



CATÓLICA PORTO
CIÊNCIAS DA SAÚDE

Relatório de Estágio

Rumo aos Cuidados Especializados ao Doente Crítico

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

Nuno Miguel Vieira Lopes

Março de 2013



CATÓLICA PORTO
CIÊNCIAS DA SAÚDE

Relatório de Estágio

Rumo aos Cuidados Especializados ao Doente Crítico

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

Por Nuno Miguel Vieira Lopes

Sob Orientação de Mestre Maria Amélia Dias Ferreira

Março de 2013

RESUMO

A Enfermagem é uma disciplina do conhecimento que possui um campo de intervenção próprio, tomando por objeto a resposta humana aos problemas de saúde e as transições de vida, através do desenvolvimento de conhecimentos que contribuam para o crescimento profissional e desenvolvimento de competências específicas com vista a alcançar boas práticas que configuram cuidados seguros e de qualidade.

Proseguiu-se com os estudos para o Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica atendendo à experiência profissional e à área de atuação preferida. O presente relatório pretende dar resposta a um processo avaliativo e apresentar as competências desenvolvidas na Unidade Curricular de Estágio em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

O estágio de Enfermagem Médico-Cirúrgica desenvolveu-se em dois momentos, no Serviço de Urgência e na Comissão de Controlo de Infeção da Unidade Local de Saúde de Matosinhos. Posteriormente, foi redigido o presente relatório com recurso a uma metodologia crítica e reflexiva, dividido em três partes: primeiro a introdução que faz um enquadramento do relatório, do estágio e dos objetivos; a segunda parte de desenvolvimento de competências adquiridas, organizadas com base nos domínios de competência estabelecidos pela Ordem dos Enfermeiros, e por fim a última parte, que procura evidenciar o desenvolvimento profissional com base nas competências adquiridas.

Com a realização do estágio foram adquiridas competências de especialista decorrentes do aprofundamento das competências comuns e aquisição de competências específicas.

Desenvolveu-se uma prática com base no julgamento intencional, autorregulado, resultante da interpretação, análise, avaliação e inferência, bem como da explanação das evidências, considerações concetuais, metodológicas e contextuais, privilegiando uma Enfermagem autónoma com ênfase no desenvolvimento da capacidade para o diagnóstico e implementação de intervenções de Enfermagem, por oposição a uma prática que nos convida à modelagem e socialização com esquemas de trabalho pré-definidos.

ABSTRACT

Nursing is the specific field of study of the human response to health problems and life transitions. Best practices and safe and high quality care are achieved through the development of knowledge and specific skills of the professionals in this area.

The decision to choose the Master's degree in Nursing with Specialisation in Medical-Surgical Nursing was based on preferences and work experience gained. This report will explain the skills and competencies acquired and achieved in the Medical-Surgical Nursing Training Unit. The training took place in the Emergency Unit and in the Infection Control Committee of the Local Health Unit of Matosinhos.

This report, through the use of critical and reflective methodology, is divided into three parts:

- ✓ Introduction and objectives
- ✓ “Association of Nurses” competency requirements achieved
- ✓ Evidence of the professional development

The skills acquired are both common skills. i.e., development of general nursing skills or specific as the ones acquired through the treatment of a person in a critical condition.

It was developed a practice based on the intentional judgement, result of interpretation, analysis, evaluation and inference as well as explanation of the evidences and conceptual considerations. The focus was independence of diagnosis and implementation of nursing practices as opposed to pre-determined models and ways of working.

AGRADECIMENTOS

À Professora Amélia Ferreira, agradeço a sua orientação, as sugestões, as ideias, os conselhos e a sua infinita disponibilidade, tolerância e compreensão.

Às Enfermeiras Amélia Neves, Fernanda Vieira e Ilda Devesa, agradeço a tutoria e orientação, os momentos de partilha e as sugestões pertinentes.

Ao Enfermeiro Arlindo Cruz, agradeço o incentivo, a disponibilidade para a entrevista e a partilha de conhecimento.

À Doutora Isabel Neves e ao David Peres, agradeço as sugestões pertinentes e a vontade em ajudar.

À Carmem Lúcia agradeço a amizade e o trabalho de revisão e tradução do resumo.

Aos colegas Daniel Cunha e Daniela Cunha, agradeço os momentos de partilha em estágio, as sugestões, a ajuda incondicional e a alegria.

Aos colegas Paulo, Diana e Patrícia, agradeço as sugestões e a partilha nos momentos de orientação tutorial.

Ao Jonas e à Maya, amigos sempre fieis, pela companhia nos momentos de pausa e nos passeios.

Aos meus Pais pelo que lutaram por mim e pela ajuda incondicional...

À Sara, pelo incentivo, pela ajuda incondicional, pelos momentos de partilha, por me escutar... por tudo...

LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

APA – American Psychological Association

CCI – Comissão de Controlo de Infeção

cf. – Confira

DGS – Direção Geral de Saúde

EPI – Equipamento de proteção individual

HP-HCIS® – HP Healthcare Information System

HPH – Hospital Pedro Hispano

IACS – Infeção Associada aos Cuidados de Saúde

ICN – International Council of Nurses

OBS – Observação (área do serviço de urgência destinada a cuidados de vigilância)

Pág. – Página

SAPE® – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SU – Serviço de Urgência

UCP – Universidade Católica Portuguesa

ULSM – Unidade Local de Saúde de Matosinhos

WHO – World Health Organization

ÍNDICE

	Pág.
1. INTRODUÇÃO	13
2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	19
2.1. DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL	21
2.2. DOMÍNIO DA MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE	27
2.3. DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS	37
2.4. DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DA APRENDIZAGEM PROFISSIONAL	40
2.5. DOMÍNIO DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS ESPECIALIZADOS: ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA.....	44
3. CONCLUSÃO	51
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	55
 ANEXOS	59
<hr/>	
ANEXO I – Trabalho: “ <i>Gestor dos serviços de Enfermagem: teoria e prática</i> ”.....	61
ANEXO II – Formação em serviço: “ <i>Orientações de atuação perante o doente com suspeita ou confirmação de tuberculose, no serviço de urgência</i> ”	115
ANEXO III – Trabalho: “ <i>Manual para o reprocessamento e armazenamento de material de endoscopia</i> ”	163



1. INTRODUÇÃO

A Enfermagem enfrenta tempos de mudança em que as necessidades de cuidados são cada vez mais complexas e exigentes. Como área de conhecimentos que emerge do contexto da prática clínica, a Enfermagem é a profissionalização da ajuda às pessoas nas transições, através do estudo da resposta humana à doença e aos processos de vida (Meleis, 2010).

Tomando em consideração o exposto anteriormente, entende-se a necessidade do desenvolvimento de conhecimentos que contribuam para o desenvolvimento profissional e de competências específicas que contribuam para aumentar e padronizar boas práticas que configuram cuidados seguros e de qualidade. Assim, decidiu-se prosseguir com os estudos para o Mestrado em Enfermagem e optou-se pela Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica atendendo à experiência profissional e à área de atuação preferida. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2009), *“a apropriação de um domínio específico de Enfermagem reforça a visão holística e contextual da pessoa e potencia a adequação da resposta face à especificidade das necessidades em cuidados de Enfermagem”*.

O presente relatório insere-se no plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica do Instituto de Ciências da Saúde do Porto – Universidade Católica Portuguesa (UCP), e pretende apresentar as competências desenvolvidas na Unidade Curricular de Estágio em Enfermagem Médico-Cirúrgica, bem como dar resposta a um processo avaliativo.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2009), *“a prática clínica é a atividade nuclear do Enfermeiro especialista e implica competências especializadas adequadas às necessidades específicas da pessoa em cuidados de Enfermagem”*, pelo que se encara o estágio como o momento e o espaço primordial para o desenvolvimento de competências de prática clínica, sendo



neste caso particular, o momento formativo fundamental para o desenvolvimento de saberes e competências no âmbito da pessoa adulta e idosa com doença grave e em estado crítico.

A Unidade Curricular de Estágio em Enfermagem Médico-Cirúrgica comporta um total de 750 horas, sendo 540 horas de contacto direto e 210 horas de estudo, e está dividida em três módulos, sendo eles: módulo de Serviço de Urgência, módulo de Cuidados Intensivos e módulo opcional. O primeiro momento de estágio decorreu no Serviço de Urgência (SU) da Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM) – Hospital Pedro Hispano (HPH), entre 26 de Abril e 23 de Junho de 2012, e o segundo momento na Comissão de Controlo de Infeção (CCI) da ULSM, entre 1 de Outubro e 24 de Novembro de 2012. Dispensou-se a realização do terceiro momento de estágio ao abrigo da validação e certificação de competências considerando o previsto no artigo 45º do Decreto-lei 74/2006 (Diário da República, 2006), obtendo creditação ao módulo II (Cuidados Intensivos), tendo por base a experiência profissional prévia de 5 anos e 8 meses de trabalho em Cuidados Intensivos, bem como formação profissional específica e devidamente creditada na área.

A experiência profissional em Cuidados Intensivos decorreu desde Agosto de 2004 até Abril de 2010 no Serviço de Cuidados Intensivos Pós-cirúrgicos do Centro Hospitalar do Porto. Trata-se de uma unidade eminentemente cirúrgica, com destaque para a cirurgia de digestivos, hepato-biliar, vascular e neurocirurgia, no entanto, e como também possuía unidades intermédias (as únicas na instituição nesse período) era frequente a necessidade de receber doentes do foro médico. A formação realizada, com especial atenção para o Fundamental Critical Care Support Course, o Curso de Suporte Imediato de Vida, o Curso de Infeção e Sépsis, o Curso de Técnicas Dialíticas em Cuidados Intensivos e o Curso de Trauma para Enfermeiros, realizados durante o período de trabalho no Serviço de Cuidados Intensivos justificam o interesse e enquadram o percurso profissional realizado.

A seleção do SU do HPH resulta das disponibilidades apresentadas pela UCP e pela facilidade de acesso, bem como pelo facto de ser uma unidade de referência na inovação e na qualidade dos cuidados prestados. Trata-se de um espaço



amplo dotado de múltiplos meios de diagnóstico e terapêutica destinados a auxiliar os profissionais de saúde das diversas especialidades que aí trabalham a cuidar de pessoas com situações de doença aguda e da qual possa resultar a morte, sequelas graves ou sofrimento agudo.

O SU do HPH presta cuidados hospitalares diretos à população do concelho de Matosinhos e ainda cuidados hospitalares de referencia à população de Vila do Conde e Póvoa do Varzim. Trata-se de um serviço de emergência médico-cirúrgica e como tal, o primeiro nível de acolhimento das situações de urgência e emergência (Ministério da Saúde, 2006). Cumpre com os requisitos exigidos pelo Ministério da Saúde (2006), sendo uma unidade diferenciada de um hospital distrital, dispõe das valências clínicas e serviços de apoio necessários e está articulado a um nível superior com o Hospital de S. João e o Centro Hospitalar do Porto, e a um nível inferior com os hospitais de Vila do Conde e da Póvoa do Varzim.

A seleção da CCI para realização do módulo opcional do estágio enquadrou-se no perfil de competências definido pela Ordem dos Enfermeiros (2010), em que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica é aquele que *“maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil”*. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, para integrar esta competência na sua prática, necessita de considerar *“o risco de infeção face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações e à diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica, para a manutenção de vida da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica”*, respondendo *“eficazmente na prevenção e controlo de infeção”*. A escolha pela CCI da ULSM permitiu contactar não só com o ambiente hospitalar, mas também com os cuidados de saúde primários.

Previamente à realização do Estágio em Enfermagem Médico-Cirúrgica, foi necessário desenvolver um projeto. A elaboração do projeto permitiu o desenvolvimento de uma cultura de autonomia baseada na reflexão crítica sustentada na evidência clínica. Neste sentido, com um projeto de



desenvolvimento de competências foi possível adquirir um papel de “ator” responsável e interveniente na prática clínica. A estruturação desse projeto contemplou o perfil de competências pessoal, motivação e projeto profissional. A direção do projeto esteve alicerçada em objetivos, concretizáveis com recurso a atividades que respeitassem o *timing* estabelecido.

Terminado o estágio, impera a necessidade de proceder a uma análise sobre a forma como as experiências e intervenções realizadas contribuíram para o desenvolvimento profissional. Neste sentido, a produção deste relatório visa demonstrar a aprendizagem desenvolvida, o crescimento profissional e de que forma as intervenções e reflexões realizadas contribuíram para a aquisição de competências. Propomo-nos com o presente relatório a:

- Realizar uma análise crítico-reflexiva das experiências vividas, com especial ênfase para a identificação de situações problema e soluções encontradas para a resolução das mesmas;
- Descrever as atividades desenvolvidas, para atingir os objetivos inicialmente propostos no projeto de estágio;
- Demonstrar as competências adquiridas tendo em conta as atividades realizadas;
- Dar resposta a um processo avaliativo, enquadrado no Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

O relatório divide-se em três partes: introdução, desenvolvimento de competências e conclusão. Na introdução faz-se um enquadramento do relatório e do Estágio de Enfermagem Médico-Cirúrgica no curso, os módulos realizados, a justificação das opções, bem como os objetivos delineados para o relatório. Na segunda parte propõe-se elaborar uma descrição e análise crítico-reflexiva das intervenções realizadas em estágio com vista à aquisição de competências. Optou-se por dividir a segunda parte de acordo com os domínios de competência estabelecidos pela Ordem dos Enfermeiros (2009), pois assim dá-se ênfase às competências comuns e específicas desenvolvidas ao longo do estágio, independentemente do módulo em que foram adquiridas. Por fim, na conclusão pretende-se compreender o desenvolvimento profissional à luz das competências



adquiridas e das dificuldades sentidas, bem como os benefícios da formação realizada.

A metodologia utilizada na elaboração do relatório é descritiva e crítico-reflexiva, tendo por base pesquisa bibliográfica. As referências bibliográficas encontram-se formuladas de acordo com a norma APA (American Psychological Association).



2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Ao longo dos últimos anos, o tema do desenvolvimento e gestão de competências invadiu as discussões académicas e organizacionais, associado a diferentes níveis de compreensão: ao nível da pessoa (competência do indivíduo), das organizações (o *core* de competências) e dos países (sistemas de educação e formação de competências).

No senso comum, competência é uma palavra utilizada para designar uma pessoa qualificada para realizar alguma coisa. O seu oposto ou antónimo não implica apenas a negação dessa capacidade, mas guarda um sentido pejorativo e depreciativo.

O debate em torno do conceito de competência intensificou-se na década de 70, com o contributo de diversos autores. A noção de competência foi evoluindo ao longo dos tempos, assumindo-se hoje como um conjunto de saberes adquiridos que suportam a tomada de decisão. De uma forma geral, o exercício da competência passa por desenvolver operações mentais complexas, suportadas por esquemas de pensamento que permitam escolher e realizar uma ação adaptada à situação (Perrenoud, 1999).

A competência não é um estado nem se reduz a um conhecimento específico. Le Boterf (2003) situa a competência numa encruzilhada com três eixos formados pela pessoa (sua história e socialização), pela sua formação académica e pela sua experiência profissional. Segundo este autor, a competência é o conjunto de aprendizagens sociais e comunicacionais nutridas a montante pela aprendizagem e formação e a jusante pelo sistema de avaliações. Implica saber como mobilizar, integrar e transferir os conhecimentos, recursos e habilidades, num determinado contexto profissional.

Assim, e em concordância com Le Boterf (2003), a *“competência é saber mobilizar recursos, conhecimentos e capacidades”* para decidir sobre a melhor



estratégia de ação perante uma situação concreta. A noção de competência aparece assim associada a ideias como: saber agir, mobilizar recursos, integrar saberes múltiplos e complexos, saber aprender, assumir responsabilidades e ter visão estratégica.

No decurso do desenvolvimento profissional e na busca de elevados padrões de qualidade, a Ordem dos Enfermeiros (2009) sentiu necessidade de definir as competências do Enfermeiro Especialista. A expressão de um perfil de competências visa providenciar um enquadramento regulador para a certificação de competências, bem como, comunicar aos cidadãos os padrões de cuidados que podem esperar.

A Ordem dos Enfermeiros (2010) define o Enfermeiro Especialista como “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 demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção*”. O conjunto de competências clínicas especializadas resulta do aprofundamento dos domínios de competências do Enfermeiro de cuidados gerais e, seja qual for a área de especialidade, todos os Enfermeiros Especialistas partilham de um grupo de domínios, considerado competências comuns (a atuação do Enfermeiro Especialista inclui competências aplicáveis em ambientes de cuidados de saúde primários, secundários e terciários, em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde).

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2010), **competências comuns** são “as *competências partilhadas por todos os Enfermeiros Especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria*”. Por outro lado, as **competências específicas** são “as *competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas*”. Entende-se



domínio de competência, como “*uma esfera de ação e compreende um conjunto de competências com linha condutora semelhante e um conjunto de elementos agregados*”.

As competências comuns definidas pela Ordem dos Enfermeiros (2010) dividem-se em quatro domínios comuns:

- Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal;
- Domínio da melhoria contínua da qualidade;
- Domínio da gestão dos cuidados;
- Domínio do desenvolvimento da aprendizagem profissional.

Tendo por base as competências comuns e específicas definidas pela Ordem dos Enfermeiros, optou-se por organizar os próximos subcapítulos de acordo com os domínios de competência estabelecidos por este organismo, colocando ênfase nas competências adquiridas e nas atividades incrementadas para as atingir.

2.1. DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL

A elevada complexidade e exigência no juízo perante os dilemas que se colocam diante dos Enfermeiros no seu dia a dia, implica que estes recorram a competências de tomada de decisão baseadas numa prática responsável, tendo por base princípios éticos, valores e normas deontológicas com vista a promover a proteção dos direitos humanos e consequentemente a dignidade da pessoa.

O respeito pela dignidade humana pressupõe o reconhecimento de que o ser humano é um sujeito e não um objeto, assentando nesta ideia um princípio bioético fundamental, o princípio da autonomia. A pessoa é “*um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual*”, sendo influenciado “*pelo ambiente no qual vive e se desenvolve*” (Ordem dos Enfermeiros, 2009). Assim, o exercício da responsabilidade profissional deverá ter em conta, reconhecer e respeitar o carácter único e a dignidade de cada pessoa envolvida (cliente e Enfermeiro).



Em concordância com a Ordem dos Enfermeiros (2009), que afirma que o *“exercício profissional de Enfermagem centra-se na relação interpessoal de um Enfermeiro e uma pessoa ou de um Enfermeiro e um grupo de pessoas”*, e atendendo aos exposto anteriormente, percebe-se a necessidade do percurso de formação para a Especialização implicar o desenvolvimento e aquisição de competências com vista a demonstrar um *“exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica”*, bem como demonstrar *“uma prática que respeita os direitos humanos”*, que *“analisa e interpreta”* as situações específicas, *“assumindo a responsabilidade de gerir situações potencialmente comprometedoras para os clientes”*.

Durante o Estágio de Enfermagem Médico-Cirúrgica, foram desenvolvidas atividades com vista a promover a privacidade do doente, respeitar as suas preferências, garantir a informação à pessoa/família, manter a confidencialidade e segurança da informação. Nesse percurso o Código Deontológico revelou-se um pilar essencial para a prática. Nele enunciam-se os deveres profissionais, enraizados nos direitos dos cidadãos e das comunidades a quem se dirigem os cuidados de Enfermagem, bem como as responsabilidades que a profissão assumiu no seu mandato social.

Enquanto a ética ocorre no domínio da reflexão filosófica sobre o agir humano, a deontologia *“chama a atenção para a conveniência ou necessidade de que uma profissão tenha certas características (que constituem o estilo do seu exercício)”*, ou seja, *“trata-se de um conjunto de regras que indicam como deverá alguém comportar-se na qualidade de membro de um determinado corpo social”* (Ordem dos Enfermeiros, 2005).

Collière (2003) afirma que, *“um espaço familiar para uns pode ser ameaçador para os outros; é o caso do espaço hospitalar, mundo conhecido do pessoal de saúde, mas tão misterioso e, muitas vezes, não hospitaleiro para os doentes e suas famílias”*. A hospitalização, é por vezes encarada pelas pessoas como um fator de despersonalização por reconhecerem a dificuldade em manter a sua identidade, intimidade e privacidade.

Torna-se assim, importante compreender o conceito de privacidade como um direito do cliente, alvo de cuidados, e dever por parte do profissional que os



presta, indo de encontro ao descrito no artigo 86.º do Código Deontológico do Enfermeiro, relativo ao respeito pela intimidade (Ordem dos Enfermeiros, 2005):

Atendendo aos sentimentos de pudor e interioridade inerentes à pessoa, o Enfermeiro assume o dever de:

- a) Respeitar a intimidade da pessoa e protege-la de ingerência na sua vida privada e na da sua família;*
- b) Salvar sempre, no exercício das suas funções e na supervisão das tarefas que delega, a privacidade e a intimidade da pessoa.*

A proteção da intimidade física e psicológica relaciona-se com diversas vertentes, tais como a reserva da intimidade, o respeito pelo pudor individual, a proteção e a salvaguarda da privacidade (Ordem dos Enfermeiros, 2005). Cabe aos Enfermeiros o dever de supervisionar e se responsabilizar pelo respeito e cumprimento da privacidade das pessoas, podendo esta função passar por garantir um ambiente adequado aos clientes e familiares, evitar a exposição inadvertida e desnecessária do corpo e certificar-se que só estão presentes no quarto os elementos da equipa indispensáveis aos cuidados.

Para além do dever do Enfermeiro respeitar a intimidade, enfatiza-se também a proteção da ingerência de terceiros na vida privada do cliente e família. O conceito de vida privada não se encontra legalmente definido, no entanto e no geral, considera-se que inclui a vida íntima (nomeadamente a vida afetiva, sexual e familiar), as doenças, as convicções políticas ou religiosas e o património (Ordem dos Enfermeiros, 2005).

Durante o estágio de Enfermagem Médico-Cirúrgica, procurou-se proteger a pessoa das invasões à sua intimidade através da utilização de cortinas e biombo, bem como assegurar que a pessoa estava devidamente coberta para circular dentro e fora do SU, e ainda ter em conta o tom e a altura da voz com que se realizaram os diálogos. Pelo facto de ser estagiário, teve-se o cuidado de pedir sempre o consentimento à pessoa para a presença e realização dos cuidados.

A informação em saúde pode ser considerada como a mais íntima, pessoal e sensível relativamente à pessoa, pois os dados gerados pela avaliação inicial, processo clínico, passagem de turno são como uma extensão da própria pessoa. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2005), para que estes aspetos não sejam



considerados como um acesso não autorizado, deve ser o cliente, e não o profissional de saúde, quem determina quais destas informações podem ser reveladas. A confidencialidade está intimamente relacionada com o conceito de privacidade e da comunicação privilegiada, compartilhando com ambos uma ideia de acesso limitado de terceiros. As informações pessoais obtidas no decorrer do relacionamento entre os profissionais de saúde e o cliente, não podem ser comunicadas a terceiros, excecionalmente quando autorizadas previamente por aquele que as revelou.

O assunto apresentado anteriormente remete-nos para duas questões: primeiro, a necessidade de partilha de informação entre os profissionais de saúde e os diversos tipos de suporte de informação utilizados para o efeito, e segundo, o acesso e utilização dessa informação. Estes aspetos fundamentaram a necessidade de aprofundar os conhecimentos e de refletir sobre os sistemas de informação em uso no SU do HPH.

Começamos então por analisar os sistemas de informação quanto ao tipo de sistema e qualidade na partilha.

O SU do HPH tem por objetivo atender situações de urgência e emergência. Estas situações, atendendo às suas características, são complexas do ponto de vista da decisão clínica e do ponto de vista da continuidade dos cuidados, uma vez que a informação que se produz tem que ser muitas vezes utilizada por outras entidades prestadoras de cuidados de saúde, bem como por outros profissionais de saúde dentro da mesma instituição. Este local de estágio utiliza dois sistemas de informação eletrónicos. Um dos sistemas de informação é o Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE[®]), e o outro é o HP Healthcare Information System (HP-HCIS[®]).

O facto de se utilizarem dois sistemas de informação diferentes, o SAPE[®] em OBS e o HP-HCIS[®] nas restantes áreas da urgência, cria a dificuldade de partilha de informação entre os sistemas, que até à realização do estágio não se verificava e como tal tinha que se transcrever a informação para o SAPE[®] quando o doente inicia o internamento. Se por um lado o SAPE[®] permite o apoio à tomada de decisão, por outro o HP-HCIS[®] permite uma melhor compreensão do fluxo do doente nas diferentes áreas da urgência, uma compreensão dos tempos



de espera e permite também o registo livre de informação, utilizando por exemplo linguagem classificada.

A continuidade dos cuidados é um dos aspetos permanentemente presentes nos processos de avaliação da qualidade dos serviços de saúde, o que atesta a favor do papel que esta dimensão da assistência joga em toda a dinâmica dos cuidados (Brunt, 1999; Anderson & Helms, 2000; Sousa, 2006). Assim, a continuidade dos cuidados surge associada à qualidade e forma como a informação relativa aos clientes se apresenta, à sua disponibilidade e estratégias de partilha, tendo por finalidade melhorar a qualidade. A promoção da continuidade dos cuidados apresenta-se como um dos objetivos centrais dos sistemas de informação clínicos.

Os sistemas de informação desempenham um papel fulcral, uma vez que a grande maioria das “*gaps*” na continuidade dos cuidados se devem a carências qualitativas e/ou quantitativas de informação ou à ausência de sistemas de informação capazes (Cook, Render & Woods, 2000). Tal propósito implica que no desenho dos sistemas de informação se garantam os requisitos (estruturais e de conteúdo) centrados na informação relevante para efeitos da coordenação entre os vários profissionais envolvidos na assistência ao cliente (Cook, Render & Woods, 2000).

A utilização de linguagem classificada para descrever as necessidades de cuidados de Enfermagem, as intervenções e os resultados, configura-se como um imperativo para qualquer dispositivo de comparação e agregação de dados, na medida em que só podemos agregar e comparar dados se estes partilharem de definições e categorias uniformes (Pereira, 2004). Por outro lado, a utilização de linguagem classificada assenta no percurso de definição da disciplina, enquanto área do conhecimento, funcionando como a estrutura substantiva para a nomeação do conhecimento formal em Enfermagem (Silva, 2006).

Quanto ao acesso e utilização da informação, o modelo atual de cuidados hospitalares preconiza que a equipa multidisciplinar tenha acesso aos processos clínicos dos clientes, partilhando uma informação que originalmente foi revelada a outro profissional. Esta perda de confidencialidade tem sido considerada benéfica do ponto de vista assistencial, pois visa proporcionar ao doente todos



os cuidados disponíveis na instituição para o correto diagnóstico e tratamento. No entanto, o acesso ao processo clínico deve ser restrito à equipa indispensável ao processo terapêutico. É a necessidade terapêutica que deve determinar o acesso à informação. As normas e as rotinas que possibilitam ou restringem o acesso aos dados do cliente devem ser objeto de atenção e aperfeiçoamento.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2005), *“partilhar informação que nos foi confiada, significa necessariamente solicitar autorização do seu proprietário e fazê-lo apenas com os implicados no processo terapêutico, tendo em conta os critérios orientadores. Tem de ser acutelada a partilha acidental de informação, que tanto se pode verificar numa conversa em local inadequado (elevador, café, outro quarto, corredores, etc), como em consulta a um perito que não fica implicado no plano terapêutico ou quando outro profissional de saúde solicita informações”*.

O sigilo, considerado como uma característica moral obrigatória da profissão de Enfermagem, é tanto um direito como um dever, na medida em que sendo um direito do cliente, gera uma obrigação específica nos profissionais de saúde, exposta no artigo 85.º do Código Deontológico do Enfermeiro, relativo ao dever de sigilo (Ordem dos Enfermeiros, 2005).

Durante a realização do estágio e na prestação de cuidados, a promoção da privacidade da pessoa passou essencialmente por ajustes e preocupações comportamentais. Adotou-se uma postura de respeito pelas preferências do cliente e da família. Na execução de procedimentos invasivos e tratamento de feridas (no SU) que implicavam obrigatoriamente a exposição do corpo, optou-se por realizar em salas fechadas e individualizadas. Foi também assegurado que toda a informação relacionada com cada pessoa estava arrumada e arquivada em local próprio.

Considera-se, que as atividades e reflexões descritas foram importantes para o desenvolvimento das competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal. Procurou-se a tomada de decisão fundamentada, atendendo às evidências científicas e às responsabilidades sociais e éticas, tendo presente os princípios deontológicos da Enfermagem, descritos no Código Deontológico do Enfermeiro.



2.2. DOMÍNIO DA MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE

A busca pela qualidade na prestação de cuidados tem impelido a Enfermagem no sentido da excelência. Esta última tem-se revelado uma preocupação crescente nos nossos dias, surgindo para tal, vários programas de controlo da qualidade com a finalidade de avaliarem a qualidade dos serviços prestados, tanto na rede pública como na privada, e contribuir dessa forma para a melhoria contínua.

A qualidade na saúde pode ser definida como um conjunto de atributos, que inclui o nível de excelência profissional, o uso eficiente dos recursos, o risco mínimo, um alto grau de satisfação dos clientes, atendendo aos valores sociais existentes. Entende-se por cuidados de saúde de qualidade os que maximizam a satisfação dos intervenientes em todas as etapas do processo do cuidar (WHO, 2012).

Fernandes (2007), acrescenta que as políticas de saúde atuais tentam conciliar práticas que promovam a segurança e a racionalidade dos cuidados de saúde com políticas de saúde de baixos custos, ampliando ainda, que é esperado pelos processos de acreditação que se encontram em evolução, a exigência de práticas de saúde de qualidade reconhecidas pelos cidadãos, mas politicamente económicas.

A Ordem dos Enfermeiros (2002), afirma que *“as associações profissionais da área da saúde assumem um papel fundamental na definição dos padrões de qualidade em cada domínio específico característico dos mandatos sociais de cada uma das profissões envolvidas”*, encarando a definição de padrões de qualidade dos cuidados como um grande desafio, pelo *“reflexo na melhoria dos cuidados de Enfermagem a fornecer aos cidadãos”* e *“pela inerente e vantajosa necessidade de refletir sobre o exercício profissional dos Enfermeiros”*.

Resumidamente, os parágrafos anteriores dão ênfase ao exercício profissional de excelência; o uso adequado dos recursos para que se tornem mais eficientes (não apenas eficazes) diminuindo assim os gastos desnecessários; a questão da segurança dos clientes, em que refere que estes devem ser expostos ao menor risco possível e abordam a questão da satisfação do cliente. Posto isto, e para



além da questão da segurança, sentiu-se necessidade de aprofundar temáticas basilares na construção de competências para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de Enfermagem, tais como supervisão clínica, prática baseada na evidência e processos de auditoria.

De acordo com o ICN (2009), a segurança é essencial à qualidade na saúde e nos cuidados de Enfermagem. O desenvolvimento da segurança envolve um conjunto de medidas, com largo espectro de ação, como o recrutamento, a integração e a fixação dos profissionais, a melhoria do desempenho, as medidas de segurança ambiental e a gestão do risco (o que inclui o controlo de infeção, uma prática clínica segura, segurança dos equipamentos, a manutenção de um ambiente de cuidados seguro), juntando a isto, um corpo de conhecimento científico focado na segurança da pessoa e nas infraestruturas necessárias para o garantir.

Os cuidados prestados às pessoas com segurança incluem a informação sobre os riscos e a redução do mesmo, a correta dotação de pessoal, a qualidade do treino, as medidas de controlo de infeção, a adequada tomada de decisão, o relato do erro e as medidas de segurança e calibração dos equipamentos.

A realização do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica não procura apenas a aquisição de conhecimentos exatos e definidos, mas também, ajudar a preparar um Enfermeiro para elaborar um percurso profissional em constante evolução. Na realidade, já não se trata apenas de adquirir. Trata-se de formar indivíduos capazes de se reciclarem permanentemente, aptos a adquirirem novas atitudes e capacidades, capazes de responderem eficazmente aos apelos constantes de mudança. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2009), através da definição do perfil de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista, a tomada de decisão que orienta o exercício profissional especializado implica uma capacidade de supervisão dos *“processos de melhoria e o desenvolvimento da qualidade”*.

Relativamente ao conceito de supervisão, o Dicionário da Língua Portuguesa 2013 (2012) encaminha-nos para o *“ato ou efeito de supervisionar, de coordenar ou inspecionar”*. Como se pode verificar, trata-se de processos bem distintos dado os objetivos e funções que lhes podem estar associados. Ainda de acordo com a



mesma fonte, supervisionar implica “*direção, orientação ou coordenação*”, mas acrescenta que, estas são realizadas a partir de uma posição superior. Finalmente, a mesma fonte relativamente ao conceito de supervisor, para além de considerar que é aquele que dirige, orienta e/ou inspeciona, considera também que é aquele que aconselha.

Pode-se então considerar logo à partida que supervisão engloba diferentes perspetivas, que vão desde as intenções mais rígidas de inspeção e de direção até às mais flexíveis e facilitadoras de orientação e de aconselhamento (Sá-Chaves, 2000). O termo “clínico” não tem qualquer conotação patológica, como poderia levar a pensar no imediato, mas remete para o acompanhamento/observação direta e sistemática do supervisionado. O atributo “clínico” espelha apenas a influência do modelo de formação de profissionais de saúde em que a componente prática dos cursos se realiza em contexto clínico e em que o supervisor adota uma atitude de atenção e apoio às necessidades do supervisionado (Alarcão & Tavares, 2003).

Antes de prosseguir, retome-se por instantes a indicação já referida de que o ato de supervisionar pode ser realizado a partir de uma posição superior. Ademais, isto permite refletir sobre o conceito, “*introduzindo nela não a ideia de hierarquia de poderes e de saberes de quem é suposto supervisionar (ideia que se colocou negativamente ao conceito de supervisão), mas sim o conceito de distanciamento entre observador e observado, que permite o alargamento do campo de análise e a possibilidade da sua compreensão sistémica e contextualizada*” (Sá-Chaves, 2000).

O Department of Health (1993), descreve a supervisão clínica como “*um processo formal de sustentação da prática, uma aprendizagem que permite aos profissionais desenvolver os conhecimentos, as competências e a consciência de responsabilidade da prática clínica, realçar a proteção do consumidor de cuidados e incrementar a segurança nas práticas em situações clínicas complexas*”. Podemos então referir que se trata de um processo de acompanhamento focalizado, envolvendo uma reflexão sobre a prática, pressupondo a presença de um supervisor qualificado. Esta definição de conceito vem também reforçar a ideia de que a supervisão é um pilar fulcral na construção de programas de melhoria de



qualidade e garantia de segurança dos cuidados de saúde, neste caso específico, de Enfermagem.

Em Portugal, a supervisão desenvolveu-se grandemente na área da formação de professores. Na área de Enfermagem, o termo supervisão clínica tem vindo a desenvolver-se muito graças ao contexto atual em que a disciplina de Enfermagem se reveste de profundas mudanças no sentido de se afirmar e de construir o seu corpo de conhecimentos formal. No entanto, a preocupação com o acompanhamento clínico, contrariando o que se possa pensar, não é uma novidade ou inovação na formação dos profissionais de saúde. *Al Rashid*, em Bagdade, no auge do período áureo da Medicina Islâmica (início do século X), defendia a necessidade dos Médicos em formação serem cuidadosamente acompanhados por profissionais experientes (Abreu, 2003).

Os acontecimentos de Bristol, Kent e Canterbury (Reino Unido) despoletaram o debate mais consistente sobre supervisão clínica. O “Relatório Allit”, produzido após a ocorrência de um grave problema com a Enfermeira Beverley Allit, conduziu a uma profunda discussão em toda a sociedade sobre a formação dos profissionais de saúde. Concluiu-se ser necessário desenvolver estratégias institucionais que permitissem um acompanhamento mais próximo do processo de desenvolvimento pessoal e profissional nos contextos da prática (Abreu, 2003).

A função do supervisor clínico em Enfermagem consiste em sustentar a formação e a atividade profissional dos supervisionados, tendo sempre em conta a prestação de cuidados de qualidade ao cliente e, ainda, promover a mudança positiva, educar, monitorizar, recomendar, desafiar, pesquisar e desenvolver o espírito crítico dos mesmos. O seu papel é central à promoção de uma prática com o máximo de qualidade, sendo que, o fundamental é a eficácia da relação supervisiva e a qualidade da mesma (Pires et al., 2004).

É bem patente no perfil de competências comuns e específicas dos Enfermeiros Especialistas (Ordem dos Enfermeiros, 2009), que estes necessitam assumir o papel de supervisor clínico. Segundo Munson (2002), o supervisor clínico deve possuir ou estar disponível para desenvolver as seguintes características:

- Gostar de ensinar os outros;



- Ter paciência quando os outros não entenderem;
- Saber fazer sugestões indiretas;
- Saber planear efetivamente;
- Ter uma atitude positiva quando esperam respostas a questões e explicarem as ações;
- Saber discutir problemas organizacionais de modo construtivo;
- Saber tolerar quando outros cometem erros;
- Saber criticar e aceitar críticas;
- Gostar de decidir e fazer;
- Poder trabalhar em equipa e gerir efetivamente o processo.

A supervisão clínica em Enfermagem é um processo baseado no relacionamento pessoal e profissional, entre um Enfermeiro que exerce práticas clínicas de Enfermagem e um supervisor clínico. É um processo de colaboração formal estruturado que ajuda os profissionais a desenvolver competências pessoais e profissionais, conhecimento e valores de humanidade durante o seu percurso profissional (Garrido, 2005). Pelo que se percebe no exposto até então, a implementação e manutenção da supervisão clínica em Enfermagem são processos complexos, paulatinos e com uma necessidade de grande rigor e empenho de todas as partes envolvidas.

Atendendo ao Estágio de Enfermagem Médico-Cirúrgica no SU do HPH, consideramos que a experiência regular com alunos, a formação contínua e o interesse pela supervisão foram fatores que contribuíram positivamente para o sucesso do acolhimento e orientação do estágio, acrescentando mais valia ao desenvolvimento de competências de especialista e capacidade de reflexão. Em síntese, pode afirmar-se que foram facultados os meios de apoio e desenvolvimento acompanhado para atingir, sustentar e desenvolver criativamente uma alta qualidade das práticas. Durante o estágio no SU e na CCI, procurou-se o crescimento profissional centrado na aprendizagem, dando ênfase ao desenvolvimento da reflexão na ação e sobre a ação, como processo de construção do conhecimento pessoal e profissional.

A Ordem dos Enfermeiros (2002) acrescenta que, no processo da tomada de decisão e na fase de implementação das intervenções, o Enfermeiro Especialista



necessita de incorporar os resultados da investigação na sua prática. Reconhece também que a produção de guias orientadores de boa prática de cuidados de Enfermagem baseados na evidência constitui uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos Enfermeiros.

Assim, considera-se pertinente uma abordagem nos próximos parágrafos à temática da prática baseada na evidência. O desenvolvimento da prática baseada na evidência ao nível da saúde deriva da necessidade de aumentar a eficiência e a qualidade dos serviços, ao mesmo tempo que se reduzem os custos operacionais. Esta prática não dá relevo a rituais ou a experiências isoladas não sistematizadas, antes utiliza dados de pesquisas sistemáticas ou na sua ausência, o consenso de comprovados especialistas (Galvão et al., 2004).

Embora sempre fosse algo importante, atualmente, dada a exigência da sociedade, a evolução científica e a complexidade das situações de saúde, a prática baseada na evidência tem ganho mais relevância. Percebe-se uma preocupação por parte dos profissionais na aquisição de competências de pesquisa e investigação, uma reformulação nos currículos das instituições de ensino e uma mudança no paradigma, centrando a aprendizagem no formando, privilegiando a reflexão.

A prática baseada na evidência consiste na utilização conscienciosa, explícita e criteriosa de informações derivadas de teorias, investigação para a tomada de decisão sobre o cuidado prestado a indivíduos ou grupos de doentes, levando em consideração as necessidades individuais e preferências (Galvão et al., 2004). É o processo através do qual os Enfermeiros tomam decisões clínicas, usando a melhor evidência científica, a sua experiência clínica e as preferências do doente, no contexto dos recursos disponíveis (Dicenso et al., 1998).

Na comemoração do dia internacional do Enfermeiro, também o ICN e a Ordem dos Enfermeiros deram o seu contributo, produzindo um documento para a divulgação da prática baseada na evidência, bem como uma ajuda para os Enfermeiros desenvolverem os seus conhecimentos e competências na aplicação de uma prática refletida. Este documento procura capacitar os Enfermeiros para identificarem a evidência a utilizar, saberem como a interpretar e se os resultados esperados são suficientemente importantes para mudar a prática, e assim usar os



recursos noutros locais onde poderão ser preciosos e necessários (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

Enquanto profissionais de saúde, os Enfermeiros devem procurar desenvolver um ambiente tendente a tomadas de decisão e práticas baseadas na evidência. Torna-se por isso imperioso compreender o papel que possuem no contínuo da evidência à ação, que saibam colocar questões pertinentes e que saibam utilizar a investigação da melhor forma (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

No conhecimento tácito, existem fatores relacionados com os profissionais de saúde, como emoções, vícios de observação, percepção de prejuízos, aversão ao risco, tolerância quanto à incerteza e relacionamento pessoal com o doente, que influenciam em menor ou maior grau, o julgamento clínico, muitas vezes de forma inconsciente. A prática clínica baseada na evidência leva em consideração o reconhecimento dos conhecimentos explícitos e tácitos, considerando que é impossível tornar explícito todos os aspetos da competência profissional. A dúvida passa a fazer parte do processo de decisão, inicialmente na identificação dos componentes inconscientes envolvidos, e em seguida na análise do conhecimento explícito utilizado nesse processo (Nobre et al., 2003).

Preconiza-se, com a prática baseada na evidência, uma prática reflexiva e cuidadosa, onde para além da identificação da incerteza, são tomadas medidas momento a momento com o objetivo de corrigir enviesamentos no processo de tomada de decisão do profissional de saúde. Segundo Nobre et al. (2003), o processo de encontrar a resposta apropriada à incerteza, que surge durante a prestação de cuidados, depende como se estrutura as partes deste processo. A forma preconizada é conhecida pela sigla PICO, sendo o P de paciente ou população, I de intervenção ou indicador, C de comparação ou controlo e O de “outcome”, ou seja, resultado ou resposta que se espera encontrar nas fontes de informação científica.

Para que haja sucesso na pesquisa, o exposto anteriormente é a primeira condição básica, no entanto, a segunda é encontrar as palavras-chaves que melhor descrevam cada uma dessas quatro características da questão. Sem estes cuidados as pesquisas em bases de dados costumam resultar na ausência de



informação ou em quantidade elevada de informação que não está relacionada com o interesse do pesquisador.

Relativamente às fontes de informação, deve considerar-se as diferenças entre uma revisão narrativa e uma revisão sistemática, já que esta última, quando elaborada com rigor metodológico, constitui-se como a melhor evidência disponível.

As revisões tradicionais incluem artigos de revisão e livros de texto, que geralmente são narrativas de natureza opinativa, considerados com força de evidência científica precária, já que não podem ser reproduzidos por outros autores. Estes textos são gerados segundo a opinião do autor, que decide quais são as informações mais relevantes, sem esclarecer a forma como elas são obtidas. O autor costuma incluir trabalhos que reforcem o seu ponto de vista, não considerando aqueles que divergem ou têm propostas alternativas, mesmo que produzidos com boa metodologia de pesquisa (Bernardo et al., 2004).

Sempre que possível, as fontes de informação devem ser substituídas por revisões conhecidas como sistemáticas, com ou sem meta-análise. Trata-se de investigação com metodologia reprodutível, explícita, e com critérios de pesquisa e seleção de informação, de tal forma que outros autores que queiram reproduzir a mesma metodologia podem chegar aos mesmos resultados e conclusões. São consideradas de grande força de evidência científica (Bernardo et al., 2004). Nas revisões sistemáticas, as informações são criticamente avaliadas por metodologia apropriada, o que permite generalizar resultados, facilitando a aplicação da informação no contexto do leitor. Ou seja, as informações, geradas no grupo de doentes estudados, podem ser aplicadas ao doente que se pretende orientar. A meta-análise ou análise dos dados combinados a partir dos diversos trabalhos selecionados produz resultados mais precisos, aumentando ainda mais a força de evidência.

Depois do exposto, percebe-se a necessidade de incluir nos currículos escolares formação sobre prática baseada na evidência, por forma a cultivar desde a formação base a cultura de pesquisa e o uso adequado de evidência para tomar decisões. Mas para além de se procurar desenvolver competências reflexivas na formação base, torna-se importante divulgar e promover a prática baseada na



evidência junto dos Enfermeiros que exercem a sua atividade, principalmente dos especialistas.

O documento produzido pelo ICN e traduzido pela Ordem dos Enfermeiros é um exemplo de como se pode facilitar esse processo. Este guia, para além de divulgar e definir o que é a prática baseada na evidência, procura também divulgar algumas das melhores fontes de informação e apresenta exemplos de como aplicar a prática baseada na evidência. Mas o ICN foi ainda mais além, acrescentou a esse documento estratégias a implementar pelas associações nacionais de Enfermeiros por forma a divulgar e promover juntos dos Enfermeiros a prática baseada na evidência.

Depois de procurar formar profissionais mais reflexivos, torna-se imperioso facilitar-lhes o acesso á informação. Neste sentido, é importante facilitar o acesso a bases de dados informatizadas, disponibilizando a tecnologia e as passwords de acesso livre e gratuito nos contextos de trabalho.

Através do perfil de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista, a Ordem dos Enfermeiros (2009) reconhece que a *“melhoria da qualidade envolve análise e revisão das práticas em relação aos seus resultados”*. Para tal, os Enfermeiros necessitam de avaliar a qualidade, e partindo dos resultados, implementar programas de melhoria contínua. Ora, este aspeto implica a realização de auditorias clínicas.

Durante o Estágio de Enfermagem Médico-Cirúrgica, mais propriamente no módulo realizado na CCI da ULSM, foi possível realizar-se uma auditoria interna à Unidade de Saúde Familiar Senhora da Hora, Unidade de Cuidados de Saúde Progresso e Unidade de Cuidados na Comunidade (integrados na mesma estrutura física), com o intuito de avaliar a estrutura física e as práticas de cuidados para a prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde. Esta auditoria teve por objetivo observar as instalações físicas, atendendo às condições para a higiene das mãos, o circuito de limpos/sujos, a triagem, acondicionamento e transporte de resíduos, bem como a observação dos procedimentos de higiene do ambiente e equipamentos.



A auditoria é uma prática originária da contabilidade, surgida entre os séculos XV e XVI na Itália, a partir de práticas da escrita mercante. O desenvolvimento da auditoria na contabilidade foi impulsionado pelo modo de produção capitalista, que a utilizou como ferramenta de controlo financeiro, para contabilizar os gastos e os ganhos de um negócio. Para autores da área da contabilidade, a auditoria consiste numa técnica sistemática de exame dos registos, que visa apresentar conclusões, críticas e opiniões sobre as situações patrimoniais e dos resultados, quer formados, quer em processo de formação. Isto releva a ação do auditor para além da mera verificação dos factos, introduzindo a noção do encaminhamento crítico dos resultados apurados (Pinto & Melo, 2010).

Ademais, Pinto e Melo (2010), afirmam que na área da saúde a auditoria foi introduzida no início do século XX, como ferramenta de verificação da qualidade dos cuidados, através da análise de registos em prontuários. Atualmente, a auditoria é adotada como ferramenta de controlo e regulação da utilização dos serviços de saúde, controlo da qualidade dos cuidados, bem como controlo dos custos da assistência prestada.

A auditoria realizada constituiu-se como um exame sistemático e independente dos factos, obtido através da observação. Verificou-se uma preocupação da maioria dos profissionais na adequação das atividades desenvolvidas ao nível do controlo de infeção, limpeza e desinfeção de superfícies e equipamentos e gestão de resíduos, no entanto, foram também verificados casos a corrigir.

Considera-se que a auditoria é um método excelente para a melhoria e correção dos processos de qualidade dos cuidados, constituindo-se também como uma estratégia para o crescimento profissional dos auditados e auditores.

Após esta experiência de auditoria na área do controlo de infeção, entende-se que a prática do Enfermeiro em auditora pode constituir-se como uma intervenção de relevância que vai além da função de servir apenas os interesses da organização/instituição onde se atua. Pode inserir-se numa política de saúde mais abrangente e num contexto da organização de saúde cuja finalidade seja a contribuição para a qualidade dos cuidados de Enfermagem e a melhoria da saúde da população geral, ou seja, a melhoria do sistema de saúde onde se insere.



No rumo do exposto previamente, releva-se o facto de ao longo do Estágio de Enfermagem Médico-Cirúrgica se cultivar uma atitude reflexiva, de construção do saber, e não só do cumprimento de procedimentos e protocolos, mas também de supervisão das práticas com vista ao desenvolvimento profissional e à melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Considera-se assim adquiridas competências no sentido de proporcionar e “*manter um ambiente terapêutico e seguro*”, de zelar pela qualidade dos cuidados e pela procura da excelência da prática de Enfermagem, bem como competências relativas à “*implementação e manutenção de medidas standard de prevenção e controlo da infeção*” (Ordem dos Enfermeiros, 2009).

2.3. DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS

No seio das organizações de saúde, o Enfermeiro tem um papel preponderante no domínio da gestão dos cuidados quando adequa os recursos às necessidades, quando supervisiona e otimiza as respostas da equipa de Enfermagem no sentido de promover a qualidade dos cuidados e até quando adequa os estilos de liderança por forma a melhorar as relações entre a equipa, com vista a atingir os objetivos institucionais.

Pensar acerca da prática de Enfermagem, envolve conhecimentos complexos associados a macro resultados sociais, económicos e políticos, assim como micro espaços, dos quais resultam diferentes relações/interações. Neste sentido, o Enfermeiro gestor dos serviços de saúde possui uma árdua tarefa. A gestão em Enfermagem deve ser entendida como um instrumento que contribui de forma significativa para que a Enfermagem se torne um modelo de produção de prestação de cuidados e que, ao mesmo tempo, assegure a qualidade da organização.

Todas as organizações, independentemente do seu ramo de atividade, desde as industriais às prestadoras de serviços, como é o caso do hospital, necessitam da gestão. Esta gestão deve ser adequada aos objetivos propostos pela organização, no sentido de maior eficiência e melhor adequação dos recursos



disponíveis, tendo em consideração o fator económico (Chiavenato, 2002). É neste sentido que este autor define administração como “...um fenómeno universal no mundo moderno. Cada organização e empresa requer a tomada de decisões, a coordenação de múltiplas atividades, a condução de pessoas, a avaliação do desempenho dirigido a objetivos previamente determinados, a obtenção e alocação de diferentes recursos”.

O perfil de competências comuns do Enfermeiro especialista, definidas pela Ordem dos Enfermeiros (2009), no que diz respeito ao domínio da gestão dos cuidados, dirige-nos para duas competências: a gestão dos cuidados, otimizando a resposta da equipa de Enfermagem, e a liderança e gestão dos recursos às situações. A primeira encaminha-nos para a criação de linhas orientadoras e supervisão dos cuidados e a segunda para estilos de liderança, estratégias de motivação e processos de mudança.

No que respeita à primeira competência, “gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de Enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional” (Ordem dos Enfermeiros, 2009), considera-se que as temáticas daqui decorrentes foram abordadas no subcapítulo anterior, relativo ao domínio da melhoria contínua da qualidade, nomeadamente a supervisão clínica e a criação de linhas orientadoras assentes na prática baseada na evidência. Como tal, não serão novamente abordadas.

Prosseguir-se-á então com os aspetos relativos à competência: “adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e aos contextos visando a otimização da qualidade dos serviços” (Ordem dos Enfermeiros, 2009). No caso da CCI, constatou-se que a sua composição multidisciplinar e funcionamento se adequava às especificidades da ULSM, estando em conformidade com a Circular Normativa nº18/DSQC/DSC de 15/10/2007 (DGS, 2007a).

No caso do SU, e por forma a enquadrar a teoria e a prática, desenvolveu-se um trabalho com o intuito de perceber como se gere um Serviço de Urgência, pretendendo o desenvolvimento e análise dos conteúdos abordados numa entrevista ao Enfermeiro Chefe do SU do HPH (cf. Anexo I). Este estudo teve como objetivo geral compreender alguns aspetos inerentes à gestão aplicada ao contexto dos serviços de Enfermagem e como objetivos específicos identificar, do



ponto de vista do entrevistado, o que é ser gestor em Enfermagem, qual a importância do Enfermeiro como gestor, quais as atividades desenvolvidas diariamente e qual a complexidade das mesmas, quais as atividades direcionadas à gestão de recursos materiais e humanos, como se articula com outros profissionais e com os profissionais do mesmo grupo e hierarquicamente superiores, e finalmente, como se planeiam mudanças no serviço.

Recorreu-se a uma metodologia de natureza qualitativa, do tipo descritivo. Na recolha de informação aplicou-se uma entrevista semiestruturada ao Enfermeiro Chefe do SU do HPH e posteriormente fez-se a análise de conteúdo. A entrevista era constituída por 13 perguntas, precedidas da caracterização sociodemográfica do entrevistado. A realização de uma entrevista semiestruturada foi importante porque este método permite alguma liberdade na colheita de dados, tentando captar o máximo de dados possível, mas dando liberdade de resposta ao informante.

Da análise do trabalho, conclui-se que as chefias de Enfermagem têm um papel extremamente importante a nível administrativo, pois grande parte do seu trabalho é dedicada ao planeamento e à gestão. A função do Enfermeiro Chefe não é gerir só pelo facto de gerir, mas gerir num contexto organizacional de saúde, visando primordialmente a prestação de cuidados, no sentido de promover a saúde. Portanto, deverão coexistir a lógica dos cuidados que se prestam e a lógica da gestão da instituição de saúde. É o Enfermeiro Chefe que estabelece esta relação na sua prática diária.

Considera-se que os Enfermeiros com funções de gestão devem ter presente que a sua missão assenta em vários parâmetros: promover, organizar, comunicar, desenvolver, deliberar e formar. Promover um ambiente humanizado no serviço, colocar em prática ordem e lógica na organização tornando-a compatível com a vida da equipa, comunicar conhecimentos com a equipa de modo a garantir complementaridade multidisciplinar, desenvolver atividades que se relacionem com a prática de cuidados, partilhar com toda a equipa os sucessos e dificuldades, são alguns dos aspetos em que os Enfermeiros devem estar envolvidos (Hesbeen, 2000).



Em jeito de conclusão, a gestão é um processo com o objetivo máximo de organizar a prestação de cuidados de Enfermagem, através do diagnóstico, do planeamento, da execução, da coordenação, da supervisão e, conseqüentemente, da avaliação de todos os procedimentos da equipa de Enfermagem, das necessidades dos utentes e suas famílias, assim como da instituição de saúde. Todas estas ações possibilitam articular as funções de gestão, as dimensões políticas, técnicas e de comunicação.

Pelo exposto, julga-se que foram adquiridas competências para:

- Otimizar o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão;
- Orientar e supervisionar tarefas, garantindo segurança e qualidade;
- Otimizar o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados;
- Adaptar o estilo de liderança e adequar ao clima organizacional.

Não foi possível atingir o objetivo de colaboração na integração de novos profissionais, pois durante esse período não foi admitido nem integrado nenhum Enfermeiro no SU e na CCI.

2.4. DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DA APRENDIZAGEM PROFISSIONAL

Ao longo dos últimos anos têm-se verificado profundas alterações nos processos de formação. O paradigma de educação profissionalizante, baseado no racionalismo técnico, foi cedendo terreno a uma epistemologia da prática, que tem como referência a competência subjacente à boa prática profissional: a racionalidade crítica.

Vivemos numa época de rápidas mudanças, em que a atualização de conhecimentos e técnicas, tem um papel fundamental para qualquer profissão. Ademais, à luz do Código Deontológico (Ordem dos Enfermeiros, 2005), é dever de todos os Enfermeiros manter a atualização contínua dos conhecimentos, conforme diz a alínea c), do artigo 88º, referente à “*excelência do exercício*”, em que “*o Enfermeiro procura, em todo o ato profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever de:*



- *“Manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas”.*

O dever de atualização decorre do direito do cliente a cuidados de qualidade, prestados de acordo com as mais recentes aquisições dos saberes nos diversos domínios e na procura permanente da excelência no exercício profissional.

Deste modo, parece-nos que também em Enfermagem, se considere a aprendizagem reflexiva como um elemento central na perspetiva de estruturação do saber baseado no lema de aprender a aprender.

Segundo Alarcão (1996), nas instituições de formação, os futuros profissionais são normalmente ensinados a tomar decisões que visam a aplicação dos conhecimentos científicos numa perspetiva de valorização da ciência aplicada, como se ela constituísse a resposta para todos os problemas da vida real. Porém, mais cedo ou mais tarde, na vida prática podem surgir situações que se constituem verdadeiras novidades, para as quais não se sabe dar resposta. Afigura-se pertinente afirmar que os profissionais devem ser formados para o imprevisível do desconhecido, a incerteza, o instável, o dinâmico, o inconstante e para a necessidade de, a cada momento, serem capazes de responder aos problemas com que se irão deparar.

Neste contexto, encontra-se fundamentação nos trabalhos de Schön. O seu trabalho gira à volta de três temas primordiais: *“o conceito de profissional”*, que tem de ser eficiente e a quem se pedem contas dos seus atos constantemente; a *“relação entre a teoria e a prática”* e a *“temática da reflexão e da educação para a reflexão”*. Este autor critica o modelo de formação profissional que se baseia na aplicação da ciência aos problemas concretos da prática e defende que a formação profissional deve incluir uma forte componente de reflexão a partir de situações práticas reais (Alarcão, 1996).

Pelo exposto por Alarcão (1996), Schön apresenta quatro conceitos fundamentais: conhecimento na ação, reflexão na ação, reflexão sobre a ação e reflexão sobre a reflexão na ação.



O “*conhecimento na ação*” é o conhecimento que os profissionais demonstram na execução da ação e manifesta-se na espontaneidade com que uma ação é bem desempenhada. É dinâmico e resulta de uma reformulação da própria ação. “*Reflexão na ação*”, é quando se reflete no decurso da própria ação, sem a interromper, embora com breves instantes de distanciamento, e se reformula o que estamos a fazer, enquanto estamos a realizá-lo. Se reconstruímos mentalmente a ação para tentar analisá-la retrospectivamente, então estamos a fazer “*reflexão sobre a ação*”. A “*reflexão sobre a reflexão na ação*” é quando se reflete sobre a forma como tínhamos refletido na ação. Esta ajuda a determinar as ações futuras, a compreender futuros problemas ou a descobrir novas soluções (Alarcão, 1996).

Tendo por base as ideias apresentadas, foi uma preocupação constante ao longo do Estágio de Enfermagem Médico-Cirúrgica, procurar um conhecimento ativo, orientado para a ação e resolução de problemas em contexto da prática, mediante as oportunidades que surgiram. No entanto, isso não basta, segundo a Ordem dos Enfermeiros (2009) o Enfermeiro Especialista deve procurar atuar como “*dinamizador e gestor da incorporação do conhecimento no contexto da prática cuidativa*”, deve atuar “*como formador*” e avaliar “*o impacto da formação*”.

No seguimento do exposto, e por necessidade de dar resposta a um objetivo do estágio no SU, foi desenvolvida uma formação em serviço, em torno do tema da tuberculose. Inicialmente a ideia era criar um programa de intervenção para a redução da tuberculose no concelho de Matosinhos, mas por limitações de tempo e porque já existe um programa de luta contra a tuberculose na região de saúde do norte, optou-se por trabalhar as orientações para a atuação perante o doente com tuberculose, ou suspeita de tuberculose, no SU (cf. Anexo II).

Com esta formação pretendeu-se rever as orientações para atuação no SU perante o doente com tuberculose, ou suspeita de tuberculose, complementando as orientações da CCI do HPH. Teve-se como objetivos específicos:

- Reforçar e sistematizar conhecimentos sobre isolamento do doente com tuberculose;
- Uniformizar procedimentos de atuação no Serviço de Urgência;
- Promover recomendações para prevenir infeções cruzadas.



A formação teve a participação de 10 Enfermeiros. No final foi realizada a avaliação da formação por forma a apreciar parâmetros relativos aos objetivos e conteúdos abordados, em relação à atuação do formador e à necessidade de aprofundar o tema abordado. Em termos gerais a formação foi positiva, com todos os itens de avaliação entre o bom e o muito bom. 70% dos Enfermeiros consideraram a formação importante, consideraram que o formador demonstrou domínio dos conteúdos abordados e que era importante aprofundar o tema. Assim, foram adquiridas competências para o planeamento de formação e avaliação da formação.

Ainda no SU, participou-se como formando numa ação de formação relativa aos sistemas de informação, nomeadamente os registos efetuados no SAPE®. Esta formação, atendendo aos interesses pessoais e pelo facto de ser dirigida ao doente crítico, teve uma relevância fundamental para a partilha e discussão de ideias expostas anteriormente sobre a temática dos sistemas de informação. Inicialmente, propôs-se colaborar com a equipa multidisciplinar em estudos de investigação que estivessem a decorrer durante o período de estágio, contudo, este objetivo não foi possível concretizar, uma vez que não se encontrava em curso nenhum projeto ou trabalho de investigação, em ambos os serviços onde decorreram os estágios.

De uma forma geral, e pelo definido nos critérios de avaliação do perfil de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2009), considera-se que as competências no domínio do desenvolvimento da aprendizagem profissional, foram adquiridas, uma vez que foi dada resposta a objetivos específicos, tais como:

- Identificar as necessidades formativas na área da especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica;
- Promover a formação em serviço na área da especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica;
- Formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em Enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica;



- Incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização;
- Comunicar os resultados da sua prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas;
- Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros Enfermeiros;
- Demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência.

Resumidamente e perante as oportunidades identificadas nos diferentes locais de estágio, geriu-se e complementou-se o conhecimento proveniente da formação inicial, experiência profissional e da formação pós-graduada, acrescentando a revisão bibliográfica necessária à implementação na prática de resultados de investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização.

2.5. DOMÍNIO DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS ESPECIALIZADOS: ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

A Ordem dos Enfermeiros (2009) define três competências específicas para o Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica. Uma dirigida para a prestação de cuidados à pessoa a *“vivenciar processos de doença crítica e/ou falência orgânica”*, outra para a atuação em *“situações de catástrofe ou emergência multivítima”*, e por fim, uma competência dirigida para a *“prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou em falência orgânica”*.

Sendo o Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, aquele que *“maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil”*, entende-se claramente que o local de excelência para o desenvolvimento de competências de *“prevenção e controlo da infeção”* é a CCI, pelo que foi a escolha para o módulo de estágio opcional. Para integrar esta competência na sua prática, o Enfermeiro



necessita de considerar “o risco de infeção face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações e à diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica, para a manutenção de vida da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica”, respondendo “eficazmente na prevenção e controlo de infeção” (Ordem dos Enfermeiros, 2009).

A experiência profissional prévia em cuidados intensivos e o estágio disponibilizado pela UCP no Serviço de Urgência do HPH, foram ajustados para a aquisição das outras duas competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros.

O doente crítico é definido pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008), como aquele que “... por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência depende de meios avançados de monitorização e terapêutica”.

A evolução das necessidades de cuidados de saúde, devido ao envelhecimento da população, acrescido de doentes crónicos e dependentes face às atividades de vida diárias, obriga a uma resposta mais eficaz dos profissionais de saúde. Hoje, os problemas de saúde caracterizam-se pela elevada complexidade, sendo que a “análise dos problemas num ambiente multidisciplinar enriquece a qualidade das soluções e, portanto melhora a qualidade dos cuidados de saúde” (Silva, 2006).

A complexidade do SU não passa, unicamente pela envolvência tecnológica que alguns autores referem, mas pela complexidade de pessoas e situações, onde a transição súbita de saúde para a doença é uma experiência complexa e altamente individualizada. Tendo por base estes pressupostos, desenvolveu-se uma prática em estágio centrada na pessoa, nos processos de transição inerentes a situações de saúde-doença agudas e com sustentação nos princípios éticos e deontológicos.

Relativamente ao estágio no SU do HPH, foi possível desenvolver a prática e adquirir competências nas diferentes áreas de prestação de cuidados. Iniciou-se por OBS e depois por Sala de Tratamentos 2, Triagem Área Médica, Triagem Área Cirúrgica, Triagem de Manchester e Sala de Emergência.



Relativamente às patologias, as mais relevantes englobaram o foro cardíaco, respiratório, gastrointestinal, neurológico e urológico, que vão desde o tratamento médico ao cirúrgico. A possibilidade de cuidar de doentes da Unidade de Dor Torácica (inserida em OBS) foi de particular interesse na medida em que se pôde desenvolver conhecimentos sobre métodos de monitorização, técnicas e *guidelines* de trombólise e referenciação e transporte de doentes críticos. O SU possui protocolos de via verde bem estabelecidos e treinados no seio da equipa, o que se tornou uma mais valia para a aprendizagem.

Foi possível aplicar conhecimentos adquiridos na formação anterior e na componente teórica do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, nomeadamente na Sala de Emergência, onde se colaborou em situações de edema agudo do pulmão, dispneia grave, dor torácica, acidente vascular cerebral e taquicardia.

Os focos de Enfermagem trabalhados nas várias áreas do SU, foram: dispneia, limpeza das vias aéreas, hipotensão, bradicardia, taquicardia, febre, edema, desidratação, náusea, vômito, obstipação, retenção urinária, confusão, coma, dor, ferida traumática, úlcera venosa, úlcera de pressão, tristeza, ansiedade, medo e autocuidado higiene, uso do wc, vestuário, andar, entre outros.

Como se percebe pelo apresentado anteriormente, e tal como seria esperado, o SU procura dar resposta a situações essencialmente fisiológicas (focos de atenção do domínio das funções biológicas/processos corporais), no entanto, também se verifica um enorme trabalho e esforço por parte da equipa de Enfermagem em prestar cuidados centrados nas respostas humanas à doença e nas atividades realizadas pelo próprio (o doente). Neste sentido, percebe-se um esforço dirigido para a humanização dos cuidados no SU, o que nos ajudou a crescer profissionalmente.

Relativamente ao estágio desenvolvido na CCI, a especificidade dos fenómenos relativos ao controlo de infeção exigiram um trabalho de pesquisa desde o primeiro ao último dia, nomeadamente no que diz respeito à legislação e *guidelines*.



Desde 1996 que se tornou obrigação legal a criação de uma Comissão de Controlo de Infeção em cada estabelecimento de saúde, público ou privado, quando articulado com o Serviço Nacional de Saúde. Esta obrigação legal está consignada, bem como a natureza, meios, composição e atribuições da CCI no Diário da República, II série, nº246, de 23 de Outubro de 1996 (DGS, 2007b).

A Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) é uma *“infeção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade”* (DGS, 2007b). Não sendo este um problema novo, assume cada vez maior importância em Portugal e no mundo. O risco de infeção aumenta à medida que a esperança de vida se eleva e que dispomos de tecnologias cada vez mais avançadas e invasivas, e de maior número de doentes sujeitos a terapêutica imunossupressora.

Segundo a Organização Mundial de Saúde cerca de um terço das infeções adquiridas no decurso da prestação de cuidados são seguramente evitáveis. A mesma reconhece que a IACS dificulta o tratamento adequado de doentes em todo o mundo, sendo também reconhecida como uma causa importante de morbilidade e mortalidade, bem como do consumo acrescido de recursos quer hospitalares, quer da comunidade (WHO, 2008).

Em Portugal, a infeção hospitalar foi abordada pela primeira vez em 1930, pela Direção Geral da Saúde e depois, em 1979 pela Direção Geral dos Hospitais, através da Circular Informativa Nº 6/79, de 9/2/79. O controlo da infeção foi recomendado pela Direção Geral dos Hospitais a todas as unidades de saúde pela Circular Informativa Nº 8/86 de 25/3/86. Em 1993, a Circular Normativa Nº 4/93 de 10/2/93, da Direção Geral dos Hospitais, difundiu a necessidade da institucionalização de CCI nos hospitais. Foram tomadas diversas iniciativas inovadoras para minimizar o risco e controlar a infeção nos hospitais, como foi o caso da criação de CCI nas unidades de saúde públicas ou privadas, integradas na rede nacional de prestação de cuidados de saúde, através do Despacho do Diretor Geral da Saúde de 23/10/96. Posteriormente, por Despacho do Diretor Geral da Saúde de 14 de Maio de 1999, foi criado o Programa Nacional de Controlo da Infeção que foi divulgado pela Circular Informativa da Direção Geral



da Saúde Nº 20/GAB/DG de 30/7/99 com o objetivo de dar a conhecer a verdadeira dimensão do problema e promover as medidas necessárias para a prevenção da infeção através da identificação e modificação das práticas de risco (DGS, 2007b).

Segundo a Circular Normativa nº 18/DSQC/DSC de 15/10/07 da Direcção-Geral da Saúde, a CCI é um órgão de assessoria técnica de apoio à gestão que deve ter um carácter técnico, executivo, multidisciplinar, representativo e ajustado às novas modalidades de gestão das unidades de saúde, devendo ser dotada de autoridade institucional e autonomia técnica, na definição das estratégias para prevenir e controlar as IACS (DGS, 2007a; DGS, 2008).

A DGS (2008), através do Manual de Operacionalização do Programa Nacional de Prevenção e Controlo das IACS refere ainda que a CCI é responsável por implementar nas unidades de saúde uma cultura de segurança, de modo a que a prevenção e controlo da IACS seja vista como parte integrante das atividades diárias dos profissionais, contribuindo para a qualidade dos cuidados e para a segurança do doente. As quatro grandes linhas estratégicas de atuação da CCI são: vigilância epidemiológica das IACS; elaboração e implementação de normas e recomendações de boas práticas; formação e informação dos profissionais de saúde, visitas e doentes e por fim, consultadoria e apoio.

Após o desenvolvimento de conhecimentos na área, tornou-se pertinente preparar previamente as visitas aos locais relevantes para o controlo de infeção em contexto hospitalar. Estas visitas de estudo permitiram compreender melhor a relação e o papel da CCI no controlo de infeção através das áreas visitadas, sendo previamente preparadas através de pesquisa bibliográfica para facilitar a compreensão dos aspetos observados e por forma a desenvolver um espírito crítico/reflexivo sobre as observações e aprendizagens adquiridas com as visitas. Realizou-se visita ao circuito de limpos e sujos e às estruturas de triagem, transporte e armazenamento de resíduos hospitalares, ao serviço Central de Esterilização, ao Laboratório de Microbiologia, à Lavandaria, aos serviços com isolamento de doentes com microrganismos resistentes e à Unidade de Medicina Hiperbárica. Posteriormente foi realizado um relatório sobre as visitas efetuadas.



No período de estágio na CCI houve também a oportunidade de efetuar uma auditoria ao Centro de Saúde da Senhora da Hora e respetivas unidades. Não nos alongaremos sobre o assunto porque já foi exposto anteriormente.

Da necessidade de dar resposta aos objetivos do estágio, e pelas oportunidades geradas, foi possível acompanhar três momentos de formação com temáticas diferentes. A primeira formação foi realizada pela CCI da ULSM e teve como tema *“Noções básicas no controlo de infeção”*, sendo dirigida aos Enfermeiros dos cuidados de saúde primários da ULSM. A segunda formação, também realizada pela CCI, abordou a higienização dos serviços de saúde, a triagem dos resíduos e os acidentes de trabalho no contexto da saúde, sendo dirigida aos Assistentes Operacionais.

O terceiro momento formativo foi realizado no Hospital de São João, sendo designado por *“8º Dia do Controlo de Infeção”*. Abordou essencialmente a infeção na corrente sanguínea associada ao cateterismo. Teve-se a oportunidade de assistir à apresentação dos resultados da aplicação do programa *“To Err is Human: Building a Safer Health System”* em Espanha e dos resultados do *“Programa Bacteriemia Zero”* no Hospital de São João. Nesta formação também foi apresentada a *“Bundle”* Portuguesa para as infeções da corrente sanguínea associadas ao cateterismo. As *“Bundles”* são listas de verificação que garantem a adesão às práticas adequadas; são constituídas por vários passos principais, relativos aos procedimentos mais importantes, baseados em evidências científicas, neste caso particular, relacionados com a inserção e manutenção dos acessos vasculares.

O estágio na CCI foi desenvolvido por mais dois colegas do curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Esta parceria foi uma mais valia pela partilha de experiências e pelo suporte criado entre ambos os elementos. Neste contexto foi desenvolvido um trabalho sobre equipamento de proteção individual (EPI) em que cada elemento deu um contributo.

O exercício das profissões de saúde é considerado de risco para a saúde e segurança dos profissionais assim como dos utentes. Assim, estes riscos podem ser minorados se os profissionais tiverem acesso à informação certa que lhes



permita agir corretamente, de forma a criar e manter um ambiente de trabalho seguro para benefício da equipa de saúde, do utente, do ambiente e da comunidade. A escolha por desenvolver um trabalho com o tema “EPI” insere-se no âmbito desta preocupação, com vista a otimizar as medidas habituais de prevenção e controlo de infeções, através das precauções padrão, que incluem os equipamentos de proteção individual. Individualmente foi dado o contributo com um capítulo sobre “luvas”. Por ser um trabalho desenvolvido em grupo, não se desenvolve a temática neste relatório.

Do ponto de vista individual foi desenvolvido um trabalho sobre o reprocessamento e armazenamento de material de endoscopia (cf. Anexo III), cujo objetivo geral foi a compilação de diretrizes, permitindo assim aos profissionais desta área disporem de linhas de conduta para a padronização de procedimentos que motive a eficaz prevenção e controlo da infeção associada às atividades de endoscopia.

Nas últimas décadas assistiu-se a um elevado desenvolvimento tecnológico na saúde e conseqüentemente, dos procedimentos endoscópicos mais complexos e invasivos, pelo que a padronização da desinfeção de endoscópios e acessórios tornou-se uma exigência face à emergência de novas doenças e de microrganismos multirresistentes. Este trabalho surgiu das necessidades sentidas na CCI, procurou servir de base concetual para a criação do procedimento de “*Tratamento e Armazenamento dos Aparelhos de Endoscopia*” para a CCI, e teve por objetivo geral a compilação de diretrizes para o reprocessamento e armazenamento de material de endoscopia. Procurou desenvolver-se um documento que pretende ser um guia prático e de fácil consulta, que reúne em si um conjunto de informação pertinente sobre a temática.

O Estágio de Enfermagem Médico-Cirúrgica na CCI assumiu-se como um desafio pela sua especificidade e pelas várias áreas de abrangência. Considera-se que foram adquiridas as competências específicas para o cuidado ao doente crítico, mais especificamente para responder eficazmente na prevenção e controlo de infeção.



3. CONCLUSÃO

Num panorama acelerado de mudança do paradigma da saúde, torna-se evidente a necessidade dos profissionais se munirem de conhecimentos, aptidões e competências específicas que se reflitam positivamente na qualidade dos cuidados, visando a obtenção de ganhos em saúde. A própria realidade dos Enfermeiros mostra um trabalho cada vez mais complexo e com maior responsabilidade, o que exige para além de uma sólida formação base, uma aprendizagem contínua e profissionalizante, no sentido da aquisição de competências específicas (Ordem dos Enfermeiros, 2009).

Enquanto profissão autónoma, a Enfermagem, tem evidenciado uma evolução ao longo do tempo, redefinindo-se continuamente e adaptando-se às exigências permanentes da evolução da ciência. Este exponencial de desenvolvimento implica que os Enfermeiros atualizem permanentemente o seu corpo de conhecimentos, tornando-o cada vez mais profundo e abrangente. Neste sentido, sentiu-se necessidade de aprofundar conhecimentos e competências na área de Especialização Médico-Cirúrgica.

A Ordem dos Enfermeiros (2009) coloca então o desafio de construir percursos de desenvolvimento profissional que permitam a atribuição do título de Enfermeiro Especialista, alicerçado numa lógica de reconhecimento de competências, onde os momentos formais de aquisição de conhecimento se unem à experiência profissional sustentada numa prática clínica reflexiva, por forma a garantir a qualidade e o desenvolvimento dos cuidados de Enfermagem.

Com a realização do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica foram adquiridas competências de Especialista, umas decorrentes do aprofundamento dos domínios de competências do Enfermeiro de cuidados gerais (competências comuns) e, outras decorrentes da



aquisição e aprofundamento de competências para lidar com a pessoa em situação crítica (competências específicas).

Segundo Benner (2005), *“o desenvolvimento do conhecimento numa disciplina aplicada consiste em desenvolver o conhecimento prático (saber fazer) graças a estudos científicos e investigações fundados sobre a teoria e pelo registo do «saber fazer» existente, desenvolvido ao longo da experiência clínica vivida, aquando da prática dessa disciplina”*. Assim, o percurso de desenvolvimento das competências implicou dois momentos distintos, um primeiro momento formal de aquisição de conhecimentos, e posteriormente a realização de um Estágio de Enfermagem Médico-Cirúrgica com vista a aplicação dos conhecimentos obtidos e a aquisição de competências em contexto clínico.

O presente relatório veio dar resposta a um processo avaliativo e dá ênfase às competências adquiridas com a realização do Estágio de Enfermagem Médico-Cirúrgica, bem como as atividades desenvolvidas para as atingir. A sua redação elucida acerca da aquisição de competências científicas, metodológicas, sociais, relacionais e comunicacionais, éticas, mas também no âmbito da autonomia, iniciativa, criatividade, reflexão crítica e tomada de decisão.

Para Benner (2005), a *“perícia desenvolve-se quando um clínico testa e refina propostas, hipóteses e as expectativas fundadas sobre os princípios em situações da prática real”*. Deste modo considera-se que o ensino clínico foi fundamental para o desenvolvimento das competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros, sendo o espaço primordial para o desenvolvimento de uma responsabilidade profissional ativa e centrada numa aprendizagem autónoma, auto-orientada e fundamentada no pensamento crítico-reflexivo, garantindo de forma consistente e permanente alterações na prática, com vista à excelência do cuidar.

Atendendo ao exposto, ao longo do Estágio de Enfermagem Médico-Cirúrgica procurou-se desenvolver uma prática com base num julgamento intencional, autorregulado, resultante da interpretação, análise, avaliação e inferência, bem como da explanação das evidências, considerações concetuais, metodológicas e contextuais. Ao longo dos diferentes módulos do estágio (SU e CCI), considerou-se importante manter um desenvolvimento profissional que privilegiasse uma Enfermagem autónoma com ênfase no desenvolvimento da capacidade para o



diagnóstico e implementação de intervenções de Enfermagem, por oposição a uma prática que nos convida à modelagem e socialização com esquemas de trabalho pré-definidos.

O sucesso do Estágio de Enfermagem Médico-Cirúrgica resulta da aplicação quase na íntegra do projeto previamente estabelecido. Neste documento relatamos as atividades desenvolvidas, mas acima de tudo as reflexões sobre temáticas centrais para o desenvolvimento de uma Enfermagem avançada, tais como supervisão clínica, prática baseada na evidência, gestão de cuidados e equipas, controlo de infeção, entre outros. Estas reflexões surgiram das oportunidades geradas no estágio e apoiam-se num “*raciocínio consciente e deliberado*” (Benner, 2005) para resolver as situações no sentido do desenvolvimento de competências específicas. Contribuiu também para o sucesso do estágio, a disponibilidade das equipas do SU e da CCI para o acolhimento de Enfermeiros em formação pós-graduada, bem como a sua preparação para a supervisão.

O não cumprimento na íntegra do projeto de estágio deve-se ao facto dos locais de ensino clínico não terem em desenvolvimento projetos de investigação e não decorrerem processos de integração de novos profissionais, durante o período de estágio. Do ponto de vista individual, o estágio implicou um grande esforço e disponibilização de tempo, o que culminou com um elevado desgaste físico e psicológico. Considera-se que este aspeto foi um elemento limitador, mas não impeditivo da aquisição das competências desejadas.

Considera-se que a reflexão crítica sobre os problemas da prática profissional, associados à prestação de cuidados de Enfermagem, constituíram os alicerces de todo o processo de desenvolvimento. Tendo sido vividas experiências muito variadas e enriquecedoras, julga-se que houve um crescimento tanto a nível profissional como humano, permitindo agora encarar a profissão com uma visão mais alargada, nomeadamente no cuidado ao doente crítico, na gestão de situações de crise, na integração de equipas multidisciplinares, na avaliação de aspetos organizativos dos serviços e instalações, no desenvolvimento de trabalhos de investigação ou em projetos de formação.



Resumidamente, salienta-se o facto do estágio ter sido um processo exigente, trabalhoso, mas ao mesmo tempo gratificante na medida em que constituiu uma experiência enriquecedora, pelos contributos que forneceu para a aprendizagem ao longo da vida, para a pesquisa e investigação e pela aquisição de competências específicas no cuidado ao doente crítico, nomeadamente no controlo de infeção.

Concluído o percurso a que nos propusemos, considera-se que foram atingidos de forma satisfatória os objetivos definidos, e assim julga-se futuramente ser capaz de prestar cuidados especializados na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica, através de processos de tomada de decisão com base na reflexão, na mobilização de um conjunto de saberes científicos, tecnológicos e relacionais, no sentido de assumir uma função diferenciada no cuidar, e de forma autónoma e interdependente tomar decisões adequadas às situações complexas da área de especialização.



4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W. (2003). *Supervisão, qualidade e ensinamentos clínicos: Que parcerias para a excelência em saúde?*. Coimbra: Formasau.
- Alarcão, I. (1996). *Formação reflexiva de professores – Estratégias de supervisão*. Porto: Porto Editora.
- Alarcão, I., Tavares, J. (2003). *Supervisão da prática pedagógica – Uma perspectiva de desenvolvimento e aprendizagem*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Anderson, M., Helms, L. (2000). Talking about patients: communication and continuity of care. *The Journal of Cardiovascular nursing*, 14, 15-28.
- Benner, P. (2005). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto.
- Bernardo, W., et al. (2004). A prática clínica baseada em evidências. Parte II – Buscando as evidências em fontes de informação. *Revista Associação Médica Brasileira*, 50, 104-108.
- Brunt, B., et al. (1999). Designing interdisciplinary documentation for the continuum of care. *Journal of Nursing Care Quality*, 14, 1-10.
- Chiavenato, I. (2002). *Teoria Geral de Administração*. São Paulo: MacGraw – Hill.
- Collière, M. F. (2003). *Cuidar... A Primeira Arte da Vida*. Loures: Lusociência.
- Cook, R., Render, M., Woods, D. (2000). Gaps in the continuity of care and progress on patient safety. *British Medical Journal*, 320, 791-794.
- Department of Health (1993). *A vision for the future*. London: Department of Health.



Diário da República (2006). *Decreto-Lei nº74/2006 de 24 de Março. Diário da República – I Série-A, nº60 de 24 de Março de 2006.*

Dicenso, A., et al. (1998). Implementing evidence based nursing: some misconceptions. *Evidence-Based Nursing*, 1, 38-40.

Dicionário da Língua Portuguesa 2013 (2012). Porto Editora.

Direção Geral da Saúde (DGS) (2007a). *Circular Normativa nº18/DSQC/DSC de 15/10/2007*. Lisboa: DGS.

Direção Geral de Saúde (DGS) (2007b). *Programa nacional de prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde*. Lisboa: DGS.

Direção Geral de Saúde (DGS) (2008). *Programa nacional de prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde – Manual de operacionalização*. Lisboa: DGS.

Fernandes, O. (2007). *Entre a teoria e a experiência - Desenvolvimento de competências de enfermagem no ensino clínico no hospital no curso de licenciatura*. Loures: Lusociência.

Galvão, C., et al. (2004). Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática de enfermagem. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 12, 549-556.

Garrido, A. (2005). Supervisão Clínica em Enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem*, 12, 27-34.

Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital. Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência

International Council of Nurses (ICN) (2009). *Nursing matters: Medication errors*. Geneva: ICN.

Le Boterf, G. (2003). *Desenvolvendo a competência dos profissionais*. Porto Alegre: Artmed.



- Meleis, A. (2010). *Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Ministério da Saúde (2006). *Proposta da rede de serviços de urgências*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Munson, C. (2002). *Handbook of clinical social work supervision*. New York: The Haworth Press.
- Nobre, M., et al. (2003). A prática clínica baseada em evidências. Parte I – Questões clínicas bem construídas. *Revista Associação Médica Brasileira*, 49, 445-449.
- Ordem dos Enfermeiros (2002). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual; enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2005). *Código deontológico do enfermeiro: Dos comentários à análise de casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2009). *Caderno temático nº2 “sistema de individualização das especialidades clínicas em enfermagem (SIECE) – Individualização e reconhecimento de especialidades clínicas em Enfermagem – perfil de competências comuns e específicas de enfermeiro especialista”*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2012). *Combater a desigualdade: da evidência à ação*. Consultado em 21 de Junho de 2012, em Ordem dos Enfermeiros: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/IND%20Kit%202012%20FINAL%20Português_VFinal_correto.pdf.



- Pereira, F. (2004). Dos resumos mínimos de dados de enfermagem aos indicadores de ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de Enfermagem: o caminho percorrido. *Ordem dos Enfermeiros, Suplemento da Revista*, 13, 13-21.
- Perrenoud, P. (1999). *Avaliação, da excelência à regulação das aprendizagens, entre duas lógicas*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Pinto, K., Melo, C. (2010). A prática da enfermeira em auditoria em saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 44, 671-678.
- Pires, R., et al. (2004). Supervisão clínica de alunos de Enfermagem. *Revista Sinais Vitais*, 54, 15-17.
- Sá-Chaves, I. (2000). *Formação, conhecimento e supervisão. Contributos nas áreas da formação de professores e de outros profissionais*. Aveiro: Edições CIDInE.
- Silva, A. (2006). *Sistemas de informação em enfermagem – uma teoria explicativa de mudança*. Coimbra: Formasau.
- Sousa, P. (2006). *Sistema de partilha de informação de enfermagem entre contextos de cuidados de saúde – um modelo explicativo*. Coimbra: Formasau.
- World Health Organization (WHO) (2008). *Summary of the evidence on patient safety: implications for research*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (WHO) (2012). *Patient safety research: a guide for developing training programmes*. Geneva: WHO.



Anexos



Anexo I

Trabalho: “Gestor dos serviços de Enfermagem: teoria e prática”



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

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

**GESTOR DOS SERVIÇOS DE ENFERMAGEM:
TEORIA E PRÁTICA**

ANÁLISE DOS CONTEÚDOS ABORDADOS NA ENTREVISTA AO ENFERMEIRO CHEFE DO
SERVIÇO DE URGÊNCIA DO HOSPITAL PEDRO HISPANO

Nuno Miguel Vieira Lopes

Junho de 2012



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

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

**GESTOR DOS SERVIÇOS DE ENFERMAGEM:
TEORIA E PRÁTICA**

ANÁLISE DOS CONTEÚDOS ABORDADOS NA ENTREVISTA AO ENFERMEIRO CHEFE DO
SERVIÇO DE URGÊNCIA DO HOSPITAL PEDRO HISPANO

Por Nuno Miguel Vieira Lopes

Sob Orientação de Mestre Amélia Ferreira
Tutoria de Enfermeira Especialista Amélia Neves

Junho de 2012

SUMÁRIO

	Pág.
1. INTRODUÇÃO	5
2. ENFERMEIRO COMO GESTOR	9
3. FORMAÇÃO DE UM ENFERMEIRO GESTOR PARA AS ATIVIDADES QUE DESENVOLVE	15
4. ATIVIDADES DE GESTÃO DESENVOLVIDAS NO DIA A DIA	19
4.1. GESTÃO DE RECURSOS MATERIAIS	20
4.2. GESTÃO DOS RECURSOS HUMANOS	21
4.3. GESTÃO DE RECURSOS FINANCEIROS	24
5. COMUNICAÇÃO E PLANEAMENTO DA MUDANÇA	27
6. CONCLUSÃO	31
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	33
 ANEXOS	 37
<hr/>	
ANEXO I - Entrevista ao Enfermeiro Chefe do Serviço de Urgência do Hospital Pedro Hispano	39

1. INTRODUÇÃO

Inserido na Unidade Curricular de Estágio em Enfermagem Médico-Cirúrgica, foi elaborado o presente trabalho, que tem como tema a gestão dos Serviços de Enfermagem e pretende o desenvolvimento e uma análise dos conteúdos abordados numa entrevista ao Enfermeiro Chefe do Serviço de Urgência do Hospital Pedro Hispano. Procurou-se assim perceber como se gere um Serviço de Urgência de um hospital de referência.

Todas as organizações, independentemente do seu ramo de atividade, desde as industriais às prestadoras de serviços, como é o caso do hospital, necessitam da gestão. Esta gestão deve ser adequada aos objetivos propostos pela organização, no sentido de maior eficiência e melhor adequação dos recursos disponíveis, tendo em consideração o fator económico (Chiavenato, 2002).

É neste sentido que este autor define administração como “...um fenómeno universal no mundo moderno. Cada organização e empresa requer a tomada de decisões, a coordenação de múltiplas atividades, a condução de pessoas, a avaliação do desempenho dirigido a objetivos previamente determinados, a obtenção e alocação de diferentes recursos” (Chiavenato, 2002, p.14). Gerir é coordenar as atividades das pessoas e os recursos de uma organização (ou de uma sua parte) para definir e prosseguir os objetivos. (Pinto et al., 2006).

Pensar acerca da prática de Enfermagem, envolve conhecimentos complexos associados a macro resultados sociais, económicos e políticos, assim como micro espaços, dos quais resultam diferentes relações/interações. Neste sentido, o Enfermeiro gestor dos serviços de saúde possui uma árdua tarefa. A gestão em Enfermagem deve ser entendida como um instrumento que contribui de forma significativa para que a Enfermagem se torne um modelo de produção de prestação de cuidados e que, ao mesmo tempo, assegure a qualidade da organização. As novas tendências de gestão em Enfermagem

só serão pertinentes se o próprio Enfermeiro gestor compreender que gerir também é cuidar (Aguiar et al., 2005).

Perante esta temática, este estudo tem como objetivo geral compreender alguns aspetos inerentes à gestão aplicada ao contexto dos serviços de Enfermagem e como objetivos específicos identificar, do ponto de vista do entrevistado, o que é ser gestor em Enfermagem, qual a importância do Enfermeiro como gestor, quais as atividades desenvolvidas diariamente e qual a complexidade das mesmas, quais as atividades direcionadas à gestão de recursos materiais e humanos, como se articula com outros profissionais e com os profissionais do mesmo grupo e hierarquicamente superiores, e finalmente, como se planeiam mudanças no serviço.

Recorreu-se a uma metodologia de natureza qualitativa, do tipo descritivo. Na recolha de informação aplicou-se uma entrevista semiestruturada ao Enfermeiro Chefe do Serviço de Urgência do Hospital Pedro Hispano e posteriormente fez-se a análise de conteúdo. A entrevista era constituída por 13 perguntas, precedidas da caracterização sociodemográfica do entrevistado.

A existência de uma entrevista semiestruturada foi importante porque este método permite alguma liberdade na colheita de dados, tentando captar o máximo de dados possível, mas dando liberdade de resposta ao informante.

Após a realização da entrevista, recorreu-se às orientações de análise de conteúdo de Bardin (1995): a pré análise, diz respeito à “fase de organização propriamente dita” esta primeira atividade consiste na “leitura flutuante” (Bardin, 1995, p.96), que consiste em estabelecer contacto com os documentos a analisar assim como em conhecer o texto deixando-se desta forma “invadir por impressões e orientações” (Bardin, 1995, p.96); exploração do material com a leitura sincrética e prolongada onde se avalia as possibilidades de análise face aos objetivos da pesquisa e apreender o sentido dos dados, após a leitura e apoiados pela pesquisa bibliográfica, define-se então uma espécie de grelha de análise. A partir da grelha de análise elaborada, passa-se ao sistema de categorização que segundo Bardin (1995, p.117) “é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por

reagrupamento segundo o género (analogia), com os critérios previamente definidos". Após o levantamento das categorias e subcategorias, assim como das unidades de registo, leva-se a cabo o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação, com base no que se encontra descrito nas fontes consultadas, criando um paralelismo entre a prática da enfermeira entrevistada e a teoria referida nas fontes.

O trabalho está dividido de acordo com as categorias que emergiram da análise da entrevista, apresentadas de forma descritiva. O segundo capítulo é dedicado às competências do gestor de Enfermagem e características que suportam o desenvolvimento desse papel. O terceiro capítulo é dedicado à formação que o Enfermeiro gestor desenvolve ou deve desenvolver de acordo com as atividades que executa. O quarto capítulo diz respeito às atividades de gestão que são desenvolvidas diariamente. No quinto capítulo aborda-se os modelos, fluxo e meios de comunicação que são utilizados pelo Enfermeiro entrevistado e como são utilizados no planeamento de mudanças.

As fontes para a construção do presente trabalho foram fontes clássicas do conhecimento, tais como livros e artigos científicos (dando primazia a artigos com menos de cinco anos em qualquer língua, com recurso a bases de dados *online*). Do mesmo modo optou-se por analisar artigos em língua Portuguesa (de autores Portugueses). Adianta-se ainda que a existência de artigos e fontes clássicas com mais de cinco anos mostra-se pertinente dada a relevância dos mesmos.

2. ENFERMEIRO COMO GESTOR

A Enfermagem tem demonstrado nos últimos anos, potencial para a implementação, manutenção e desenvolvimento das políticas de saúde, demonstra ser ela o eixo principal para suportar qualquer política de saúde que tenha como objetivo a assistência de qualidade (Barbosa et al., 2004).

A Enfermagem como disciplina profissional visa à construção do conhecimento entendido como gestão em Enfermagem, que pode ser expresso pelo processo de trabalho, ou seja, um conjunto de atitudes do Enfermeiro para manter a coerência entre o discurso e a ação (Aarestrup et al., 2008).

O perfil do profissional de Enfermagem está determinado no Decreto-lei 437/91, de 8 de Novembro (Carreira de Enfermagem), no Decreto-lei n.º 161/96, de 4 de Setembro (Regulamento de Exercício Profissional dos Enfermeiros) e a afirmação da identidade profissional teve, em 1998, um contributo primordial: a criação da Ordem dos Enfermeiros, que tem como desígnio fundamental promover a defesa da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à população, bem como o desenvolvimento, a regulamentação e o controlo do exercício da profissão de Enfermeiro, assegurando a observância das regras de ética e deontologia profissional.

O exercício da profissão de Enfermagem é hoje exercido por cerca de 65.467 Enfermeiros, distribuídos por várias áreas de atuação (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

Na área da gestão estão cerca de 1.321 Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2013) e é a estes Enfermeiros a quem se dedicam várias alíneas do Artigo 8.º do DL 437/91, segundo o qual, compete ao Enfermeiro Chefe:

- *“Integrar o órgão de gestão das unidades de cuidados, sempre que este for colegial;*

- *Promover e colaborar na definição e atualização de normas e critérios para a prestação de cuidados;*
- *Determinar as necessidades em Enfermeiros, tendo em vista os cuidados de Enfermagem a prestar, cabendo-lhe a responsabilidade de os distribuir e adequar às necessidades existentes, nomeadamente através da elaboração de horários e planos de férias;*
- *Propor o nível e tipo de qualificações exigidas ao pessoal de Enfermagem, em função dos cuidados de Enfermagem a prestar;*
- *Participar na elaboração do plano e relatórios globais da unidade de cuidados, desenvolvendo, de forma articulada, o plano e o relatório anuais, referentes às atividades de Enfermagem;*
- *Incrementar métodos de trabalho que favoreçam um melhor nível de desempenho do pessoal de Enfermagem e responsabilizar-se pela garantia da qualidade dos cuidados de Enfermagem prestados;*
- *Planear e concretizar, com a equipa de Enfermagem, ações que visem a melhoria da qualidade dos cuidados de Enfermagem, procedendo à respectiva avaliação;*
- *Determinar os recursos materiais necessários para prestar cuidados de Enfermagem;*
- *Participar nas comissões de escolha de material e equipamento para prestação de cuidados na unidade;*
- *Conhecer os custos dos recursos utilizados na prestação de cuidados na unidade e encontrar mecanismos que garantam a sua utilização correta e o controlo dos gastos efetuados;*
- *Participar na determinação de custos/benefícios no âmbito dos cuidados de Enfermagem.*
- *Favorecer boas relações interpessoais na equipa de Enfermagem e outro pessoal;*
- *Avaliar o pessoal de Enfermagem da unidade de cuidados e colaborar na avaliação de outro pessoal;*
- *Criar condições para que sejam efetuados os estudos e trabalhos de investigação pelo pessoal de Enfermagem da unidade de cuidados;*
- *Realizar ou colaborar em trabalhos de investigação sobre gestão de serviços de Enfermagem /cuidados de Enfermagem;*
- *Utilizar os resultados de estudos e trabalhos de investigação na melhoria da gestão do serviço de Enfermagem da unidade de cuidados;*
- *Responsabilizar-se pela concretização dos compromissos assumidos pelo órgão de gestão do estabelecimento ou serviço com os estabelecimentos de ensino, relativamente à formação básica e pós-básica de Enfermeiros;*
- *Criar condições para a realização de atividades de formação de outro pessoal na unidade de cuidados e colaborar nessa formação, quando tal se justifique.”*

Para o entrevistado deste trabalho, ser gestor em Enfermagem implica “capacidade de decisão e visão para o futuro”, subentendendo-se aqui o

processo de planeamento nas fases que o compõem. O planeamento poderá ser visto como um comboio que puxa as ações de organizar, liderar e controlar. Quando se planeia estão a utilizar-se outras fases do processo administrativo, ou seja, organiza-se ideias, lidera-se pessoas e controla-se programas e recursos. O planeamento apresenta-se como um modelo teórico para ação futura, um processo de gestão considerado uma fase indissociável de todo o processo administrativo, contribuindo para uma gestão mais adequada à realidade da organização (Parreira, 2005). O planeamento em saúde é uma aplicação para a tomada de decisão, promovendo a eficiência. Ele concorre para que os princípios básicos da distribuição de recursos, equidade e eficiência, sejam mais efetivos (Tavares, 1990).

Embora o Enfermeiro entrevistado não tenha falado particularmente de cada uma das fases do planeamento em saúde, enunciou o mesmo como uma estratégia de gestão, pelo que se abordam as fases do mesmo.

As fases do processo de planeamento em saúde são: o diagnóstico organizacional, na qual se realiza a análise do ambiente, a análise dos recursos, a identificação de oportunidades estratégicas e ameaças; numa segunda fase são definidos os critérios para facilitar o processo de definição das prioridades. Na terceira fase formula-se e fixa-se os objetivos, os quais se referem às metas organizacionais que a organização pretende atingir, sendo fundamentais para o processo administrativo; a quarta fase é relativa à determinação do grau de mudança estratégica, sendo a fase que marca a diferença entre o que se previu em termos de formulação de objetivos e os resultados que possam ser alcançados. A quinta fase visa selecionar as estratégias adequadas à situação; a sexta fase diz respeito à elaboração de programas e projetos que responda à estratégia traçada. A sétima fase é relativa à preparação da execução dos programas e projetos, devendo a sua implementação ser concretizada através de planos operacionais, dizendo respeito à oitava fase. A última fase é de avaliação e controlo da progressão, esta fase permite evidenciar o grau de sucesso relativamente aos objetivos propostos (Parreira, 2005).

De acordo com o Enfermeiro entrevistado, o Gestor de Enfermagem procura que “os serviços funcionem normalmente” e para tal, precisa de ser “gestor de recursos materiais, equipamentos, estruturas físicas, de outras classes profissionais, de documentos, de registos(...)”. No seu exercício profissional, os Enfermeiros da área de gestão têm como meta final, a prevenção, o tratamento e a reabilitação das pessoas que têm a seu cuidado, através da gestão de cuidados de Enfermagem e da gestão dos serviços/unidades de saúde. O Enfermeiro gestor na sua prática clínica deverá compreender o sistema de saúde e o seu impacto nos cuidados prestados, projetando o seu desempenho em obter respostas que se adequam aquilo que lhe é pretendido, promovendo, simultaneamente, trabalho em equipa eficaz, tendo como base a gestão da mudança, valorizando a prestação de cuidados de Enfermagem, permanecendo em contínua formação no sentido de dar respostas a novas necessidades e competências (Parreira, 2005).

Dado o contexto político e socioeconómico que se faz sentir a nível nacional e internacional, a qualidade, diminuição de custos, eficácia e eficiência são palavras comumente ouvidas por parte dos gestores. Neste caso, o entrevistado afirma que é necessário “um equilíbrio que permita atingir os objetivos definidos, quer institucionais quer os específicos do próprio serviço”, pelo que ser Enfermeiro gestor implica determinadas competências e habilidades cada vez mais exigentes. Para o entrevistado, “apenas Enfermeiros avaliam o desempenho de outros Enfermeiros”, o que por si só, justifica serem os Enfermeiros a gerir as equipas de Enfermagem.

Barbosa et al. (2004) referencia que a profissão proporciona aos Enfermeiros um campo vasto de experiências, principalmente quanto à liderança, comunicação, pesquisa, organização, promoção e prevenção de saúde, porém, em todas o Enfermeiro ocupa a liderança dentro das instituições, direcionando os grupos de trabalho a objetivos comuns. Esta característica de liderança coaduna-se com a gestão dos serviços e a razão de ser da profissão, pois o Enfermeiro possui um perfil de gestor que é delineado pela sua formação académica, ou seja, o seu grau de conhecimento técnico e pelas suas características pessoais e profissionais.

De um modo geral, o gestor na perspectiva de Chiavenato (2002), é um profissional dotado de uma formação ampla e diversificada, conhecedor de várias questões que interagem com as pessoas na execução de tarefas, no planeamento e controlo. Por consequência o gestor torna-se um agente de mudança, de transformação das organizações, levando-as a novos rumos, projetos, objetivos e estratégias.

A gestão em Enfermagem tem assumido um papel primordial na articulação entre os profissionais da equipa que, para além de organizarem a prestação de cuidados, procuram realizar tarefas necessárias no sentido de satisfazer as necessidades dos clientes (Spagnol, 2005). Para este autor, na Enfermagem, o profissional responsável legalmente para assumir a atividade de gestor é o Enfermeiro, a quem compete a coordenação da equipa de trabalho, condução e viabilidade do processo de cuidar, tendo como princípio norteador de suas ações o direito da população à saúde integral, realizadas de forma digna, segura e ética.

O Enfermeiro gestor deve ser possuidor de competências, atitudes e habilidades. As competências associam conhecimentos (saber), habilidades (fazer) e atitudes (ser, no seu conjunto de valores e crenças), de forma a garantirem o sucesso profissional da gestão dos cuidados de enfermagem (Neves et al., 2008).

As organizações de saúde tornam-se cada vez mais rigorosas, exigindo do Enfermeiro gestor determinadas aptidões profissionais. Promovem uma contínua busca do conhecimento, para que consiga acompanhar as mudanças organizacionais, assim como as novas tecnologias e inovações, adquirindo potencial na tomada de decisão e resolução de problemas. Espera-se que o Enfermeiro gestor seja ágil, inovador, criativo e com capacidade de interligar a sua função de gestor, no que se refere a todas as questões económicas e financeiras da organização de saúde à gestão da prestação de cuidados de Enfermagem de qualidade da equipa que coordena (Neves et al., 2008).

Compete ao Enfermeiro gestor o cuidado de estar atento às novas mudanças, no sentido de procurar as melhores alternativas, as que mais se

adequam à gestão dos serviços, garantindo qualidade nos cuidados prestados pela equipa de Enfermagem e o atingir dos objetivos propostos, da missão da instituição de saúde da qual faz parte. É este profissional competente e multifuncional que as organizações de saúde procuram (Ruthes et al., 2007).

A atuação do Enfermeiro gestor depende primariamente, do conhecimento que tem do processo de gestão em saúde, dos caminhos e da possibilidade de abertura ou desencadeamento dos processos sociais e intersubjetivos de criação e recriação constante de acordos coletivos, como também criar planos diretores com aplicação coordenada de recursos e atividades capazes de integrar ações do meio ambiente, sobre a coletividade, sobre serviços assistenciais, sistemas de informação de interesse em saúde, sua análise, interpretação e avaliação dos resultados (Ruthes et al., 2007).

A Enfermagem ao longo do tempo, tem vindo a demonstrar um grande poder na implementação, na manutenção e no desenvolvimento de políticas de saúde, dando provas de ser o sustentáculo de qualquer política de saúde que se relacione com a prestação de cuidados (Aarestrup et al., 2008).

O Enfermeiro entrevistado faz também referência, aos níveis de planeamento, referindo que “*gestor intermédio, significa acima de tudo um grande compromisso entre os superiores hierárquicos e os profissionais da equipa*”. Tavares (1990) evidencia quatro níveis de planeamento: planeamento normativo, planeamento estratégico, planeamento tático e planeamento operacional. O planeamento normativo, define as linhas políticas, pretende responder às finalidades do sistema. O planeamento estratégico decorre do anterior e reporta-se a nível institucional, pretende-se responder aos objetivos finais. O planeamento tático constitui-se em programas e projetos, pretende responder a objetivos mais específicos do que o planeamento anterior. O planeamento operacional é o nível mais operativo, é detalhado e analítico, pretende responder aos objetivos operacionais previamente definidos.

3. FORMAÇÃO DE UM ENFERMEIRO GESTOR PARA AS ATIVIDADES QUE DESENVOLVE

Estabelecendo um paralelo entre as organizações de saúde no passado e no presente, importa referir que as competências constituíam o essencial da formação dos profissionais. Hoje, a par das competências, valorizam-se as atitudes, os comportamentos (que são visíveis através da iniciativa, da criatividade, da capacidade de relacionamento interpessoal, da forma de comunicação, da liderança, da habilidade empreendedora e do trabalho de equipa). Estes são alguns dos fatores que cada vez mais se tornam os pilares da formação do Enfermeiro gestor (Ruthes et al., 2008).

O entrevistado refere ter levado a cabo ao longo da sua atividade profissional “várias formações que continham matérias relacionadas com esta temática”, embora refira também não ter efetuado nenhuma específica.

Atualmente no plano curricular do Curso de Licenciatura de Enfermagem, os estudantes de Enfermagem tem uma formação orientada para o pensamento crítico e reflexivo, visando a capacitação para atuar em diferentes níveis de atenção do processo saúde-doença mas também para desenvolver a capacidade de tomada de decisão.

A formação dos Enfermeiros para atuar na área da gestão é evidente em alguns cursos de pós graduação que têm vindo a desencadear mudanças no processo de transformação da formação dos Enfermeiros. Exige-se do Enfermeiro competências de carácter educativo, assistencial, administrativo e político, todas alistadas na partilha de informações e conhecimento que o Enfermeiro tem do processo de gestão em saúde, do desencadear de processos sociais através de acordos, dos projetos colectivos, dos planos diretores, integrando ações de coletividade, dos serviços assistenciais, do meio ambiente, das representações sociais e da avaliação dos resultados, ou seja, processos concretos de práticas de saúde diferenciados no sistema de saúde (Aarestrup et al., 2008).

Ao longo da vida profissional a atualização constante através do processo de formação contínua contempla a aquisição de habilidades técnicas e o desenvolvimento das suas potencialidades no mundo do trabalho e no meio social (Pereira, 2003).

A função de gestão desempenhada pelo Enfermeiro nos serviços de saúde deve contemplar os aspetos da prestação de cuidados, pedagógico, técnico científico e político, bem como aqueles que dizem respeito às relações interpessoais, visando o planeamento de uma prestação de cuidados integral, prestada de forma segura e livre de riscos ao individuo e à comunidade (Spagnol, 2005, p.126). Justificando-se por isso a necessidade dos Enfermeiros gestores frequentarem formações na área da gestão e administração.

Das muitas funções que o Enfermeiro chefe acumula, a função de avaliador é das mais complexas, uma vez que se destina a avaliar o desempenho dos seus colaboradores. Várias são as formas de avaliar, o intuito será sempre o de permitir uma análise acerca da performance profissional, dos objetivos propostos e das ações realizadas (Sousa, 2006). A legislação atual atribui ao Enfermeiro Chefe as responsabilidades de programação, de supervisão e de avaliação das pessoas que dirige. A avaliação de desempenho com o decreto-lei 437/91 de 8 de Novembro capítulo V, possibilitou um passo importante na profissão de Enfermagem, para a excelência dos cuidados, é uma ferramenta de gestão que deve estar ao serviço do desenvolvimento das pessoas e da implementação de sistemas remuneratórios mais justos e da sua formação, que permitam melhorar os pontos fracos dos trabalhadores. As competências para a avaliação de desempenho compreendem o saber teórico, prático e situacional (Tavares, 2011).

Ao falarmos de Enfermeiro Gestor/Enfermeiro Chefe, estamos inequivocamente a falar de um líder, é o elemento que coordena a equipa. O fundamento da liderança moderna passa por fortalecer a equipa, sobressaindo e valorizando as capacidades individuais, permitindo a cada colaborador o reconhecimento do seu trabalho. Este líder incentiva a ação e transforma os “discípulos” em líderes e os líderes em agentes de mudança

(Simões et al., 2003). Segundo os mesmos, o gestor em Enfermagem é líder da equipa de Enfermagem, pressupõem a ocorrência de mudanças de comportamento, de busca constante de novos conhecimentos e do desenvolvimento de novas habilidades essenciais para a liderança, as quais envolvem qualidades pessoais, habilidades interpessoais e o domínio do contexto organizacional. Destacando-se assim a importância da formação em liderança para os gestores de Enfermagem.

Ao Enfermeiro Gestor compete a árdua tarefa de identificar as causas geradoras de conflitos que podem ser provenientes da rotina do serviço e/ou atividades desenvolvidas. Portanto, em conjunto com a equipa, deve analisar necessidades da unidade, assim como os recursos disponíveis à prática de cuidados. No entanto, só mediante a participação de todos os colaboradores se torna possível obter qualidade de cuidados (Frederico et al., 1999).

O Enfermeiro entrevistado apontou como a *“maior dificuldade”*, *“a gestão de conflitos entre colaboradores de diferentes classes que são muitas vezes mais “acesas” e perduram muito mais no tempo”*.

É papel do gestor criar um ambiente de trabalho em que o conflito possa ser usado como via de crescimento, inovação e produtividade (Marquis et al., 2010). Existem atributos que tornam os gestores eficientes na administração de conflitos (Marquis et al., 2010), podendo por meio das formações os Enfermeiros adquirirem habilidades para obter formas eficazes de resolução de conflitos.

“Resolver conflitos ou solucionar problemas parece ser algo raramente aprendido por meio de experiências de desenvolvimento, em vez disso exige um esforço de aprendizagem consciente” (Marquise t al., 2010). Incidentes relevantes de conflitos têm levado as organizações a elaborarem programas para ensinar as pessoas a lidarem com conflitos. A meta por excelência na resolução de um conflito é a criação de uma solução que seja boa para todos os envolvidos. Isso nem sempre é possível, com frequência, a meta do gestor é solucionar o problema de modo a reduzir as diferenças de percepção existentes entre os envolvidos (Marquis et al, 2010). Um líder reconhece a

estratégia mais adequada para resolver ou administrar conflitos a cada situação.

As estratégias mais comuns para resolver conflitos incluem compromisso, competição, acomodação, amenização, evitamento e colaboração (Marquis et al., 2010). Para que estas estratégias sejam apreendidas, e tal como foi referido, é necessário desenvolver formação nesta área para desta forma aumentar a eficiência na resolução ou mediação dos conflitos na equipa.

Podemos concluir que muitas das atividades diárias levadas a cabo pelo Enfermeiro Gestor vão de encontro à gestão de recursos, sejam eles humanos, materiais, financeiros entre outros.

4. ATIVIDADES DE GESTÃO DESENVOLVIDAS NO DIA A DIA

Diariamente o Enfermeiro gestor leva a cabo um conjunto de atividades. O entrevistado refere que *“existem atividades que são desenvolvidas diariamente: tomar conhecimento de tudo o que se passou nas últimas 24 horas ou últimos dias; proceder a todos os pedidos de reparações de equipamentos ou aquisição de material clínico necessário ao normal funcionamento do serviço; elaborar planos de trabalho de enfermeiros e assistentes operacionais para o dia seguinte; dar resposta a uma infindável lista de questões que respondem a critérios e objetivos institucionais tais como a realização de auditorias clínicas ao SAPE 10G, gestão documental inserida no sistema de gestão da qualidade, correção das marcações de horário e atualização das trocas de horário, gestão das Não Conformidades no aplicativo informático, gestão das reclamações de utentes/acompanhantes, gestão de alguns fármacos como por exemplo vacinas, verificação do registo das temperaturas dos frigoríficos, do registo dos estupefacientes e medicação antirretroviral. Relevante ainda toda a atividade relacionada com a avaliação de desempenho dos Enfermeiros e a participação em reuniões de vários grupos de trabalho ou comissões como: comissão de catástrofe, comissão de controlo de infeção, comissão de Enfermagem, grupo das úlceras de pressão, gestão do risco clínico e outras”*.

De acordo com um estudo efetuado no Brasil, por Bocchi et al. (1996), os Enfermeiros gestores desempenham tarefas administrativas, planeamento dos cuidados de Enfermagem, pedido de materiais e reparações, assistência ao paciente e ensino (recepção e acompanhamento dos estudantes de Enfermagem).

Para Spagnol (2005), o profissional de Enfermagem responsável legalmente por assumir a atividade de gestão desenvolve no seu dia-a-dia a coordenação da equipa de Enfermagem, condução e viabilidade do processo

de cuidar, tendo como princípio norteador das suas ações o direito da população à saúde integral.

As empresas são organizações sociais e, como tal, são constituídas por pessoas que, trabalham em conjunto, pretendendo atingir determinado objetivo, para isso, recorrem a determinados recursos para alcançarem determinados objetivos organizacionais.

Os recursos numa organização são de extrema importância, pois são os meios através dos quais todas as operações são produzidas. Portanto, os recursos de uma empresa/instituição/organização são considerados pilares e podem ser explorados de forma económica. Os recursos podem ser materiais, humanos, financeiros, mercadológicos e administrativos (Chiavenato, 2005).

Destacamos os recursos materiais uma vez que foram os que o Enfermeiro entrevistado mais incidiu, no entanto faz-se uma breve abordagem aos recursos financeiros devido ao facto de estarem intimamente relacionados com os recursos materiais.

4.1. GESTÃO DE RECURSOS MATERIAIS

Para o Enfermeiro Chefe, a gestão de recursos materiais é *“uma grande preocupação com a correta e adequada utilização dos equipamentos e especial atenção à manutenção preventiva de equipamentos mais específicos como ventiladores, desfibriladores e monitores de sinais vitais”*. Encontrando-se pontos comuns entre aquilo que o entrevistado referiu ser a forma como gere os recursos materiais e o que se encontra na bibliografia.

Os recursos materiais são definidos como sendo os necessários para a realização das operações básicas de uma organização. Dos recursos materiais fazem parte o espaço físico da organização, o processo produtivo, a tecnologia, os métodos e o processo de trabalho que se encontram dirigidos para a produção de serviço ou do produto.

A gestão de materiais envolve um sistema que coordena as atividades referentes à gestão e controlo dos produtos, serviços e equipamento, e vai desde a compra até a utilização, colocando os mesmos à disposição dos seus utilizadores em tempo útil e de forma económica. A gestão de recursos materiais envolve um planeamento, de modo a controlar o fluxo de materiais desde a aquisição até à distribuição do produto ou serviço final. Este comportamento organizado implica planear, determinar objetivos, conhecer os meios que se encontram disponíveis, valorizar as necessidades e controlar (Seixo, 2009).

A gestão dos recursos materiais no contexto da saúde, em meio hospitalar, tem como objetivo colocar, com qualidade, os recursos necessários ao processo produtivo, na qualidade certa, em tempo útil e com o menor custo possível (Cunha et al., 2006).

Nos hospitais, o enfermeiro exerce funções relacionadas com a gestão de materiais, sendo responsável pelo planeamento, provisão, organização, uso e controlo dos materiais e dos equipamentos, assim como pela elaboração das normas e protocolos com vista a melhorar a qualidade dos cuidados prestados ao cliente (Frederico et al., 1999).

4.2. GESTÃO DOS RECURSOS HUMANOS

Para o entrevistado a gestão dos recursos humanos passa pela *“gestão dos Enfermeiros pelos diferentes turnos ao longo da semana”* e *“obedece a um planeamento previamente elaborado e aceite e que tem por base alguma estatística, que permite por exemplo ter um número diferente de enfermeiros nos turnos de semana e nos turnos de fim de semana”*. Explana-se estas e outras atividades apresentadas na bibliografia consultada.

Recursos humanos, são as pessoas que integram, permanecem e participam na vida da empresa, qualquer que seja o nível hierárquico ou tarefa. Os recursos humanos são os mais complexos da organização pelo que requerem particular atenção dos gestores e a sua gestão exige níveis elevados de cuidado, atenção e especialização (Frederico et al., 1999).

Em termos administrativos, a importância dos recursos humanos é abordado a primeira vez por Taylor, inserida nos princípios básicos, o qual defendia que para atingir a eficiência havia que se distribuir as tarefas a pessoas adequadas para o cargo e incentivar a sua formação, considerando ao mesmo tempo o incentivo financeiro dos colaboradores. De uma forma geral, Taylor pensava na seleção, na formação profissional e na recompensa dos trabalhadores (Frederico et al., 1999). O entrevistado dá a entender aspetos que se enquadram nesta visão Taylorista, defendendo que “*obedece a um planeamento previamente elaborado*”. Não existe no entanto no decorrer da entrevista referencia ao incentivo financeiro dos colaboradores que Taylor defende.

A gestão estratégica de recursos humanos tem como propósito ajudar a transformar cada trabalhador num trabalhador com saberes, assim como empreendedor com capacidade de integrar projetos/equipas motivadas e auto-suficientes (Frederico et al., 1999).

Bilhim (2007), refere que a gestão de recursos humanos encontra-se, dependente de processos imprevisíveis e impossíveis de estabilizar de forma definitiva, sendo sua dimensão política tão importante como a sua competência técnica. Desta forma considera-se que todo o gestor é, ao mesmo tempo, gestor de recursos humanos.

A gestão de recursos humanos consiste num conjunto de funções e de atividades, que incluem: planeamento dos recursos humanos, recrutamento e seleção de pessoal, integração de recursos humanos, análise e descrição de funções, avaliação de desempenho, higiene e segurança no trabalho, formação profissional e desenvolvimento pessoal, controlo e auditoria de recursos humanos (Bilhim, 2007).

Das funções da gestão fazem parte quatro vetores: planeamento, que engloba a definição de objetivos e das estratégias a seguir, organização de todos os processos, ações a executar, liderança e controlo, que diz respeito à motivação das pessoas e resolução de conflitos, avaliação de desempenho (Bilhim, 2007).

Chiavenato (2006), refere-se à administração de recursos humanos como uma especialidade que apareceu devido ao crescimento e grau de complexidade das organizações, sendo que a administração dos recursos humanos trata adequadamente do aprovisionamento, da aplicação, da manutenção e do desenvolvimento pessoal.

Como foi referido anteriormente cabe ao gestor de enfermagem a gestão dos recursos humanos, dentro das funções desenvolvidas uma delas é a formação do profissional de modo a favorecer o desenvolvimento pessoal. A Teoria da Gestão dos Recursos Humanos vê a formação como parte do plano de desenvolvimento do trabalhador e uma forma de aumentar o compromisso com a organização. De acordo com o “Modelo de Havard” (Beer et al, 1984), a formação profissional aparece como uma estratégia de gestão de recursos humanos que deve ser combinada com outras políticas de recursos humanos.

A criação de uma nova carreira em 1981 pelo Decreto - Lei 305 de 12 de Novembro, referiu as necessidades de formação em serviço, salientando que o contexto de trabalho é um excelente território educativo. No entanto, o contributo do decreto-lei resume-se na distribuição das responsabilidades com a formação na organização. Assim sendo, o Decreto-Lei incumbe ao Enfermeiro Graduado (grau 2) colaborar em ações de formação em serviço dos Enfermeiros de grau 1 (art. 4º), ao Enfermeiro Especialista colaborar em ações de formação em serviço de Enfermagem e, quando solicitado, na formação de outro pessoal dos serviços de saúde. (ponto 1 do art. 5º). O Enfermeiro Chefe tem a responsabilidade de planear, organizar e avaliar as ações de formação em serviço (no ponto 2 do artigo 5).

A regulamentação da carreira em 1991 (Decreto-Lei 437/91, de 8 de Novembro) valorizou a formação em serviço. O Decreto-Lei definiu o conceito de formação em serviço como “*atualização e aperfeiçoamento profissional*”. O Decreto-Lei determina que em cada unidade prestadora de cuidados deverá existir formação em serviço, de acordo com a “*satisfação das necessidades de formação do pessoal de enfermagem da unidade, considerando como um grupo profissional com objetivos comuns e das*

necessidades individuais de cada membro do grupo". O mesmo documento estabelece ainda que *"o trabalho desenvolvido no âmbito da formação em serviço em cada unidade deve ser planeado, programado e avaliado de forma coordenada com a estrutura de formação do respectivo estabelecimento ou serviço prestador de cuidados de saúde"*.

Ao mesmo tempo que institucionaliza a formação, o Decreto-Lei cria a figura de Enfermeiro formador que assumirá a dinamização da formação sob a responsabilidade do Enfermeiro Chefe.

O Enfermeiro entrevistado tem o título de Especialista e para ele a *"formação em serviço é (...) entendida como alavanca do crescimento e desenvolvimento de competências e também como fator de motivação"*.

A formação do Enfermeiro é um processo global de educação permanente. Para além da formação inicial, a formação de um profissional de Enfermagem inclui a formação contínua que visa *"promover a atualização e a valorização pessoal e profissional dos funcionários e agentes"* (Decreto-Lei nº 437/91).

A crescente importância atribuída à formação na Enfermagem, tem-se traduzido, em Portugal, à semelhança do que acontece nos outros países desenvolvidos, por um aumento das referências explícitas à formação profissional na legislação que regula a profissão e pelo aumento da oferta de formação dos profissionais de saúde, quer pelas instituições do ensino superior, quer pelas entidades empregadoras públicas e privadas.

4.3. GESTÃO DE RECURSOS FINANCEIROS

De acordo com o entrevistado, é importante *"a correta e adequada utilização dos equipamentos"*, demonstrando preocupação com os recursos financeiros.

Os recursos financeiros são formados por todos aspetos que se encontram relacionados com o dinheiro e que, portanto, servem para financiar a empresa e todas as suas operações. É bem mais amplo que o fator produção, pois engloba todas as formas de dinheiro inerentes ao funcionamento da empresa (Chiavenato, 2005).

São os recursos financeiros que definem grande parte da eficácia das organizações, no alcance dos objetivos, uma vez que é através deles que a organização tem capacidade de recrutar todos os restantes recursos indispensáveis à realização das suas operações (Bilhim, 2007).

O planeamento orçamental de uma organização de saúde, constitui uma tarefa difícil, pois envolve uma grande quantidade de informação partilhada procedimentos sistemáticos, consciencialização dos colaboradores, nas suas várias áreas de atuação (Ribeiro, 2005).

5. COMUNICAÇÃO E PLANEAMENTO DA MUDANÇA

Atualmente, a maior parte das organizações de saúde enfrenta mudanças contínuas com vista a reestruturações e aperfeiçoamento da qualidade.

De acordo com o Enfermeiro entrevistado, as *“mudanças resultam de decisões institucionais, são explicadas e implementadas, não havendo nestes casos grande participação dos enfermeiros”*, mas existem outras mudanças *“identificadas por mim ou pela equipa e após a análise da melhor solução a mudança é comunicada e implementada”*.

Um dos papéis do gestor de Enfermagem é *“facilitar as mudanças no local de trabalho para, com continuidade, melhorar o atendimento e estar de acordo com as realidades financeiras”* (Marquis et al., 2010).

Os gestores de sucesso precisam ter boa fundamentação em teorias de mudança e conseguir aplicá-las com adequação (Marquis et al., 2010). Independentemente do tipo de mudança a ser implementada, o líder tem de usar conhecimentos específicos de desenvolvimento, política e relações para garantir que as mudanças necessárias não sejam sabotadas (Marquis et al., 2010).

Iniciar e coordenar mudanças exige habilidades bem desenvolvidas de liderança e administração. Exige ainda visão e habilidades especializadas de planeamento. O fracasso em reavaliar metas de maneira pró-ativa e de iniciar essas mudanças resulta no uso inadequado de recursos financeiros e humanos. Os líderes gestores devem agir como modelos a serem imitados pelos subordinados durante o processo de mudança. Eles devem encarar a mudança de forma positiva e passar essa visão aos subordinados (Marquis et al., 2010).

Segundo Burrit (2005), são duas as responsabilidades do líder para facilitar a mudança na prática de Enfermagem: deve estar envolvido ativamente com ela no próprio trabalho e modelar os subordinados esse comportamento;

conseguir ajudar os funcionários a realizar as mudanças necessárias no seu trabalho.

No século XXI, a vida das organizações é crescentemente influenciada por um mundo globalizado, heterogêneo, interdependente, cada vez mais competitivo, em que é fundamental comunicar, trabalhar e negociar com recurso à linguagem e regras muito diversificadas, onde as atividades humanas estão condicionadas pelas dimensões civilizacionais (Burrit, 2005).

Uma organização existe quando surgem pessoas capazes de comunicar, de cooperar, dispostas a contribuir com ação, a fim de trabalharem para atingirem um propósito comum (Chiavenato, 2006).

A articulação com os outros profissionais de acordo com o entrevistado, deve ser com *“transparência, rigor e total colaboração na procura de soluções e não de mais problemas”*.

Tradicionalmente, os departamentos de Enfermagem utilizam um dos seguintes fluxos de comunicação: vertical é referente à comunicação estabelecida para cima (comunicação ascendente) e para baixo (comunicação descendente) relativamente aos níveis hierárquicos da organização; horizontal quando existe troca lateral ou diagonal de mensagens do mesmo nível entre pares; a externa refere-se à comunicação inter-organizacional. O Enfermeiro entrevistado faz referência ao fluxo de comunicação vertical.

Relativamente aos padrões de comunicação, o Enfermeiro gestor comunica com os clientes, os colegas, os superiores e os subordinados. Além disso, considerando-se que a prática de Enfermagem tende a ser voltada ao grupo, a comunicação interpessoal entre os membros do grupo é necessária para a continuidade e produtividade. O Enfermeiro gestor é responsável pela formação de uma equipa coesa para que sejam atingidas as metas organizacionais. A capacidade de comunicar com eficiência frequentemente determina o sucesso de um gestor (Marquis et al., 2010).

A comunicação organizacional (reporta àquela que ocorre dentro da organização formal ou informal) é mais complexa que a interpessoal

(transmissão de significados entre duas pessoas) ou grupal, já que há mais canais de comunicação, mais pessoas com as quais comunicar e mais informações a serem transmitidas. A comunicação organizacional é uma função administrativa de alto nível (Marquis et al., 2010).

O impacto da tecnologia na comunicação organizacional contemporânea é notório, a tecnologia mudou a forma como os Enfermeiros comunicam, surgindo por isso novos meios de comunicação nas organizações. Nas instituições de saúde o uso de computadores é habitual, tem-se ao dispor um sistema informático de amplo uso que permite um acesso e troca instantânea de informação, os profissionais que aqui trabalham aproximam-se da tecnologia e aceitam-na como auxiliar dos seus conhecimentos organizacionais, passando a ser veículo de informação entre o gestor e a equipa. No entanto as formas de comunicação mais clássicas como comunicação escrita e comunicação face a face continuam em vigor.

6. CONCLUSÃO

A gestão em Enfermagem tem assumido um papel primordial na articulação entre os profissionais da equipa que, para além de organizarem a prestação dos cuidados, procuram realizar tarefas necessárias no sentido de satisfazer as necessidades dos clientes (Spagnol, 2005).

Após a análise efetuada, no decorrer do trabalho, conclui-se que as chefias de Enfermagem têm um papel extremamente importante a nível administrativo, pois grande parte do seu trabalho é dedicada ao planeamento e à gestão. A função do Enfermeiro Chefe não é gerir só pelo facto de gerir, mas gerir num contexto organizacional de saúde, visando primordialmente a prestação de cuidados, no sentido de promover a saúde. Portanto, deverão coexistir a lógica dos cuidados que se prestam e a lógica da gestão da instituição de saúde. É o Enfermeiro Chefe que estabelece esta relação na sua prática diária.

Da pesquisa efetuada e do contacto diário com o trabalho de um Enfermeiro gestor concluímos que é, de facto, um trabalho árduo, dado que existe um confronto entre as suas expectativas pessoais, a pressão exercida por parte da equipa que chefia ou da hierarquia e as suas próprias convicções e princípios. Ao mesmo tempo que ele gere todos estes fatores, também tem de organizar a unidade de saúde da qual ele é o “líder”, sem esquecer que, enquanto Enfermeiro gestor, deverá ir de encontro aos objetivos da organização.

Muitas das atenções do Enfermeiro Chefe estão voltadas para os profissionais de saúde, prestadores de cuidados, no serviço onde exerce funções de chefia, garantindo-lhes as melhores condições de trabalho e a qualidade dos cuidados prestados.

Considera-se que os Enfermeiros Chefes devem ter presente que a sua missão assenta em vários parâmetros: promover, organizar, comunicar,

desenvolver, deliberar e formar. Promover um ambiente humanizado no serviço, colocar em prática ordem e lógica na organização tornando-a compatível com a vida da equipa, comunicar conhecimentos com a equipa de modo a garantir complementaridade multidisciplinar, desenvolver atividades que se relacionem com a prática de cuidados, partilhar com toda a equipa os sucessos e dificuldades, são alguns dos aspetos em que os Enfermeiros Chefes devem estar envolvidos (Hesbeen, 2000).

Por fim a gestão torna-se, então, um processo com o objetivo máximo de organizar a prestação de cuidados de Enfermagem, através do diagnóstico, do planeamento, da execução, da coordenação, da supervisão e, conseqüentemente, da avaliação de todos os procedimentos da equipa de Enfermagem, das necessidades dos utentes e suas famílias, assim como da instituição de saúde. Todas estas ações possibilitam articular as funções de gestão, as dimensões políticas, técnicas e de comunicação.

Ao desenvolver este trabalho tomamos conhecimento das limitações e das capacidades pessoais, profissionais e de caráter organizacional que possuímos. Permitiu-nos alcançar mais conhecimento sobre gestão, de forma a poder compreender as estratégias organizacionais, a qualidade dos serviços e o desempenho profissional.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aarestrup, A., et al. (2008). A formação do enfermeiro e a gestão do sistema de saúde. *Revista Electrónica de Enfermagem*, 10, 228-234.
- Aguiar, A., et al. (2005). Gerência dos serviços de enfermagem: um estudo bibliográfico. *Revista Electrónica de Enfermagem*, 7, 319-327.
- Barbosa, M., et al. (2004). Reflexões sobre o trabalho do enfermeiro em saúde colectiva. *Revista Electrónica de Enfermagem*, 6, 9-15.
- Bardin, L. (1995). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70 persona.
- Batista, V., et al. (2010). Satisfação dos enfermeiros: estudo comparativo em dois modelos de gestão hospitalar. *Revista Referência*, 12, 57-69.
- Beer, M., et al. (1984). *Managing human assets*. New York: The Free Press.
- Bilhim, J. (2007). *Gestão estratégica de Recursos Humanos*. Lisboa: Universidade Técnica de Lisboa - Instituto de Ciência Sociais e Políticas.
- Bocchi, S., et al. (1996). Caracterização das actividades diárias do enfermeiro chefe de secção de um hospital universitário. *Revista Latino Americana Enfermagem*, 4, 41-59.
- Burmester, H. (2009). *Manual de Gestão Hospitalar CQH*. São Caetano do Sul: Yendis Editora.
- Burrit, J. (2005). Organizational turnaround. The role of the nurse executive. *Journal of Nursing Administration*, 35, 482-489.
- Chiavenato, I. (2002). *Teoria Geral de Administração*. São Paulo: MacGraw – Hill.
- Chiavenato, I. (2005). *Administração de Materiais: uma abordagem introdutória*. Rio de Janeiro: Editora Campus/Elsevier.

- Chiavenato, I. (2006). *Administração de recursos humanos. Fundamentos Básicos*. São Paulo: Atlas.
- Cunha, I., et al. (2006). Competências gerenciais de enfermeiras: um novo velho desafio?. *Texto e Contexto Enfermagem*, 15, 479-482.
- Frederico, M. (1999). *Princípios de Administração para enfermeiros*. Coimbra: Formasau.
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital. Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência.
- Marquis, B., et al. (2010). *Administração e liderança em enfermagem. Teoria e prática*. Porto Alegre: Artmed.
- Melo, C., et al. (2007). A participação política das enfermeiras na gestão do Sistema único de saúde em nível municipal. *Texto & Contexto Enfermagem*, 16, 426-432.
- Ministério das finanças e do plano, dos assuntos sociais e da reforma administrativa, (1981). *Decreto-Lei nº 305/81, de 12 de Novembro*. Lisboa: Portugal.
- Neves, J., et al. (2008). *Manual de competências pessoais, interpessoais e instrumentais: teoria e prática*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Ordem dos Enfermeiros (1991). *Carreira de Enfermagem (Decreto-Lei nº 437/91, de 8 de Novembro, alterado pelo Decreto-Lei 248/09, de 22 de Setembro)*. Lisboa: Portugal.
- Ordem dos Enfermeiros (1996). *Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-Lei 104/98, de 21 de Abril)*. Lisboa: Portugal.
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Dados Estatísticos 2000-2012*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Parreira, P. (2005). *Organizações*. Coimbra: Formasau.
- Pereira, A. (2003). As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. *Caderno de Saúde Pública*, 19, 1527-1534.

- Pinto, C., et al. (2006). *Fundamentos de Gestão*. Barcarena: Editora Presença.
- Ruthes, R., et al. (2007). Os desafios da administração hospitalar na actualidade. *Revista de Administração em Saúde*, 9, 93-102.
- Seixo, J. (2009). *Gestão Administrativa dos recursos humanos*. Lisboa: Lidel.
- Sousa, M., et al. (2006). *Gestão de recursos humanos. Métodos e práticas*. Lisboa: Lidel.
- Spagnol, C. (2005). (Re) pensando a gerência em enfermagem a partir de conceitos utilizados no campo da saúde colectiva. *Ciência & Saúde Colectiva*, 10, 119 – 127.
- Tavares, A. (1990). *Métodos e técnicas de planeamento em saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde - Departamento de Recursos Humanos da Saúde.
- Tavares, M. (2011). *A gestão de pessoas. Novos rumos desta função nas organizações*. Lisboa: Colecção Manuais - Universidade Lusíada Editora.

Anexos

Anexo I

Entrevista ao Enfermeiro Chefe do Serviço de Urgência do Hospital Pedro Hispano



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

Instituto de Ciências da Saúde

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

ADMINISTRAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ENFERMAGEM

GUIÃO DA ENTREVISTA

Aluno: Nuno Miguel Vieira Lopes,
sob Orientação: Enf. Amélia Ferreira
e Tutoria: Enf. Amélia Neves

Junho de 2012

Os estudantes do curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade Católica, têm no seu currículo uma unidade curricular de Estágio em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

As competências clínicas a desenvolver pelos Enfermeiros para dar resposta às necessidades sentidas pelas pessoas organizam-se com base no desenvolvimento da disciplina e na evidência produzida em Enfermagem, o que permite aumentar e padronizar boas práticas que configuram cuidados seguros e de qualidade. Tendo por base este pressuposto, e dado que uma das competências inerentes à especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica é a liderança de equipas de prestação de cuidados especializados, optou-se por realizar uma entrevista sobre administração ao Enfermeiro Chefe do Serviço de Urgência do Hospital Pedro Hispano.

O objetivo da entrevista é compreender as funções do Enfermeiro Chefe no contexto organizacional e a sua importância para o desenvolvimento dos cuidados de Enfermagem. O presente documento tem como foco servir de guião á entrevista, que é dividida em três partes: a caracterização, o tema da entrevista propriamente dito e a finalização. Assim solicita-se autorização e disponibilidade para a referida entrevista.

1º Momento: Caraterização

Idade: 44 anos Sexo: Masculino

Anos de serviço: 21 Anos de gestão: 1

Experiência na gestão de cuidados: Sim Não

Experiência na gestão de Serviços: Sim Não

Categoria Profissional: Enfermeiro Especialista

2º Momento: De encontro ao tema

1. O que representa para o Sr.(a) Enf. (a) Ser Gestor em Enfermagem?

Ser gestor em Enfermagem, neste caso específico como gestor intermédio, significa acima de tudo um grande compromisso entre os superiores hierárquicos e os profissionais da equipa. Deste compromisso tem que obrigatoriamente resultar um equilíbrio que permita atingir os objetivos definidos, quer institucionais quer os específicos do próprio serviço.

Duma forma muito simplista, gerir, em qualquer área económica, industrial ou da produção de serviços, é atingir os objetivos à custa do desempenho dos colaboradores. Para tal é necessário desenvolver estratégias que conduzam a esse desfecho, como uma comunicação eficaz, formação que sustente a aquisição e/ou atualização de competências, dotar o serviço de recursos materiais necessários, envolver todos os colaboradores na busca de oportunidades de melhoria, capacidade de decisão e visão para o futuro e muitas outras que são colocadas em prática diariamente.

De realçar que com a dinâmica atualmente imposta nas organizações, entendo não existir gestores exclusivamente em Enfermagem e é exigido ao Enfermeiro Chefe que seja gestor de recursos materiais, equipamentos, estruturas físicas, de outras classes profissionais, de documentos, de registos e de tudo o resto necessário para que os serviços funcionem normalmente.

Assim, para mim, ser gestor em Enfermagem é interrelacionar todos estes aspetos e fazer com que os enfermeiros tenham ao seu dispor a formação e informação, os recursos e a motivação necessários para atingir os objetivos pré-definidos com a melhor eficácia e eficiência. É um constante desafio.

2. Será necessário ser Enfermeiro para gerir um serviço? Porquê?

Não se pode confundir a gestão de um Serviço com a gestão da equipa de enfermeiros de um serviço.

Para gerir um Serviço de Urgência com cerca de 60 enfermeiros é claramente necessário um enfermeiro. No nosso caso em particular, a gestão do Serviço, é partilhada com a Diretora do Serviço e o Conselho de Gestão do qual fazem parte dois gestores e a Enfermeira Supervisora.

Apenas enfermeiros avaliam o desempenho de outros enfermeiros e só por isso já se justifica um Enfermeiro gestor.

3. Que formação fez para ser gestor em Enfermagem?

Formação específica na área da gestão não frequentei. Ao longo do meu percurso profissional frequentei várias formações que continham matérias relacionadas com esta temática.

Realizei formação no âmbito das Auditorias, Qualidade e Melhoria Contínua e uma formação intensiva na Universidade de Aveiro – “Como gerir Unidades de Saúde”.

Dentro da ULSM participei em todas as formações relacionadas com os processos implementados na instituição: aplicativos informáticos; KAISEN (reposição de stocks); gestão documental; gestão de Não Conformidades e outros.

4. Que atividades diárias desenvolve um enfermeiro gestor?

Tudo é muito circunstancial, isto é, quando se chega de manhã a um serviço com esta dimensão e com estas características não podemos ter muitas atividades pré programadas pois muito vai depender do estado em que o serviço se apresentar. No entanto, existem atividades que são desenvolvidas diariamente: tomar conhecimento de tudo o que se passou nas últimas 24 horas ou últimos dias; proceder a todos os pedidos de reparações de equipamentos ou aquisição de material clínico necessário ao normal funcionamento do serviço; elaborar planos de trabalho de enfermeiros e assistentes operacionais para o dia

seguinte; dar resposta a uma infindável lista de questões que respondem a critérios e objetivos institucionais tais como a realização de auditorias clínicas ao SAPE 10G, gestão documental inserida no sistema de gestão da qualidade, correção das marcações de horário e atualização das trocas de horário, gestão das Não Conformidades no aplicativo informático, gestão das reclamações de utentes/acompanhantes, gestão de alguns fármacos como por exemplo vacinas, verificação do registo das temperaturas dos frigoríficos, do registo dos estupefacientes e medicação antirretroviral. Relevante ainda toda a atividade relacionada com a avaliação de desempenho dos enfermeiros e a participação em reuniões de vários grupos de trabalho ou comissões como: comissão de catástrofe, comissão de controlo de infeção, comissão de enfermagem, grupo das úlceras de pressão, gestão do risco clínico e outras.

Embora não uma atividade de gestão mas uma das mais importantes atividades relaciona-se com a prestação de cuidados de enfermagem sempre que o número de doentes é muito elevado.

5. O que faz para gerir de recursos materiais?

Em primeiro lugar, em conjunto com os elementos da equipa, identificar necessidades, e caso se justifique adquirir.

Diariamente, uma grande preocupação com a correta e adequada utilização dos equipamentos e especial atenção à manutenção preventiva de equipamentos mais específicos como ventiladores, desfibrilhadores e monitores de sinais vitais.

Relativamente a estruturas físicas e outro tipo de equipamento como armários, camas, macas e cadeiras, verificação diária das unidades existentes através da visualização dos registos e da realização de pedidos de reparação sempre que seja necessário.

Neste âmbito, por vezes é necessário analisar propostas de orçamentos de reparações ou então tomar a decisão do envio para abate de determinado equipamento.

6. Quais as maiores dificuldades sentidas na gestão de recursos materiais no SU?

O elevado número de avarias que se verificam nos dispositivos médicos de monitorização. Paralelamente, o fato de que sempre que um equipamento específico como um ventilador ou um desfibrilhador avaria pode estar em causa o regular e normal funcionamento do serviço.

7. Que atividades desenvolve para gerir recursos humanos?

A gestão do número de enfermeiros que constituem a equipa assim como a mobilidade de enfermeiros é da responsabilidade da Enfermeira Supervisora, evidentemente com a minha participação.

A gestão dos enfermeiros pelos diferentes turnos ao longo da semana obedece a um planeamento previamente elaborado e aceite e que tem por base alguma estatística, que permite por exemplo ter um número diferente de enfermeiros nos turnos de semana e nos turnos de fim de semana.

8. Quais as maiores dificuldades sentidas na gestão de pessoas no SU?

A maior dificuldade tem a ver com a gestão de conflitos entre colaboradores de diferentes classes que são muitas vezes mais “acesas” e perduram muito mais no tempo.

Uma comunicação efetiva com a equipa, assente na verdade e na transparência, em paralelo com uma preocupação muito grande na justiça de todas as decisões que envolvam enfermeiros, é uma base forte para se prevenir graves conflitos.

9. Como gere a articulação com os outros profissionais?

Muito bem, ... com transparência, rigor e total colaboração na procura de soluções e não de mais problemas.

10. Como faz planeamento das mudanças no serviço?

Algumas mudanças resultam de decisões institucionais, são explicadas e implementadas, não havendo nestes casos grande participação dos enfermeiros.

Um outro grupo de mudanças está relacionado com necessidades identificadas por mim ou pela equipa e após a análise da melhor solução a mudança é comunicada e implementada. Existem ainda situações onde é solicitada a participação de todos os enfermeiros na identificação de soluções/mudanças como resposta a problemas e/ou necessidades previamente identificadas. Nestes casos a decisão das mudanças é muito mais participativa. A decisão é comunicada para conhecimento de todos e implementada.

11. Que importância dá à formação em serviço e como?

Atribuo grande importância à formação em Serviço. Existe um enfermeiro responsável por elaborar um plano anual de formação que tenta dar resposta às necessidades identificadas pela equipa. As formações são colocadas no horário, apresentando por isso carácter de obrigatoriedade.

A formação em serviço é por mim entendida como alavanca do crescimento e desenvolvimento de competências e também como fator de motivação.

12. Das atividades que desenvolve, qual considera mais complexa? Porquê?

A avaliação do desempenho. Porque, embora assente em critérios objetivos, ela tende sempre a ser subjetiva. É impossível estar em todos os postos de trabalho do SU em simultâneo e muitas vezes ficam desempenhos muitos bons e outros menos bons por identificar.

13. Como articula com o Diretor de Enfermagem?

Diretamente sempre que solicitado. Habitualmente através da Enfermeira Supervisora.

3º Momento: Finalização da Entrevista

Para finalizar esta entrevista queria apenas perguntar-lhe se existe algo mais que queira partilhar?

Já foi longa a entrevista.

Resta-me então apenas agradecer a sua disponibilidade e reforçar o valor do seu contributo, que foi fundamental, para compreender a sua experiência enquanto Enfermeiro gestor.



Anexo II

Formação em serviço: *“Orientações de atuação perante o doente com suspeita ou confirmação de tuberculose, no serviço de urgência”*



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
↳ Instituto de Ciências da Saúde

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

FORMAÇÃO EM SERVIÇO

ORIENTAÇÕES DE ATUAÇÃO PERANTE O DOENTE COM SUSPEITA OU CONFIRMAÇÃO DE
TUBERCULOSE, NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Nuno Miguel Vieira Lopes

Junho de 2012



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
Instituto de Ciências da Saúde

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Serviço de Urgência do Hospital Pedro Hispano

FORMAÇÃO EM SERVIÇO

ORIENTAÇÕES DE ATUAÇÃO PERANTE O DOENTE COM SUSPEITA OU CONFIRMAÇÃO
DE TUBERCULOSE, NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Por Nuno Miguel Vieira Lopes

Sob Orientação de Mestre Amélia Ferreira
Tutoria de Enfermeira Especialista Amélia Neves

Junho de 2012

Abreviaturas e Siglas

CCI – Comissão de controlo de infeção

CDC - Centers for Disease Control and Prevention

DGS – Direção Geral de Saúde

EEMC – Estágio de Enfermagem Médico-Cirúrgica

HPH – Hospital Pedro Hispano

OMS – Organização Mundial de Saúde

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

SU – Serviço de Urgência

TP – Tuberculose Pulmonar

UCIP – Unidade de Cuidados Intermédios Polivalente

UE – União Europeia

SUMÁRIO

	Pág.
1. NOTA INTRODUTÓRIA	7
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	9
2.1 PROGRAMA DE LUTA CONTRA A TUBERCULOSE NA REGIÃO NORTE	10
2.2. TRANSMISSÃO DA TUBERCULOSE	11
2.3. ORIENTAÇÕES DE ATUAÇÃO PERANTE O DOENTE COM SUSPEITA OU CONFIRMAÇÃO DE TUBERCULOSE, NO SERVIÇO DE URGÊNCIA	13
3. NOTA FINAL	19
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	21
ANEXOS	23
Anexo I - Guia de consulta rápida	25
Anexo II - Plano de sessão para a formação	31
Anexo III - Apresentação da formação	35
Anexo IV - Avaliação da formação	41

1. NOTA INTRODUTÓRIA

A tuberculose pulmonar ou laríngea em fase ativa constitui um risco de infecção cruzada, quer para os outros, quer para os profissionais de saúde e colaboradores do Hospital Pedro Hispano (HPH).

Recorrem frequentemente às instituições indivíduos portadores de tuberculose, em fase ativa ou não, com ou sem diagnóstico confirmado. Este tipo de doença, sobretudo quando há envolvimento pulmonar e/ou laríngeo, dissemina-se através de pequenos núcleos de partículas infecciosas com menos de 5µm de diâmetro, que são expelidas com a tosse, espirros e fala e têm a capacidade de permanecerem suspensas no ar durante bastante tempo.

Nas instituições de saúde, a transmissão de tuberculose tem maior probabilidade de ocorrer quando os doentes têm tuberculose não diagnosticada, não aderem à terapêutica ou não se encontram em isolamento respiratório de partículas. A transmissão dá-se a partir de pessoa com tuberculose em atividade (não com infeção latente).

Da necessidade de dar resposta a um objetivo do Estágio de Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEMC) no Serviço de Urgência (SU), e por sugestão de elementos da equipa de Enfermagem, surgiu o tema da tuberculose. Inicialmente a proposta era criar um programa de intervenção para a redução da tuberculose no concelho de Matosinhos, mas por limitações de tempo e porque já existe um programa de luta contra a tuberculose na região de saúde do norte, optou-se por trabalhar por orientação da Enfermeira tutora, as orientações para a atuação perante o doente com tuberculose, ou suspeita de tuberculose, no Serviço de Urgência.

Este tema surgiu depois de num dos turnos do EEMC ter-se contactado com um doente com suspeita de tuberculose que não colaborava nas medidas de

proteção e isolamento e que já anteriormente tinha abandonado o tratamento da tuberculose. Com esta formação pretende-se rever as orientações para atuação no Serviço de Urgência perante o doente com tuberculose, ou suspeita de tuberculose, complementando as orientações da Comissão de Controlo de Infecção do HPH. Tem-se como objetivos específicos:

- Reforçar e sistematizar conhecimentos sobre isolamento do doente com tuberculose;
- Uniformizar procedimentos de atuação no Serviço de Urgência;
- Promover recomendações para prevenir infeções cruzadas.

Por forma a complementar e suportar teoricamente o tema da formação, foi elaborado este documento. Depois desta nota introdutória abordaremos a fundamentação teórica para o tema e por fim termina-se com uma breve síntese. Serão adicionados em anexo os documentos de suporte, a apresentação da formação, plano de sessão e avaliação da formação.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A tuberculose continua a ser a principal causa de morte entre as doenças infecciosas curáveis, sendo um problema global cuja dimensão em números absolutos continua a crescer. “*Em 2009 estima-se uma incidência de 9,4 milhões de casos em todo o mundo, ou seja, 139 novos casos por 100 mil habitantes, com uma mortalidade de 1,3 milhões de pessoas (20/100 mil)*” [1].

Em 2009 foram notificados um total de 79665 casos de tuberculose na União Europeia (UE). Portugal, no contexto dos países da União Europeia, tem um ritmo de decréscimo mais acentuado (-6,4%/ano), mas permanece entre os países de incidência intermédia (25 casos novos/10⁵, segundo a avaliação definitiva de 2009 e 22,3 casos novos/10⁵, segundo a avaliação preliminar de 2010). Convenciona-se que são países de baixa incidência os 22 países da UE que têm taxa de incidência inferior a 20/10⁵, e de alta ou incidência intermédia os 7 países que têm superior a 20/10⁵ - Roménia, Lituânia, Letónia, Bulgária, Estónia, Portugal e Polónia [1].

Em Portugal, em 2010 foram diagnosticados 2559 casos de tuberculose, incluindo casos novos e re-tratamentos, dos quais 2162 são nacionais e 397 (16%) são estrangeiros. A incidência dos casos novos foi de 2372, ou seja, 22,3/10⁵ [1]. Isto representa uma redução de 11% relativamente à taxa de incidência definitiva em 2009, dando continuidade à evolução para uma diminuição consistente desde 2002, no entanto, continua entre os países de incidência intermédia, o único na Europa ocidental.

As assimetrias na distribuição geográfica são já muito menos pronunciadas: deixaram de existir regiões de alta incidência e 13 distritos do continente e as Regiões Autónomas dos Açores e Madeira são agora áreas de baixa incidência (<20/100 Mil). Numa situação de incidência intermédia encontram-se ainda sete distritos do continente: Viana do Castelo, Vila Real, Bragança, Setúbal, Faro, Lisboa e Porto. Aveiro, Beja e Braga estão agora abaixo da

fasquia para serem considerados de baixa incidência. A idade mediana dos doentes situa-se nos 35 - 44 anos, quer entre os nacionais quer entre os imigrantes, o que traduz ainda um padrão de alto nível endémico [1].

A tuberculose em profissionais de saúde por infeção cruzada nos serviços de saúde é de particular importância porque envolve um risco assumido, essencialmente pela gravidade da potencial infeção por estirpe multirresistente. A incidência em profissionais de saúde revela um declínio muito significativo estimando-se que em termos gerais, os profissionais têm o mesmo risco que a população comum. Não se pode, contudo, deixar de valorizar o risco individual que, não estando bem conhecido, torna-se evidente na observação de surtos que têm sido registados e pelos dados relativos à conversão tuberculínica no âmbito dos rastreios da saúde ocupacional. Por outro lado, a prevalência da tuberculose multirresistente nos profissionais de saúde é cerca de 3 vezes maior do que na população em geral, sendo que, o facto de ser profissional de saúde parece ser o único factor de risco independente, associado à multirresistência [1].

Na última década tem-se verificado uma evolução notável nos distritos que à partida tinham os mais elevados índices de morbilidade e que, atualmente apresentam um declínio da incidência muito acentuado e consistente. Trata-se dos distritos do Porto e Setúbal, que assim refletem o impacto das medidas de controlo apesar da elevada prevalência dos principais factores de risco. No distrito do Porto, este facto deve-se muito provavelmente ao programa de luta contra a tuberculose na região de saúde norte.

2.1 PROGRAMA DE LUTA CONTRA A TUBERCULOSE NA REGIÃO NORTE

O programa de luta contra a tuberculose na região norte enquadra-se no atual programa nacional de luta contra a tuberculose e pretende constituir um ponto de partida para lançar a discussão sobre as melhorias a introduzir junto dos principais intervenientes na luta contra a tuberculose na região norte, tendo como principal objetivo a redução sustentada do impacto da tuberculose na saúde da população da região.

O programa nacional de luta contra a tuberculose foi publicado no Diário da República, II Série, Nº 218 em 20 de Setembro de 1995 e, tal como se encontra expresso no texto publicado, é coordenado e avaliado pela Direção Geral de Saúde (DGS), em colaboração com a Comissão Nacional de Luta contra a Tuberculose. Estão definidas as seguintes áreas de atuação: estatística e epidemiologia, prevenção, diagnóstico, tratamento, controlo e avaliação. Os organismos responsáveis pela sua execução são: DGS, Administrações Regionais de Saúde, Centros de Saúde, Centros de Saúde com especialidade de Pneumologia, Centros de Diagnóstico Pneumológico e Hospitais [2].

Por outro lado, o programa nacional de luta contra a tuberculose enquadra-se no movimento conhecido como “*Stop TB Partnership*”, desenvolvido pela OMS. No sentido de parar a disseminação da tuberculose em todo o mundo, a OMS desenvolveu este programa no ano 2000, o qual pretende acelerar as ações sociais e políticas, garantindo assim o compromisso político na luta contra a tuberculose, apoio financeiro, intervenção efetiva, envolvimento dos doentes, participação comunitária, investigação e desenvolvimento.

O programa de luta contra a tuberculose na região norte tem como objetivo geral reduzir a taxa de incidência da tuberculose na região e para tal, estabelece como metas [2]:

- Detetar anualmente 70% dos novos casos de tuberculose pulmonar bacilífera existentes na região;
- Curar (ou completar o tratamento) 85% dos casos de tuberculose pulmonar bacilífera detetados anualmente na região;

2.2. TRANSMISSÃO DA TUBERCULOSE

O *Mycobacterium Tuberculosis* é transportado em partículas no ar, chamadas de núcleos de partículas, que podem ser gerados quando as pessoas tosse, têm doença pulmonar ou laríngea, espirram, gritam ou cantam. As partículas têm aproximadamente 1 a 5µm e as correntes de ar normais podem mantê-las no ar por períodos prolongados e espalhá-las ao longo de

uma sala ou edifício. O Mycobacterium Tuberculosis é geralmente transmitido apenas através do ar e não por contacto com a superfície. Após a núcleos de partículas se estabelecerem nos alvéolos, a infeção local pode estabelecer-se e posteriormente seguir por difusão para a drenagem linfática e corrente sanguínea.

A infeção ocorre quando uma pessoa suscetível inala partículas com Mycobacterium Tuberculosis. Normalmente dentro de 2 a 12 semanas após a infeção inicial a resposta imune limita a multiplicação do bacilo da tuberculose, e os resultados laboratoriais tornam-se positivos. No entanto, certos bacilos permanecem no corpo e são viáveis durante vários anos. Esta condição é conhecida como infeção tuberculosa latente e as pessoas são assintomáticas (não têm sintomas da doença) e não são contagiosas [3].

As características dos doentes que aumentam o risco de transmissão [3], são:

- Presença de tosse
- Cavitação em radiografia de tórax;
- Bacilo álcool-ácido resistentes na expectoração;
- Doença do trato respiratório, com envolvimento da laringe (substancialmente infecciosa);
- Doença do trato respiratório, com envolvimento do pulmão ou pleura (envolvimento exclusivamente pleural é menos infeccioso);
- Interrupção do tratamento ou tratamento de curta duração;
- Doentes submetidos a procedimentos que promovam a tosse geradora de aerossol (por exemplo, broncoscopia e administração de medicamentos em aerossol).

Vários fatores ambientais podem potenciar o risco de transmissão da tuberculose [3], como por exemplo:

- Exposição ao bacilo em espaços pequenos e fechados;
- Ventilação local ou geral inadequada, que resulta em insuficiente diluição ou remoção de núcleos de partículas infecciosas;
- Recirculação de ar contendo partículas infecciosas;
- Limpeza e desinfecção inadequada de equipamentos médicos;
- Procedimentos de manipulação de amostras inadequados.

Os sintomas da tuberculose são geralmente sintomas pelos quais os doentes podem procurar tratamento nos Serviços de Urgência. Como os sintomas da tuberculose são comuns e pouco específicos, a tuberculose infecciosa pode ser encontrada facilmente nestes locais.

O tempo que os doentes com suspeita ou confirmação de tuberculose passam no Serviço de Urgência, deve ser minimizado ao máximo. Preconiza-se que estes doentes sejam prontamente identificados, avaliados e separados dos outros. Idealmente, estes doentes devem ser colocados num quarto de isolamento com pressão negativa. Quando um quarto de isolamento com pressão negativa não existe ou não está disponível, deve utilizar-se um quarto com ventilação geral eficaz e utilizar-se as tecnologias de renovação de ar, se disponíveis (por exemplo, um sistema de filtração HEPA portátil), ou transferir o doente o mais rápido possível para uma área com capacidade de controle de infeção recomendada. Os Serviços de Urgência com um volume elevado de doentes com a suspeita ou confirmação de tuberculose devem ter pelo menos um quarto de isolamento com pressão negativa [3].

2.3. ORIENTAÇÕES DE ATUAÇÃO PERANTE O DOENTE COM SUSPEITA OU CONFIRMAÇÃO DE TUBERCULOSE, NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

As orientações propostas têm por base as guidelines do Centers for Disease Control and Prevention (CDC) [3], as publicações do Nursing Reference Center, através da base de dados EBSCOhost [4], mas acima de tudo as orientações emanadas pela Comissão de Controlo de Infeção (CCI) do HPH, intituladas “*Precauções de isolamento em controlo de infeção*” [5], com o número de publicação interna 1269.0 e revistas em 15/04/2011.

Para controlo da transmissão da tuberculose em doentes com suspeita ou confirmação de infeção devem ser adotadas medidas de isolamento/precauções de partícula. Este tipo de precaução deve ser aplicado a todos os doentes com suspeita ou confirmação de estarem

infetados ou colonizados por microrganismos transmitidos por via aérea através de partículas (dimensão inferior a 5µm).

Identificação e encaminhamento

1. Encaminhar o doente para o Gabinete 0 e informar o Médico responsável e Enfermeiro responsável, sempre que for possível identificar sintomas de tuberculose (tosse com expectoração, febre mais comumente ao final do dia, suores noturnos, falta de apetite, emagrecimento, cansaço fácil, dores musculares, dispneia e hemoptise) durante o processo de triagem de Manchester. Encaminhar o doente com uma máscara tipo PCM 2000 ou cirúrgica, explicar-lhe a função da máscara e garantir o acompanhamento do doente por profissional de saúde com respirador de partículas tipo P1.
2. Sempre que o doente vem referenciado de outra instituição e o Serviço de Urgência do HPH tem conhecimento prévio, deve ser preparado por antecipação o gabinete 0 para receber o doente, ou preferencialmente, encaminhar direto para um quarto com sistema de pressão negativa (alternativas B30, D29, D30, F29, F30, 2 quartos do Serviço de Medicina Intensiva – SMI e 2 quartos na Unidade de Cuidados Intermédios Polivalente - UCIP).

Localização, sinalização e equipamento

1. Preconiza-se a colocação do doente em quarto com sistema de ventilação com capacidade de gerar pressão negativa (alternativas B30, D29, D30, F29, F30, 2 no SMI e 2 na UCIP). No caso de não ser possível encaminhar para quarto com pressão negativa, colocar o doente no gabinete 0;
2. Colocar respiradores de partículas tipo P1 à entrada do gabinete e tabuleiro com restantes equipamentos de proteção individual (luvas e bata ou avental, que deverão ser utilizados de acordo com o tipo de intervenção/contato com o doente);
3. Colocar contentores para resíduos biológicos (grupo III – saco branco) à entrada e no interior do gabinete 0;
4. Colocar identificação do isolamento na porta, aplicando a placa informativa de cor vermelha - “Precaução de Partícula”;

5. Colocar solução alcoólica de desinfecção das mãos à entrada do gabinete e no seu interior;
6. Manter a porta do gabinete sempre fechada. No caso de doente orientado e colaborante no processo de isolamento e prevenção da transmissão de tuberculose, informar que pode abrir a janela do gabinete, mas que deve fechar de imediato sempre que batem à porta, por forma a não permitir a deslocação de correntes de ar;
7. Fazer-se acompanhar de todo o material para a realização dos procedimentos, de forma a evitar abrir a porta com frequência;

Mobilidade do doente e visitas

1. O doente só deve sair do quarto para a execução de exames/tratamentos considerados imprescindíveis;
2. O serviço onde o doente vai fazer o exame deve ser previamente avisado e o doente não deve ficar na sala de espera;
3. Assegurar que apenas o pessoal essencial está presente durante o procedimento e que todas as pessoas têm máscara adequada;
4. Durante o transporte, o doente deverá usar sempre máscara PCM 2000 ou cirúrgica e o profissional de saúde que o acompanha deve usar respirador de partículas tipo P1;
5. Limitar o número de visitas ao mínimo possível e ensinar sobre as medidas de isolamento, reforçando o uso de respirador de partículas tipo P1;
6. Assegurar que as visitas e o doente cumprem as medidas de isolamento.

Procedimento de abordagem ao doente

1. Antes de entrar no gabinete, colocar respirador de partículas tipo P1, certificando-se que está bem ajustado;
2. Colocar o equipamento de proteção individual de acordo com o tipo de contacto/intervenção a executar e higienizar as mãos;
3. Bater à porta, entrar e fechar de imediato a porta;
4. Antes de sair, higienizar as mãos;
5. Sair, fechando de imediato a porta;

6. Retirar respirador de partículas tipo P1 (não tocar no exterior deste) e colocar no contentor de resíduos biológicos (grupo III – saco branco);
7. Higienizar novamente as mãos.

Limpeza do gabinete e equipamentos

1. Após a alta ou transferência do doente o quarto deve estar fechado pelo menos 1 hora. Se as condições atmosféricas e a exposição solar o permitirem, as janelas poderão estar abertas (com a porta fechada e sinalizada) para facilitar a recirculação do ar. Depois deste período o Assistente Operacional deverá entrar no quarto com material de limpeza e equipamento de proteção individual adequado, que inclua o respirador de partículas tipo P1;
2. O reprocessamento do equipamento/material reutilizável deve obedecer aos princípios enunciados na escala de Spaulding : material não crítico (contacto com a pele íntegra) necessita apenas de lavagem com água e detergente, o semi- crítico (contacto com mucosas ou pele não íntegra) necessita de desinfeção de alto nível e o crítico (contacto com tecido estéril) deve ser esterilizado. Deve haver cuidado na manipulação e lavagem de material contaminado de forma a impedir a formação de aerossóis;
3. A limpeza das paredes, chão, mobiliário, etc., não requer a utilização de produtos especiais. As roupas, louças e objetos pessoais não requerem tratamento especial. No caso de se prever a libertação de aerossóis, utilizar respirador de partículas tipo P1;
4. Os resíduos provenientes dos quartos de isolamento são considerados resíduos do grupo III (risco de contaminação biológica).

As orientações propostas devem ser sempre tidas em atenção, mas também devem ser enquadradas no contexto clínico do doente e nas condicionantes do momento, ficando a cargo do Enfermeiro responsável e do Médico responsável a decisão final sobre os cuidados, tendo por base as boas práticas.

Por forma a facilitar a consulta das orientações propostas, elabora-se um guia de consulta rápida (anexo II) e sugere-se a sua afixação no placar da sala de tratamento da área médica.

3. NOTA FINAL

Globalmente, a ameaça da tuberculose continua a aumentar, agravada pelo fenómeno da multirresistência, que está sem controlo devido à extrema escassez de meios nos países mais afetados.

Em Portugal, a incidência da tuberculose é intermédia/baixa, com tendência a descer consistentemente. Isto significa que a grande maioria dos casos se deve ainda ao elevado potencial de transmissão na comunidade, não obstante as metas de gestão de processo e as metas de resultado, estarem amplamente superadas. A emergência de casos multirresistentes tem níveis baixos mas apresenta-se com carácter endémico em algumas zonas do país, nomeadamente na região norte.

Tendo por base os pressupostos anteriores, e por forma a atingir um objectivo do EEMC, propoemo-nos a rever e a sistematizar os cuidados de controlo e prevenção da transmissão de tuberculose nos doentes admitidos no serviço de urgência do HPH. Utiliza-se a formação em serviço como estratégia para atingir os objetivos, sendo os Enfermeiros e Assistentes Operacionais os destinatários da mesma (anexo II, III e IV).

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [1] DGS (2011). *Relatório para o dia mundial da tuberculose*. Consultado em 11 de Junho de 2012, em Direção Geral da Saúde:
http://www.aidsportugal.com/Modules/WebC_Docs/GetDocument.aspx?DocumentId=2775.
- [2] Ministério da Saúde (2007). *Proposta de programa de luta contra a tuberculose na região de saúde do norte – Parte I*. Consultado em 11 de Junho de 2012, em Ministério da Saúde: <http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Conteúdos/GRP/Proposta%20Programa%20Luta%20contra%20Tuberculose%20Região%20Saúde.pdf>.
- [3] CDC (2005). *Guidelines for preventing the transmission of mycobacterium tuberculosis in health-care settings*. Consultado em 11 de Junho de 2012, em Centers for Disease Control and Prevention:
<http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/rr5417.pdf>.
- [4] Smith, N. (2011). *Isolation Precautions: Implementing for Patients with Tuberculosis*. Consultado em 11 de Junho de 2012, em Cinahl Information Systems: <http://web.ebscohost.com/nrc/pdf?vid=4&hid=13&sid=514c3fe2-f87d-487a-b79c-31d2ea90622a%40sessionmgr15>.
- [5] CCI (2011). *Precauções de isolamento em controlo de infeção - Documento nº 1269.0*. Matosinhos: Comissão de Controlo de Infecção do Hospital Pedro Hispano.

ANEXOS

Anexo I

Guia de consulta rápida

Guia de Consulta Rápida

Orientações de atuação perante o doente com suspeita ou confirmação de Tuberculose, no Serviço de Urgência

Para controlo da transmissão da tuberculose em doentes com suspeita ou confirmação de infeção devem ser adoptadas medidas de isolamento/precauções de partícula. Este tipo de precaução deve ser aplicado a todos os doentes com suspeita ou confirmação de estarem infetados ou colonizados por microrganismos transmitidos por via aérea através de partículas (dimensão inferior a $5\mu\text{m}$).

Identificação e encaminhamento

1. Encaminhar o doente para o Gabinete 0 e informar o Médico responsável e Enfermeiro responsável, sempre que for possível identificar sintomas de tuberculose (tosse com expetoração, febre mais comumente ao final do dia, suores noturnos, falta de apetite, emagrecimento, cansaço fácil, dores musculares, dispneia e hemoptise) durante o processo de triagem de Manchester. Encaminhar o doente com uma máscara tipo PCM 2000 ou cirúrgica, explicar-lhe a função da máscara e garantir o acompanhamento do doente por profissional de saúde com respirador de partículas tipo P1.
2. Sempre que o doente vem referenciado de outra instituição e o Serviço de Urgência do HPH tem conhecimento prévio, deve ser preparado por antecipação o gabinete 0 para receber o doente, ou preferencialmente, encaminhar diretamente para um quarto com sistema de pressão negativa (alternativas B30, D29, D30, F29, F30 e 2 quartos no SMI e 2 quartos na UCIP).

Localização, sinalização e equipamento

1. Preconiza-se a colocação do doente em quarto com sistema de ventilação com capacidade de gerar pressão negativa (alternativas B30, D29, D30, F29, F30, 2 no SMI e 2 na UCIP). No caso de não ser possível encaminhar para quarto com pressão negativa, colocar o doente no gabinete 0;
2. Colocar respiradores de partículas tipo P1 à entrada do quarto e tabuleiro com restantes equipamentos de proteção individual (luvas e bata ou avental, que deverão ser utilizados de acordo com o tipo de intervenção/contacto com o doente);
3. Colocar contentores para resíduos biológicos (grupo III – saco branco) à entrada e no interior do gabinete 0;
4. Colocar identificação do isolamento na porta, aplicando a placa informativa de cor vermelha - “Precaução de Partícula”;
5. Colocar solução alcoólica de desinfeção das mãos à entrada do gabinete e no seu interior;
6. Manter a porta do gabinete 0 sempre fechada. No caso de doente orientado e colaborante no processo de isolamento e prevenção da transmissão de tuberculose, informar que pode abrir a janela do gabinete, mas que deve fechar de imediato sempre que batem à porta, por forma a não permitir a deslocação de correntes de ar;
7. Fazer-se acompanhar de todo o material para a realização dos procedimentos, de forma a evitar abrir a porta com frequência;

Mobilidade do doente e visitas

1. O doente só deve sair do quarto para a execução de exames/tratamentos considerados imprescindíveis;
2. O serviço onde o doente vai fazer o exame deve ser previamente avisado e o doente não deve ficar na sala de espera;
3. Assegurar que apenas o pessoal essencial está presente durante o procedimento e que todas as pessoas têm máscara adequada;
4. Durante o transporte, o doente deverá usar sempre máscara PCM 2000 ou cirúrgica e o profissional de saúde que o acompanha deve usar respirador de partículas tipo P1;

5. Limitar o número de visitas ao mínimo possível e ensinar sobre as medidas de isolamento, reforçando o uso de respirador de partículas tipo P1;
6. Assegurar que as visitas e o doente cumprem as medidas de isolamento.

Procedimento de abordagem ao doente

1. Antes de entrar no gabinete, colocar respirador de partículas tipo P1, certificando-se que está bem ajustado;
2. Colocar o equipamento de proteção individual de acordo com o tipo de contacto/intervenção a executar e higienizar as mãos;
3. Bater à porta, entrar e fechar de imediato a porta;
4. Antes de sair, higienizar as mãos;
5. Sair, fechando de imediato a porta;
6. Retirar respirador de partículas tipo P1 (não tocar no exterior deste) e colocar no contentor de resíduos biológicos (grupo III – saco branco);
7. Higienizar novamente as mãos.

Limpeza do gabinete e equipamentos

1. Após a alta ou transferência do doente o quarto deve estar fechado pelo menos 1 hora. Se as condições atmosféricas e a exposição solar o permitirem, as janelas poderão estar abertas (com a porta fechada e sinalizada) para facilitar a recirculação do ar. Depois deste período a Assistente Operacional deverá entrar no quarto com material de limpeza e equipamento de proteção individual adequado, que inclua o respirador de partículas tipo P1;
2. O reprocessamento do equipamento/material reutilizável deve obedecer aos princípios enunciados na escala de Spaulding: material não crítico (contacto com a pele íntegra) necessita apenas de lavagem com água e detergente, o semi-crítico (contacto com mucosas ou pele não íntegra) necessita de desinfeção de alto nível e o crítico (contacto com tecido estéril) deve ser esterilizado. Deve haver cuidado na manipulação e lavagem de material contaminado de forma a impedir a formação de aerossóis;

3. A limpeza das paredes, chão, mobiliário, etc., não requer a utilização de produtos especiais. As roupas, louças e objetos pessoais não requerem tratamento especial. No caso de se prever a libertação de aerossóis, utilizar respirador de partículas tipo P1;
4. Os resíduos provenientes dos quartos de isolamento são considerados resíduos do grupo III (risco de contaminação biológica).

As orientações propostas devem ser sempre tidas em atenção, mas também devem ser enquadradas no contexto clínico do doente e nas condicionantes do momento, ficando a cargo do Enfermeiro responsável e do Médico responsável a decisão final sobre os cuidados, tendo por base as boas práticas.

Junho, 2012

Anexo II

Plano de sessão para a formação

Curso de Pós-licenciatura em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Unidade Local de Saúde de Matosinhos – Hospital Pedro Hispano – Serviço de Urgência

Tema: Orientações de atuação perante o doente com suspeita ou confirmação de Tuberculose, no Serviço de Urgência							
Local: Matosinhos			Data da Sessão: 22/06/2012				
Público-alvo: Enfermeiros e Assistentes Operacionais do Serviço de Urgência do Hospital Pedro Hispano			Horário: 14.15h – 14.35h				
Formador: Nuno Lopes			Duração da Sessão: 20 min.				
			Pré-Requisitos: Não tem				
Objetivos Gerais: Rever as orientações da CCI do HPH para atuação no doente com suspeita, ou confirmação de tuberculose, e ajustá-las ao Serviço de Urgência.							
Conteúdos Programáticos/ Etapa da Sessão		Objetivos Específicos	Métodos e Técnicas Pedagógicas	Materiais e Equipamentos	Atividades Didáticas	Tempo previsto	Avaliação
- Apresentação da formação e dos objetivos a atingir		- Dinamizar o grupo	Método Expositivo Método Ativo	- Projetor - Tela	“brainstorming” Expositivo	03 minutos	Diagnóstica: Questões colocadas e reações dos participantes
- Orientações de atuação perante o doente com suspeita ou confirmação de Tuberculose, no Serviço de Urgência		- Reforçar e sistematizar conhecimentos sobre isolamento do doente com tuberculose; - Uniformizar procedimentos de atuação no Serviço de Urgência; - Promover recomendações para prevenir infeções cruzadas	Método Expositivo Método Ativo	- Projetor - Tela	Interrogativo Expositivo	12 minutos	Contínua: Questões colocadas, reações dos formandos
Conclusão - Finalização da sessão e resumo dos conteúdos abordados		- Resumir os objetivos da sessão e apurar os conhecimentos obtidos pelos formandos	Método Expositivo Método Interrogativo	- Projetor - Tela - Caneta - Folha de avaliação da formação	Interrogativo Expositivo	05 minutos	Final: Discussão dos conteúdos abordados para analisar o perfil de saída dos formandos Avaliação da formação

Anexo III

Apresentação da formação

Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem Médico-Cirúrgica

CATÓLICA
UNIVERSIDADE PORTUGUESA
Faculdade de Ciências da Saúde


USM MATOSINHOS
Hospital Pedro Hispano

TUBERCULOSE

Orientações de atuação perante o doente com suspeita ou confirmação de Tuberculose, no serviço de urgência Hospital Pedro Hispano

Nuno Lopes


Sob orientação: Prof. Amélia Ferreira
Tutoria: Enf. Amélia Neves



OBJECTIVOS:

- Reforçar e sistematizar conhecimentos sobre isolamento do doente com tuberculose;
- Uniformizar procedimentos de atuação no serviço de urgência;
- Promover recomendações para prevenir infeções cruzadas.

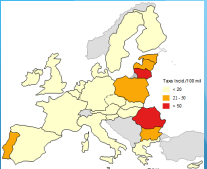
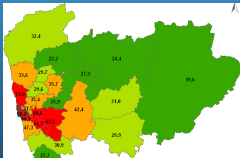
PERTINÊNCIA DA FORMAÇÃO



- A tuberculose pulmonar ou laringea em fase ativa constitui um risco de infeção cruzada, quer para os outros, quer para os profissionais de saúde
- Nas instituições de Saúde, a transmissão de tuberculose tem maior probabilidade de ocorrer quando os doentes têm tuberculose não diagnosticada, não aderem à terapêutica ou não se encontram em isolamento respiratório de partículas

TUBERCULOSE

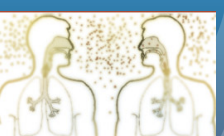
- A tuberculose continua a ser a principal causa de morte entre as doenças infecciosas curáveis;
- Em 2009 foram notificados um total de 79665 casos de tuberculose na UE;
- Portugal permanece entre os países de incidência intermédia (25 casos novos/10⁵).

- Portugal - diagnosticados 2559 casos de tuberculose, em 2010;
- Porto - um dos 7 distritos de incidência intermédia;
- Matosinhos - concelho do distrito do Porto com taxa de incidência mais elevada;

TUBERCULOSE

- Mycobacterium**
Tuberculosis é transportado em partículas no ar (dimensão inferior a 5 µm), chamadas de núcleos de partículas, que podem ser gerados quando as pessoas tosse, têm doença pulmonar ou laringea, espirram, gritam ou cantam.
- Para controlo da transmissão da tuberculose em doentes com suspeita ou confirmação de infeção devem ser adoptadas medidas de isolamento/precauções de partícula;
- Sintomas de tuberculose - tosse com expectoração, febre mais comumente ao final do dia, suores noturnos, falta de apetite, emagrecimento, cansaço fácil, dores musculares, dispneia e hemoptise;



Encaminhamento

- Encaminhar o doente para o Gabinete 0 e informar o Médico e Enfermeiro responsável, sempre que for possível identificar sintomas de tuberculose, durante o processo de triagem de Manchester;
- Encaminhar o doente com uma máscara tipo PCM 2000 ou cirúrgica, explicar-lhe a função da máscara e garantir o acompanhamento do doente por profissional de saúde com respirador de partículas tipo P1.
- Doente referenciado de outra instituição com conhecimento do SU - preparar por antecipação o gabinete 0 para receber o doente, ou preferencialmente, encaminhar direto para um quarto com sistema de pressão negativa (alternativas B30, D29, D30, F29, F30, 2 quartos no SMI e 2 quartos na UCIP)

**Localização,
Sinalização e Equipamento**

- Preconiza-se colocação do doente em quarto com sistema de ventilação com pressão negativa (alternativas B30, D29, D30, F29, F30, 2 quartos no SMI e 2 quartos na UCIP). No caso de não ser possível, encaminhar doente para o gabinete 0;
- Colocar respiradores de partículas tipo P1 à entrada do gabinete e tabuleiro com restantes equipamentos de proteção individual (luvas e bata ou avental, que deverão ser utilizados de acordo com o tipo de intervenção/contacto com o doente);
- Colocar contentores para resíduos biológicos (grupo III - saco branco) à entrada e no interior do gabinete 0;
- Colocar identificação do isolamento na porta, aplicando a placa informativa de cor vermelha - "Precaução de Partícula";

**Localização,
Sinalização e Equipamento**

- Colocar solução alcoólica de desinfecção das mãos (SABA) à entrada do gabinete e no seu interior;
- Manter porta do gabinete 0 sempre fechada. No caso de doente orientado e colaborante no processo de isolamento e prevenção da transmissão de tuberculose, informar que pode abrir a janela do gabinete, mas que deve fechar de imediato sempre que batem a porta, por forma a não permitir a deslocação de correntes de ar;
- Fazer-se acompanhar de todo o material para a realização dos procedimentos, de forma a evitar abrir a porta com frequência;

**Mobidade do doente
Visitas**

- O doente só deve sair do quarto para a execução de exames/tratamentos considerados imprescindíveis;
- O serviço onde o doente vai fazer o exame deve ser previamente avisado e o doente não deve ficar na sala de espera;
- Assegurar que apenas o pessoal essencial está presente durante o procedimento e que todas as pessoas têm máscara adequada;
- Durante o transporte, o doente deverá usar sempre máscara PCM 2000 ou cirúrgica e o profissional de saúde que o acompanha deve usar respirador de partículas tipo P1;
- Limitar o número de visitas ao mínimo possível e ensinar sobre as medidas de isolamento, reforçando o uso de respirador de partículas tipo P1;
- Assegurar que as visitas e o doente cumprem as medidas de isolamento;

**Limpeza do gabinete e
equipamentos**

- Após alta ou transferência do doente o quarto deve estar fechado pelo menos 1 hora. Se as condições atmosféricas e a exposição solar o permitirem, as janelas poderão estar abertas (com a porta fechada e sinalizada) para facilitar a recirculação do ar.
- Depois deste período o Assistente Operacional deverá entrar no quarto com material de limpeza e equipamento de proteção individual adequado, que inclua o respirador de partículas tipo P1;

**Limpeza do gabinete e
equipamentos**

- Equipamento/material reutilizável deve obedecer aos princípios: **material não crítico** (contacto com a pele íntegra) necessita apenas de lavagem com água e detergente, o **semi-crítico** (contacto com mucosas ou pele não íntegra) necessita de desinfecção de alto nível e o **crítico** (contacto com tecido estéril) deve ser esterilizado. Deve haver cuidado na manipulação e lavagem de material contaminado de forma a impedir a formação de aerossóis;
- A limpeza das paredes, chão, mobiliário, etc., não requer a utilização de produtos especiais. As roupas, louças e objetos pessoais não requerem tratamento especial. No caso de se prever a libertação de aerossóis, utilizar respirador de partículas tipo P1;
- Resíduos provenientes dos quartos de isolamento são considerados resíduos do grupo III (risco de contaminação biológica - saco branco)

**Procedimento de
abandono do doente**

- Antes de entrar no gabinete, colocar respirador de partículas tipo P1, certificando-se que está bem ajustado;
- Colocar o equipamento de proteção individual de acordo com o tipo de contacto/intervenção a executar e higienizar as mãos;
- Bater à porta, entrar e fechar de imediato a porta;
- Antes de sair, higienizar as mãos;
- Sair, fechando de imediato a porta;
- Retirar respirador de partículas tipo P1 (não tocar no exterior deste) e colocar no contentor de resíduos biológicos (grupo III - saco branco);
- Higienizar novamente as mãos;

FIM

Questões?

Obrigado pela atenção

BIBLIOGRAFIA

- DCS - Relatório para o dia mundial da tuberculose [Em linha]. Lisboa : DCS, Março 2011. [Consult. 11 Jun. 2012]. Disponível na WWW: <URL: http://www.aidportugal.com/Modulos/WEB0C_Docs/GetDocument.aspx?DocumentId=2775>.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE - Proposta de Programa de Luta contra a Tuberculose na Região de Saúde do Norte - Parte I [Em linha]. Ministério da saúde, Março 2007. [Consult. 11 Jun. 2012]. Disponível na WWW: <URL: <http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Conteudos/GRP/Proposta%20Programa%20Luta%20contra%20Tuberculose%20na%20saude.pdf>>.
- CDC - Guidelines for Preventing the Transmission of *Mycobacterium tuberculosis* in Health-Care Settings, 2005 [Em linha]. Atlanta : Centers for Disease Control and Prevention, 2005. [Consult. 11 Jun. 2012]. Disponível na WWW: <URL: <http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/r11/r511a.pdf>>.
- SMITH, Nathalie - Isolation Precautions: Implementing for Patients with Tuberculosis [Em linha]. Glendale - Cinalh Information Systems, Março 2011. [Consult. 11 Jun. 2012]. Disponível na WWW: <URL: <http://webaccession.com/nrc/pdf/nh-hdhd-13esid-514c3e2-876-487a-b79c-31daa90622a540spionmg15>>.
- CCI - Precaucões de Isolamento em Controlo de Infecção. Matosinhos : Comissão de Controlo de Infecção do Hospital Pedro Hispano, 2011. Documento nº 1269.0.

Anexo IV

Avaliação da formação

Serviço de urgência - Hospital Pedro Hispano

Orientações de atuação perante o doente com suspeita ou confirmação de Tuberculose

O presente questionário é anónimo e tem por objectivo conhecer a sua opinião sobre a formação que agora terminou. Agradecemos a sua colaboração. Preencha o questionário e assinale com um X de acordo com a sua opinião cada um dos aspectos da formação, utilizando a seguinte escala:

1 - Insuficiente	2 - Suficiente	3 - Bom	4 - Muito Bom
------------------	----------------	---------	---------------

Objectivos/ conteúdos	O tema abordado é importante?	1	2	3	4
	A formação correspondeu às suas expectativas iniciais?	1	2	3	4
	Os conteúdos/objectivos propostos na formação foram alcançados?	1	2	3	4
	A duração e ritmo da formação foram adequados?	1	2	3	4
	A formação, em termos de aquisição de novos conhecimentos foi:	1	2	3	4
Formador	O formador demonstrou domínio dos conteúdos abordados?	1	2	3	4
	Procurou manter o interesse/motivação dos formandos?	1	2	3	4
	Foi claro na abordagem aos conteúdos?	1	2	3	4
	Em geral, o relacionamento do formador com os formandos foi:	1	2	3	4
Classifique globalmente a formação:		1	2	3	4

Entende ser necessário aprofundar o tema abordado?	Sim	Não
---	-----	-----

Sugestões, comentários, observações ou críticas	
--	--

Obrigado pela sua colaboração

Data: ____ / ____ / ____



Anexo III

Trabalho: *“Manual para o reprocessamento e armazenamento de material de endoscopia”*



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
↳ Instituto de Ciências da Saúde

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Manual para o reprocessamento e armazenamento de material de Endoscopia

Nuno Miguel Vieira Lopes

Novembro de 2012



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
↳ Instituto de Ciências da Saúde

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS

Comissão de Controlo de Infeção

Manual para o reprocessamento e armazenamento de material de Endoscopia

Por Nuno Miguel Vieira Lopes

Sob Orientação de Mestre Amélia Ferreira
Tutoria de Enfermeira Especialista Amélia Neves

Novembro de 2012

Abreviaturas e Siglas

AAE – Água ácida eletrolisada

CCI – Comissão de controlo de infecção

CDC - Centers for Disease Control and Prevention

CPRE - Colangiopancreatografia retrógrada endoscópica

Enf. – Enfermeiro(a)

FDA – Food and Drug Administration

HPH – Hospital Pedro Hispano

RAE - Reprocessadores Automáticos de Endoscópios

ULSM – Unidade Local de Saúde de Matosinhos

SUMÁRIO

	Pág.
1. NOTA INTRODUTÓRIA	7
2. DEFINIÇÃO DE TERMOS	9
3. CONCEITOS GERAIS	13
4. PRODUTOS DESINFETANTES DE ALTO NÍVEL	19
5. PROCEDIMENTO DE REPROCESSAMENTO E ARMAZENAMENTO DE ENDOSCÓPIOS	25
5.1. RECOMENDAÇÕES GERAIS:	25
5.2. LIMPEZA DOS ENDOSCÓPIOS:	26
5.3. DESINFEÇÃO DOS ENDOSCÓPIOS:	27
5.4. ENXAGUAMENTO DOS ENDOSCÓPIOS:	28
5.5. SECAGEM DOS ENDOSCÓPIOS:	28
5.6. ARMAZENAMENTO DOS ENDOSCÓPIOS:	29
6. CATEGORIZAÇÃO DAS RECOMENDAÇÕES	31
7. NOTA FINAL	33
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	35

1. NOTA INTRODUTÓRIA

Nas últimas décadas assistiu-se a um elevado desenvolvimento tecnológico na saúde e conseqüentemente, dos procedimentos endoscópicos mais complexos e invasivos. A padronização da desinfeção de endoscópios e acessórios torna-se uma exigência face à emergência de novas doenças e de microrganismos multirresistentes. Esta deve ser a meta a atingir para a excelência dos cuidados de saúde que prestamos.

Esta realidade norteou a realização deste documento cujo objetivo geral é a compilação de diretrizes para o reprocessamento e armazenamento de material de endoscopia, permitindo assim aos profissionais desta área disporem de linhas de conduta para a padronização de procedimentos para a eficaz prevenção e controlo da infeção associada às atividades de endoscopia.

O presente trabalho procura dar resposta a duas necessidades: primeiro, servir de base concetual para a criação do procedimento de “*Tratamento e armazenamento dos aparelhos de endoscopia*” para a Comissão de Controlo de Infeção (CCI) da Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM), e segundo, dar resposta a uma necessidade formativa e de avaliação do Estágio de Enfermagem Médico-Cirúrgica do Curso de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa.

Da necessidade, anteriormente descrita, de cumprimento a um dos objetivos do Estágio de Enfermagem Médico-Cirúrgica, e por proposta da Enfermeira orientadora (Enf. Fernanda Vieira), surgiu este trabalho com o tema “*Manual para o reprocessamento e armazenamento de material de endoscopia*”, tendo por objetivos específicos:

- ✓ Descrever conceitos gerais relativos ao controlo e prevenção da infeção no reprocessamento e armazenamento do material de endoscopia;
- ✓ Apresentar proposta para o procedimento de reprocessamento e

armazenamento de endoscópios para o HPH, segundo as diretrizes internacionais.

Este documento pretende ser um guia prático e de fácil consulta, que reúne em si um conjunto de informação pertinente, dividida por capítulos onde se esclarecem os termos relevantes e os conceitos gerais inerentes ao tema, passando-se posteriormente a apresentar uma proposta para o procedimento de reprocessamento e armazenamento dos endoscópios. Termina-se com o resumo e categorização das recomendações internacionais, bem como a conclusão ao tema.

2. DEFINIÇÃO DE TERMOS

O presente capítulo procura definir de forma sucinta os termos relevantes para o tema tratado, por forma a facilitar a leitura e compreensão do documento.

Esterilização: processo que destrói ou elimina todas as formas de vida microbiana através de métodos físicos ou químicos. Vapor sob pressão, calor seco, óxido de etileno, hidrogênio, plasma de peróxido, e produtos químicos líquidos são os principais agentes de esterilização utilizados. O produtos químicos líquidos utilizados por períodos de exposição mais curtos, também podem ser parte do processo de desinfecção (isto é, a desinfecção de alto nível) [1].

Os endoscópios flexíveis não toleram altas temperaturas de processamento (>60°C) e não podem ser autoclavados nem desinfetados utilizando água quente ou vapor sub-atmosférico. No entanto, podem ser esterilizados se limpos minuciosamente e se os critérios de reprocessamento do fabricante forem seguidos. Apesar disso, não há evidência clara indicando que a esterilização dos endoscópios melhora a segurança do paciente, diminuindo o risco de transmissão de infeções [2].

A esterilização é utilizada fundamentalmente para processar os acessórios do endoscópio por métodos físicos ou químicos. É importante destacar que o termo “esterilização” não deve ser considerado equivalente a “desinfecção” e que não existe um estado “parcialmente estéril” [2].

Desinfecção: processo que elimina muitos ou todos os microrganismos patogénicos, esporos de bactérias, exceto em objetos inanimados. Na saúde, os objetos geralmente são desinfetados por produtos químicos líquidos. Cada um dos vários fatores que afectam a eficácia da desinfecção pode anular ou limitar a eficácia do processo. Os fatores que afetam a eficácia da desinfecção e esterilização incluem má limpeza do objeto; presença de carga orgânica e inorgânica; tipo e nível de contaminação microbiana, a concentração e o tempo de exposição ao germicida; natureza física do objeto (por exemplo, fendas,

dobradiças, e lumens) e a presença de biofilmes [1].

Ao contrário de esterilização, a desinfecção não destrói os esporos. Poucos desinfetantes são capazes de matar os esporos, desde que com tempos de exposição prolongada (3-12 horas), sendo chamados, esterilizantes químicos. Em concentrações semelhantes, mas com períodos de exposição mais curtos (por exemplo, 20 minutos para o glutaraldeído a 2%), estes desinfetantes apenas conseguem destruir todos os microrganismos, mas não um grande número de esporos de bactérias, e por isso são chamados desinfetantes de alto nível [1].

Limpeza: remoção da sujidade visível (material orgânico e inorgânico) de objetos e superfícies, sendo normalmente realizada manualmente ou mecanicamente, utilizando água com detergentes ou produtos enzimáticos. A limpeza completa é obrigatória antes da desinfecção de alto nível e da esterilização, porque os materiais inorgânicos e orgânicos que permanecem sobre as superfícies dos instrumentos interferem com a eficácia dos processos anteriores [1].

Artigos críticos: conferem alto risco de infeção se estiverem contaminados com algum microrganismo. Os objetos que entram em contacto com tecidos estéreis ou no sistema vascular devem ser esterilizados porque podem transmitir doenças. Esta categoria inclui os instrumentos cirúrgicos, cateteres vasculares e urinários, implantes e sondas de ultrassom utilizados em cavidades corporais estéreis. Habitualmente são de uso único e esterilizados, mas se forem multiuso devem ser esterilizados, se possível por vapor, mas os objetos sensíveis ao calor podem ser esterilizados com recurso a outros métodos [1].

Artigos semicríticos: dispositivos de entram em contacto com membranas mucosas ou pele não íntegra. Esta categoria inclui dispositivos de fisioterapia respiratória, equipamentos de anestesia, alguns endoscópios, lâminas de laringoscópio, sondas de pressão esofágica, citoscópios e cateteres de pressão anorretal. Estes dispositivos médicos devem ser tratados para eliminar todos os microrganismos, no entanto, poderão ser permitidos alguns esporos de bactérias. Os artigos semicríticos requerem desinfecção de alto nível com desinfetantes químicos [1].

Glutaraldeído, peróxido de hidrogênio, ortoftalaldeído e ácido peracético com

peróxido de hidrogênio são aprovados pela *Food and Drug Administration* (FDA), sendo considerados confiáveis como desinfetantes de alto nível, desde que os procedimentos de desinfecção sejam cumpridos. A desinfecção de alto nível é tradicionalmente definida como a eliminação total de todos os microrganismos num instrumento ou dispositivo médico, exceto para um pequeno número de esporos bacterianos [1].

Artigos não críticos: são os artigos que entram em contacto com a pele íntegra, mas não com membranas mucosas. A pele íntegra funciona como uma barreira eficaz contra a maioria dos microrganismos e, portanto, os artigos que entram em contacto com a pele íntegra não necessitam de ser esterilizados [1]. Esta categoria divide-se em dois: artigos não críticos de prestação de cuidados a doentes e artigos não críticos de superfícies do ambiente. Estes artigos precisam de limpeza ou descontaminação.

Endoscópio: instrumento médico que permite observar o interior do corpo humano, sendo já usado na antiguidade nos períodos grego e romano. Foi Philip Bozzini quem, em 1805, fez a primeira tentativa de observar o corpo humano vivo diretamente através de um tubo que ele criou, conhecido por Lichtleiter (instrumento de orientação da luz) para examinar o trato urinário, o reto e a faringe. Em 1853, Antoine Jean Desormeaux, em França, fabricou um instrumento especialmente destinado a examinar o trato urinário e a bexiga. Ele denominou-o de “endoscópio”, sendo essa a primeira vez que o termo foi utilizado na história [4].

Após uma série de tentativas, o Dr. Adolph Kussmaul, da Alemanha, obteve êxito na observação do estômago de um corpo humano vivo pela primeira vez, em 1868. Dez anos depois, dois médicos, Max Nitze e Josef Leiter, inventaram um cisto-uretroscópio e, em 1881, Johann von Mikulicz e seus colegas criaram o primeiro gastroscópio rígido com aplicações práticas. Esses gastroscópios não eram flexíveis, porém, finalmente em 1932, o Dr. Rudolph Schindler inventou um gastroscópio flexível, uma versão modificada dos anteriores. Esse tubo tinha 75 centímetros de comprimento e 11 milímetros de diâmetro [4].

Entretanto, na década de 60 um novo material denominado fibra de vidro, desenvolvido nos Estados Unidos, atraiu bastante a atenção de diversos setores

industriais. Os criadores de endoscópios estavam entre os primeiros a mudar para a fibra de vidro. Basil Hirshowitz e seus colegas, por exemplo, usaram a fibra de vidro nos seus endoscópios para beneficiarem das suas características de transmitir a luz de uma extremidade à outra mesmo quando estivesse dobrada. Estes endoscópios possibilitaram a observação direta do interior do estômago. Pela primeira vez após vários anos, os médicos tornaram-se capazes de executar a observação em tempo real do interior do estômago. No entanto, estes dispositivos não permitiam tirar fotografias [4].

Um videoscópio (instrumento eletrônico de observação) é um endoscópio com uma câmara embutida que usa um dispositivo de cargas acopladas (CCD - charge-coupled device). Este converte imagens em sinais elétricos para serem exibidos num monitor. Enquanto antes apenas um Médico especializado podia observar as condições internas de um órgão, este novo dispositivo possibilita que diversos Médicos e Enfermeiros examinem ao mesmo tempo as condições através do monitor. A segurança também aumentou bastante com a menor possibilidade de erros, aumentando radicalmente a precisão do diagnóstico. Além disso, o recurso ao processamento posterior da imagem possibilita ajustes de nitidez e de focagem, permitindo realçar a lesão e permitir uma melhor visualização [4].

3. CONCEITOS GERAIS

Na medicina, os endoscópios são usados para diagnosticar e tratar inúmeras doenças. Os endoscópios representam uma valiosa ferramenta de diagnóstico e terapêutica na medicina moderna e apesar da incidência de infecções associadas ao seu uso ser muito baixa (cerca de 1 em 1,8 milhões de procedimentos), alguns surtos de infecções associadas aos cuidados de saúde têm sido relacionados a endoscópios contaminados, em detrimento de qualquer outro dispositivo médico [1].

Por causa dos tipos de cavidades do corpo em que os endoscópios flexíveis entram em contacto, estes podem adquirir altos níveis de contaminação microbiana durante cada utilização. Segundo o Centers for Disease Control and Prevention (CDC), a carga biológica encontrada em endoscópios flexíveis gastrointestinais após cada utilização variou de 10⁵ unidades formadoras de colónias (CFU)/mL e 10¹⁰ CFU/mL, sendo que os níveis mais altos foram encontrados nos canais de sucção [1].

Para evitar a propagação de infecções associadas aos cuidados de saúde, todos os endoscópios sensíveis ao calor (por exemplo, os endoscópios gastrointestinais, broncoscópios, endoscópios nasofaríngeos/fibroscópios) devem ser limpos e, no mínimo, sujeitos a desinfecção de alto nível, após cada utilização [1]. A adesão às diretrizes é o fator primordial para garantir a segurança no reprocessamento dos endoscópios. O não cumprimento das recomendações pode não só provocar a transmissão de microrganismos, mas também o risco de ter um diagnóstico errado (por causa da introdução de material patológico de um paciente para outro), mau funcionamento dos instrumentos e redução da sua vida útil [2].

Os endoscópios flexíveis são particularmente difíceis de desinfetar e fáceis de danificar devido ao seu desenho intrincado e materiais delicados. A limpeza meticulosa deve preceder qualquer esterilização ou desinfecção de alto nível

destes instrumentos. A não realização de uma boa limpeza pode resultar na falha da esterilização ou desinfecção, e a infecção pode ocorrer. Segundo o CDC, diversos estudos demonstraram a importância da limpeza em estudos experimentais com o vírus da hepatite B de pato (HBV), HIV e *Helicobacter pylori* [1].

Estudos realizados no âmbito do controlo de infeção relacionada com endoscópios, relataram 281 casos de infeções transmitidas por endoscopia gastrointestinal e 96 casos transmitidos por broncoscopia, tendo como consequências uma variação entre uma simples colonização assintomática e a morte [1].

A *Salmonella* e a *Pseudomona Aeruginosa* são os agentes causadores de infeção mais comumente identificados nas infeções transmitidas por endoscopia gastrointestinal, sendo que o *Mycobacterium Tuberculosis*, *Mycobactéria Atípica* e *Pseudomona Aeruginosa* são as causas mais comuns de infeções transmitidas por broncoscopia [1][2]. As principais razões identificadas nos estudos para a transmissão de infeção foram a limpeza inadequada, a seleção inadequada do agente de desinfecção, o não cumprimento da limpeza e desinfecção recomendado pelos fabricantes, ruturas no material do endoscópio e falhas no reprocessamento automático de endoscópios [1][2][3].

Os Reprocessadores Automáticos de Endoscópios (RAE) oferecem várias vantagens sobre o reprocessamento manual: padronizam e automatizam o reprocessamento em vários passos importantes, reduzem a probabilidade de um passo essencial no reprocessamento ser ignorado ou esquecido e reduzem a exposição do pessoal aos produtos de desinfecção de alto nível ou químicos utilizados na esterilização [1]. Falhas nos RAE têm sido associadas a focos de infeção ou colonização.

O estabelecimento de ligações corretas entre os RAE e os endoscópios é fundamental para garantir o fluxo completo do desinfetante e da água de lavagem. Por outro lado, alguns endoscópios como por exemplo os endoscópios gastrointestinais (colangiopancreatografia retrógrada endoscópica - CPRE) contêm características (por exemplo, *elevador de canal*) que requerem uma pressão de descarga que não é conseguida pela maioria dos RAE e por isso

devem ser reprocessados manualmente usando uma seringa com 2 a 5 ml de desinfetante [1][2].

Infeções envolvendo peças de endoscópio removíveis, tais como as válvulas de aspiração e acessórios endoscópicos concebidos para serem inseridos através de endoscópios flexíveis, tais como pinças de biópsia, enfatizam a importância da limpeza para remover qualquer corpo estranho antes da desinfecção de alto nível ou esterilização. Atualmente estão disponíveis alguns tipos de válvulas de uso único (descartáveis), por exemplo, válvulas de broncoscópico, ou produtos esterilizáveis a vapor (por exemplo, válvulas de endoscopia gastrointestinal) [1][2][3].

Em geral, o reprocessamento dos endoscópios envolve cinco etapas diferentes [1][2][3]:

1. Limpeza: limpeza mecânica das superfícies internas e externas, incluindo a escovagem dos canais internos com escovilhão desinfetado e injetar cada canal interno com água e detergente ou produtos de limpeza enzimáticas (é recomendado primeiro realizar uma observação cuidadosa para detetar ruturas ou estragos nos endoscópios antes da imersão);
2. Desinfecção: imersão do endoscópio em desinfetante de alto nível (ou esterilizante químico) e purgação (eliminação das bolhas de ar; assegura o contacto do germicida com os canais internos) com desinfetante de todos os canais de acesso, tais como o canal de aspiração/biópsia, canal de ar/água, expondo durante o período de tempo recomendado para os produtos específicos;
3. Enxaguamento: enxaguamento do endoscópio e de todos os canais com água esterilizada, água filtrada (habitualmente usada com no RAE) ou água da torneira (desde que garantida a sua qualidade pelos organismos responsáveis);
4. Secagem: enxaguar o tubo de inserção e canais internos com álcool, e secar com ar forçado, após a desinfecção e antes do armazenamento;
5. Armazenamento: armazenar o endoscópio de forma a evitar a

recontaminação e promover a secagem (por exemplo, pendurar verticalmente).

Estudos demonstram que endoscópios devidamente reprocessados, tiveram resultados negativos (100% após 24 horas, e 90% após 7 dias) para o crescimento bacteriano, quando armazenados suspensos verticalmente em armário ventilado. Outras investigações evidenciaram que todos os endoscópios ficaram livres de bactérias imediatamente após a desinfecção de alto nível [1].

Porque a água da torneira pode conter níveis baixos de microrganismos, alguns investigadores sugeriram que deveria ser usada apenas água estéril (no entanto, pode ser demasiadamente caro) ou água filtrada pelos RAE. A sugestão de utilizar apenas água estéril ou água filtrada não é consistente com algumas orientações e literatura publicada, que recomendam o enxaguamento com água da torneira e álcool e secar com ar forçado. O CDC acrescenta também que não foi encontrada evidência de transmissão de infeções quando utilizada a água da torneira com álcool para enxaguamento e de seguida a secagem com ar forçado [1].

Para além das etapas de reprocessamento de endoscópios, deve ser desenvolvido um protocolo que garanta ao utilizador se um endoscópio foi apropriadamente limpo e desinfetado ou não foi reprocessado. Como parte de um programa de garantia de qualidade, os profissionais responsáveis pelo reprocessamento dos endoscópios devem considerar estratégias para garantir a desinfecção de alto nível ou esterilização [1][2].

A caixa de transporte utilizada para o transporte de endoscópios reprocessados não deve ser usada para armazenar um endoscópio. Depois de usado, o endoscópio contaminado nunca deve ser colocado na caixa de transporte, porque pode contaminar a caixa. Deve antes ser colocado num saco de transporte até ser reprocessado, sendo que este saco deve ser imediatamente rejeitado após utilização [2].

Devem ser efetuados registos no serviço onde foi efetuado o exame e no processo do doente, com os profissionais envolvidos e o equipamento utilizado. Todos os profissionais que trabalham numa unidade de endoscopia devem estar

devidamente treinados e receber formação de forma atualizada sobre as medidas padronizadas de controlo de infeções [2].

As equipas que fazem o reprocessamento dos endoscópios devem ter formação específica para o reprocessamento de cada dispositivo, quer seja limpeza e desinfeção de alto nível ou procedimentos de esterilização. Devem ser realizadas auditorias regulares aos processos para garantir a sua qualidade [2].

Os equipamentos de proteção individual (EPI) (luvas, aventais, óculos de proteção, batas impermeáveis, dispositivos de proteção respiratória) devem estar sempre disponíveis para proteger a equipa da exposição a produtos químicos, sangue ou outro material potencialmente perigoso no reprocessamento dos endoscópios [2].

4. PRODUTOS DESINFETANTES DE ALTO NÍVEL

O desinfetante ideal deve ser eficaz contra uma ampla gama de microrganismos, incluindo vírus de transmissão sanguínea e príons, deve ser compatível com endoscópios, acessórios e reprocessadores (RAE), não deve ser irritante para os operadores e a sua eliminação não deve causar danos ao meio ambiente [2].

Para a obtenção dos melhores resultados, os desinfetantes devem ser utilizados na temperatura correta, segundo as instruções do fabricante e recomendações da literatura. Devem também ser testados regularmente com fitas reagentes e/ou kits fornecidos pelos fabricantes para garantir a ótima atividade dos produtos.

Em caso de derrame, os desinfetantes tais como o glutaraldeído podem ser tóxicos, devendo ser neutralizados rapidamente se acontecer algum acidente na sala de desinfecção. Geralmente é possível neutralizar os aldeídos com agentes alcalinizantes (hidróxido de sódio). Estes agentes devem estar sempre disponíveis nas salas de desinfecção e de fácil acesso para reduzir ao máximo os riscos para os colaboradores [2].

O **glutaraldeído** é um dos desinfetantes mais comumente utilizados nas unidades de endoscopia. É eficaz e relativamente barato, não danifica os endoscópios, os acessórios nem os equipamentos automáticos de reprocessamento (RAE). No entanto, causa alguma preocupação no que toca à saúde dos colaboradores e à poluição ambiental. As reações adversas ao glutaraldeído são comuns entre os profissionais da área de endoscopia, devendo ser reduzido ao máximo os níveis atmosféricos do glutaraldeído. A eliminação após o uso do glutaraldeído deve ser uma preocupação. Este não deve ser despejado diretamente na rede de esgotos. Recomenda-se a diluição para uma concentração menor que 5ppm de modo a facilitar a sua decomposição natural [2].

O **ortoftalaldeído** é um desinfetante alternativo mais estável que tem uma

pressão de vapor menor que a do glutaraldeído. Praticamente não tem odor, não emite vapores nocivos, mas tem melhor atividade mycobatericida que o glutaraldeído a 2%. Aparentemente, não causa danos no equipamento mas, como outros aldeídos, pode manchar e provocar reações cruzadas com material proteico [2].

O **ácido peracético** é um desinfetante eficaz que se apresenta como uma alternativa adequada ao glutaraldeído [2].

A **água ácida eletrolisada** (AAE) tem uma ação bactericida rápida e pronunciada (especialmente a água ácida eletrolisada forte). A AAE está classificada como um agente não irritante e com toxicidade mínima. É considerada segura para os doentes, para os profissionais, para o meio ambiente e não danifica o tecido humano. Outra vantagem da AAE é o seu baixo custo de produção, pois apenas é necessário sal, água da torneira e eletricidade. Uma desvantagem é que seu efeito bactericida diminui drasticamente na presença de matéria orgânica ou biofilme, tornando a limpeza minuciosa ainda mais essencial [2].

A seguir é apresentado um resumo sobre os produtos de desinfecção de alto nível e de esterilização química por líquidos, recomendados pela *Food and Drug Administration* (FDA) para o reprocessamento de endoscópios.

Nome Comercial		
Agente Ativo Fabricante	Condições de contacto para esterilização	Condições de contacto para desinfecção de alto nível
TD-5 High-level Disinfectant		
2,65% glutaraldeído CS Medical, L.L.C.	Não indicado para a esterilização de dispositivos	5 min a 37,8°C Para ser utilizado apenas com a sonda Transesofágica TD-100
Acecide™ High Level Disinfectant and Sterilant		
8,3% peróxido de hidrogénio 7,0% ácido peracético Minntech Corp.	5h a 25°C Tempo máximo de reutilização de 5 dias	5min a 20°C Tempo máximo de reutilização de 5 dias
Aldahol III High Level Disinfectant		
3,4% glutaraldeído 26% isopropanol Healthpoint LTD	10h a 20°C	10min a 20°C Tempo máximo de reutilização de 14 dias

Nome Comercial		
Agente Ativo	Condições de contacto para esterilização	Condições de contacto para desinfecção de alto nível
Fabricante		
Banicide Advanced for Sterilization and High Level Disinfection		
3,5% glutaraldeído Pascal Company, Inc.	10h a 25°C Tempo máximo de reutilização de 30 dias	45min a 25°C Tempo máximo de reutilização de 30 dias
Cidex® OPA Concentrate		
5,75% ortoftaldeído Advanced Sterilization Products	32h a 50°C para o teste de atividade esporicida	5min a 50°C Usar apenas no EvoTech Integrated Endoscope Disinfection System
Cidex® OPA Solution		
0,55% ortoftaldeído Advanced Sterilization Products	Não indicado para a esterilização de dispositivos	<u>Processamento manual:</u> 12min a 20°C Tempo máximo de reutilização de 14 dias <u>Processamento automático:</u> 5min a 25°C Tempo máximo de reutilização de 14 dias
Sterilox Liquid High Level Disinfectant System		
Hipoclorito e ácido hipocloroso a 650-675ppm livre de cloro ativo Sterilox, Technologies, Inc.	Não indicado para a esterilização de dispositivos	10min a 25°C
Sporicidin Sterilizing and Disinfecting Solution		
1,12% glutaraldeído 1,93% fenol Sporicidin International	12h a 25°C Tempo máximo de reutilização de 14 dias	20min a 25°C Tempo máximo de reutilização de 14 dias
Rapicide High Level Disinfectant and Sterilant		
2,5% glutaraldeído MediVators, Inc.	7h 40min a 35°C Tempo máximo de reutilização de 28 dias	<u>Processamento automático:</u> 5min a 35°C Tempo máximo de reutilização de 28 dias
Cidex® OPA Solution High Level Disinfection		
0,55% ortoftaldeído Advanced Sterilization Products	Não indicado para a esterilização de dispositivos	12min a 20°C Tempo máximo de reutilização de 14 dias
Cetylside-G Concentrate and Diluent Concentrate		
3,2% glutaraldeído Cetylite Industries, Inc.	10h a 20°C Tempo máximo de reutilização de 28 dias	40min a 20°C Tempo máximo de reutilização de 28 dias

Nome Comercial		
Agente Ativo	Condições de contacto para esterilização	Condições de contacto para desinfeção de alto nível
Fabricante		
MedSci 3% Glutaraldehyde		
3% glutaraldeído MedSci, Inc.	10h a 25°C Tempo máximo de reutilização de 28 dias	25min a 25°C Tempo máximo de reutilização de 28 dias
EndoSpor Plus Sterilizing and Disinfecting Solution		
7,35% peróxido de hidrogénio 0,23% ácido peracético Cottrell Limited	180min a 20°C Tempo máximo de reutilização de 14 dias	15min a 20°C Tempo máximo de reutilização de 14 dias
Sporox™ Sterilizing & Disinfection Solution		
7,5% peróxido de hidrogénio Reckitt & Colman Inc.	6h a 20°C Tempo máximo de reutilização de 21 dias	30min a 20°C Tempo máximo de reutilização de 21 dias
Peract™ 20 Liquid Steilant/Desinfectant		
1% peróxido de hidrogénio 0,08% ácido peracético Minntech Corporation	8h a 20°C Tempo máximo de reutilização de 14 dias	25min a 20°C Tempo máximo de reutilização de 14 dias
Procide 14 N.S.		
2,4% glutaraldeído Cottrell Limited	10h a 20°C Tempo máximo de reutilização de 14 dias	45min a 20°C Tempo máximo de reutilização de 14 dias
Omnicide™ Long Life Activated Dialdehyde Solution		
2,4% glutaraldeído Cottrell Limited	10h a 20°C Tempo máximo de reutilização de 28 dias	45min a 20°C Tempo máximo de reutilização de 28 dias
Omnicide™ Plus		
3,4% glutaraldeído Cottrell Limited	10h a 20°C Tempo máximo de reutilização de 28 dias	45min a 20°C Tempo máximo de reutilização de 28 dias
Metricide Plus 30 Long-Life Activated Dialdehyde Solution		
3,4% glutaraldeído Metrex Research, Inc.	10h a 25°C Tempo máximo de reutilização de 28 dias	90min a 25°C Tempo máximo de reutilização de 28 dias
Metricide Plus 28 Long-Life Activated Dialdehyde Solution		
2,5% glutaraldeído Metrex Research, Inc.	10h a 25°C Tempo máximo de reutilização de 28 dias	90min a 25°C Tempo máximo de reutilização de 28 dias

Nome Comercial		
Agente Ativo	Condições de contacto para esterilização	Condições de contacto para desinfeção de alto nível
Fabricante		
Metricide Activated Dialdehyde Solution		
2,6% glutaraldeído Metrex Research, Inc.	10h a 25°C Tempo máximo de reutilização de 14 dias	45min a 25°C Tempo máximo de reutilização de 14 dias
Cidex™ Activated Dialdehyde Solution		
2,4% glutaraldeído Johnson & Johnson Medical Products	10h a 25°C Tempo máximo de reutilização de 14 dias	45min a 25°C Tempo máximo de reutilização de 14 dias
Cidex Formula 7™ Long-Life Activated Dialdehyde Solution		
2,5% glutaraldeído Johnson & Johnson Medical Products	10h a 20-25°C Tempo máximo de reutilização de 28 dias	90min a 25°C Tempo máximo de reutilização de 28 dias
Cidex Plus™ 28 Day Solution		
3,4% glutaraldeído Johnson & Johnson Medical Products	10h a 20-25°C Tempo máximo de reutilização de 28 dias	20min a 25°C Tempo máximo de reutilização de 28 dias
Wavicide – 01		
2,5% glutaraldeído Wave Energy Systems	10h a 22°C Tempo máximo de reutilização de 30 dias	45min a 22°C Tempo máximo de reutilização de 30 dias
Steris 20™ Sterilant		
0,2% ácido peracético STERIS Corporation	12min a 50-56°C	Para usar apenas com <u>STERIS System 1™ Processor</u> Não indicado para desinfeção de alto nível
Resert XL HLD High Level Disinfectant		
2% peróxido de hidrogénio STERIS Corporation	Não indicado para esterilização de dispositivos	8min a 20°C Tempo máximo de reutilização de 21 dias
Opaciden Solution		
0,6% ortoftalaldeído Ciden Technologies, LLC	Não indicado para esterilização de dispositivos	<u>Processamento manual:</u> 12min a 20°C Tempo máximo de reutilização de 21 dias <u>Processamento automático:</u> 5min a 25°C Tempo máximo de reutilização de 14 dias

Nome Comercial		
Agente Ativo Fabricante	Condições de contacto para esterilização	Condições de contacto para desinfecção de alto nível
Sterilox High Level Disinfectant System		
Ácido hipocloroso/ Hipoclorito a 400-450ppm livre de cloro ativo Sterilox, Technologies, Inc.	Não indicado para esterilização de dispositivos	10min a 30°C Uso único
Cidex Activated Dialdehyde Solution		
2,4% glutaraldeído Advanced Sterilization Products	10h a 25°C Tempo máximo de reutilização de 14 dias	145min a 25°C Tempo máximo de reutilização de 14 dias

Adaptado de FDA (“*Cleared Seterilants and High Level Disinfectants with General Claims for Processing Reusable Medical and Dental Devices*”) [5].

5. PROCEDIMENTO DE REPROCESSAMENTO E ARMAZENAMENTO DE ENDOSCÓPIOS

A adesão às diretrizes é o fator principal que compromete a segurança do reprocessamento dos endoscópios. A maioria das diretrizes para reprocessamento do endoscópio indica os seis passos seguintes, pela respetiva sequência: Limpeza, enxaguamento, desinfecção, enxaguamento, secagem e armazenamento [2].

5.1. RECOMENDAÇÕES GERAIS:

- ✓ O reprocessamento do equipamento e acessórios dos endoscópicos só deverá ser realizado por pessoal com formação específica nessa área [2] [3];
- ✓ Os desinfetantes não podem ser usados como detergentes de limpeza, pois coagulam as proteínas fazendo com que estas se fixem nos próprios acessórios, impedindo desta forma uma correta limpeza [2] [3];
- ✓ Limpar o material de endoscopia é fundamental, tanto entre doentes como no final do dia de trabalho, pois a matéria orgânica impede a ação dos desinfetantes sobre os microrganismos [2] [3];
- ✓ Respeitar as indicações de fabricantes é muito importante para que o tratamento dos materiais seja correto e evite a deterioração dos mesmos. Ter sempre em conta as indicações dos fabricantes de produtos de lavagem e desinfecção na utilização dos mesmos, certificando-se da sua eficácia e compatibilidade com o equipamento de endoscopia [1] [2] [3];
- ✓ Não existe um verdadeiro consenso sobre o armazenamento, no entanto, a desinfecção dos endoscópios no início do dia de trabalho deverá ser realizada sempre que a sua armazenagem seja superior a 24 horas [2];
- ✓ Ter especial atenção para a limpeza do canal do elevador dos duodenoscópios [1] [2] [3].

5.2. LIMPEZA DOS ENDOSCÓPIOS:

A limpeza adequada do endoscópio e dos seus acessórios é um pré-requisito para a sua desinfeção manual ou automática.

Logo após a realização do exame, deve ser feita uma limpeza preliminar, ainda antes de desconectar o endoscópio do processador de vídeo/fonte de luz. Assim que o endoscópio for retirado do doente, pode começar-se o reprocessamento procurando seguir-se os passos:

1. Limpar os detritos macroscópicos aspirando detergente pelo canal (cerca de 250 ml num minuto) [2];
2. Certificar-se que não existem obstruções irrigando os canais de ar e água [2];
3. Expelir restos de sangue, muco ou outros materiais [2];
4. Procurar presença de marcas de fendas ou outras irregularidades na superfície. Deve realizar-se um teste diário de vazamento para conferir a integridade de todos os canais antes do reprocessamento [2];
5. Desconectar o endoscópio do processador de vídeo/fonte de luz [2];

A etapa seguinte envolve a desconexão das peças destacáveis do endoscópio, removendo as válvulas e entradas do recipiente de água e tirando as pontas destacáveis do tubo de inserção. As tampas de borracha das válvulas de biópsia devem ser descartadas após qualquer procedimento. Depois, é preciso lavar manualmente todas as superfícies expostas internas e externas e enxaguar respeitando as seguintes recomendações:

1. Utilizar um detergente de baixa espuma desenhado especialmente para a limpeza de dispositivos médicos [2];
2. Utilizar a diluição apropriada do detergente, seguindo as instruções do fabricante [2];
3. Irrigar e escovar todos os canais acessíveis para remover os resíduos

orgânicos (por exemplo, sangue, tecidos) e outros resíduos com escova própria, que deve ser de uso único e rejeitada no final da limpeza [2];

4. Ativar as válvulas várias vezes durante toda a limpeza para facilitar o acesso a todas as superfícies [2];
5. Limpar as superfícies e componentes externos do endoscópio com um pano macio, esponja ou escova [2];
6. Eliminar todos os artigos que foram utilizados na limpeza do endoscópio [2];

5.3. DESINFEÇÃO DOS ENDOSCÓPIOS:

Na desinfeção devem ser utilizados desinfetantes compatíveis com os dispositivos médicos. Para a eficácia da desinfeção é necessário seguir as instruções do fabricante, relativamente à ativação dos desinfetantes, concentração e tempo de contacto que permita uma desinfeção de alto nível. A frequência com que o desinfetante é renovado depende da sua estabilidade físico-química e da quantidade de procedimentos efetuados. Deve ser verificada a concentração do produto desinfetante através de tiras de teste.

Na desinfeção manual, o endoscópio e os seus componentes devem ser completamente submersos no desinfetante de alto nível ou esterilizante, certificando-se que todos os canais ficam bem preenchidos por desinfetante e cumprindo o período de tempo de contacto recomendado pelo fabricante [2] [3].

No Reprocessamento Automático dos Endoscópios (RAE), o endoscópio e seus componentes são colocados no reprocessador, todos os conectores de canais devem ser ligados segundo as instruções do RAE e do endoscópio. O RAE garante a exposição de todas as superfícies internas e externas ao desinfetante ou esterilizante químico. Se um ciclo do RAE for interrompido, a desinfeção ou esterilização não são garantidas e todo o processo deve ser repetido desde o início [2] [3].

5.4. ENXAGUAMENTO DOS ENDOSCÓPIOS:

Após a lavagem e desinfecção, o endoscópio deve ser lavado interna e externamente com água preferencialmente estéril para remover todos os vestígios de desinfetante e evitar a recontaminação. Para isso devem ser seguidas as recomendações:

1. Após a lavagem e a desinfecção, enxaguar o endoscópio e irrigar os canais com água para remover o desinfetante ou esterilizante [2] [3];
2. Rejeitar a água de enxaguamento após cada uso ou ciclo [2] [3];
3. Irrigar os canais com álcool etílico a 70% [2] [3];
4. Secar com ar comprimido [2] [3];
5. Se for utilizada a água da rede, deve ser realizado um enxaguamento com álcool a 70% [2] [3].

5.5. SECAGEM DOS ENDOSCÓPIOS:

A presença de água colonizada ou humidade residual podem ser uma fonte de crescimento para os microrganismos. A secagem apropriada elimina toda a humidade das superfícies internas e externas do endoscópio. A secagem dos endoscópios, especialmente antes de um armazenamento prolongado, diminui a taxa de colonização bacteriana. A secagem com ar forçado aumenta a eficácia do processo de desinfecção.

- ✓ Secar bem o exterior dos endoscópios com compressa esterilizada [3];
- ✓ Aplicar as válvulas, depois de desinfetadas e enxaguadas [3];
- ✓ Devem ser irrigados todos os canais com álcool a 70% e efetuada a secagem com ar comprimido através dos canais, durante 5 a 10 minutos [3].

5.6. ARMAZENAMENTO DOS ENDOSCÓPIOS:

Um correto armazenamento deve respeitar as seguintes recomendações:

- ✓ Garantir a secagem correta antes de armazenar o endoscópio [2];
- ✓ Guardar o endoscópio em armário fechado e preferencialmente em posição vertical para facilitar a secagem [2];
- ✓ Os endoscópios devem ser armazenados num local limpo, seco, arejado e sem grandes variações de temperatura [2];
- ✓ Remover tampas, válvulas e outros componentes destacáveis, segundo as instruções do fabricante [2];
- ✓ Evitar a contaminação dos endoscópios desinfetados por contacto com o meio ambiente ou por armazenagem prolongada em áreas que podem promover a multiplicação de microrganismos [2].

6. CATEGORIZAÇÃO DAS RECOMENDAÇÕES

Este capítulo resume os pontos importantes, relativamente à problemática da desinfeção em endoscopia. As recomendações baseadas na evidência, abaixo descritas, estão classificadas por categorias, de acordo com o sistema do CDC [3], e traduzem o consenso das várias sociedades europeias e americanas.

Os profissionais que trabalham nas unidades de endoscopia, devem receber formação e treino e adoptarem as precauções padrão, no sentido de se protegerem a si e aos doentes	Categoria IA
Proceder à realização do teste de fugas no final do exame endoscópico, de acordo com as recomendações do fabricante	Categoria IB
Desconectar e desmontar todos os componentes do endoscópio, o mais possível, e imergi-los em detergente enzimático	Categoria IB
A limpeza precede sempre a desinfeção, quer manual, quer automática. Limpar meticulosamente todo o endoscópio, incluindo válvulas, canais, ligações e todas as peças desmontáveis com detergente enzimático compatível com o endoscópio imediatamente após o seu uso. Irrigar e escovilhar todos os canais acessíveis para remover a matéria orgânica e outros resíduos. Limpar externamente o endoscópio usando um pano macio ou escova macia	Categoria IA
Utilizar escovilhões apropriados ao tamanho dos canais ou ligações (os pêlos da escova devem tocar todas as superfícies) para a limpeza. Todos os acessórios de limpeza devem ser rejeitados ou desinfetados/esterilizados entre utilizações	Categoria II
Rejeitar o detergente enzimático após cada limpeza, dado que este tipo de produto não tem propriedades antissépticas e como tal não retarda a proliferação microbiana	Categoria IB
Os acessórios endoscópicos (pinças de biopsia ou outro objeto cortante) que entrem em contacto com cavidades ou tecidos estéreis devem ser mecanicamente limpos (tina ultrassónica) e seguidamente esterilizados (alto nível de desinfeção não é aconselhado)	Categoria IA
A limpeza em tina ultrassónica dos acessórios reutilizáveis e outros componentes (válvulas) deve ser efetuada para remover a sujidade e a matéria orgânica	Categoria II

Os endoscópios e acessórios que entram em contacto com mucosas são classificados de semicríticos e devem ser submetidos a desinfeção de alto nível, entre doentes	Categoria IA
Selecionar um desinfetante/esterilizador que seja compatível com o parque de endoscópios. Devem seguir-se as instruções do fabricante	Categoria IB
Os endoscópios e os seus componentes devem ser totalmente imersos num desinfetante de alto nível e assegurar que todos os canais são irrigados. Os endoscópios não imersíveis devem ser descontinuados imediatamente	Categoria IB
Quando é utilizada a desinfeção automática dos endoscópios, assegurar que este é efetivamente reprocessado (canal do elevador dos duodenoscópios não é desinfetado na maioria das máquinas automáticas, sendo que este passo deve ser executado manualmente)	Categoria IB
Os endoscópios deverão ser armazenados na posição vertical, de forma a facilitar a sua secagem e arejamento, livre de válvulas, tampa protetora da parte elétrica e outros componentes	Categoria II
Deve ser usada água esterilizada/destilada no frasco de água	Categoria IB
Verificar a concentração do desinfetante utilizando as tiras de teste. Verificar a solução no início de cada dia de trabalho e registar os resultados. Se o indicador químico revelar que a concentração é inferior ao mínimo efetivo, esta solução deverá ser mudada	Categoria IA
Mudar o desinfetante após o prazo estabelecido pelo fabricante, independentemente do mínimo efetivo de concentração	Categoria IB
Os profissionais que executam a descontaminação dos endoscópios e acessórios devem receber formação específica, para assegurar uma desinfeção de alto nível. A avaliação do desempenho destes profissionais deve ser feita regularmente. Os profissionais em regime temporário não devem efetuar o reprocessamento deste equipamento	Categoria IA
O equipamento protetor (luvas, batas e máscaras com proteção ocular) deve estar prontamente disponível e deve ser usado apropriadamente para proteger os trabalhadores da exposição a produtos químicos, sangue ou outros fluídos potencialmente infetantes	Categoria IC

7. NOTA FINAL

A endoscopia tem assumido um papel primordial e inquestionável na Medicina no que concerne ao diagnóstico e tratamento das doenças. Atendendo à tecnologia envolvida, à sensibilidade dos equipamentos e ao contacto dos endoscópios com os microrganismos, o reprocessamento do equipamento é de particular relevância.

Toda a equipa envolvida em procedimentos endoscópicos deve adotar medidas de prevenção e controlo de infeção, de forma a proporcionar um ambiente seguro aos doentes e aos próprios profissionais.

Na construção deste documento foi nossa preocupação rever as orientações e diretrizes internacionais sobre a temática por forma a definir um conjunto de procedimentos de descontaminação de endoscópios e acessórios. Procuramos assim constituir um guia orientador para os enfermeiros e restantes profissionais que exercem a sua atividade nesta área, permitindo-lhes a padronização dos procedimentos, bem como a criação de uma ferramenta para a formação e treino das suas equipas.

Esperamos que este documento seja também útil para a Comissão de Controlo de Infeção da ULSM, tendo por intuito a criação de uma base de trabalho para o desenvolvimento do procedimento para o reprocessamento e armazenamento de endoscópios nesta instituição.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [1] CDC (2008). *Guideline for Disinfection and Sterilization in Healthcare Facilities, 2008*. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention.
- [2] WGO/WEO (2011). *Desinfecção de endoscópios – um enfoque sensível aos recursos*. Milwaukee: World Gastroenterology Organisation / World Endoscopy Organization.
- [3] ANEED (2004). *Manual de boas práticas – Desinfecção em endoscopia digestiva*. Lisboa: Associação Nacional dos Enfermeiros de Endoscopia Digestiva.
- [4] Olympus (2012). *História dos Endoscópios*. Consultado em 12 de Novembro de 2012, em Olympus Corporation:
http://www.olympuslatinoamerica.com/portuguese/ola_aboutolympus_endo_port.asp.
- [5] FDA (2009). *FDA-cleared sterilants and high level disinfectants with general claims for processing reusable medical and dental devices – march 2009*. Consultado em 12 de Novembro de 2012, em U. S. Food and Drug Administration:
<http://www.fda.gov/MedicalDevices/DeviceRegulationandGuidance/ReprocessingofSingle-UseDevices/ucm133514.htm>.

