



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

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

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

por Paula Cristina Ferreira Fernandes da Silva

Porto, Maio de 2012



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

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

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

por Paula Cristina Ferreira Fernandes da Silva

Sob a orientação de Professora Lúcia Rocha

Porto, Maio de 2012

RESUMO

A realização deste relatório de Estágio surge para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico- Cirúrgica, baseado nas experiências vivenciadas no estágio realizado na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente e na Comissão de Controlo de Infecção do Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga – Hospital São Sebastião.

O relatório não é mais do que a apreciação geral do que foi vivenciado e apreendido durante a realização do estágio, este permitiu desenvolver e aprofundar conhecimentos e competências inerentes à prestação de cuidados de saúde ao doente com doença grave e/ou em falência multi-orgânica. Permitiu ainda desenvolver novas competências que facilitam a tomada de decisão fundamentada favorecendo a aquisição de autonomia no desempenho profissional, enquanto enfermeira com especialização em EMC.

O módulo II decorreu na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, permitindo-me realizar uma integração global, tendo desenvolvido a capacidade de decisão. Este módulo favoreceu o desenvolvimento de uma maior autonomia, o que me permitiu aprofundar conhecimentos de ventilação mecânica invasiva, técnicas de hemofiltração e monitorização invasiva. Na área de gestão desenvolvi/adquiri competências que me permitem gerir de forma adequada recursos humanos, materiais e protocolos terapêuticos. Em relação ao módulo de Controlo de Infecção Hospitalar, permitiu-me perceber da melhor forma o papel do enfermeiro na Comissão de Controlo de Infecção, que é a prevenção e controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde e, promoção de boas práticas.

A realização deste estágio foi uma mais-valia no sentido que contribuiu para a minha evolução profissional, na medida em que me permitiu conhecer realidades diferentes, aprofundar conhecimentos, possibilitando a obtenção de novas competências na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica.

ABSTRACT

This internship report is done in the context of Master Degree course, with specialization in Medical-Surgical Nursing. This is based on the experiences lived in the internship realized in Intensive Care Unit and in the Infection Control Commission of Hospital Center Entre Douro and Vouga – Hospital São Sebastião.

The present report reflects everything that was learned and experienced during the internship.

The internship allowed me to develop knowledge and abilities inherent to health care providing to critical ill patients and/or in multi organ failure. It also allowed me to develop new skills that become easier the decision making stimulating the autonomy in professional activity, as specialized nurse in Medical-Surgical Nursing.

The module realized in the Intensive Care Unit allowed me to realize a global integration, having developed the decision making capacity. This module stimulated the development of more autonomy, which allowed me to acquire knowledge in invasive mechanic ventilation, hemofiltration techniques and invasive monitoring. In management area I developed skills that allow me to manage efficiently human resources, materials and therapeutic protocols. In the Hospital infection Control module this allowed me to understand better the functions of the nurse in the Infection Control Commission, which are the control and prevention of infections associated to the health cares and the promotion of good practices.

The realization of this internship was profitable, because they allowed me to develop professional skills and knowledge, discover different realities, and acquire new skills in Medical-Surgical Nursing area.

AGRADECIMENTOS

À Professora Lúcia Rocha, que foi sem dúvida um pilar fundamental, ao longo de todo este percurso

Às enfermeiras tutoras pela orientação, compreensão e apoio incondicionais ao longo de todo o estágio. Um agradecimento especial pelo exemplo que foram.

A todos os enfermeiros da UCIP e CCI, pela disponibilidade, mesmo quando não tinham responsabilidade direta no meu percurso.

Obrigada

SIGLAS

A/CVM – Ventilação Mandatária Assistida

BIS – Índice Bispectral

CI – Cuidados Intensivos

CCI – Comissão de Controlo de Infecção

CHEDV – Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga

CPAP – Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas

CVC – Cateter Venoso Central

CVM – Ventilação Mandatória Controlada

DM – Dispositivo Médico

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

EEMC – Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EPI – Equipamento de Proteção Individual

FIO2 – Relação Inspiração/Expiração

HSS – Hospital São Sebastião

IACS – Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

PIC – Pressão Intracraniana

PNCI – Programa Nacional de Controlo de Infecção

PIC – Pressão Intracraniana

SAV – Suporte Avançado de Vida

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

ÍNDICE

	Pg.
INTRODUÇÃO	13
1 – ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA EM CUIDADOS INTENSIVOS	17
1.1. DOS OBJECTIVOS À CONSECUÇÃO DAS ACTIVIDADES	17
1.2. DAS ACTIVIDADES À AQUISIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS	30
2 – ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA EM CONTROLO DE INFECCÃO	32
2.1. DOS OBJECTIVOS À CONSECUÇÃO DAS ACTIVIDADES	32
2.2. DAS ACTIVIDADES À AQUISIÇÃO DE DAS COMPETENCIAS	47
3 – CONCLUSÃO	49
BIBLIOGRAFIA	52
ANEXOS	55
Anexo I – Formação “Traumatismo vertebro-medular – Prevenir complicações”	
a) Plano de sessão de formação	
b) Diapositivos da formação	
Anexo II – Parecer técnico “Introdução de Solução Cutânea Alcoólica com Cloro-hexidina em Spray para a manutenção de Cateteres Venosos Centrais”	
Anexo III – “Equipamento de Proteção individual”	
a) Grelha de Observação	
b) Grelha de resultados	
c) Apresentação e Análise dos dados	
Anexo IV – “Equipamentos de Proteção Individual”	
a) Prevenção e Controlo de Infeção: fundamentação da sessão de EPS	
b) Plano de sessão de formação	
c) Diapositivos de formação	

INTRODUÇÃO

O curso de mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica visa especificamente desenvolvimento de competências para a assistência avançada ao doente adulto e idoso com doença grave, e é particularmente dirigido para a assistência ao doente em estado crítico.

Com a elaboração deste relatório de estágio pretendo, demonstrar conhecimentos capacidade de compreensão na aquisição de diversos saberes, teóricos e práticos e conhecimentos e capacidades de compreensão aprofundada para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem com EEMC.

Este relatório reporta-se aos estágios desenvolvidos na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes (UCIP) – Módulo II - e na Comissão de Controlo de Infecção (CCI) – Módulo III, ambos realizados no Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga (CHEDV) – Hospital de S. Sebastião (HSS). Obtive creditação em relação ao Módulo I, por exercer funções no Serviço de Urgência há mais de cinco anos, tendo sido reconhecidas competências como já adquiridas nesta área, fruto do desempenho e entrega a este serviço ao longo dos anos através dos cursos realizados para estar preparada para atuar em qualquer situação de urgência/ emergência, realização de transportes inter-hospitalares assim como ser responsável pela sala de reanimação e ser formadora em serviço na área das feridas.

Após terminar o curso, iniciei o meu desempenho profissional num Centro de Saúde que me permitiu desenvolver a componente relacional através do acompanhamento `a família, desde a gravidez, passando por todas as fases do crescimento e desenvolvimento, até ao utente idoso e/ou em fase terminal. Desta forma adquiri a capacidade de fazer o acompanhamento global ao utente tendo sempre em conta a prevenção da doença, através dos ensinamentos, vacinação e acompanhamento, estas foram experiencias muito enriquecedoras a nível pessoal, relacional e profissional.

Mais tarde fui trabalhar para o Hospital, no serviço de urgência. Neste, senti uma grande diferença a nível relacional e da comunicação, pois através da necessidade de agir o mais célere possível no atendimento ao doente crítico e/ou politraumatizado a rotatividade e a grande afluência de doentes, foi para mim um grande desafio no sentido a que estava habituada a ter tempo suficiente para conhecer o utente, saber as suas necessidades e dificuldades. Para me sentir mais preparada optei por fazer uma Pós-Graduação em Urgência Emergência e Catástrofe e vários cursos, tais como: Suporte

Avançado de Vida (SAV), Suporte Avançado de Trauma – trauma nurse core course (TNCC), Traçado Eletrocardiográfico, Urgências Respiratórias, Triagem de Manchester entre outros que me proporcionaram um aprofundamento de conhecimentos no sentido de prestar cuidados de enfermagem de qualidade e que me levaram a desenvolver competências relacionais e técnicas que me permitem atuar de forma autónoma perante o doente crítico e /ou falência orgânica.

Relativamente à escolha do local de estágio prendeu-se, fundamentalmente, com quatro aspetos que passo a citar: por oferecer condições ideais para a realização do estágio, nomeadamente ao nível de instalações físicas e cultura organizacional; pelo incentivo que recebi de colegas que realizaram o estágio, na mesma instituição; pelo facto de exercer funções nesta instituição, o que acaba por ser uma mais-valia para o desenvolvimento de competências, na medida em que está facilitado o relacionamento com a mesma e fazer o acompanhamento do doente crítico desde a entrada no serviço de urgência até à Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente.

Relativamente ao estágio do Módulo III – opcional, a minha escolha recaiu sobre a CCI. Esta deveu-se sobretudo ao facto de considerar que seria o local de estágio capaz de me proporcionar melhores condições de aprendizagem, para desenvolver as competências da EEMC, nomeadamente no que concerne à maximização da intervenção na prevenção e controlo de infeção, perante o doente em situação crítica e/ou falência orgânica.

A importância do tema é, atualmente, de conhecimento geral. No entanto, deparo-me diariamente com situações em que diversos profissionais, por diferentes motivos, descumram até as precauções padrão. A situação tornou-se ainda mais flagrante quando, compreendi que a taxa de infeções neste tipo de serviços é bastante elevada, ainda que aparentemente os profissionais cumpram as normas de controlo de infeção. Este facto suscitou em mim uma grande curiosidade, determinando a minha escolha, relativamente ao local de estágio. Integrar uma CCI pode, de facto, ser uma ótima estratégia de aprendizagem.

Segundo Lino (2010), as Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) são hoje uma preocupação à escala mundial, tendo levado várias entidades internacionais, nomeadamente o Conselho da Europa e a Organização Mundial da Saúde, a tomarem uma posição sobre o assunto.

Segundo o Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infeção (Ministério da Saúde, 2007), trata-se de um conceito alargado de infeção adquirida pelos utentes e

profissionais de saúde, associada à prestação de cuidados, independentemente do nível dos cuidados (agudos, reabilitação, ambulatório ou domiciliários). Estas infeções estão entre as mais importantes causas de morte e aumento da morbilidade nos doentes hospitalizados. Acabam por constituir um encargo significativo para os doentes, já que agravam a sua incapacidade funcional e o stress emocional, mas também para as próprias instituições de saúde, sendo o prolongamento do internamento o que mais contribui para estes custos (OMS, 2002).

Posto isto, e ciente que ainda tenho um longo percurso a percorrer para alcançar a excelência do cuidar em enfermagem, resta-me aproveitar este momento de reflexão privilegiado que, na prática, permite-me desenvolver um conjunto de competências no domínio do saber-saber, do saber-fazer, do saber-ser e do saber-aprender.

O enfermeiro especialista em enfermagem Médico-Cirúrgica deve ser detentor de conhecimentos científicos vastos e suficientes para servir como exemplo de boas práticas para a restante equipa multidisciplinar. Deve também ser conhecedor da estrutura física e dinâmicas do seu serviço para poder responder com eficácia e eficiência a todos os obstáculos que possam surgir. Deve conseguir colaborar com os seus superiores hierárquicos, na gestão do serviço relativamente não só ao seu funcionamento, mas também, relativamente à gestão de stocks de consumo clínico, o que atualmente, dada a conjuntura económica, se torna fulcral. É importante que seja precursor de uma filosofia do não desperdício para os restantes elementos da equipa.

Por último, é também, da sua competência zelar pela prestação de cuidados da forma mais inocua possível de forma a não causar dano no doente, ou seja, de forma a prevenir sempre que possível as IACS. Concluindo, com a adoção destes comportamentos os ganhos em saúde no futuro serão consideráveis, uma vez que a taxa de infeções nosocomiais ainda é elevada levando a gastos enormes com antibioterapia, exames complementares de diagnóstico, necessidade de internamentos mais prolongados e em unidades de cuidados mais especializados logo mais dispendiosos.

Quanto à estrutura, do trabalho este é composto por três partes. A primeira diz respeito à introdução, a segunda parte aborda as temáticas de enfermagem Médico – Cirúrgica em Cuidados Intensivos e Controlo de Infeção, por fim, a terceira e última parte concerne à conclusão.

Os objetivos que pretendo atingir com a realização deste relatório são: ilustrar o caminho percorrido no decorrer dos estágios realizados na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente e na Comissão de Controlo de Infeção focando as atividades

desenvolvidas, fundamentando-as com base em situações experienciadas e refletir sobre as mesmas e apresentar as competências adquiridas e desenvolvidas.

1 – ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA EM CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE

De acordo com o plano de estudos do Curso, um dos módulos deve ser desenvolvido numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) - Este foi desenvolvido no período de 27 de Abril a 26 de Junho de 2011, tendo como tutora uma Enfermeira Especialista em EEMC.

O enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEMC) deve deter algumas competências específicas, nomeadamente a de cuidar de pessoas a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.

Segundo a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (cit. In Silva e Lage, 2010,p.5), estes doentes são definidos como “aqueles que, por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência esteja dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica”.

É, precisamente, neste contexto que o enfermeiro EEMC tem oportunidade de desenvolver inúmeras competências, já que as experiências adquiridas nos estágios permitem a consciencialização gradual dos diferentes papéis que o enfermeiro é chamado a desenvolver e das competências requeridas para o seu desempenho (Matos, Cit. por Silva e Silva, 2004).

1.1 – DOS OBJECTIVOS À CONSECUÇÃO DAS ACTIVIDADES

Para que o enfermeiro especialmente em EMC possa exercer a sua função, em plenitude, não basta apenas deter as competências. O desafio passa, muitas vezes, pela capacidade de as mobilizar e de as adequar a cada situação específica, já que a detenção das competências não garante, por si só, a sua pertinência ou eficácia.

É precisamente neste sentido que opto por traçar objetivos específicos, bem como atividades operacionais, de forma a facilitar a minha reflexão, quanto à mobilização das capacidades requeridas pelo enfermeiro especialista.

Objetivo específico 1: Aprofundar conhecimentos sobre a Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

Atividades desenvolvidas

- a. Identificação do tipo de UCIP
- b. Observação da dinâmica estrutural e funcional da UCIP

A Unidade de Cuidados Intensivos caracteriza-se por um ambiente fechado, complexo e tecnologicamente avançado, com elevados recursos materiais e humanos, onde são prestados cuidados especializados a doentes em estado crítico e/ ou em falência multi-orgânica.

No HSS, esta Unidade é polivalente, sendo considerada de nível III, segundo a classificação adotada pela Sociedade Europeia de Medicina Intensiva (Direção Geral da Saúde, 2003, p.17), já que tem “equipas funcionalmente dedicadas (médica e de enfermagem), assistência médica qualificada, por intensivista, e em presença física nas 24 horas; pressupõe a possibilidade de acesso aos meios de monitorização, diagnóstico e terapêuticos necessários; deve dispor ou implementar medidas de controlo contínuo de qualidade e ter programas de ensino e treino em cuidados intensivos; constitui o Serviço ou Unidade típica dos hospitais com Urgência Polivalente”.

Esta unidade, de uma forma geral, compreende uma sala de visitas/de espera, o secretariado, salas de vestiários, casas de banho para profissionais, sala de limpo e sujos, sala de armazenamento de material, sala do gerador de energia, sala de reuniões, gabinete médico e gabinete da Enfermeira coordenadora. Contempla ainda um total de dez camas, numa sala ampla, e uma em unidade isolada, preparada para receber doentes imunodeprimidos ou com infeções graves. Existe também um balcão central com um monitor, onde é possível visualizar os parâmetros vitais de todos os doentes, de forma a garantir uma vigilância ainda mais rigorosa.

No que concerne à unidade do doente, na UCI, esta integra uma cama elétrica com colchão de pressão alterna, um cadeirão, um monitor, um ventilador, um ambu, saídas de oxigénio e ar comprimido, tomadas elétricas, máquinas perfusoras, e outro material de uso individual, como termómetro, máquina de pesquisa de glicemia, material descartável como seringas, elétrodos, compressas e material de higiene pessoal do doente.

No que respeita à equipa multidisciplinar, esta compreende vinte e sete enfermeiros, doze assistentes operacionais e sete médicos que asseguram os cuidados, durante as vinte e quatro horas. Existem cinco equipas de enfermagem, sendo cada uma delas constituída por cinco elementos por turno, com um responsável de turno em cada equipa, sendo este Especialista em EMC, ou perito em Cuidados Intensivos (CI).

Objetivo específico 2: Integrar a equipa multidisciplinar de cuidados intensivos do HSS

Atividades desenvolvidas

- c. Observação da dinâmica organizacional da equipa
- d. Observação das funções referentes a cada um dos enfermeiros da UCIP
- e. Observação da dinâmica de interação entre a equipa e outros serviços
- f. Conhecimento das normas e protocolos de atuação na UCIP
- g. Colaboração na admissão e estabilização do doente crítico
- h. Colaboração na aplicação do processo de enfermagem
- i. Colaboração na transferência do doente para a Unidade de Cuidados Intermédios
- j. Colaboração na gestão do material
- k. Colaboração na elaboração dos horários dos profissionais
- l. Reflexão acerca das práticas de Controlo de Infeção na UCIP

O desejo e a motivação para conhecer e partilhar novas experiências profissionais numa unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, geraram de imediato vários sentimentos contraditórios, pois estava consciente da exigência e do trabalho que me esperava.

A chegada à Unidade trouxe, desde logo, uma enorme vontade de transpor para a prática clínica todos os conhecimentos, teóricos e práticos, adquiridos e acumulados ao longo da minha formação profissional e académica. Os cursos de Suporte Avançado de Vida (SAV), SAV em trauma, Traçado Eletrocardiográfico, Urgências Respiratórias, Triagem de Manchester, e a Linha Vida intra-hospitalar, a Sala de Reanimação, a Pós-Graduação em Urgência/Emergência e Catástrofe, foram, sem dúvida, uma mais-valia. Mas, ainda assim, o primeiro contacto com o serviço foi o suficiente para despoletar um sentimento de insegurança, não só de conhecimentos teóricos, mas também de competências práticas.

Na primeira semana de estágio, durante a qual realizei apenas turnos da manhã, pude iniciar a prestação de cuidados de enfermagem, de forma gradual, ao mesmo tempo que fui tomando conhecimento das normas do serviço, da metodologia de trabalho instituída, da disposição do material, dos recursos físicos, humanos e materiais disponíveis, das patologias mais frequentes e das especificidades do serviço, em termos de cuidados de enfermagem, procedimentos e técnicas executadas ao doente crítico.

Durante este período inicial, constatei, de imediato, que a “instabilidade e gravidade da condição de saúde dos doentes determinam um juízo clínico do enfermeiro (...) o mais eficaz possível e em tempo útil, contribuindo para a produção dos melhores resultados em saúde e, para os quais, se torna muito relevante a aquisição de um conjunto de competências específicas, necessárias na presença de dispositivos de monitorização invasivos” (Silva e Lage, 2010, p.11). Admito que tive, efetivamente, oportunidade de ver e adaptar-me ao funcionamento de todo o tipo de equipamento, desde a monitorização mais básica até à mais complexa. No entanto, considero que estas competências específicas vão muito além do manuseio de dispositivos, por mais complexos que sejam. Estas devem ser desenvolvidas, essencialmente, no âmbito de um referencial teórico vasto e minucioso.

De entre a diversidade de temáticas a estudar, um dos que exigiu maior dedicação foi, indubitavelmente, a farmacologia, no sentido de saber a sua interação com a analgesia e com a sedação uma vez que estas estão quase sempre em perfusão contínua e estão distribuídas por varias rampas e distribuídas por três ou cinco vias do cateter venoso central. A verdade é que o simples facto de exercer funções, enquanto enfermeira, no Serviço de Urgência, permitiu-me ter já algum conhecimento teórico sobre a maioria dos fármacos usados na UCIP. No entanto, devido à instabilidade hemodinâmica verificada em vários doentes, a administração de medicação respeitante a protocolos específicos da unidade, quer seja pela restrição hídrica que alguns casos requerem (por exemplo, nos doentes com edema agudo do pulmão), quer seja pelas reações que a medicação pode provocar (pretende-se que o efeito da medicação seja gradual, e que os possíveis efeitos adversos possam ser atenuados pela diluição da medicação).

Uma vez integrada nas rotinas e dinâmica do serviço, foi-me possível empreender novos esforços, no sentido de adquirir novas competências como enfermeira especialista e solidificar aquelas já adquiridas. Neste sentido, procurei usar a autonomia que me foi concedida, de forma a desenvolver o espírito crítico, bem como a capacidade de gestão de cuidados, neste novo contexto, já que os enfermeiros da UCIP seguem o método individual de trabalho, uma vez que a tipologia de doentes neste contexto exigem por parte dos enfermeiros cuidados mais especializados, e também um rácio de enfermeiro/ doente muito menor, ou seja, cada enfermeiro é responsável pela prestação de cuidados a dois doentes, ou a um se o serviço não estiver completo, ou se

esse doente for o mais crítico, se estiver em isolamento ou em hemofiltração ou hemodiálise.

Um dos principais objetivos deste estágio passa, indubitavelmente, pela integração na equipa multidisciplinar. Tendo como ponto de partida esta premissa, desenvolvi um esforço, numa primeira instância, no sentido de ser capaz de realizar a admissão e estabilização do doente crítico.

A admissão dos doentes para a Unidade é diferente, mediante a sua proveniência (interna ou externa). Os doentes externos são transferidos de outra Unidade Hospitalar e, por uma questão meramente logística, entra pela urgência, e é encaminhado diretamente para a UCIP. Os doentes com proveniência interna, veem dos serviços de Urgência/ Emergência, Unidade Cuidados Intermédios, bloco operatório ou restantes serviços do CHEDV ou pela ativação da *Linha Vida*.

Independentemente da proveniência do doente, a sua admissão é, única e exclusivamente, da responsabilidade médica, nomeadamente do médico de serviço, desta Unidade, o qual transmite a informação à equipa de enfermagem.

Os critérios principais de admissão são as falências respiratórias e hemodinâmica, pós-operatórios com intercorrências complicadas, politraumatizados não neurocirúrgicos mas que necessitem de ventilação mecânica invasiva, intoxicações graves e sépsis.

Segundo Urden et. al (2008), no momento em que o doente chega ao serviço, tudo deve ser feito no sentido de o acolher da melhor forma possível, com o intuito de minimizar o impacto causado pela admissão numa UCI, que é geralmente um acontecimento inesperado na vida do doente e família, e passível de lhe provocar uma resposta de stress.

Na admissão de um doente há vários procedimentos e protocolos a seguir, como identificar o motivo da entrada no serviço e o grau de instabilidade, conectar o ventilador ao tubo endotraqueal, registar a medicação que está em perfusão e a que foi administrada, soros, registar quais os locais dos cateteres centrais e arteriais, quando já estão colocados, e testar a sua funcionalidade, iniciar terapêutica instituída como sedação e analgesia, antibioterapia e insulina, preencher a folha de registos de enfermagem, deve também ser registadas todas as drenagens em curso, que contemplam tanto os drenos como pensos. Toda esta informação deve ficar registada na folha de avaliação inicial (a qual deve ser preenchida nas primeiras 24h após a admissão do

doente na Unidade). São igualmente feitas colheitas de sangue para hemograma, bioquímica e coagulação, gasimetria e hemoculturas.

A admissão e estabilização do doente crítico, numa UCIP exige organização, sistematização e trabalho em equipa multidisciplinar. Os enfermeiros, na admissão do doente crítico, estão perante situações complexas, onde muitas vezes os doentes ainda estão muito instáveis, não adequadamente sedados nem analgesiados, situação esta que requer uma atitude concentrada, discernimento e capacidade de estabelecer prioridades de forma rápida e eficaz. A admissão do doente crítico nos cuidados intensivos demonstra, sem dúvida, a importância do enfermeiro especialista em médico-cirúrgica, na sua capacidade de mobilizar conhecimentos e competências para a resolução de uma situação complexa.

Além de colaborar na admissão, participei na estabilização dos doentes, executando diversas intervenções de enfermagem, autónomas e interdependentes, que passo a citar: prestação de cuidados de higiene e conforto no leito, aspiração de secreções por via endotraqueal com sistema fechado, cuidados à orofaringe com anti-séptico oral, realização de tratamentos a feridas cirúrgicas, traumáticas e de pressão, vigilância da alimentação entérica e parentérica, vigilância da adaptação ao modo ventilatório, onde os mais comuns foram, a ventilação mandatória controlada (CVM), ventilação mandatória assistida (A/CVM), pressão positiva contínua nas vias aéreas (CPAP) e a pressão inspiratória de suporte (PSI) e ainda o controlo dos mais variados parâmetros tais como volume, pressão, fração de ar inspirado (FIO₂), relação inspiração/expiração (relação I:E), pressão positiva no final da expiração (PEEP), tempo inspiratório volume corrente, monitorização hemodinâmica invasiva: de tensão arterial através de cateter introduzido na artéria radial, avaliação da PIC (Pressão Intracraniana), monitorização do end tealhel (et) de CO₂ através de um capnógrafo conectado ao tubo endotraqueal ou à cânula de traqueostomia e avaliação do débito urinário.

Relativamente à monitorização hemodinâmica não invasiva: saturação de O₂ através do uso de saturímetro, avaliação de temperatura axilar e avaliação do nível de sedação pela colocação de eletródios na região frontal (BIS), monitorização da pressão venosa central (PVC) ou pelo preenchimento da escala Ramsay; controle da pressão do “cuff”, posicionamentos e transferência para o cadeirão, monitorização de balanço hídrico, administração de fármacos, segundo protocolos e prescrições médicas, e promovi a comunicação verbal e não-verbal com o utente e família.

A maioria destes procedimentos não constituiu novidade para mim. No entanto, considero que a sua prática foi uma mais-valia, no sentido em que me permitiu desenvolver maior destreza e competências (nomeadamente ao nível da gestão de cuidados, dado o elevado número de procedimentos a realizar a cada doente), conhecimentos e consciência crítica para os problemas da prática profissional, especialmente na área de EEMC, tais como: instabilidade permanente dos parâmetros hemodinâmicos devido à gravidade da situação do doente o que leva a ter de estar preparado para uma eventual situação de paragem cardiorrespiratória, o elevado grau de dependência que faz com que haja a necessidade constante da presença dos enfermeiros na unidade do doente.

As atividades desenvolvidas foram realizadas de forma responsável, empenhada, dinâmica e dedicada, assumindo as minhas falhas e refletindo acerca das mesmas, com o intuito de progredir nos cinco níveis de proficiência estabelecidos pelo modelo de Dreyfus (Cit. por Benner, 2001): iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito.

Todo este trabalho foi, evidentemente, supervisionado pela enfermeira tutora, bem como pelo enfermeiro responsável de turno. Este é o enfermeiro com mais experiência na equipa, sendo destacado pela enfermeira coordenadora da Unidade, mensalmente. O enfermeiro responsável de turno tem várias funções, tais como distribuição dos enfermeiros e dos assistentes operacionais; supervisão, orientação e coordenação da equipa de enfermagem; no caso de ausência da enfermeira coordenadora, providenciar os pedidos da farmácia e armazém, solicitar a substituição de enfermeiros e assistentes operacionais em caso de falta accidental, registar em livro próprio as ocorrências, dirigir e informar a enfermeira coordenadora sobre possíveis necessidades de reparação de aparelhos, tentando se possível identificar a avaria, supervisionar e garantir registo de administração de estupefacientes e antibióticos, pedir dieta para o doente e verificar se o carro de urgência e desfibrilhador estão operacionais.

Perante esta diversidade de tarefas, questionei-me por que motivo o enfermeiro responsável de turno não seria, além do mais experiente, especialista, já que se trata de um profissional com “um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção especializado.” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p. 2).

Esta dúvida foi colocada junto do enfermeiro tutor, bem como da enfermeira coordenadora, os quais concordaram que seria, indubitavelmente, uma mais-valia para a dinâmica da Unidade, uma vez que se trataria de um profissional com competências específicas que lhe permitem prestar um cuidado mais preciso, concreto e eficiente. No entanto, ambos explicaram-me que, neste momento, essa situação não seria viável, dado o insuficiente número de enfermeiros especialistas na Unidade.

No sentido de assegurar que a informação dos cuidados prestados seja partilhada, o enfermeiro tem o dever de registar observações e intervenções realizadas de forma a assegurar a continuidade de cuidados pela equipa de saúde.

Dada a complexidade das tarefas realizadas, em contexto de Cuidados Intensivos, torna-se complicado elaborar planos de cuidados. Os enfermeiros optam, portanto, por fazer registos das suas intervenções, em impresso próprio, alocado ao processo de cada doente, sendo que se inicia o registo num novo impresso a cada admissão e/ou a cada turno da tarde. Em termos práticos, registam-se na folha de enfermagem os sinais vitais horários, medicação administrada, registos como localização de suturas ou cateteres ou drenos (registados a cada vinte e quatro horas ou em caso de alteração). Fazem-se ainda registos descritivos, em forma de síntese dos aspetos alterados, dando-se especial atenção a alguns aspetos, nomeadamente: tipo de respiração (se não ventilado); modalidade ventilatória instituída; adaptação ao ventilador (se ventilado); estabilidade hemodinâmica e elétrica; temperatura; estado de consciência (escala de Glasgow); estado de sedação (escala de Ramsay); aspeto da pele e mucosas; integridade cutânea; permeabilidade dos cateteres; eliminação vesical e intestinal; drenagens; intercorrências; exames complementares efetuados; produtos colhidos, para análise; posicionamentos efetuados; resposta emocional do doente; existência ou não de visitas; cuidados ou ações específicas a desenvolver.

A terapia nutricional é também um fator de relevo na recuperação do doente pelo que a nutricionista da instituição prescreve a terapia nutricional, a nutrição parentérica é prescrita quando há contra-indicação absoluta para o uso trato gastrointestinal sendo também utilizada para doentes que necessitem de receber um complemento ao da alimentação entérica.

Com o decorrer do estágio tive também oportunidade de preparar doentes para a realização de exames complementares de diagnóstico tais como, tomografia axial por computador (TAC), ressonância magnética (RM), ecografia, ida para o bloco operatório assim como transferências para outros hospitais, tive também oportunidade em conjunto

com a minha tutora fazer o transporte de um doente crítico, ao Instituto Português de Oncologia (IPO), algo que para mim foi natural, na medida em que estou habituada a fazer transportes com este tipo de doentes.

Quanto aos registos estes são realizados de uma forma muito sucinta, reportando a informação relevante de uma forma clara, concisa e cronológica. Em suma, a folha de registo de enfermagem permite tomar conhecimento da evolução do doente nas 24 horas fazendo uma avaliação holística do mesmo.

Além destes registos, existem dois documentos próprios onde se devem fazer registos relativamente a úlceras de pressão e quedas. No que concerne à integridade cutânea, não poderia deixar de realçar o excelente trabalho desempenhado pelo enfermeiro especialista em reabilitação, a exercer funções na Unidade, no turno da manhã, que através dos posicionamentos em que colabora, conseguiu reduzir a taxa de úlceras de pressão em 95%.

Um dos registos que despertou maior interesse em mim foi, sem dúvida, a avaliação da dor, no doente crítico.

Segundo a Direção Geral de Saúde (Circular Normativa nº09, 2003), considera-se como norma de boa prática, no âmbito dos serviços prestadores de cuidados de saúde: O registo sistemático da intensidade da dor e a utilização para mensuração da intensidade da dor, de uma das seguintes escalas validadas internacionalmente: “Escala Visual Analógica” (convertida em escala numérica para efeitos de registo), “Escala Numérica”, “Escala Qualitativa” ou “Escala de Faces”.

“A considerável literatura faz referência à elevada frequência a queixas algicas e de intensidade marcante, durante o tempo de internamento em UCIP, e em relatos de consultas de follow up, sendo mencionadas os piores e mais dolorosos momentos de todo o internamento” (Payne e Simini, Cit por Silva e Lage, 2010, p.125). De facto, numa UCIP, existem diversos fatores que interferem na perceção da dor e, conseqüentemente, na sua avaliação, nomeadamente: alterações do estado de consciência e da comunicação, presença de um dispositivo de ventilação artificial, entre outros (Silva e Lage, 2010).

A UCIP preconiza, na folha de registo de enfermagem, a escala numérica, tendo enfermeiro autonomia para gerir o ajuste da sedação e analgesia, consoante a prescrição médica. Aqui encontra-se, desde já, uma enorme lacuna, já que a maior parte dos doentes críticos é incapaz de comunicar verbalmente a intensidade da dor que sente.

De facto, “o melhor método de avaliação de dor é o que melhor se adapta às condições do doente, pois no caso do doente crítico este método não é, de todo, de possível aplicação. Nestes contextos, os enfermeiros deparam-se com as seguintes situações: doentes conscientes e não-verbais; doentes obnubilados e verbais; e doentes inconscientes e não-verbais (ventilados artificialmente)” (Silva e Lage, 2010, p.128). No sentido de colmatar esta falha, vários autores sugerem a observação de um conjunto de indicadores comportamentais e fisiológicos, ainda que, atualmente, não exista consenso entre investigadores, quanto à validade das variáveis fisiológicas, na monitorização da dor.

Com o decorrer do estágio tive a oportunidade de perceber que a avaliação e monitorização da dor, eram realizadas através do uso de escalas visuais analógicas ou então através do uso da escrita ou de sinais físicos (como por exemplo um piscar de olhos), já que a alguns doentes se encontravam com baixo nível de sedação, com traqueotomias ou a fazer ventilação não invasiva (VNI).

Voltando à folha de registos de enfermagem, de uma forma geral, reconheço-lhe vários aspetos positivos nomeadamente no que se refere à visualização rápida da evolução dos sinais vitais nas últimas 24h, de extrema importância num doente crítico, pois este é um registo efetuado em gráfico a cores; e ao registo horário das entradas e saídas leva à compreensão e realização rápida do balanço hídrico, que auxilia no ajuste da medicação vasopressora e soroterapia. No entanto, existem um conjunto de intervenções de enfermagem autónomas que ficam por registar, nomeadamente as que não estão diretamente relacionadas com aspetos práticos do cuidar. Refiro-me, especificamente, a intervenções no âmbito do suporte emocional, como sejam a escuta ativa, a promoção da comunicação (seja ela verbal ou não verbal), o incentivo à expressão de emoções, entre outras, que podem e devem ser realizadas junto do doente, bem como da sua família.

Esta informação é transmitida, na passagem de turno, e é realizada de enfermeiro para enfermeiro (responsável pelo doente) junto da respetiva unidade do doente. Posteriormente, o enfermeiro que recebeu o turno transmite a informação à restante equipa de enfermagem (que iniciou o turno). Penso que se trata de um método eficaz, que permite a transmissão de aspetos específicos de cada doente, entre os enfermeiros, o que fomenta e facilita a compreensão global do que se passa no serviço, a interajuda, a partilha de opiniões e experiências.

Nos turnos da manhã a Enfermeira Coordenadora está presente, no sentido de se inteirar da situação de cada doente, supervisionar a prestação de cuidados e a devida implementação dos protocolos instituídos e gerir o serviço e a sua equipa.

Tal como diz, Vieira (2008) a Enfermeira Coordenadora de uma UCIP, tem as seguintes funções: Gerir os enfermeiros incluindo a elaboração dos seus horários de trabalho, distribuição de serviço (atividade na qual tive oportunidade de colaborar), onde adquiri competências na área da gestão, através da avaliação de necessidades e existências, de fazer os respetivos pedidos para a sua reposição, assim como requisição de dietas e suplementos e de enviar para a reparação equipamentos, tais como maquinas infusoras.

Objetivo específico 3: Desenvolver competências relacionais e comunicacionais com o doente e sua família

Atividades desenvolvidas

- a. Envolvimento da família no processo de reabilitação do doente;
- b. Inclusão da família e utente, no processo de enfermagem;
- c. Promoção da comunicação verbal e não-verbal;
- d. Promoção da relação de ajuda;
- e. Promoção da comunicação família \ doente;

Ao entrar na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, é imediatamente notório o aparato tecnológico em torno dos doentes. E, na verdade, esta situação, acaba por vezes, por ser sinónimo de desumanização. A rotina diária é complexa, o que faz com que os profissionais de saúde, por vezes, esqueçam o tocar, o conversar e o ouvir o doente que está à sua frente. “O enfermeiro, sendo responsável pela humanização dos cuidados de enfermagem, assume o dever de dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade e contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa.” (Artigo 89º do Código Deontológico dos Enfermeiros, 2005, p.141).

O doente internado na UCIP, necessita de cuidados de excelência dirigidos não apenas para os problemas fisiopatológicos, mas também para as questões psicossociais e ambientais, que se tornam intimamente interligadas à doença física.

Os princípios da enfermagem baseiam-se na noção do cuidar de uma forma holística mas atualmente e com o avançar das tecnologias, no que diz respeito,

principalmente, ao doente em cuidados intensivos a noção altera-se para uma mais mecanicista. Os enfermeiros acabam por se especializar no domínio dos equipamentos descorando a vertente relacional.

Para Bernard (Cit. por Silva, Araújo e Puggina, 2008, p. 5.), “ No contexto da terapia intensiva, a tecnologia e a humanização devem ser indissociáveis e complementares em prol da integralidade da assistência. Sem dúvida, trata-se de um grande desafio a ser gerido pelos enfermeiros”.

Na minha opinião, esta declaração de Bernard traduz, na íntegra, a filosofia do cuidar, numa Unidade de Cuidados Intensivos. Reconheço, apesar de tudo, que os enfermeiros fazem um esforço no sentido de humanizar os cuidados. Mas, esta tarefa revela-se muitas vezes difícil, pois exige atitudes individuais às vezes contra um sistema tecnológico dominante.

Outro dos aspetos que dificulta a humanização dos cuidados diz respeito à dificuldade de comunicação, com os doentes críticos, assunto já abordado relativamente à monitorização da dor.

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

No doente crítico que, por diferentes motivos, revela-se incapaz de estabelecer uma comunicação verbal, esta tarefa torna-se particularmente difícil.

Um dos casos mais marcantes que acompanhei, durante o qual vivenciei efetivamente esta dificuldade, diz respeito a uma senhora que ingeriu soda caustica, numa tentativa de suicídio. A referida doente apresentava diversas lesões graves na faringe, laringe e traqueia, apresentando uma traqueostomia.

Esta foi a verdadeira oportunidade para desenvolver as minhas competências relacionais, através da comunicação não-verbal.

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

De facto, considero que esta foi uma boa experiência, na medida em que me permitiu treinar diferentes técnicas de comunicação não-verbal e, sobretudo, de perceber a eficácia das mesmas. Com a referida doente, optei, inicialmente, por ceder-lhe papel e caneta para escrever. No entanto, a sua debilidade era tão grande, que era quase impercetível o que estava escrito, pelo que lhe mostrava quadros com objetos para saber o que pretendia. Normalmente o que pedia era água, para elevar ou baixar a cabeceira, ou sair do cadeirão e perguntava frequentemente quando teria alta. Desta forma desenvolvi a capacidade de comunicação de forma autónoma tendo percecionado as necessidades dos doentes, através da comunicação não-verbal.

A humanização dos cuidados envolve, não só o doente, mas estende-se a todos aqueles que estão envolvidos no processo saúde-doença (família, equipa multidisciplinar e o ambiente), ainda que, mais uma vez, sejam esquecidos.

De facto, “Sendo o doente o foco do cuidado, as necessidades dos familiares são, muitas vezes, desconhecidas ou menosprezadas pela equipe de saúde. A verdade é que o internamento do paciente na Unidade de Tratamento Intensivo é um momento, na maioria das vezes, muito difícil também para a família, que pode experimentar sentimentos de incerteza quanto ao presente e ao futuro de seu familiar, sentimentos que também envolvem as suas próprias perspetivas de vida.” (Silva, Araújo e Puggina, 2008, p.7).

Não basta, portanto, permitir a entrada da família na Unidade. É necessário prepará-la e acompanhá-la durante a visita, observando as reações e comportamentos, compreendendo os seus sentimentos, e identificando e esclarecendo as suas dúvidas. Independentemente do tipo de informação fornecida, e do profissional responsável pela sua divulgação, esta deve ser transmitida de modo apropriado, de uma forma clara e realista, mas também compassiva e solidária, expondo a verdade de forma gradativa e suportável (Silva, Araújo e Puggina, 2008, p.14).

Propus à minha tutora ser um tema a abordar, em futuras formações de serviço, já que trata-se de uma área que requer um desenvolvimento contínuo de competências, dada a complexidade das relações humanas.

Objetivo específico 4: Promover uma atividade formativa, em contexto de Cuidados Intensivos Polivalentes

Atividades desenvolvidas

- a. Avaliação das necessidades formativas de equipa multidisciplinar

- b. Averiguar a motivação da equipa para a atividade formativa
- c. Realização de uma sessão de sensibilização pertinente

Desde o primeiro dia de estágio, constatei que uma grande parte dos doentes admitidos na unidade era politraumatizado. De facto, o trauma é a principal causa de morte e incapacidade em indivíduos jovens em todo o mundo, sendo os fatores etiológicos mais importantes os acidentes de viação e de trabalho, as quedas, as tentativas de suicídio e a violência interpessoal (Gomes et al, 2011).

Considerei que seria pertinente, promover uma atividade formativa neste âmbito, no sentido de relembrar a temática à luz dos conhecimentos científicos atuais. A enfermeira tutora, bem como a enfermeira coordenadora, foram da mesma opinião, sobretudo por considerarem que seria um tema interessante, especificamente para os enfermeiros que exerciam funções naquele serviço há pouco tempo, inclusive para a enfermeira que estava ainda em integração.

De entre a diversidade de temas a considerar, na abordagem ao doente politraumatizado, a enfermeira tutora aconselhou-me a selecionar uma área específica para abordar, tendo escolhido a temática de traumatismos vertebro-medulares, uma vez que na UCIP se encontravam vários doentes politraumatizados e com este tipo de lesão. Segundo Andrade e Gonçalves (2007, p.2) “ a Lesão Medular, especialmente quando se instala de forma súbita, é uma das lesões mais devastadoras, do ponto de vista orgânico e psicológico (...)”.

Além disso, até prova em contrário, todos os traumatizados graves ou inconscientes devem ser tratados como se tivessem uma lesão vertebro-medular (Orfão, Vaz e Nascimento, 2009).

A sessão decorreu na biblioteca da Unidade, no dia 30 de Junho de 2011, contando com a presença dos profissionais de enfermagem [(Anexo I a) e b)].

Na minha opinião, este foi deveras um tema interessante, já que no decorrer na sessão contei com a intervenção de vários enfermeiros. Estes acabavam por dar opiniões, contar experiências que vivenciaram no serviço.

A formação apresentada veio evidenciar a importância do Enfermeiro com EEMC ao nível da prevenção e de complicações e bem-estar do doente crítico politraumatizado, assim o enfermeiro deve demonstrar capacidades de avaliação e de necessidades formativas. Sendo da sua competência a realização de formação, no sentido de colmar lacunas existentes. Ao longo do estágio detetei problemas de

complexidade relacionados com a EEMC, desenvolvendo solução através da formação de forma autónoma, tendo assim promovido o desenvolvimento pessoal assim como dos enfermeiros do serviço de CI.

1.2 – DAS ACTIVIDADES À AQUISIÇÃO DAS COMPÊNCIAS

O período de estágio na UCIP, permitiu-me o desenvolvimento e aquisição de competências relacionadas com a ventilação invasiva e não invasiva, hemofiltração/hemodialise, monitorização invasiva, entre outras que me permitem realizar prestar cuidados de enfermagem ao doente crítico e/ou falência multiorgânica.

Especificamente quanto às competências de EEMC, a realização do estágio permitiu-me adquirir/ desenvolver competências que me permitem cuidar da pessoa em situação crítica a vivenciar processos de doença crítica e/ou em falência multiorgânica, especificamente no que diz respeito: à prestação de cuidados a esses doentes (identificar e dar resposta precocemente a focos de instabilidade hemodinâmica), à gestão de protocolos terapêuticos complexos (monitorização e avaliação adequada aos problemas identificados), gestão da dor otimizando as respostas (gestão de protocolos de combate à dor), gestão e estabelecimento de relação terapêutica, gestão da relação interpessoal e da ansiedade e medo vivenciados pelo doente crítico, maximização da intervenção na prevenção e controlo de infeção em tempo útil e adequada, prestação de cuidados tendo como base o Plano Nacional de Controlo de Infeção.

Para além das competências específicas de EEMC, adquiri/desenvolvi também competências comuns de enfermeiro especialista entre elas, desenvolvimento de uma prática profissional e ética de forma segura tomando decisões éticas e deontológicas em variadas situações baseadas em princípios, normas e valores deontológicos, com posterior avaliação. Promovi práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais respeitando a confidencialidade e a segurança da informação escrita e oral, a privacidade do doente.

No âmbito da melhoria da qualidade realizei uma formação de sensibilização que permitirá uma melhor prestação de cuidados ao doente vítima de traumatismo vertebro-medular, promovendo o desenvolvimento dos enfermeiros. Durante a prestação de cuidados ao doente crítico, promovi um ambiente seguro adotando sempre uma metodologia de trabalho eficaz.

Desenvolvi o autoconhecimento e a assertividade dado o estado crítico do doente internado na UCIP desenvolvi a capacidade de atuar eficazmente em situações de elevada pressão. Desenvolvi capacidades na área de formação identificando necessidades formativas do serviço, tendo realizado o trabalho acerca do Traumatismo Vertebro- Medular.

2 – ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA EM CONTROLO DE INFECÇÃO

As Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS), constituem um problema de saúde pela elevada mortalidade e custos associados, pelo que a sua prevenção é da responsabilidade de todos os que prestam cuidados de saúde, as primeiras medidas de prevenção e controlo devem passar, por um cumprimento das boas práticas tais como: higiene das mãos, uso de equipamentos de proteção individual (EPI), controlo ambiental e isolamento.

Sendo da competência do enfermeiro EEMC, maximizar a intervenção na prevenção e controlo de infeção, perante o doente crítico e/ou falência orgânica.

Foi sobretudo por este motivo que optei por realizar o estágio numa Comissão de Controlo de Infeção (CCI), no âmbito do Módulo III, mas também pelo facto de sentir necessidade de aumentar os meus conhecimentos na área da prevenção e controlo de infeção, para uma melhor compreensão de uma área que abrange todos os grupos socioprofissionais em contexto hospitalar, neste sentido o estágio foi realizado no (HSS), onde exerço funções no sentido de obter uma melhor compreensão da dinâmica da CCI.

Segundo o Programa Nacional de Controlo de Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (2007, p.17), uma CCI é uma “equipa multidisciplinar de profissionais das unidades de saúde, apoiada pelos Órgãos de Gestão e que tem por missão, planear, implementar e monitorizar um plano operacional de prevenção e controlo da infeção, de acordo com as diretivas Ministeriais, nacionais e regionais e as características e especificidades das unidades de saúde. Assim se compreende a importância da realização deste estágio, ainda que seja opcional, já que proporciona uma oportunidade de aquisição de conhecimentos mais aprofundados sobre esta problemática do controle de infeção.

2.1 – DOS OBJECTIVOS À CONSECUÇÃO DAS ACTIVIDADES

Objetivo específico 1: Aprofundar conhecimentos sobre as funções da CCI do CHEDV

Atividades desenvolvidas

- a. Compreensão do papel da CCI
- b. Conhecimento da composição da CCI
- c. Colaboração com o enfermeiro na CCI

No que concerne à CCI do CHEDV, esta trata-se de um órgão de assessoria técnica de apoio à gestão da instituição, do qual fazem parte o Hospital de São Sebastião, Hospital de Oliveira de Azeméis e Hospital de São João da Madeira. A Comissão é constituída por um Núcleo Executivo (o qual viu a sua composição alterada a partir de 1 de Julho de 2011), um Núcleo de Apoio Técnico e Consultivo, e ainda um Núcleo de Membros Dinamizadores ou Elos de ligação.

A CCI é uma unidade funcional, dirigida pela chefe do serviço de patologia clínica e duas enfermeiras.

É ainda regida por um regulamento próprio, onde constam as suas funções, nomeadamente: planear, implementar e monitorizar objetivos e metas que integrem o Plano Operacional de Prevenção e Controlo de Infeção da unidade de saúde; Implementar nas unidades de saúde uma cultura de segurança, de modo a que a prevenção e controlo das IACS, seja vista como parte integrante das atividades diárias dos profissionais, contribuindo para a qualidade dos cuidados e para a segurança do doente.

Divulgar normas de boas práticas para a prevenção e controlo das IACS e promoção da segurança clínica, através da elaboração de um manual de procedimentos que abranja as vertentes mais significativas da prestação de cuidados, tendo em conta o proposto no Programa Nacional de Controlo de Infeção (PNCI) e a realidade das unidades de saúde.

Implementar e monitorizar um programa de Vigilância Epidemiológica (VE), de acordo com o PNCI e as especificidades e necessidades da unidade de saúde; Planear, implementar e monitorizar um programa anual de formação/informação que abranja todos os grupos de profissionais da saúde, incluindo a formação dos profissionais em fase de integração e que contemple a formação/informação de utentes e visitas.

Promover a comunicação intra e inter-institucional, funcionando também como agente facilitador da comunicação entre a unidade de saúde e o Grupo Coordenador Regional e o PNCI.

Implementar um programa de visitas de acompanhamento regulares às práticas e estruturas mais significativas para a prevenção e controlo das infeções, de forma a melhorar a prática clínica.

Reunir periodicamente, e de acordo com as necessidades, com todos os seus membros, incluindo os membros técnicos, consultivos e dinamizadores e participar ativamente nas atividades e ações propostas pelo PNCI.

Compreende-se, portanto, que a CCI tem um papel primordial na articulação com os restantes serviços da instituição, havendo em cada um destes dois enfermeiros que servem de elo de ligação com a comissão. Desta forma, é possível atingir uma maior proximidade com cada serviço, bem como garantir uma atualização permanente da informação relativa ao controle de infeção, ora através dos manuais das boas práticas ou ações de formação.

A articulação da CCI com os restantes serviços é feita mediante as necessidades expressas pelos mesmos, não só através dos elos de ligação, mas também através do contacto de qualquer profissional com alguma dúvida, e ainda consoante as notificações enviadas pelo laboratório da instituição à CCI.

É ainda de salientar que, apesar de preconizar a assistência a todos os serviços da instituição, na prática, a CCI não presta apoio direto à Unidade de Cuidados intensivos e Neonatologia, uma vez que estes serviços consideram que tomam todas as medidas no que diz respeito ao controlo da infeção. Ainda assim, a CCI mantém-se disponível para qualquer contacto por parte destes serviços.

Segundo o Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infeção, em 2004 a Direção Geral de Saúde concluiu que, muito embora quase todos os hospitais tivessem CCIs, estas careciam frequentemente de profissionais com formação especializada, de instalações próprias, de apoio administrativo adequado e de infraestruturas de apoio. Apesar de ser notório o esforço da instituição para combater esta lacuna, a verdade é que a CCI ainda não dispõe de instalações próprias nem de apoio administrativo, pelo que as reuniões são realizadas numa sala indeterminada, e as atas são elaboradas por um enfermeiro destacado para tal.

Cada um dos elementos da Comissão tem um papel fundamental no controlo de infeção, e o enfermeiro não é exceção.

Após consulta de todos os dados referentes à composição da CCI, realizei pesquisa bibliográfica sobre as orientações da Direção Geral de Saúde.

Após uma entrevista informal, com a enfermeira tutora sobre projetos em curso e sobre a sua prática, acompanhei a mesma na sua prática diária, onde;

- Assegurei conjuntamente com esta, a gestão diária das atividades inerentes à implementação das ações a desenvolver pela CCI em estreita articulação com o Coordenador da CCI e com o Órgão de Gestão;
- Colaborei na elaboração de planos de ação e dos relatórios de atividades em estreita articulação com o Coordenador da CCI;
- Colaborei na identificação, planeamento de ações de sensibilização dos enfermeiros e de outros grupos profissionais para as boas práticas;

Relativamente à área da Vigilância Epidemiológica (VE):

- Colaborei no planeamento e implementação dos programas de VE propostos pela Direcção-Geral da Saúde e outras ações na mesma área considerados necessários na unidade de saúde, tais como: formações, de sensibilização acerca da importância da lavagem das mãos, formação em programas informáticos de inserção de dados relativamente a determinados procedimentos invasivos (colocação de cateteres venosos centrais e sondas vesicais), para posterior monitorização diária da taxa de incidência de infeção.
- Colaborei na investigação e controlo do aparecimento de doenças infectocontagiosas e/ou multirresistentes ao tratamento farmacológico em articulação com os restantes membros da CCI;
- Identifiquei necessidades de intervenção na área da VE e apresentei propostas à minha tutora para a implementação de sinalética, para o uso de EPI no isolamento por contacto, gotículas e via aérea, em locais de boa visibilidade para os profissionais de saúde e visitas.
- Procedi à análise dos dados dos estudos de VE e elaborei os respetivos relatórios em estreita articulação com a minha tutora, com a Coordenadora da CCI, Microbiologista, Epidemiologista, Estatista ou outros profissionais de apoio à CCI, para posterior utilização para uma melhoria nos cuidados.

Na área das Normas de Boas Práticas:

- Participei na elaboração de normas e recomendações sobre rotinas e procedimentos técnicos relacionados com a área de controlo da infeção, supervisionando posteriormente, o nível de retenção da informação transmitida e a sua correta aplicação. As idas aos serviços serviam

igualmente para transmitir aos restantes profissionais de saúde a existência de doentes com infeções.

- Participei em reuniões com fornecedores de materiais com o objectivo de um melhor conhecimento dos materiais, apresentação de resultados de estudos sobre a sua composição e alguns casos a sua diluição para uma utilização adequada e servir como indicador de seleção para futuras aquisições.

Na área da Formação:

- Colaborei na identificação de necessidades de formação na área da prevenção e controlo da infeção, para o ano de 2013, que foram apresentadas e discutidas na reunião de geral da CCI e aceites por unanimidade.
- Planei e desenvolvi conjuntamente com a minha tutora em ações de formação que primordialmente tinham como alvo os enfermeiros recém-admitidos na instituição para que na sua fase de integração, sejam informados das práticas instituídas.
- Realizei uma ação de formação sob o título “ equipamentos de proteção individual”, em coordenação estreita com o Centro/Núcleo de Formação da Instituição, uma vez que todas as formações têm de ser antecipadamente comunicadas e agendadas com a autorização e conhecimento desta.
- Colaborei com a minha tutora e com a Coordenadora da CCI na definição dos conteúdos temáticos adequados de acordo com as áreas a abordar e os grupos profissionais envolvidos,
- Avaliei o impacto das ações de formação, em colaboração com a minha tutora, através de visitas aos serviços.

Sendo também competência da enfermeira da comissão de controlo de infeção assessorar o Enfermeiro Diretor, Enfermeiros Supervisores e/ou Enfermeiros Coordenadores de Departamento nas atividades de gestão da unidade de saúde no que concerne à área da prevenção e do controlo da infeção, onde colaborei com a minha tutora através das seguintes ações:

- Integração de práticas de controlo de infeção nos padrões de cuidados de enfermagem;
- Colaborei na divulgação resultados dos estudos e programas de VE na reunião mensal da CCI e apresentamos sugestões para assegurar a melhoria

continua na gestão dos cuidados, no que diz respeito à prevenção e ao controlo da infeção.

Ainda nesta área a Organização Mundial de Saúde (2002) vai mais longe, atribuindo responsabilidades específicas ao Enfermeiro Diretor, bem como ao Enfermeiro Chefe de cada serviço, assim sendo, o *Enfermeiro Diretor* é responsável por participar na CCI promovendo o desenvolvimento e o aperfeiçoamento das técnicas de enfermagem através da constante revisão das políticas de aplicação da assepsia. Supervisiona a implementação de técnicas para a prevenção da infeção em áreas especializadas, como o bloco operatório, a unidade de cuidados intensivos, a maternidade e a unidade de neonatologia, por fim é responsável igualmente pela monitorização da aderência dos enfermeiros às políticas instituídas.

O *Enfermeiro Chefe* é responsável por: manter a higiene no serviço de acordo com as políticas do hospital e as boas práticas de enfermagem; monitorizar as técnicas assépticas, incluindo a lavagem das mãos e a utilização do isolamento; notificar, prontamente, o médico assistente de qualquer evidência de infeção nos doentes internados no seu serviço e tomar todas as medidas preconizadas pela instituição: no que diz respeito a medidas de isolamento (para proteção não só do próprio doente e dos restantes doentes, mas também, dos seus familiares e profissionais de saúde) e à colheita de amostras para cultura.

Objetivo específico 2: Promover a integração na equipa multidisciplinar da CCI do CHEDV

Atividades desenvolvidas

- a. Colaboração na vigilância epidemiológica
- b. Participação nas reuniões da CCI
- c. Colaboração na recolha de dados das IACS
- d. Colaboração no tratamento dos dados recolhidos pela CCI
- e. Colaboração na divulgação dos resultados obtidos pela CCI
- f. Colaboração nas medidas tomadas pela CCI, face aos resultados obtidos
- g. Atualização conhecimentos sobre as normas de atuação em Controlo de infeção
- h. Aprofundamento de conhecimentos sobre os sistemas de informação da CCI

O primeiro contacto que promovi com a prática, foi quando me desloquei aos serviços para notificar a presença de doentes infetados com bactérias multirresistentes e avaliar a necessidade de isolamento, tendo percecionado qual o papel do Enfermeiro em CCI. Pude verificar também, o interesse dos profissionais em saber qual era o doente e tipo de bactéria. A visita aos serviços é feita por rotina todas as manhãs não só para notificar mas também para acompanhar o desempenho dos profissionais de saúde, pois durante as visitas é sempre avaliado se são tomadas medidas de prevenção das IACS, assim como avaliar se são cumpridas as normas de segurança: dos pisos; das janelas; ar condicionado e também são momentos para comunicar com os outros profissionais no sentido de sensibilizar para as boas praticas e responder a duvidas que vão surgindo no dia-a-dia.

Na verdade, para uma melhor compreensão do papel do enfermeiro em CCI, além de consultar o Regulamento e de observar diretamente, a dinâmica da CCI, o suporte da minha tutora de estágio revelou-se fundamental visto que foi através de conversas informais que ela tornou bem explícitas as competências do enfermeiro no controlo da infeção hospitalar.

Ainda durante este período, foi-me proporcionada a oportunidade de participar, efetivamente, na equipa da CCI, assumindo um papel ativo na prevenção e controlo da infeção.

Comecei por acompanhar a minha tutora, assumindo um papel puramente passivo, focado essencialmente na observação. No entanto, rapidamente concederam-me a oportunidade de assumir um papel ativo, colaborando com a equipa CCI na VE.

A VE é uma componente fundamental da prevenção e controlo de infeção, uma vez que pretende avaliar de forma contínua e sistemática as taxas de infeção, estratificadas por níveis de risco, de forma a reduzir a incidência da infeção nas instituições de saúde (Ministério da Saúde, 2008).

A VE total das infeções já não se pratica nos Países Europeus há cerca de uma década por diversas razões. Além disso, está já provado que a metodologia mais eficaz passa por uma VE seletiva, incidindo apenas nas infeções mais frequentes, nas de custos mais elevados e nas que são mais facilmente prevenidas (através de procedimentos e equipamentos).

É precisamente neste sentido que a CCI do CHEDV opta por efetuar a VE apenas para microrganismos multirresistentes, presentes na corrente sanguínea, já que este tipo de infeção pode ter repercussões significativas ao nível do prolongamento do

internamento, dos custos associados aos cuidados de saúde e, inclusivamente, pode relacionar-se com a mortalidade. Além disso, este tipo de infeção tem, geralmente, uma causa endógena, pelo que se torna passível de prevenir.

A definição deste tipo de infeção baseia-se nos resultados de hemoculturas que são transmitidos de forma escrita através de um relatório pelo Laboratório de Microbiologia à CCI e ao médico responsável pelo doente, permitindo a articulação efetiva e eficaz entre estes gerando informação relevante para adequar as práticas e, conseqüentemente, melhorar a qualidade dos cuidados. Perante as notificações o enfermeiro da Comissão procede ao tratamento dos dados, analisando, em primeira instância, os resultados do exame microbiológico de hemoculturas, urina ou de aspirado traqueal, identificando as IACS; caracterizando os microrganismos infecciosos; analisar as resistências à antibioterapia e, conseqüentemente, selecionando o antibiótico mais adequado; e ainda analisando os dados pessoais do utente, como por exemplo sexo, idade, proveniência e destino.

A CCI detém um sistema informático onde deve inserir todos estes dados, no sentido de sistematizar a VE que realiza diariamente. No CHEDV, a CCI efetiva a VE através do sistema informático “*Medtrix EPR*”. Este sistema foi implementado pelo Hospital São Sebastião, enquanto plataforma que fornece aos médicos uma perspetiva integrada de toda a informação clínica relacionada com os utentes, desde a sua admissão no hospital.

Inicialmente, o “*Medtrix EPR*” dependia de um sistema administrativo de saúde nacional, denominado *Sonho*, para obter dados pessoais sobre os pacientes, como por exemplo o seu número de segurança social. Isto implicava uma dependência total do sistema nacional e da fiabilidade dos dados que continha. Face a esta questão, a solução encontrada pela instituição passou por implementar um novo sistema de informação, com o objetivo de responder às necessidades unificadas dos pacientes, em vez dos diferentes requisitos de cada técnico de saúde e serviço hospitalar. Assim, o “*Medtrix EPR*”, como registo médico eletrónico, foi reimplementado em 2005 como registo de utentes eletrónico.

Inicialmente com supervisão da minha tutora, procedi à análise e registo de uma panóplia de informação, neste mesmo sistema. Esta situação foi, de facto, bastante aliciante, na medida em que tive a oportunidade de trabalhar com um sistema informático pioneiro e inovador. Tratou-se, portanto, de um momento de aprendizagem

bastante enriquecedor, já que exigiu de minha parte um aprofundar de conhecimentos, sobretudo no que concerne à microbiologia.

Além deste sistema informático, a CCI trabalha ainda com outro que opera a nível nacional. “A criação de uma rede nacional de registo de infeção e de alerta, permite comparar resultados e fatores de risco para as IACS, avaliando a dimensão do problema da infeção e as falhas dos sistemas de controlo. Ao mesmo tempo que é possível avaliar periodicamente o sistema de vigilância, é promovida a investigação científica” (Ministério da Saúde, 2008, p. 20). Relativamente a este sistema, não tive oportunidade de aprofundar conhecimentos, já que os registos diários, nele efetuado, ficavam a cargo apenas de um médico da Comissão.

Depois de analisados os dados, a enfermeira de CCI desloca-se, diariamente, por entre os diversos serviços, no sentido de notificar os enfermeiros das IACS identificadas. Durante estas visitas, comecei a assumir um papel ativo, colaborando na recolha de dados relativos às IACS, colaborando no esclarecimento de dúvidas entre os profissionais de saúde, tendo ainda a oportunidade de discutir várias questões relacionadas com as IACS com os enfermeiros chefes, bem como com os enfermeiros que se encontravam a prestar cuidados diretos aos utentes.

Devo referir que esta comissão está deveras focada na ação educativa e formativa, uma vez que à medida que o enfermeiro vai passando pelos serviços e vão surgindo questões, apresenta-se sempre pronta a informar e consciencializar todos os profissionais e visitantes para as boas práticas, dando importância primordial à prevenção da infeção hospitalar.

Ainda no âmbito do trabalho desenvolvido por esta comissão e atendendo ao meu objetivo de integração na mesma, participei nas suas reuniões. A comissão faz uma reunião mensal de cariz obrigatório. No entanto, durante este período de aprendizagem, tive a oportunidade de assistir e participar noutras reuniões que, sendo de cariz facultativo, pretendiam discutir questões bastante pertinentes.

Tive a oportunidade de colaborar com a minha tutora, em diversas formações desenvolvidas, nomeadamente: Controlo de Infeção-Higiene das mãos e Hemoculturas; Controlo de Infeção-Higiene e Precauções Básicas, hemoculturas, Riscos profissionais, Luta e prevenção contra incêndios, emergência e evacuação.

Estas ações de formação foram de grande relevo, no sentido em que me permitiram cimentar alguns conhecimentos e, desta forma, observar a realidade a nível formativo em controlo de infeção (CI).

É de salientar que a comissão apresenta um conjunto de formações obrigatórias, com uma validade de dois anos, ao fim dos quais os profissionais de saúde são convidados a voltar a assistir à formação, no sentido de garantirem a atualização contínua dos conhecimentos dos seus profissionais. Só assim é possível atingir a excelência profissional.

Além destas formações internas, estive presente numa formação nacional, no âmbito do controlo de infeção, a convite da coordenadora da Comissão. Esta formação (IV Jornadas Associação Nacional de Controle de infeção) revelou-se de extremo interesse, na medida em que foram apresentados temas diversos e onde foram apresentados trabalhos de outros países com outras realidades bem diferentes da nossa, assim como de outros hospitais Portugueses. Desta formação destaco, inevitavelmente, a exposição feita pela Enfermeira Lino, durante a qual apresentou a sua tese de mestrado, sobre *“Prevalência e Incidência das IACS: exploração dos fatores associados à condição de saúde do cliente – uma perspetiva de Enfermagem”*. Gostei particularmente da perspetiva enunciada pela Enfermeira, que apresentou dados recentes sobre a incidência e prevalência das IACS no Hospital Padre Américo onde as infeções mais prevalentes foram as do trato respiratório e urinário. Foi, de facto, um contributo positivo para a minha formação académica e, conseqüentemente para este árduo trabalho de desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista. Não posso deixar de referir que, ao longo de todo o meu percurso na CCI, a minha tutora revelou-se um pilar fundamental, na medida em que me orientou não só em termos de literatura mais adequada, mas também face às situações-problema com que me deparei.

De entre essas situações, destaco o desafio de colaborar num parecer técnico, sobre a introdução de solução cutânea alcoólica com Cloro-hexidina em Spray, para a manutenção de Cateteres Venoso Centrais (CVC) (Anexo II), e outro sobre a técnica de contraste, usada em exames de diagnóstico. No entanto, devido à limitação temporal do meu estágio, não consegui acompanhar este último projeto até à sua finalização. Este foi, sem dúvida, mais um desafio na medida em que, o enfermeiro especialista não pode apenas deter as competências, do conhecimento científico, deve mobilizar esses mesmos conhecimentos, de forma a ser capaz de dar uma resposta perfeitamente adaptada a cada situação. Neste caso específico da manipulação do CVC, a dificuldade prende-se apenas com a diversidade de opiniões entre vários investigadores, os quais apresentam conclusões diferentes, em diferentes estudos. Toda esta questão requisitou, obviamente,

um estudo aprofundado sobre a temática, no sentido de elaborar um parecer técnico consistente.

Foi, portanto, uma situação que me permitiu desenvolver a competência de produção um discurso fundamentado, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde com que os profissionais de saúde se deparam, diariamente.

Ainda, no contexto do trabalho prático, desenvolvido pela CCI, importa referir que colaborei na realização da sinalética de aviso, a colocar nas portas de cada enfermaria, em situações de isolamento, uma vez que o protocolo sobre os tipos de isolamento hospitalar estava a ser reformulado e tendo em conta a minha passagem diária pelos serviços observei a falta de cartazes de aviso sobre as medidas de proteção a ter em conta antes de entrar nos quartos de isolamento ou unidades, tanto para os profissionais de saúde, assim como para os familiares e visitantes, pelo que achei pertinente falar com a minha tutora sobre a possibilidade de realizar uma sinalética para ser afixada aquando do protocolo dos tipos de isolamento, tendo esta dado o seu parecer positivo realizei em conjunto com a “designer” do hospital a realização de cartazes com EPI nos tipos de isolamento por contacto, gotículas e via aérea.

Uma vez que a minha tutora também é responsável pela Gestão de Resíduos Hospitalares, tive oportunidade obter conhecimentos teóricos e práticos através do estudo individual com recurso a material fornecido nas aulas teóricas mas também de protocolos de atuação hospitalar assim como tive a oportunidade de ver a pesagem de todos os grupos de resíduos, e a fazer o seu tratamento estatístico uma vez que as pesagens têm de ser encaminhadas semanalmente para a administração, com detalhe diário.

Colaborei com a minha tutora nas formações de carácter obrigatório aos profissionais de saúde, desta forma obtive um leque de conhecimentos sobre uma área que se sobrepõe, em alguns aspetos, à área de trabalho da CCI, uma vez que a gestão de resíduos é parte fundamental pois pela grandeza de resíduos que um hospital produz é imperativo que esteja tudo organizado, e embalado convenientemente, para que a sua destruição seja a desejável para a nossa saúde assim como para o ambiente, e economicamente, uma vez cada tipo de resíduo tem um preço para o seu tratamento.

Desta forma no CHEVD é feita uma triagem de resíduos hospitalares tendo em conta resíduos não perigosos constituídos pelos grupos, I e II, sendo o Grupo I (resíduos urbanos) e Grupo II (resíduos hospitalares não perigosos), estes são armazenados em

sacos pretos. Os resíduos perigosos, são constituídos pelos grupos III e IV estando o Grupo III (resíduos hospitalares com risco biológico) e armazenado em sacos brancos e o Grupo IV (resíduos hospitalares específicos), armazenados em sacos vermelhos, contentores amarelos e contentores cinzentos.

Foi neste contexto de sobreposição de áreas que me concederam a oportunidade de colaborar com o Instituto de Medicina Legal na colheita de sangue e urina para análise, em pessoas intimadas para o fazer por processos judiciais a decorrer, para poder ser avaliado a existência de substâncias ilícitas no sangue ou na urina, assim como colaborar na consulta de Medicina Ocupacional através da colheita de sangue aos profissionais, exame este necessário para a consulta médica, que é realizado todas as quartas feiras de manhã, tive também oportunidade de participar na administração das vacinas da gripe sazonal 2011/2012 aos profissionais de saúde, uma vez estas são sempre administradas durante os mês de setembro mas este ano devido à alteração climática foram prolongadas pelo mês de outubro. Estas duas últimas atividades facilitaram o contacto com diferentes profissionais de saúde, permitindo-me abordar cada um deles acerca de questões relacionadas com o controlo de infeção, nomeadamente as medidas de precaução padrão, bem como o Equipamento de Proteção Individual (EPI).

Tendo em conta que a esterilização ocupa um patamar importante na prevenção de IACS, dado que muitos procedimentos invasivos realizados aos doentes são efetuados com o auxílio de material reutilizável (tais como dispositivos médicos, compressas entre outros), sendo que após a sua utilização para um novo uso é crucial uma correta esterilização. Na tentativa de desenvolver o meu espírito crítico, através da comparação de dois serviços, com as mesmas funções, mas tutelados por órgãos administrativos distintos, propus à enfermeira tutora uma visita a outro hospital, uma vez que já conhecia a esterilização do Hospital São Sebastião. Tive então a oportunidade de visitar a Central de Esterilização do Hospital de Santo António.

Esta foi, de facto, uma ótima experiência de aprendizagem, realizada a 3 de Outubro de 2011. A central da referida instituição está dotada de recursos materiais e humanos perfeitamente adequados, os quais desenvolvem o seu trabalho num local bastante amplo, arejado e com equipamentos aparentemente recentes, em termos de funcionamento, são cumpridas todas as normas, assemelha-se à do HSS, embora, esta seja menos arejada e mais pequena.

À chegada ao Hospital de Santo António, fui recebida pela Enfermeira chefe da esterilização, onde esta me fez uma resenha histórica da instituição e me fez uma visita guiada sempre com informação sobre as áreas que íamos passando, iniciando pelas etapas do processo de esterilização foi-me explicado que estas se iniciam na recolha passam pela lavagem, verificação dos dispositivos médicos (DM); lubrificação; empacotamento; esterilização e entrega tendo como término a sua utilização, tendo sempre em conta os vários testes que vão sendo realizados em todo o processo, e também tendo em conta a classificação “spaulding”, ou seja a divisão de material crítico; semi-crítico e não crítico. Tive a oportunidade de ver todas as fases do tratamento dos DM assim como observar todas as ferramentas cirúrgicas que estavam em fase de reparação ou lubrificação. Foi uma experiencia onde tive uma melhor perceção de como são tratados os DM o tempo de esterilização e como fica dispendioso o seu tratamento. Fiquei com a noção de quanto é importante uma central de esterilização e o trabalho e responsabilidade que implica estar a trabalhar num serviço tão complexo como este.

Objetivo específico 3: Promover uma atividade formativa, no contexto da CCI

Atividades desenvolvidas

- a. Avaliação das necessidades formativas de equipa multidisciplinar
- b. Avaliação da motivação da equipa para a atividade formativa
- c. Planeamento de uma sessão de formação
- d. Realização da sessão de formação

A minha última intervenção, enquanto membro integrante da CCI, focou-se na atividade formativa. Com o desenrolar do estágio e atuando com um pensamento crítico-reflexivo, percebi a importância da realização de uma sessão de formação, no âmbito da utilização de EPI, uma vez que detetei, através da observação durante os deslocamentos aos serviços algumas falhas a esse nível por parte dos profissionais de saúde. De facto e, segundo o Ministério da Saúde (2006), nas suas Recomendações para as Precauções de Isolamento, para que um programa de controlo de infeção seja eficaz, é necessário que todos os profissionais conheçam os verdadeiros riscos e os meios mais eficazes e económicos para os minimizar.

Assim sendo, e após uma reunião com a enfermeira tutora sobre a pertinência da formação neste tema, obtive a aprovação da mesma.

Comecei por elaborar um instrumento de recolha de dados em forma de grelha que possibilitasse a sistematização das observações, por mim, efetuadas e que intitulei “Equipamento de Proteção Individual”(Anexo III). Esta era preenchida durante a observação direta dos enfermeiros que estavam em contacto com doentes infetados com bactérias multirresistentes já comprovadas laboratorialmente, nos serviços de internamento (Cirurgia, ortopedia e medicina).

O posterior tratamento dos dados obtidos tinha como objetivo avaliar se os enfermeiros durante a prestação de cuidados a esses doentes adotavam as medidas corretas de prevenção e controlo de infeção e, se o serviço dispunha de todos os dispositivos para tal, como bata ou avental, luvas, mascara, tendo também aproveitado para observar se aplicavam a norma da lavagem das mãos. No entanto, devido ao reduzido número de observações que consegui obter, optei por alargar a minha observação ao serviço de urgência. Neste local, as observações recaíram junto de doentes com grande probabilidade de adquirirem IACS, pela sua suscetibilidade, e ainda junto de doentes com grande probabilidade de estarem infetados, como por exemplo doentes com Pneumonias, infeções urinárias etc.

Através das observações efetuadas retiraram-se algumas conclusões:

- Verificou-se que apenas existem luvas na unidade do doente nos serviços de medicina e na Unidade de doentes agudos. Nos restantes serviços observados, é utilizado um carro para transporte de diverso material, entre as unidades dos doentes, de entre o qual se encontram luvas esterilizadas e não esterilizadas; o mesmo acontece em relação a máscaras, óculos, respiradores e batas/aventais (sendo que na urgência estes últimos nunca foram usados, durante a observação);
- Verificou-se que existem profissionais de saúde que não utilizam convenientemente as luvas, como EPI; não efetuam a lavagem das mãos antes e/ou após os procedimentos; não trocam de luvas entre diferentes procedimentos, no mesmo doente;
- Verificou-se que existem serviços que não detêm qualquer tipo de máscara, enquanto outros têm apenas máscaras cirúrgicas. Nas urgências observou-se uma maior diversidade de máscaras faltando, ainda assim, o respirador de partículas P2SL e N95.

Perante estes dados, ficou comprovada a pertinência do tema EPI, no contexto de formação da CCI.

Assim sendo, passei à elaboração de um plano de sessão e, depois de aprovado pela enfermeira tutora, iniciei a conceção da formação propriamente dita (Anexo IV).

A ação decorreu no dia 30 de Novembro de 2011, numa sala da instituição dedicada, geralmente, a formações. Contou com a presença da enfermeira tutora, bem como um considerável número de enfermeiros. Foi particularmente motivante a participação e a atenção que todos dispensaram nesta formação, ainda que retratasse um tema já exaustivamente estudado. De facto, através dos dados objetivos que apresentei, recolhidos nomeadamente através da observação direta, consegui sensibilizar os profissionais, já que reportavam a situação vivenciada no seu local de trabalho.

É certa a impossibilidade de evitar completamente IACS mas, acima de tudo, importa conhecer quais as infeções mais facilmente evitáveis e atuar sobre os fatores em que é possível intervir.

A sua realização revelou-se de vital importância, neste trajeto de estágio, na medida em que permitiu consolidar as minhas capacidades como formadora, perante pessoal especializado e não especializado.

Perante todas as situações anteriormente descritas, compreendi, portanto, que o papel do enfermeiro na CCI abrange, efetivamente, as três vertentes essenciais de um programa de prevenção e controlo de infeção, nomeadamente a VE, elaboração e monitorização do cumprimento de normas e recomendações de boa prática, e a formação dos profissionais (Ministério da Saúde, 2008).

2.2 – DAS ACTIVIDADES À AQUISIÇÃO DAS COMPÊNCIAS

O período de estágio na CCI, permitiu-me o desenvolvimento e aquisição de competências relacionadas com prevenção e controlo de infeção hospitalar, uma vez que as IACS representam uma sobrecarga económica para as instituições e para a sociedade. A sua prevenção assume-se atualmente como uma das prioridades para a Organização Mundial de Saúde e União Europeia.

Especificamente quanto às competências de EEMC, a realização do estágio permitiu-me adquirir/ desenvolver competências, no diagnóstico das necessidades dos serviços em matéria de prevenção e controlo de infeção através de um inquérito de existências de EPIS nos serviços de Medicina, Unidade de doentes Agudos, Cirurgia, onde estavam doentes infetados com microrganismos multirresistentes e no serviço de urgência por ser um local crítico, e avaliação da prática dos enfermeiros.

Para além das competências específicas de EEMC, adquiri/desenvolvi também competências comuns de enfermeiro especialista entre elas, desenvolvimento de uma prática profissional e ética de forma segura tomando decisões éticas e deontológicas em variadas situações baseadas em princípios, normas e valores, devido à necessidade de fundamentar cientificamente quer um parecer técnico quer a possibilidade de mandar esterilizar materiais quer ao dar respostas a questões que iam aparecendo pelos profissionais, ou na avaliação das bactérias multirresistentes para fazer a VE, houve necessidade de pesquisar, estudar e avaliar de forma para dar respostas imparciais e objetivas.

Promovi práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais respeitando a confidencialidade e a segurança da informação escrita e oral, a privacidade do doente. Neste âmbito, foi necessário consultar os processos clínicos dos doentes por forma a detetar os diversos tipos de infeção presentes assim como o seu agente causal. Tive a oportunidade também de observar, analisar, selecionar e tratar os resultados para identificar microrganismos epidemiologicamente importantes para que nos serviços sejam implementadas medidas para o seu controlo ou irradicação.

No âmbito da melhoria da qualidade realizei uma ação de formação intitulada equipamentos de proteção individual, com o intuito de sensibilizar os enfermeiros na promoção de uma melhor prestação de cuidados. Após refletir de um modo atento sobre estas questões considero estar motivada para a promoção de sensibilização para a implementação de boas práticas assim, desenvolvi capacidades na área de formação identificando necessidades formativas relacionadas com o controlo de infeção.

Participei também na elaboração de um parecer técnico sobre a “Introdução de Solução Cutânea alcoólica com cloro-hexidrina em Spray para a manutenção de Cateteres Venosos Centrais”, em resposta à enfermeira chefe do serviço da cirurgia da instituição, o que me levou a ter necessidade de fazer uma busca exaustiva a todo o material sobre o assunto, de forma a dar resposta mais atualizada possível e baseada na evidencia, penso desta forma ter atingido as competências que se pretendem num Enfermeiro de EEMC tendo mobilizado o conhecimento, de forma a ser capaz de dar uma resposta perfeitamente adaptada ao que era pretendido.

CONCLUSÃO

O caminho da aprendizagem é constituído por inúmeras etapas que proporcionam adquirir inúmeros conhecimentos teórico-práticos e, que permitem complementar os já obtidos na fase inicial do meu percurso.

A obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, pressupõe que o sujeito seja detentor de vastos conhecimentos que permitem ter uma visão holística da Pessoa de uma forma mais profunda e pormenorizada, levando assim, a uma correta abordagem e adaptação na prestação de cuidados em todos os ciclos vitais. Pressupõe, também, que as suas competências se enquadrem a um nível ético, deontológico e relacional, pois de outra forma as intervenções efetuadas ao doente em estado crítico e/ou em falência multiorgânica não eram possíveis de desenvolver da melhor forma.

Foi precisamente neste sentido que desenvolvi o presente relatório, procurando fazer não só uma reflexão crítica sobre as atividades desenvolvidas durante os estágios, mas também perceber as diferentes competências que englobam o EEMC as que consegui adquirir com maior sucesso. Acredito que após a leitura do presente trabalho se torne elucidativo que as competências científicas, profissionais, sociais, relacionais e éticas foram adquiridas com sucesso.

A UCIP é sem dúvida um serviço diferente, pois apresenta uma especificidade única e uma orgânica completamente diferente dos outros serviços, pela utilização de um vasto aparato tecnológico, através da monitorização hemodinâmica e restante maquinaria.

Este é um campo de estágio que oferece boas condições de aprendizagem, em que estão presentes doentes com as mais diversas patologias, exigindo que os profissionais contenham uma vasta gama de conhecimentos teóricos, práticos e relacionais. Neste sentido, com a minha passagem pela UCIP do HSS, tive a oportunidade de melhorar a minha performance profissional, pois considero que adquiri competências a nível Relacional/ Pessoal, Técnico e Pedagógico.

Deste modo a nível Relacional/ Pessoal realço a relação com a família com que pude desenvolver mais, uma vez que tive oportunidade de estar em internamento uma vez que no meu trabalho pelo número de utentes e situações críticas é um pouco descorado.

A nível técnico dou ênfase à possibilidade que tive de trabalhar com a mais variado material tecnológico e farmacológico, inerente a uma UCIP, pois embora o meu

trabalho diário realizado numa Urgência a UCIP tem especificidades que não são realizadas no meu contexto laboral tal como: avaliação da PIC; monitorização do BIS, aspiração de secreções por sistema fechado entre outros.

Na CCI tive a oportunidade de compreender a importância de levar a cabo ações necessárias à implementação do Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS).

Este estágio contribuiu para estimular o meu pensamento crítico na medida em que me deu uma visão diferente do trabalho desenvolvido pela CCI com o objectivo de reduzir os riscos de infeções entre utentes, profissionais de saúde e visitas, contribuindo para a melhoria da qualidade e procurando a excelência dos cuidados prestados.

Embora a CCI nem sempre seja valorizada pelos profissionais de saúde esta revela-se uma entidade essencial dentro de uma instituição hospitalar. É de extrema importância que todos os profissionais de saúde reflitam sobre a problemática da infeção hospitalar e que contribuam através das boas práticas nos cuidados.

A componente prática oferecida proporcionou um importante leque de experiências para aplicação dos conhecimentos, desenvolvimento e treino das competências/ reflexão/ avaliação e autocrítica. Considero pois ter adquirido competências na área de EEMC, integrada em equipas de excelência, e em locais de estágio privilegiados, uma vez que me foi oferecido um vasto leque de oportunidades de desenvolvimento.

A elaboração do estágio e posterior relatório contribuíram de uma forma ativa para o estímulo do meu pensamento crítico e reflexivo, na medida em que me possibilitou conhecer o trabalho do enfermeiro, de uma perspectiva bem diferente à do meu quotidiano. O meu crescimento neste estágio, enquanto aluna, profissional de saúde e pessoa, muito deve ao facto de colaborar estreitamente com as enfermeiras tutoras que demonstraram uma grande disponibilidade e empenho, em manter um diálogo constante e facilitador da aprendizagem. Considero ter-me tornado mais autónoma, possuidora de um espírito de iniciativa e críticas mais evidentes, mas também, capaz de resolver problemas de uma forma mais célere e inovadora.

Com a realização das ações de formação, promovi o meu desenvolvimento pessoal e profissional ao mesmo tempo que contribui para a atualização de conhecimentos relativamente aos Traumatismos Vertebro-Medulares e incentivo ao uso correto de EPI por parte dos profissionais. Pelo que adquiri competências, a nível técnico e a nível educativo/pedagógico.

Relativamente aos objetivos inicialmente propostos, no sentido de desenvolver as referidas competências, considero que foram atingidos satisfatoriamente, pelo que tentei realizar uma reflexão pessoal consistente, fundamentando cientificamente todas as questões relacionadas com as atividades desenvolvidas.

Mesmo assim, e estando bastante satisfeita com os resultados obtidos durante o estágio, em termos de objetivos estabelecidos, tenho plena consciência de que estas e outras competências poderão e deverão continuar a ser trabalhadas por mim, já que *“aprendiz é aquele que sabe que não sabe”*.

BIBLIOGRAFIA

- ANDRADE, Maria João; GONÇALVES, Sofia - **LESÃO MEDULAR TRAUMÁTICA: Recuperação Neurológica e Funcional**. Ata Médica Portuguesa, 2007; 20: 401-406;
- BENNER, Patrícia – **De iniciado a Perito**. 1ª ed. Coimbra: Quarteto Editora, 2001. 294 p.;
- CARMO, H.; FERREIRA, M. M. – **Metodologia da Investigação: Guia para a Auto-aprendizagem**. Lisboa: Universidade Aberta, 2008;
- COMISSÃO DE CONTROLO DE INFECÇÃO – **Manual de Controlo de Infecção**. Hospital Pedro Hispano: Medissa. 2003;
- DECRETO LEI nº 104/98 de 21 de Abril – **Estatuto da Ordem dos Enfermeiros – Código Deontológico**;
- DECRETO LEI nº124/211 de 18 de Fevereiro – **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica**
- DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE (2003). Circular Normativa nº 9 DGCG. 14/06/2003 – **A dor como 5º sinal vital**.
- ENFERMEIRO ESPECIALISTA - **Caderno Temático Modelo de Desenvolvimento Profissional** [em linha]. Dezembro 2009. [Consulta 17 Novembro de 2011]. Disponível em <https://membros.ordemenfermeiros.pt/Documentos/Documents/cadernostematicos2.pdf>;
- GOMES, E. et. al - **O Doente Politraumatizado Grave: Implicações da Ruralidade na Mortalidade, Incapacidade e Qualidade de Vida**. Ata Médica Portuguesa, 2011; 24: p.081-09;
- INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DR. RICARDO JORGE (2002) – **Prevenção de Infecções adquiridas no hospital: Um guia prático**. Lisboa, p.22;
- LINO, Maria Alexandrina (2010). **Prevalência e Incidência das Infecções Associadas aos cuidados de Saúde (IACS): exploração dos fatores associados à condição de saúde do cliente – uma perspetiva de enfermagem**. Universidade Católica Portuguesa, Porto;
- MARTINS, Maria – **Manual de Infecção Hospitalar, Epidemiologia, Prevenção e Controlo**. Minas Gerais: 2ª edição, Medsi. 2001;
- Nº 09/DGCG, 2003. **A Dor como 5º sinal vital**. Registo sistemático da intensidade da Dor. Lisboa: Direção Geral de Saúde. p. 1-4;

- OLIVEIRA; Salgueiro. - **Revista Nursing: Proxémica, Cinésica e Paralinguagem: Importância na Interação Enfermeiro/Pessoa.** N.º 254. (Fevereiro de 2010). Lisboa: Haiti. p. 8 -15.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Desenvolvimento Profissional. Individualização das Especialidades em Enfermagem. Fundamentos e Proposta de Sistema.** [em linha]. Março 2007. [Consulta 27 Novembro de 2011]. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/MDPIndividualizacaoEspecialidades.pdf>;
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Padrões de Qualidade dos cuidados de enfermagem.** Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2002. p. 6 – 15;
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Padrões de Qualidade dos cuidados de enfermagem.** Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2005.p 141;
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista** – Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2010. [Consult. no dia 13 Janeiro 2012] Disponível na internet: <URL:<http://www.ordemenfermeiros.pt>>;
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Regulamento das Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica** – Lisboa: Ordem dos enfermeiros, 2010. [Consult. no dia 13 Janeiro 2012] Disponível na internet: <URL:<http://www.ordemenfermeiros.pt>>;
- ORFÃO, Rosário Matos; VAZ, Fábio; Nascimento, Pedro - **Traumatismo vertebro-medular.** Curso 3 de Aperfeiçoamento em Anestesiologia CEEA. [Consult. no dia 13 Janeiro 2012] Disponível na internet: <URL:http://www.feeaportugal.org/downrestri/curso3_2009/docs/Traumatismo_vertebro-medular.pdf>;
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – **Prevenção de Infecção adquiridas no hospital: um guia prático.** 2ª edição, Genebra, 2002;
- PAIXÃO, Hugo; MONTEIRO, Rui. - **Sinais Vitais: Formação em Serviço das Motivações aos Contributos para o desenvolvimento Profissional.** N.º 87 (Novembro de 2009) - Coimbra: Formasau, 2009. ISSN 0872-8844. p. 41-43;
- PORTUGAL. Ministério da Saúde - **Direção de Serviços de Planeamento. Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento.** – Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2003. ISBN: 972-675-097-0. p. 1-25;
- PORTUGAL. Ministério da Saúde – **Recomendações para as Precauções de isolamento: precauções básicas e dependentes das vias de transmissão.** Lisboa, 2006;
- PORTUGAL. Ministério da Saúde – **Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde.** Agosto, 2007;

- PORTUGAL. Ministério da saúde – **Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde: Manual de Operacionalização**. Fevereiro, 2008;
- REIS, Francisco; RODRIGUES, Vítor. - **A Axiologia dos Valores e a sua Comunicação no Ensino de Enfermagem**. Lisboa: CLIMESPI Editores, 2002. ISBN 972-796-040-5. p. 97-107;
- SILVA, A.R., M.J. LAGE. **Enfermagem em Cuidados Intensivos**. Coimbra: Formasau, 2010,
- SILVA, Carmen e TANJI, Suzelaine – **O Portfólio reflexivo: pareceres dos estudantes de enfermagem**. Revista Iberoamericana de educação, nº 46/6. Julho, 2008;
- SILVA, Daniel Marques; SILVA, Ernestina M^a V. Batoca - **O ensino clínico na formação em enfermagem**. Millenium - Revista do ISPV [Em linha]. Nº 30, (Out. 2004). [Consult. 16 Nov. 2011]. Disponível na internet: <URL: <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium30/8.pdf>>;
- SILVA, M.; ARAÚJO, M.; PUGGINA, A. - **Humanização em Terapia Intensiva**. São Paulo, 2008;
- SIMÕES, João Filipe; ALARCÃO, Isabel; COSTA; Nilza - **Supervisão em Ensino Clínico de Enfermagem: a perspectiva dos Enfermeiros Cooperantes**. Referência [Em linha]. Nº6 (Junho 2008), p.91-108. [Consult. 17 Nov. 2011]. Disponível na Internet: <URL <http://web.ebscohost.com>>;
- SOUSA, Clementina – **O ensino clínico: a importância e a construção do saber profissional**. Investigação em Enfermagem, nº 5 (2002);
- TEIXEIRA, Fernando e PIRES, Márcio – **Qual o papel d enfermeiro especialista e qual a sua atuação?** – Portefólio do CPEE MC Ensaio Reflexivo nº1;
- URDEN, Linda; STACY, Katheen; LOUGH; Mary - **Enfermagem de Cuidados Intensivos. Diagnóstico e Intervenção**. Loures: Lusodidacta, 2008. p. 4-13, 573 – 700;
- VIERA, Margarida - **Ser Enfermeiro: Da compaixão à Proficiência**. Lisboa: Universidade Católica Editora, 2008. p. 22-39.

ANEXOS

ANEXOS

ANEXO I

Formação – “Traumatismo Vertebro-Medular – Prevenir Complicações”

- a) Plano de sessão da Formação
- b) Diapositivos da Formação

a) Plano de sessão da Formação

Plano de Sessão de Educação para a Saúde

<p>TEMA: “Traumatismo Vertebro-Medular Prevenção de Complicações”</p> <p>OBJECTIVOS ESPECÍFICOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ↪ Lembrar conhecimentos sobre o traumatismo Vertebro-Medular ↪ Refletir sobre a prática 	<p>LOCAL: Biblioteca Da UCP do Hospital de São Sebastião</p> <p>DATA:24 de Junho de 2011</p> <p>GRUPO ALVO: Enfermeiros</p> <p>OBJECTIVO GERAL: Relembrar conhecimentos sobre o traumatismo Vertebro-Medular</p> <p>FORMADORA: aluna do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica da Universidade Católica</p>
---	---

FASES	TEMPO	CONTEÚDOS	ESTRATÉGIA	OBSERVAÇÕES	AVALIAÇÃO
INTRODUÇÃO	2 min	<ul style="list-style-type: none"> ↪ Apresentação dos formandos ↪ Motivação ↪ Objectivos 	↪ Método expositivo		↪ Avaliação da motivação dos formandos
DESENVOLVIMENTO	10 min	<ul style="list-style-type: none"> ↪ Traumatismo vertebro-medular: <ul style="list-style-type: none"> ◆ Introdução; ◆ Classificação ◆ Mecanismos de lesão ◆ Intervenção para prevenir complicações 	↪ Método expositivo e participativo, com recurso a datashow		<ul style="list-style-type: none"> ↪ Participação activa dos formandos ↪ Avaliação do interesse
CONCLUSÃO	3 min	↪ Síntese das principais ideias	↪ Método expositivo e interrogativo		↪ Avaliação geral da compreensão do tema

b) Diapositivos da Formação

TRAUMATISMO VÉRTEBRO-MEDULAR

PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES

Objectivos da formação

- Relembrar conhecimentos sobre TVM
- Prevenir complicações

Traumatismo Vertebral - Medular

- O tvn ocorre quando forças energéticas atingem o corpo, de forma directa ou indirecta , podendo causar alterações estruturais ou fisiológicas dos elementos componentes da coluna vertebral e/ou medula espinal;
- As regiões da coluna vertebral mais frequentemente atingidas estão situadas entre C5 e C7 na região cervical, e entre T2 e L2 na região dorso – lombar, devido à grande mobilidade e instabilidade biomecânica da coluna nessas áreas.

TVM - Classificação

<i>Nível Neurológico</i>	<ul style="list-style-type: none">• Avalia-se através do exame neurológico.• Considerado como sendo o segmento mais caudal da medula espinhal que apresenta as funções sensitivas (<i>Nível Sensitivo</i>) e funções motoras (<i>Nível Motor</i>) normais de ambos os lados.
<i>Nível Esquelético</i>	<ul style="list-style-type: none">• Avalia-se pelo exame radiológico.• Usualmente refere a vértebra ou segmento com lesão.
<i>Tetraplegia</i>	<ul style="list-style-type: none">• Diminuição ou perda da função motora e / ou sensitiva dos segmentos cervicais, devido a lesão dos elementos neuronais dentro do canal vertebral.• Resulta em diminuição da função nos membros superiores, tronco, membros inferiores e órgãos pélvicos.• <u>Não inclui lesões do plexo braquial ou dos nervos periféricos.</u>
<i>Paraplegia</i>	<ul style="list-style-type: none">• Diminuição ou perda da função motora e / ou sensitiva dos segmentos dorsais, lombares ou sacrais, devido a lesão dos elementos neuronais dentro do canal vertebral.• A função dos membros superiores é preservada.• Dependendo do nível da lesão, o tronco, os membros inferiores e os órgãos pélvicos podem ficar comprometidos. Inclui lesões da cauda equina e do cone medular.• <u>Não inclui lesões do plexo lombossacral ou lesões dos nervos periféricos.</u>

TVM - Classificação

Completas	<ul style="list-style-type: none"> • Não há preservação de função motora e sensitiva abaixo do nível neurológico da lesão. • Seja qual for o mecanismo de lesão, o resultado é uma dissecação da medula espinhal e das suas vias neuroquímicas.
Incompletas	<ul style="list-style-type: none"> • Há preservação parcial da função motora e/ou sensitiva abaixo do nível neurológico da lesão.

Uma lesão incompleta pode originar uma variedade de síndromes que se classificam atendendo ao grau de perda motora e sensorial abaixo da lesão.

<p>Síndrome Centromedular ou do Cordão Central</p> <p>Lesão que ocorre quase exclusivamente na região cervical, com preservação da sensibilidade sacra e maior debilidade nos membros superiores do que nos membros inferiores. Pode resultar de contusão, compressão ou hemorragia na substância cinzenta da espinhal medula.</p>	 <p>Modificado de (123)</p>	<p>Síndrome Anterior da Medula Espinhal ou do Cordão Anterior</p> <p>Lesão que produz perda variável da função motora e da sensibilidade à dor e à temperatura, preservando a propriocepção. Causado por traumatismo das células cinzentas (motoras) do corno anterior da medula, dos feixes espinotalâmicos (dor e temperatura) e dos feixes corticoespinhais.</p>	 <p>Modificado de (123)</p>
<p>Síndrome de Brown-Sequard</p> <p>Lesão que produz maior perda motora e proprioceptiva homolateral, e perda da sensibilidade contralateral à dor e à temperatura. Causado por uma hemissecação transversal da medula.</p>	 <p>Modificado de (123)</p>	<p>Síndrome do Cone Medular</p> <p>Lesão da medula sacra (cone) e das raízes lombares dentro do canal espinhal que usualmente resulta numa arreflexia da bexiga, intestino e membros inferiores (lesão ao nível de B). Os segmentos sacros poderiam ocasionalmente mostrar reflexos preservados, como o bulbocavernoso e os ficcionais (lesão ao nível de A).</p>	 <p>Modificado de (123)</p>
<p>Síndrome Posterior da Medula Espinhal ou do Cordão Posterior</p> <p>Lesão que produz perda da propriocepção e sensibilidade táctil discriminativa, preservando a sensibilidade à dor e à temperatura, assim como a função motora (muito raro).</p>	 <p>Modificado de (123)</p>	<p>Síndrome da Cauda Equina</p> <p>Lesão das raízes nervosas lombossacrais dentro do canal neural, resultando em arreflexia da bexiga, intestino e membros inferiores (lesão ao nível de C).</p>	<p>Modificado de (123)</p>

Mecanismos de lesão

<i>Mecanismo</i>	<i>Características</i>	<i>Potenciais Lesões Associadas</i>
<i>Hiperflexão</i>	<ul style="list-style-type: none">• Acontece a maior parte das vezes na área cervical ao nível de C5 / C6, a porção com maior mobilidade da coluna vertebral.• Causada a maior parte das vezes pela desaceleração súbita do movimento, como nas colisões com a cabeça em flexão súbita.	<ul style="list-style-type: none">◊ Fractura em fragmentos dos corpos vertebrais;◊ Luxação dos corpos vertebrais;◊ Laceração dos músculos posteriores;◊ Rotura do ligamento posterior;◊ Protusão do disco para trás;◊ Luxação e subluxação das apófises articulares;◊ Compressão medular e vascular.
<i>Hiperextensão</i>	<ul style="list-style-type: none">• Dependem do movimento da cabeça em extensão que ocorre muitas vezes na colisão pela retaguarda ou nos acidentes de mergulho. Lesão tipo «chicotada».• A própria medula é esticada e torcida.• Os défices neurológicos associados a esta lesão são muitas vezes causados por contusão e isquémia da medula, sem envolvimento ósseo significativo.	<ul style="list-style-type: none">◊ Rotura do disco Intervertebral;◊ Compressão ou fractura dos elementos posteriores da coluna vertebral;◊ Arrancamento do ligamento comum anterior;◊ Deslizamento do segmento vertebral acima ou abaixo;◊ Rotura dos pedículos.

Mecanismos de lesão

<i>Mecanismo</i>	<i>Características</i>	<i>Potenciais Lesões Associadas</i>
Rotação	<ul style="list-style-type: none">• Movimentos de rotação acentuada, da cabeça ou do corpo, ocorrem muitas vezes em conjugação com os de flexão e extensão.	<ul style="list-style-type: none">◊ Rotura dos ligamentos posteriores;◊ Deslocação em rotação da coluna vertebral;◊ Rotura do disco intervertebral.
Sobrecarga Axial ou Compressão	<ul style="list-style-type: none">• Resulta da acção de uma força vertical ao longo da coluna.• Encontra-se com mais frequência numa queda em altura, em que se faz o embate com os pés ou nádegas.	<ul style="list-style-type: none">◊ Fracturas por rebentamento do corpo vertebral;◊ Luxação do corpo vertebral e do disco intervertebral;◊ Projecção de fragmentos ósseos no canal espinhal ou directamente na medula espinhal.
Traumatismo Penetrante	<ul style="list-style-type: none">• Causado por projectil de arma de fogo, arma branca ou qualquer outro objecto que penetra na medula.	<ul style="list-style-type: none">◊ Secção anatómica da medula espinhal com lesões permanentes.

TVM - Intervenção

Serviço de Urgência

- O objectivo fundamental é prevenir as complicações que ponham em risco a vida, optimizando o funcionamento de todos os sistemas orgânicos.

TVM - Intervenção

Unidade de Cuidados Intensivos

- As intervenções dos profissionais de saúde são no sentido de prevenir o agravamento das lesões da medula espinhal, complicações cardiovasculares e respiratórias e estabilizar a pessoa do ponto de vista hemodinâmico. como quase todos os sistemas são afectados, as intervenções incluem necessariamente a :
 - Nutrição – esta pode passar por ser entérica, parentérica
 - Eliminação – o doente passa a estar algaliado

TVM - Intervenção

- Integridade da pele – pois pode ter úlceras de pressão devido à falta de mobilidade, esta deve ser avaliada em todos dos turnos e feitos posicionamentos quando a estabilidade do doente permite, e fazer massagens para uma activar a circulação;
- mobilidade – o doente deve ser passado para o cadeirão sempre que possível, não só para alternar posicionamentos mas também para prevenção de infeções associadas ao ventilador, e a mobilidade deve ser recuperada o mais precoce possível.

TVM - Intervenção

- Apoio psicológico – Este deve ser dado ao doente logo que possível, assim como à família pois o traumatismo vertebral – medular pode ser causa de grandes transformações familiares pelo que estas também devem de receber apoio psicológico apropriado à sua situação.
- A prevenção de todas e quaisquer complicações que possam atrasar ou impedir a reabilitação é também um dos objectivos da prestação de cuidados de Enfermagem em cuidados intensivos.

TVM - Intervenção

1. Respiração

- O nível da LM dita o grau de alteração do padrão respiratório e das trocas gasosas: uma lesão completa acima de C4 paralisa o diafragma e é inevitável a ventilação mecânica; lesões mais baixas, embora não interfiram nos movimentos diafragmáticos, podem levar a dificuldade respiratória por perda da actividade dos músculos intercostais, necessários `a estabilização da caixa tóraca.
- também a disfunção dos músculos abdominais pode interferir com a dinâmica expiratória.

TVM - Intervenção

1. Respiração

- *paralisia dos músculos respiratórios* – pelo que há necessidade de ventilação mecânica através de tubo endotraqueal ou traqueostomia
- Ineficácia dos mecanismos de limpeza (drenagem mucociliar e tosse) – deve ser avaliada em qualquer altura a necessidade de aspiração de secreções e manutenção da boca através da humidificação e lavagem dental.

TVM - Intervenção

- Diminuição da amplitude dos movimentos respiratórios – esta deve ser sempre avaliada e monitorizada pois pode haver depressão respiratória.
- Diminuição da hidratação - pelo que se deve ter atenção à mucosa oral e hidratar o doente mesmo estando este sedado e ventilado.
- Aumento de secreções e da sua espessura – deve-se proceder à aspiração de secreções sempre que necessário.

TVM - Intervenção

- Ventilação ineficaz: alteração da difusão de O_2 e CO_2 – deve-se ter sempre em conta que estes doentes devido à localização do traumatismo muitas vezes mesmo ventilados sofrem alterações a nível ventilatórios ou por agravamento da patologia ou por secreções etc., que pode também levar a hipoxia por vezes irremediável para o doente, fazer gasimetria para avaliação.

TVM - Intervenção

- Paragem respiratória – devemos sempre começar a fazer suporte básico de vida , através de massagem torácica, e chamar ajuda para avaliar o porquê da paragem cardiorrespiratória , avaliar ligações tubo endotraqueal e intubar o doente novamente caso seja possível.
- Proliferação bacteriana – esta deve ser “travada “ através das boas praticas , para que a carga bacteriana não seja capaz de se instalar, pois estes utentes estão mais predispostos à infeção e Sepsis.

TVM – Intervenção Hospitalar

Avaliação da Função Respiratória Inclui(17)(19)(20)(29)(31)(50)(51)

- Frequência e ritmo respiratório.
- Oximetria de pulso (SpO_2).
- Simetria e expansão torácica.
- Utilização dos músculos respiratórios acessórios. (Se observarmos a respiração de um tetraplégico, veremos uma elevação do abdômen na inspiração, conforme o diafragma desce. Existe ao mesmo tempo retração da parede do tórax, o que indica uma resposta passiva à pressão intra-torácica negativa, causada pela descida do diafragma.)
- Avaliação da quantidade e qualidade das secreções.
- Auscultação pulmonar.
- Estado da pele e mucosas.
- Gasmetrias arteriais seriadas.
- Alteração do estado de consciência.

TVM - Intervenção

2. Nutrição

- O traumatizado com MM acima da t6 tem alto risco de aspiração do conteúdo devido à depressão do reflexo da tosse e diminuição da mobilidade gástrica.
- Deve ser realizada: 1) intubação gástrica;
2) esvaziado o conteúdo gástrico;
3) elevar a cabeceira da cama e iniciar a alimentação oral de acordo com a tolerância.

TVM - Intervenção

3. Circulação

- O risco de instabilidade cardiovascular nas pessoas com lesões entre C3 e C5 é elevado, embora possam também surgir alterações na maioria das lesões acima de T6, conduzindo a uma hipertonia vagal relativa, a bradicardia e a perda do tônus simpático, arterial, responsável pela hipotensão.

TVM - Intervenção

3. Circulação

- 1) administração de líquidos EV;
- 2) risco de edema pulmonar ;
- 3) risco de bradisritmias que podem levar a pararens cardíacas;
- 4) diminuição da resistencia vascular periférica (TA sistolica);
- 5) Hipotensão postural e risco de TVP

TVM - Intervenção

4. Mobilidade

- 1) Diminuição da amplitude articular ;
- 2) Contracturas articulares e musculares diminui
- 3) Diminuição da atividade muscular e da capacidade funcional do sistema musculo ;
- 4) Contracturas articulares e musculares;
- 5) diminuição da massa óssea;
- 6) ulceras de pressão

TVM - Intervenção

Intervenções

- O doente deve ser acompanhado por fisioterapeuta enfermeiro para a sua reabilitação pois uma vez que este esta sem reação corporal total ou parcial deve ser fortificada a sua musculatura através de exercícios apropriados à sua condição deve também fazer alternância de posicionamentos e massajado sempre que possível.

TVM - Intervenção

5. Eliminação

- Eliminação vesical – bexiga neurogénica no TVM:
reflexiva – esta é relacionada com a ausência de sensibilidade para urinar e a perda da capacidade para inibir a contração da bexiga, pelo que o enfermeiro deve :
 - 1) assegurar a gestão de líquidos;
 - 2) encorajar o doente a urinar a cada 3h;
 - 3) controlar a incontinência com cateterização intermitente.

TVM - Intervenção

- **Eliminação vesical – bexiga neurogénica no TVM:**
autónoma ou mista – ocorre em geral por uma interrupção do controlo normal da bexiga por parte da espinal medula e do cérebro ou seja torna-se hiperativa e esvazia-se sem um controlo voluntário , pelo que o enfermeiro deve :
 - 1) assegurar a gestão de líquidos
 - 2) controlar a incontinência com cateterização permanente.

- **Eliminação intestinal**

1) intestino neurogénico ou autónomo e pelo ílio paralítico – o ílio impede o transito do conteúdo intestinal, onde o enfermeiro deve :

1) assegurar a gestão de líquidos;

2) fazer cuidados de higiene e conforto regulares através da muda de fralda

3) atonia e retenção – trata-se de uma obstipação e de distensão abdominal que pode causar náuseas e falta de apetite, onde o enfermeiro deve:

- assegurar a ingestão de líquidos;
- alimentação rica em fibras;
- uso de laxantes se necessário.

TRAUMATISMO VERTEBRO-MEDULAR

FIM

ANEXO II

Parecer técnico “ Introdução de Solução Cutânea Alcoólica com Cloro-hexidrina em
Spray para a manutenção de Cateteres Venosos Centrais”



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

COMISSÃO DE CONTROLO DE INFECÇÃO

PARECER TÉCNICO

Nº do documento: 3/2011

Objecto: *Introdução de Solução Cutânea Alcoólica com Cloro-hexidina em Spray para a manutenção de Cateteres Venosos Centrais (CVC)*

Local: *Serviço de Cirurgia Geral*

Solicitante: *Enf.ª Chefe Lourdes Eiras*

1. Introdução

Em resposta à solicitação da Sr.ª Enf.ª Lourdes Eiras, a Comissão de Controlo de Infecção decidiu reunir e analisar informação pertinente sobre Infecções relacionadas com CVC e Soluções Antissépticas Cutâneas em Spray, com vista à elaboração de um parecer técnico que possa auxiliar na tomada de decisão de alargar a utilização de Solução Cutânea Alcoólica em Spray ao Serviço de Cirurgia Geral.

2. Análise

2.1. Uso de CVC e a sua relação com a Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS)

O uso do CVC representou um avanço no diagnóstico e na terapêutica em medicina mas o seu uso crescente levou a uma grande e crescente preocupação com as IACS. A presença do CVC faz aumentar o risco de disseminação de microrganismos através do sangue, e assim também o risco do doente sofrer uma infecção. O CVC representa um acesso directo ao meio intravascular e funciona como corpo estranho, desencadeando muitas vezes um processo inflamatório no local de colocação e potencializa o aparecimento Infecções Nosocomiais da Corrente Sanguínea (INCS). Para além disso, o uso prolongado do mesmo e as constantes manipulações fazem, também, aumentar o risco das mesmas INCS.

O CVC é um procedimento, que embora seja invasivo, é cada vez mais frequente e fundamental no tratamento e sobrevivência dos doentes. Com o amplo uso do CVC, aumentou, proporcionalmente, a incidência de INCS, levando a uma mudança significativa na frequência

de alguns microrganismos multirresistentes e conseqüentemente, aumentando o período de internamento, a morbidade e mortalidade e os custos de hospitalização.

Os profissionais de saúde, principalmente médico e enfermeiros, assumem um papel primordial na redução do risco de infecção, sendo-lhes exigido aquando da colocação e durante a manipulação a prestação de cuidados de qualidade e levados a cabo de forma criteriosa.

2.2. Utilização de Solução Antisséptica

A correcta antisepsia da pele no momento da colocação do CVC (ver PD. 189) e aquando a realização do procedimentos de manutenção do CVC e desinfecção de todas as portas de entrada e conexões antes da sua manipulação (ver PD. 188), são essenciais à diminuição do risco de Infecção associada aos Dispositivos Intravasculares, principalmente de INCS.

Estudos Internacionais e Orientações de Boas Práticas emitidas por Entidades Nacionais e Internacionais dizem-nos que a utilização de Antisséptico com Cloro-hexidina na sua constituição é mais eficaz do que outros agentes antissépticos, como soluções de povidona e o álcool, na desinfecção da pele, o que torna estas soluções mais eficazes na redução do risco de Infecção.

3. Conclusão

Por tudo o que foi dito anteriormente, considera-se que devem ser tomadas as devidas precauções na desinfecção da pele antes da inserção do cateter, no manuseamento das conexões (torneiras) e do local de inserção durante todo o tempo em que o cateter estiver colocado, tal como devia estar a ser efectuada até aqui e, a utilização nomeadamente da solução alcoólica com Cloro-hexidina, que neste momento está disponível na nossa instituição, deverá ser preferida a outros antissépticos nos cuidados de manutenção e manipulação de CVC no Serviço de Cirurgia Geral e em outros serviços que prestem cuidados a doentes com CVC.

Salienta-se ainda a importância de serem cumpridos com rigor todos os procedimentos em vigor na instituição que sejam aplicáveis a CVC.

Santa Maria da Feira, 20 de Outubro 2011

A Presidente da CCI

ANEXO III

“Equipamento de Proteção Individual”

- a) Grelha de observação
- b) Grelha de Resultados Obtidos
- c) Apresentação e análise dos Dados

a) Grelha de observação

EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL – EPI

Tipos de isolamento (contacto, gotículas, via aérea)

Serviço	
----------------	--

Tipo de isolamento	
---------------------------	--

Luvas	SIM	NÃO
Existem luvas na unidade/ quarto		
Verifica-se o uso de luvas		
O tipo de luvas utilizado é adequado		
Estão disponíveis luvas, adequadas para diferentes procedimentos		
Cumpriu os princípios a ter em conta no uso de luvas	SIM	NÃO
Lava / higieniza as mãos antes de as colocar		
Lava / higieniza as mãos depois de as remover		
Usou luvas diferentes para procedimentos diferentes no mesmo doente		

Bata/ Avental	SIM	NÃO
Existem batas / aventais na unidade / quarto		
Verifica-se o uso de bata / avental		
A bata/ avental utilizado é adequado		

Máscaras/óculos / respiradores de partículas	SIM	NÃO
Existem máscaras/ óculos/respiradores de partículas na unidade/ quarto		
Verifica-se o uso de máscaras/ óculos/respiradores de partículas		
A mascara/ óculos/ respiradores de partículas utilizado é adequado		
Mascaras existentes	SIM	NÃO
Mascara cirúrgica		
Mascara com viseira ou óculos		
Máscara de isolamento respiratório (tipo PCM2000)		
Respirador de partículas P1SL (EN149:2011)		
Respirador de partículas P2SL (EN149:2011) e N95 (Certificado por NIOSH)		

b) Grelha de Resultados Obtidos

GRELHA DE OBSERVAÇÕES

Tipos de isolamento (contacto, gotículas, via aérea)

Serviço

Tipo de isolamento	Nº Total		Nº Urgência		Nº Ortopedia		Nº Medicina		Nº Cirurgia	
	35		23		4		7		1	
Luvas	SIM	NÃO	SIM	NÃO	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Existem luvas na unidade/ quarto	28	7	21	2	0	4	7	0	0	1
Verifica-se o uso de luvas	29	6	17	6	4	0	7	0	1	0
O tipo de luvas utilizado é adequado	35	0	23	0	4	0	7	0	1	0
Estão disponíveis luvas para adequadas para diferentes procedimentos	21	14	21	2	0	4	0	7	0	1
Cumpriu os princípios a ter em conta no uso de luvas										
Lava / higieniza as mãos antes de as colocar	21	14	14	9	3	1	3	4	1	0
Lava / higieniza as mãos depois de as colocar	28	7	17	6	4	0	6	1	1	0
Usou luvas diferentes para procedimentos diferentes no mesmo doente	18	17	8	15	3	1	6	1	1	0
Bata/ avental										
Existem batas / aventais na unidade / quarto	28	7	21	2	0	4	7	0	0	1
Verifica-se o uso de bata / avental	6	29	0	23	1	3	5	2	0	1
A bata/ avental utilizado é adequado	8	3	N/A	N/A	1	3	7	0	N/A	N/A
Máscaras/óculos / respiradores de partículas										
Existem máscaras/ óculos/respiradores de partículas na unidade/ quarto	28	7	21	2	0	4	7	0	0	1
Verifica-se o uso de máscaras/ óculos/respiradores de partículas	8	27	5	18	0	4	3	4	0	1
A mascara/ óculos/ respirador utilizado é adequado	8	27	5	18	0	4	3	4	0	1
Máscaras existentes										
Máscara cirúrgica	28	7	21	2	0	4	7	0	0	1
Máscara com viseira ou óculos	7	28	0	23	0	4	7	0	0	1
Máscara de isolamento respiratório (Tipo PCM 2000)	0	35	0	23	0	4	0	7	0	1
Respirador de partículas P1SL (EN149:2011)	0	35	0	23	0	4	0	7	0	1
Respirador de partículas P2SL (EN149:2011) e N95 (certificado por NIOSH)	30	5	23	0	0	4	7	0	0	1

c) Apresentação e análise dos Dados

Após a recolha dos dados, através da observação directa, em diferentes serviços (Urgência, Ortopedia, Medicina e Cirurgia), foram realizados alguns gráficos para uma melhor perceção, assim foi possível inferir:

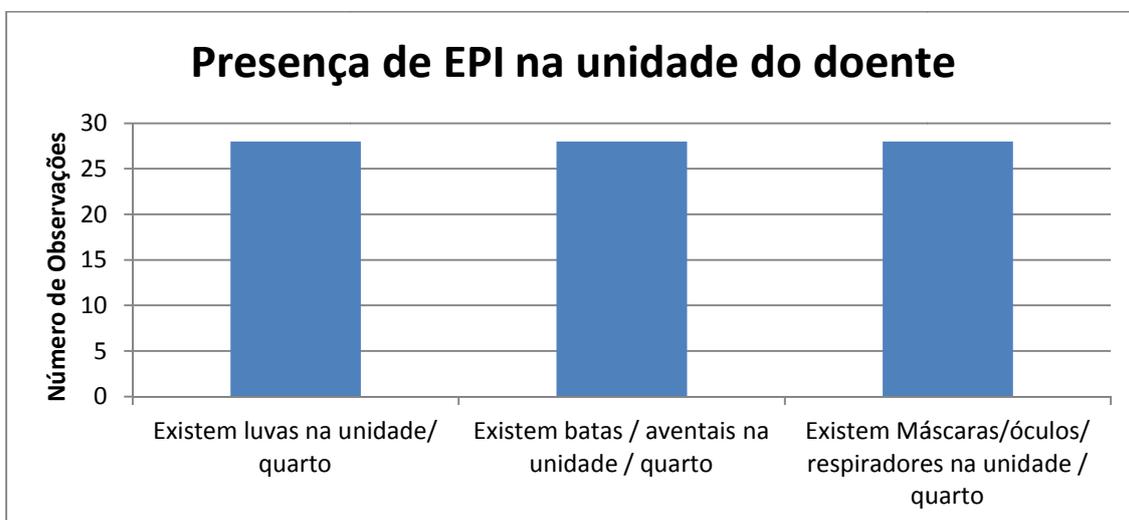


Gráfico 1 – Presença de EPI na unidade do doente

Por norma, as unidades dos doentes estão munidas de equipamentos de proteção individual: luvas, batas/aventais e máscaras/respiradores e óculos, de igual forma (Gráfico 1).

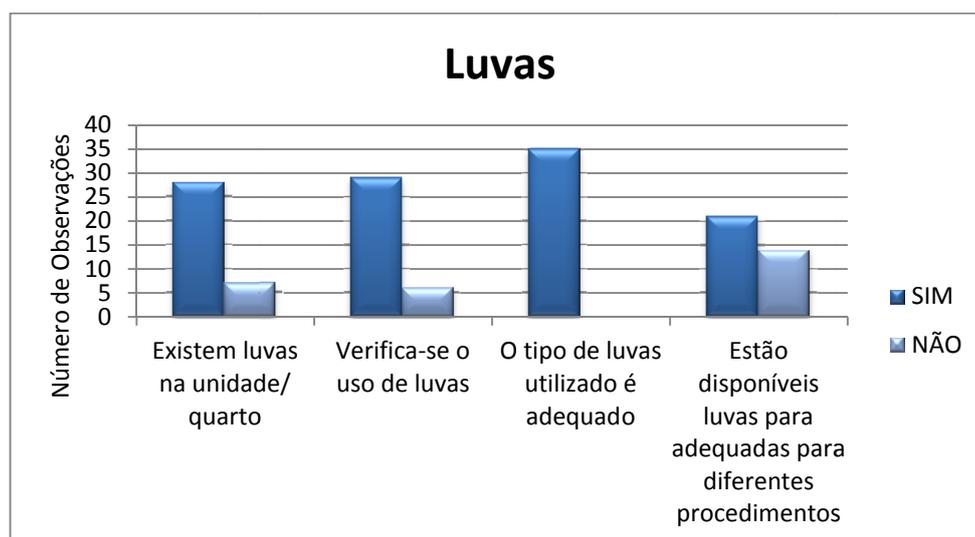


Gráfico 2 - luvas

No que diz respeito às luvas, é possível inferir que existe uma tendência para o uso de luvas, em todos os procedimentos, mesmo quando estas não estão presentes nas

unidades dos doentes. Foi, ainda, possível concluir que nem sempre existem luvas adequadas para diferentes procedimentos, ainda que durante as minhas observações os profissionais de saúde tenham usado sempre o tipo de luvas adequado ao procedimento que se encontravam a realizar (Gráfico 2).



Gráfico 3 – Cumprimento dos princípios relacionados com o uso de luvas

Ainda que o uso de luvas seja uma prática regular, entre os profissionais de saúde que observei, outras medidas de proteção padrão são amplamente descuradas, como por exemplo a lavagem/higienização das mãos. Através da observação directa, foi possível concluir que a lavagem das mãos é realizada mais vezes após a remoção das luvas do que antes de as colocar (Gráfico 3). Os dados recolhidos permitiram ainda concluir que vários profissionais não trocam de luvas quando realizam diferentes procedimentos no mesmo utente.

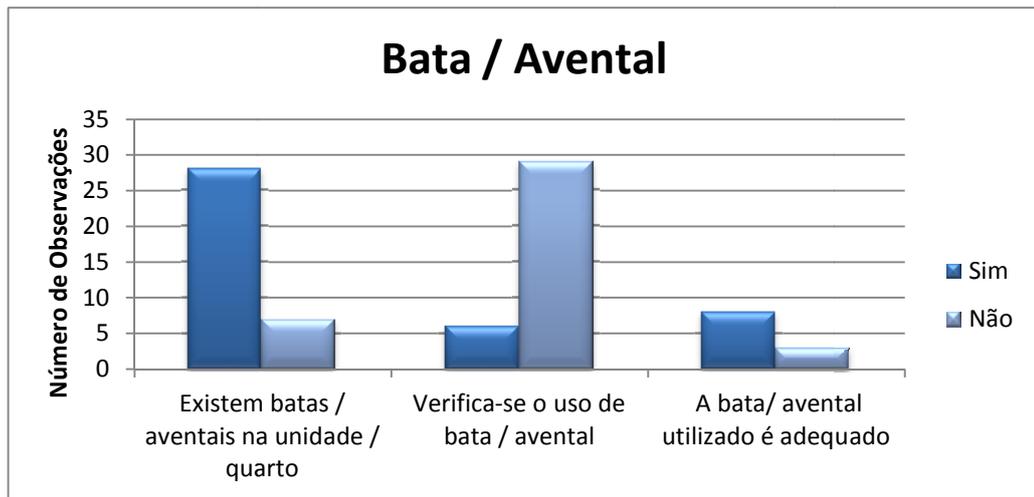


Gráfico 4 – Bata/Avental

No que concerne ao uso de bata/avental, foi possível concluir que, embora exista em quase todas as unidades dos doentes, não é frequentemente utilizado pelos profissionais de saúde. Ainda assim, quando o usam é de forma adequada (Gráfico 4).

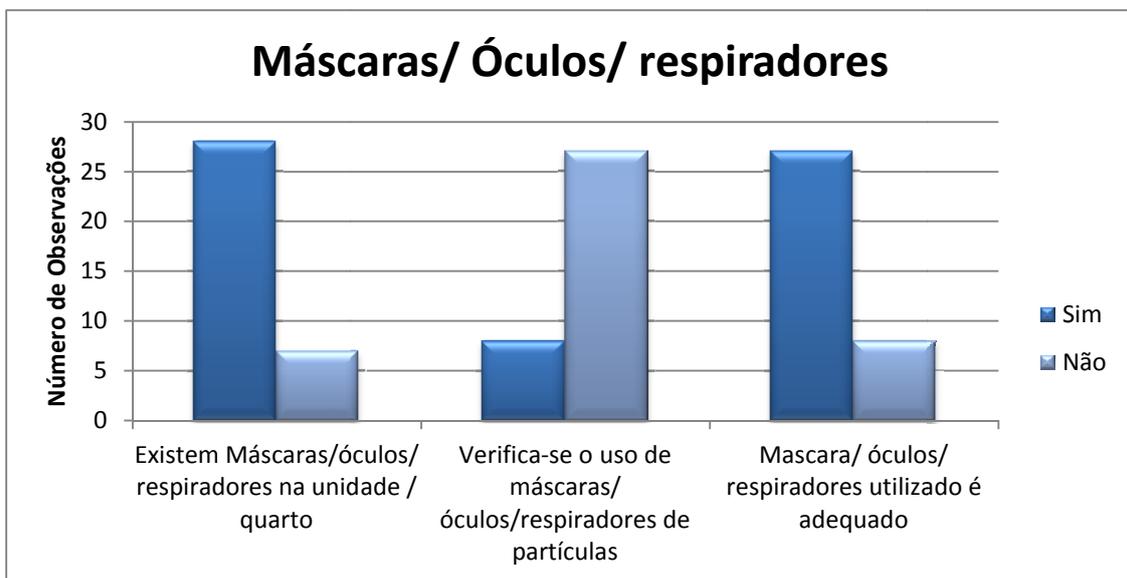


Gráfico 5 – Máscaras/ Óculos/Respiradores

Quanto às máscaras/óculos/respiradores, verifica-se, igualmente, que embora existam por norma nas unidades dos doentes, são geralmente pouco usadas, ainda que adequadamente (Gráfico 5).

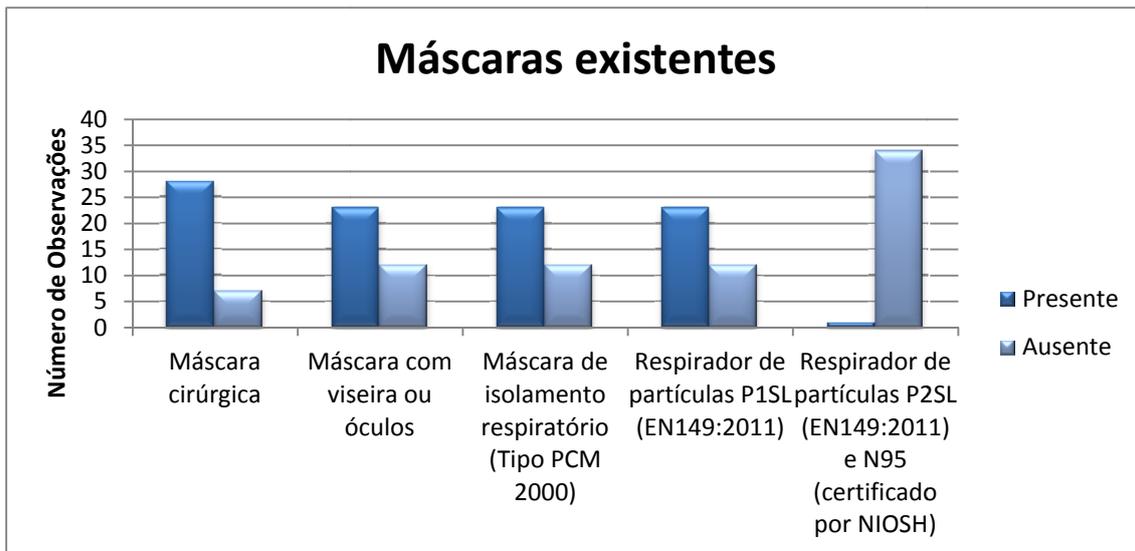


Gráfico 6 – Máscaras existentes nas unidades dos doentes

De entre as máscaras existentes, foi possível concluir que as cirúrgicas são as mais frequentemente encontradas nas unidades dos doentes, seguidamente com as mesmas existências são as máscaras com viseira, de isolamento respiratório e as com as de respirador de partículas P1SL, sendo que as mascaras com respirador de partículas P2SL e N95 são as menos encontradas nos serviços. (Gráfico 6).

ANEXO IV

Formação “ Equipamento de Proteção Individual”

- a) Prevenção e Controlo de Infeção – fundamentação
- b) Plano de Sessão da Formação
- c) Diapositivos da Formação

a) Prevenção e Controlo de Infeção – fundamentação



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Estágio na CCI

Equipamentos de Proteção Individual

Por Paula Cristina Ferreira Fernandes da Silva

Sob a orientação de: Professora Lúcia Rocha

ÍNDICE

	pg
INTRODUÇÃO	3
1. EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL – EPI	4
2. PRECAUÇÕES BÁSICAS OU PADRÃO	4
3. PRECAUÇÕES DE ACORDO COM AS VIAS DE TRANSMISSÃO	7
4. RESULTADOS OBTIDOS DA GRELHA DE OBSERVAÇÕES	8
CONCLUSÃO	9
BIBLIOGRAFIA	10

INTRODUÇÃO

Este trabalho surge no âmbito do estágio na Comissão de Controlo de Infecção (CCI) do Hospital de São Sebastião, onde após algumas visitas aos serviços fui observando algumas falhas, tanto em dispositivos médicos como em normas de boas práticas, para além de saber que no meu serviço (Urgência) a realidade é a mesma tendo ficado com esta ideia em conversa com a minha tutora, perguntei sobre a pertinência do tema tendo em conta a minha experiencia profissional e o que observei nos internamentos, desta forma elaborei uma grelha para registar as minhas observações e também realizar uma checkliste que das existências, de Equipamento de Proteção Individual (EPI), na unidade/quarto consoante o tipo de isolamento (contacto, gotículas, via aérea) e também uma se eram cumpridos os princípios básicos a ter em conta no uso das luvas.

Devido a poucas observações de doentes infetados com bactérias multi-resistentes, clinicamente confirmadas, foram feitas também observações na Urgência, e devido à grande variedade de patologias e por ser um local de maior stress no sentido de que não se sabe que doente vai entrar, pelo que o uso de EPI é de extrema importância não só para proteção do doente mas também do profissional, neste contexto as observações foram realizadas no quarto de isolamento que serve para as vias verdes sépsis e coronária, Unidade de Decisão Clínica (UDC), gabinetes emergentes e área de trauma.

1. Equipamento de proteção individual – EPI

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

A infecção associada aos cuidados de saúde, é um problema de maior importância em Portugal e no mundo. À medida que a esperança de vida aumenta e que dispomos de tecnologias cada vez mais avançadas e invasivas, e de maior número de doentes em terapêutica imunossupressora, aumenta também o risco de infecção. Estudos internacionais revelam que cerca de um terço das infeções adquiridas no decurso da prestação de cuidados são seguramente evitáveis.

As medidas de transmissão de infecção dividem-se fundamentalmente em dois níveis de precauções de acordo com a via de transmissão, estas são as precauções básicas ou padrão e precauções de acordo com as vias de transmissão.

2. Precauções Básicas ou Padrão

As precauções básicas ou padrão devem ser aplicadas a todos os doentes independentemente do diagnóstico ou do seu estado de saúde. A implementação destas medidas são o primeiro passo para o sucesso do controlo das IACS, por essa razão são consideradas as mais importantes.

Estas aplicam-se a:

- Sangue; e fluidos orgânicos;
- Secreções e excreções (exceto suor);
- Soluções de continuidade da pele e membranas mucosas.

As normas de boas práticas devem ser sempre seguidas e a lavagem das mãos é primordial para a prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde, pelo que devemos ter sempre em conta a **Higiene das mãos:**

- Antes e após o contacto com o doente;
- Antes de procedimentos assépticos;
- Após o risco de contacto com sangue, fluidos orgânicos, secreções, excreções materiais ou superfícies contaminadas, usando ou não luvas;
- Depois do contacto com o ambiente do doente;
- Após remover luvas;
- Lavar as mãos com água e sabão antisséptico se estas apresentarem sujidade visível e em contacto com esporos (ex. *Clostridium difficile*);
- Usar unhas curtas e sem verniz;
- Não usar unhas artificiais.

No que concerne ao uso de luvas estas devem ser direccionadas para a técnica a utilizar, estas podem ser esterilizadas e não esterilizadas. Quanto às **luvas deve-se:**

- Usar luvas sempre que previsto contacto com sangue, fluidos orgânicos, secreções, excreções materiais ou superfícies contaminadas, mucosas e pele não integra;
- Mudar de luvas entre procedimentos no mesmo doente sempre que existir a probabilidade destas estarem contaminadas;

- Retirar luvas e lavar as mãos imediatamente após utilização, antes de tocar em material e superfícies não contaminados e antes do contacto com outro doente.

Outros elementos fundamentais são a **Máscara, óculos ou proteção facial** pelo que se deve:

- Usar máscara, óculos ou proteção facial para proteger as mucosas dos olhos, nariz e boca do profissional durante a execução de procedimentos que possam originar salpicos ou aerossóis de sangue, fluidos corporais, secreções e excreções.

Este é um material que não é utilizado com grande frequência mas que deve ser levado em conta pois a não proteção pode levar a um contágio ou contaminação por parte do profissional e também por parte do doente, onde na grande parte das vezes se pode evitar a propagação da doença se for colocada uma máscara cirúrgica no doente.

A **Bata e/ou avental**, são outros meios que os profissionais de saúde têm ao seu dispor, que devem ser:

- Usar bata e/ou avental para proteção da pele e prevenir contaminação da farda durante a execução de procedimentos que possam originar salpicos ou aerossóis de sangue, fluidos corporais, secreções e excreções;
- Remover a bata sempre que esta se encontre conspurcada e lavar as mãos de seguida.
- As batas devem ser de uso único e nunca reutilizadas;
- Não está recomendada a utilização de batas, por rotina, em unidades de cuidados intensivos.

A Colocação de doentes Sempre que possível deve-se, colocar doentes com maior risco de transmissão de infeção (i.e. crianças com suspeita de infeções respiratórias víricas e gastroenterites, doentes que não controlam secreções, excreções e feridas com drenagem), neutropénicos em quarto individual.

Quanto à **Etiqueta/Higiene respiratória** os Cuidados a ter quando se tosse são:

- Aplicar a todos os doentes e visitas com sinais e sintomas de tosse, congestão nasal, rinorreia ou secreções respiratórias;

Cuidados a ter:

- Tapar a boca/nariz com um lenço quando se tosse;
- Ter ao dispor lenços para uso de todos;
- Usar máscara cirúrgica na pessoa com tosse quando esta tolera e o uso da mesma se mostra apropriado;
- Lavar as mãos sempre que se contactar com secreções respiratórias;
- Manter os doentes com infeções respiratórias à espera em áreas comuns, afastados a uma distância ideal de aproximadamente 1 metro, sempre que possível.

Os Cuidados durante o procedimento no espaço espinal ou epidural são:

- Usar máscara para evitar a contaminação do local com gotículas, seja durante a introdução de cateteres ou a administração de medicação.

Para uma Higiene e segurança:

- Os profissionais de saúde devem cumprir programas de vacinação e práticas seguras, para evitar exposição a agentes infecciosos.

3.Precauções de Acordo com as Vias de Transmissão

As precauções de acordo com a via de transmissão devem ser aplicadas em todos os doentes em que se conhece ou suspeita de uma determinada infeção provocada por um microrganismo epidemiologicamente importante e que se transmite quer por contacto com a pele, superfícies ou equipamentos, quer por gotículas ou via aérea.

Na **Transmissão por contacto** se o agente infeccioso estiver presente na via aérea deve ser utilizada máscara de proteção ocular, devemos usar bata e luvas e o doente deve ser colocado em quarto particular sempre que possível ou com uma coorte com separação mínima de 1 metro entre os doentes, os materiais de monitorização devem ser só para esse doente, quando este tiver de sair do quarto para realizar exames de diagnóstico ou outros este deve sempre colocar máscara, se agente microbiano presente na via aérea; e deve ser tomada em conta a mudança de roupa do doente antes de sair do quarto.

Para prevenir a **Transmissão por gotículas** o Quarto privado é preferível ou então coorte com doentes a mais de 1 metro de distância deve ser realizada desinfeção diária do quarto diária, a máscara deve ser utilizada quando se está a menos de um metro do doente; usar bata ou avental e luvas para o Transporte do doente: este deve colocar máscara cirúrgica se este tolerar e ter uma boa higiene respiratória e cuidados com a tosse (Precaução Básica e/ou Padrão);

A **Transmissão Via Aérea** é preocupante para o profissional e para o doente pela patologia deste pois se o profissional não pretende ficar doente também deve zelar pelas boas práticas para que não haja mais danos para o doente, pelo que este deve estar em Quarto privado com porta fechada e pressão negativa;

Máscara:

Via Aérea - Respirador de Partículas classe P1 ou P2/N95

- Higiene das mãos, Bata, Luvas;
- Limpeza e desinfeção do quarto, diária;
- Se possível, um enfermeiro por doente ou Coorte;
- Limpeza e desinfeção de materiais de uso múltiplo, após cada utilização;
- Termómetro, aparelho de avaliação de TA, pulso e Sat.O2 individual;

Para este sair do quarto de isolamento devem ser tomadas as seguintes precauções:

- Se o doente tolerar, colocar máscara cirúrgica bem adaptada à cara;
- Higiene respiratória e cuidados com a tosse (Precaução Básica e/ou Padrão);
- Os exames complementares de diagnóstico quando realizados fora do isolamento, devem ser no fim do dia ou depois de todos os outros doentes.

4. Resultados obtidos da grelha de observação:

No que diz respeito às luvas, é possível inferir que existe uma tendência para o uso de luvas, em todos os procedimentos, mesmo quando estas não estão presentes nas unidades dos doentes. Foi, ainda, possível concluir que nem sempre existem luvas adequadas para diferentes procedimentos, ainda que durante as minhas observações os profissionais de saúde tenham usado sempre o tipo de luvas adequado ao procedimento que se encontravam a realizar.

Quanto às luvas, embora seja uma prática regular, entre os profissionais de saúde que observados, outras medidas de proteção padrão são amplamente descuradas, como por exemplo a lavagem/higienização das mãos. Através da observação directa, foi possível concluir que a lavagem das mãos é realizada mais vezes após a remoção das luvas do que antes de as colocar. Os dados recolhidos permitiram ainda concluir que vários profissionais não trocam de luvas quando realizam diferentes procedimentos no mesmo utente.

No que concerne ao uso de bata/ avental, foi possível concluir que, embora exista em quase todas as unidades dos doentes, não é frequentemente utilizado pelos profissionais de saúde. Ainda assim, quando o usam é de forma adequada.

De entre as máscaras existentes, foi possível concluir que as cirúrgicas são as mais frequentemente encontradas nas unidades dos doentes.

CONCLUSÃO

As precauções básicas são as medidas mais importantes na prevenção da transmissão da infecção em meio hospitalar, pois as infecções adquiridas em meio hospitalar representam uma sobrecarga económica e social significativa, que normalmente leva ao prolongamento do internamento, as terapêuticas e os procedimentos de meio de diagnóstico que acarretam custos elevados, e que afetam o doente não só fisicamente mas também psicologicamente pois o facto de não estar em produtividade laboral acarreta problemas profissionais e familiares pela incerteza e a desconfiança do que lhe está a acontecer.

Os profissionais devem conhecer e aplicar as precauções básicas na prestação de cuidados a todos os doentes.

Medidas adicionais devem ser aplicadas a doentes identificados ou com suspeita de infecção/colonização de agentes inofensivos.

Foi observado durante a realização das observações que no que diz respeito, às luvas, estas são usadas frequentemente pelos profissionais, já quanto à higiene das mãos nem sempre foram praticadas as boas condutas porque foi observado que os profissionais lavam mais as mãos depois de tirar as luvas do que antes dos procedimentos.

No que concerne ao uso de bata / avental que em quase todas as unidades dos doentes não é frequente o uso das mesmas, não tendo sido mesmo observadas na Urgência, assim como as máscaras/ óculos e respiradores, as mais utilizadas foram cirúrgicas

Detetei também, que havia falta de sinalética nas entradas dos quartos de isolamento, para colmatar essa evidência estão a ser preparados painéis com sinalética de fácil visualização e perceção em conjunto com a “designer” do hospital.

Bibliografia

- CDC (2007), **Preventing transmission of infectious agents In Healthcare settings**;
- COMISSÃO DE CONTROLO DE INFEÇÃO (2008) – Norma de procedimentos "**Precauções Básicas e de Acordo com a Via de Transmissão - Prevenção da Transmissão de Infecção**" do Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga;
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – Prevenção de infeções adquiridas no Hospital: um guia prático. 2ª edição, genebra, 2002;
- PORTUGAL. Ministério da Saúde – **Programa Nacional de Prevenção e controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde: Manual de Operacionalização**. Fevereiro, 2008;

b) Plano de Sessão da Formação

Plano de Sessão

<p>TEMA: “Prevenção e Controlo de infeção “ Uso de EPI</p> <p>OBJECTIVOS ESPECÍFICOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ↳ Relembrar conhecimentos na Prevenção e Controlo de infeção ↳ Reflectir sobre as práticas e prevenir complicações 	<p>LOCAL: Biblioteca Da UCP do Hospital de São Sebastião</p> <p>DATA: 30 de Novembro de 2011</p> <p>GRUPO ALVO: enfermeiros</p> <p>OBJECTIVO GERAL: refletir a prática</p> <p>FORMADORA: aluna do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica da Universidade Católica</p>
---	---

FASES	TEMPO	CONTEÚDOS	ESTRATÉGIA	OBSERVAÇÕES	AVALIAÇÃO
INTRODUÇÃO	2 min	<ul style="list-style-type: none"> ↳ Apresentação ↳ Motivação ↳ Objectivos 	↳ Método expositivo		↳ Avaliação da motivação
DESENVOLVIMENTO	15 min	<ul style="list-style-type: none"> ↳ Prevenção e Controlo de Infeção: <ul style="list-style-type: none"> ◆ Introdução ao tema; ◆ Precauções básicas ou padrão; ◆ Higiene das mãos; ◆ Luvas, batas, aventais, mascara, óculos; ◆ Tipos de isolamento; ◆ Resultados obtidos. 	↳ Método expositivo e participativo, com recurso a datashow		<ul style="list-style-type: none"> ↳ Participação activa dos formandos ↳ Avaliação do interesse
CONCLUSÃO	3 min	↳ Síntese das principais ideias	↳ Método expositivo e interrogativo		↳ Avaliação geral da compreensão do tema

c) Diapositivos da Formação

Prevenção e Controlo de Infecção



Objetivos da formação

- Relembrar conhecimentos na prevenção e controlo de infeção;
- Sensibilizar os enfermeiros para o uso de EPI.

Infeção associada aos cuidados de saúde - IACS

Definição

É uma infeção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados de saúde prestados e que pode, também, afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade.

(PNCI,2007)

Equipamento de proteção individual- EPI

Definição

“roupa ou equipamento especial utilizado pelos prestadores de cuidados para a sua proteção, contra materiais potencialmente infetados”

Isolamento

Definição

“Conjunto de medidas adotadas para impedir a transmissão de agente patogénico de um doente colonizado ou infetado para os outros e /ou profissionais”

Precauções Básicas ou Padrão

Definição

Medidas aplicadas nos cuidados a todos os doentes em todas as unidades de saúde, independentemente se há suspeita ou a confirmação da presença de um agente infeccioso.



Precauções básicas ou padrão

Princípio

Todo o sangue, fluidos orgânicos, secreções, excreções (exceto suor), pele não intacta, e membranas mucosas podem conter agentes infecciosos transmissíveis.

Precauções Básicas ou Padrão, quais?

1. Higiene das mãos



2. Equipamento proteção individual (EPI)

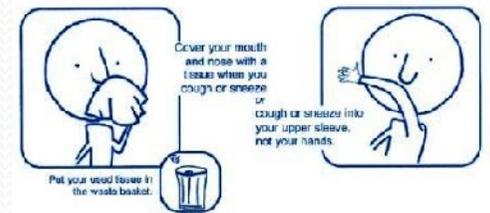
Luvas

Máscara, óculos ou máscara com viseira

Batas ou aventais



3. Higiene respiratória/etiqueta respiratória



4. Colocação dos doentes



Precauções Básicas ou Padrão, quais?

5. Manuseamento e processamento de equipamento.



6. Controlo do ambiente



7. Manuseamento de têxteis e roupa

8. Práticas de injeção seguras (nova)



9. Saúde e segurança dos profissionais



Higiene das Mãos

Durante a prestação de cuidados evitar contactos desnecessários com superfícies próximas dos doente, para evitar a contaminação de mãos limpas, através das superfícies ou a contaminação das superfícies pelas mãos contaminadas.

Higiene das Mãos (Cont)

Mãos visivelmente sujas, ou contaminadas com sangue ou fluidos orgânicos:

Lavagem com água e sabão

Mãos visivelmente limpas:

Fricção com solução alcoólica

A lavagem com água e sabão antimicrobiano é uma alternativa.

A duplicação frequente dos vários métodos aumenta o risco de dermatites.





Equipamento de proteção individual- EPI

Quando usar?

Sempre que a natureza e tipo de interação com o doente implique o contacto ou o risco de contacto com sangue e fluidos orgânicos.

Porquê usar?

Para prevenir a contaminação da roupa e pele durante o processo de remoção do EPI.

Quando remover?

Antes de sair do quarto ou unidade do doente.

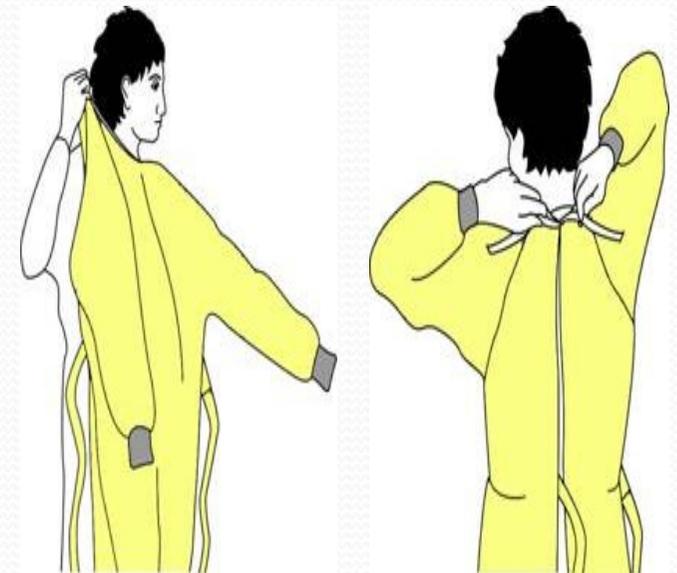
EPI - Luvas

Usar luvas quando é possível antecipar o contacto com sangue, fluidos orgânicos, secreções, excreções e materiais contaminados, com membranas mucosas e pele não intacta ou pele intacta potencialmente contaminada (urina e fezes).



EPI – Batas e aventais

Usar batas ou aventais, apropriados para a tarefa, para prevenir sujar ou contaminar a roupa durante atividades no doente em que se prevê contacto com a roupa/pele exposta com sangue, fluidos orgânicos, secreções e excreções.



EPI – Batas e aventais

Usar bata/avental no contacto direto em doentes que não contêm as secreções ou excreções.

Remover a bata/avental e lavar as mãos antes de sair da unidade do doente.



EPI – Batas e aventais

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

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



EPI – Máscara, Óculos, Máscara com Viseira

Usar proteção para a boca, nariz e olhos durante procedimentos e cuidados ao doente em que se prevê a **formação de salpicos e aerossóis** com sangue, fluidos orgânicos, secreções e excreções.



Selecionar máscaras, óculos, máscaras com viseira ou combinações de cada de acordo com a previsão da tarefa a desempenhar.

EPI – Máscara, Óculos, Máscara com Viseira

Durante **procedimentos geradores de aerossóis** (broncoscopia, aspiração de secreções, intubação endotraqueal) usar um dos seguintes: máscara com viseira que cubra a frente e os lados da face, ou máscara e óculos.



Nos doentes com suspeita ou infecção por agentes transmissíveis por via aérea (M.Tuberculosis, SARS, vírus Febre Hemorrágica) usar um respirador de partículas (P2SL(EN149:2011))

Precauções baseadas nas vias de transmissão

Definição

Aplicadas a doentes identificados ou com suspeita de infecção/colonização de agentes infecciosos, incluindo microrganismos epidemiologicamente importantes, e que requerem medidas adicionais de controlo para efetivamente prevenir a sua transmissão.

Principais Vias de transmissão dos microrganismos (1)

(adaptado dos *Centers for Disease Control and Prevention*)

Vias de transmissão	Reservatório/ Fonte	Dinâmica da Transmissão	Microrganismos
Contacto direto	Doentes Profissionais de saúde	Pessoa a pessoa durante a prestação dos cuidados ex: transmissão por aperto de mão, palpação abdominal, cuidados de higiene	<i>Staphylococcus aureus</i> , Bacilos Gram negativos, Virus respiratórios
Contacto indireto	Instrumentos e equipamento de uso clínico	A transmissão ocorre passivamente através de um objeto intermediário (normalmente inanimado); ex. transmissão por não mudar luvas entre doentes, partilha de estetoscópio...	<i>Salmonella</i> spp, <i>Pseudomonas</i> , <i>Acinetobacter</i> <i>S. maltophilia</i>

Principais vias de transmissão de microrganismos (2)

(adaptado dos *Centers for Disease Control and Prevention*)

Vias de transmissão	Reservatório/ Fonte	Dinâmica da Transmissão	Microrganismos
Gotículas	Doentes Profissionais de saúde	Transmissão através de gotículas (> 5µm) que transferem os microrganismos através do ar quando a fonte ou o doente se encontram demasiado próximas. Ex. Espirro, fala, tosse, aspiração	Influenza vírus, <i>Staphylococcus aureus</i> , Sarampo, Streptococcus A Vírus sincial respiratório
Via Aérea	Ar	Propagação de germes ($\leq 5\mu\text{m}$) evaporados através de núcleos de gotículas do ar ou pó no mesmo quarto ou a uma distância longa. Ex. através de respiração	<i>Mycobacterium tuberculosis</i> , <i>Legionella</i> spp
Veículo inanimado	Alimentação, água ou medicação	Um veículo inanimado actua como vector de transmissão de agentes microbianos para múltiplos doentes.	<i>Salmonella</i> spp, HIV, HBV, Gram negativos

Transmissão por Contacto

- Quarto privado: sempre que possível
 - Coorte com separação mínima de 1 metro entre os doentes
- Higiene das Mãos, Bata e Luvas,
- Máscara e proteção ocular – se agente presente no trato respiratório;
- Limpeza e desinfeção de materiais de uso múltiplo após cada utilização;
- Se possível um enfermeiro por doente ou Coorte;



Transmissão por Contacto

- Termómetro, aparelho de avaliação de TA, pulso e Sat.O₂ individual;
- Transporte do doente:
 - com roupa limpa
 - colocar máscara se agente microbiano presente no trato respiratório;
- Os exames complementares de diagnóstico quando realizados fora do isolamento, devem ser no fim do dia ou depois de todos os outros doentes;

Transmissão por Gotículas

- Quarto privado
 - preferencialmente ou coorte com doentes a mais de 1 metro de distância
- Máscara:
 - Quando está a menos de um metro do doente;
- Higiene das mãos, Bata, Luvas;
- Limpeza e desinfecção do quarto, diária;
- Se possível, um enfermeiro por doente ou Coorte;

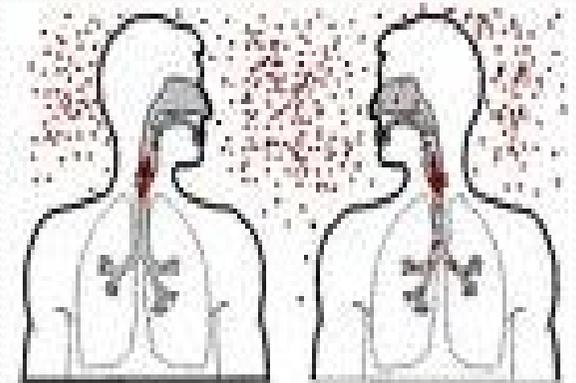


Transmissão por Gotículas

- Limpeza e desinfecção de materiais de uso múltiplo, após cada utilização;
- Termómetro, aparelho de avaliação de TA, pulso e Sat.O₂ *individual*;
- Transporte do doente:
 - Com roupa limpa;
 - Se o doente tolerar, colocar máscara cirúrgica;
- Higiene respiratória e cuidados com a tosse (Precaução Básica e/ou Padrão);
- Os exames complementares de diagnóstico quando realizados fora do isolamento, devem ser no fim do dia ou depois de todos os outros doentes.

Transmissão Via Aérea

- Quarto privado
 - com porta fechada e pressão negativa
- Máscara:
 - **Via Aérea** - Respirador de Partículas classe P1 ou P2/N95
- Higiene das mãos, Bata, Luvas;
- Limpeza e desinfecção do quarto, diária;
- Se possível, um enfermeiro por doente ou Coorte;



Transmissão Via Aérea

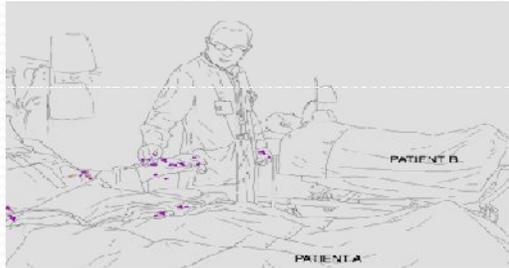
- Limpeza e desinfecção de materiais de uso múltiplo, após cada utilização;
- Termómetro, aparelho de avaliação de TA, pulso e Sat.O₂ *individual*;
- Transporte do doente:
 - Com roupa limpa;
 - Se doente tolerar colocar máscara cirúrgica bem adaptada à face;
- Higiene respiratória e cuidados com a tosse (Precaução Básica e/ou Padrão);
- Os exames complementares de diagnóstico quando realizados fora do isolamento, devem ser no fim do dia ou depois de todos os outros doentes.

Questionário

- Avaliar as existências de EPI nos quartos de isolamento/unidades.
- Avaliar se se verifica o uso de EPI.
- Avaliar o se são cumpridos os princípios a ter com o uso de EPI.

Tipos de aislamiento

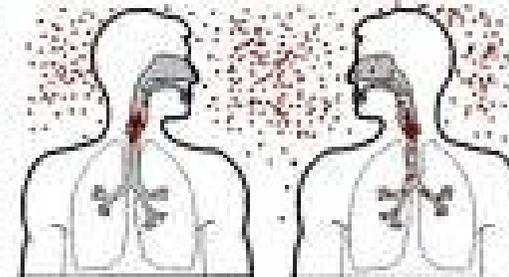
- Contacto



- Gotículas



- via aérea



Luvas

Questões:

1. Existem luvas na unidade/ quarto?
2. Verifica-se uso de luvas ?
3. O tipo de luvas utilizado è adequado?
4. Estão disponíveis luvas, adequadas para diferentes procedimentos?
5. Lava / higieniza as mãos antes de as colocar ?

Cumpriu os princípios a ter em conta no uso das luvas

6. Lava / higieniza depois de as remover ?
7. Usou luvas diferentes para procedimentos diferentes no mesmo doente?
8. Existem batas/aventais na unidade/quarto?
9. Verifica-se o uso da bata / avental?

Máscaras/ óculos/respiradores de partículas

10. A utilização da bata/ avental è adequada?
11. Existem/máscaras/óculos/respiradores de partículas na unidade/quarto?
12. Verifica-se o uso de máscaras/óculos/respiradores de partículas?
13. A mascara/óculos/respirador de partículas é adequado?

Existência de máscaras

- Mascara cirúrgica;
- Mascara com viseira;
- Mascara de isolamento respiratório (tipo PCM2000)
- Respirador de partículas P1 SL(EN149:2011);
- Respirador de partículas P2SL(EN149:2011).

EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL –EPI

Tipos de isolamento (contacto, gotículas, via aérea)

Nº Total de observações

Serviço	Nº Total		Nº Urgência		Nº Ortopedia		Nº Medicina		Nº Cirurgia	
	35		23		4		7		1	
Luvas	SIM	NÃO	SIM	NÃO	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Existem luvas na unidade/ quarto	28	7	21	2	0	4	7	0	0	1
Verifica-se o uso de luvas	29	6	17	6	4	0	7	0	1	0
O tipo de luvas utilizado é adequado	35	0	23	0	4	0	7	0	1	0
Estão disponíveis luvas para adequadas para diferentes procedimentos	21	14	21	2	0	4	0	7	0	1
Cumpriu os princípios a ter em conta no uso de luvas										
Lava / higieniza as mãos antes de as colocar	21	14	14	9	3	1	3	4	1	0
Lava / higieniza as mãos depois de as remover	28	7	17	6	4	0	6	1	1	0
Usou luvas diferentes para procedimentos diferentes no mesmo doente	18	17	8	15	3	1	6	1	1	0
Bata/ avental										
Existem batas / aventais na unidade / quarto	28	7	21	2	0	4	7	0	0	1
Verifica-se o uso de bata / avental	6	29	0	23	1	3	5	2	0	1
A bata/ avental utilizado é adequado	8	3	N/A	N/A	1	3	7	0	N/A	N/A
Mascaras/ óculos / respiradores de partículas										
Existem batas / aventais na unidade / quarto	28	7	21	2	0	4	7	0	0	1
Verifica-se o uso de máscaras/ óculos/respiradores de partículas	8	27	5	18	0	4	3	4	0	1
Mascara/ óculos/ respiradores utilizado é adequado	8	27	5	18	0	4	3	4	0	1
Máscaras existentes										
Máscara cirúrgica	28	7	21	2	0	4	7	0	0	1
Máscara com viseira ou óculos	7	28	0	23	0	4	7	0	0	1
Máscara de isolamento respiratório (Tipo PCM 2000)	0	35	0	23	0	4	0	7	0	1
Respirador de partículas P1SL (EN149:2011)	0	35	0	23	0	4	0	7	0	1
Respirador de partículas P2SL (EN149:2011) e N95 (certificado por NIOSH)	30	5	23	0	0	4	7	0	0	1

Resultados

Existências de EPI nos quartos de isolamento/unidades

Total de observações	Nº Total		Nº Urgência		Nº Ortopedia		Nº Medicina		Nº Cirurgia	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
	28	7	21	2	0	4	7	0	0	1

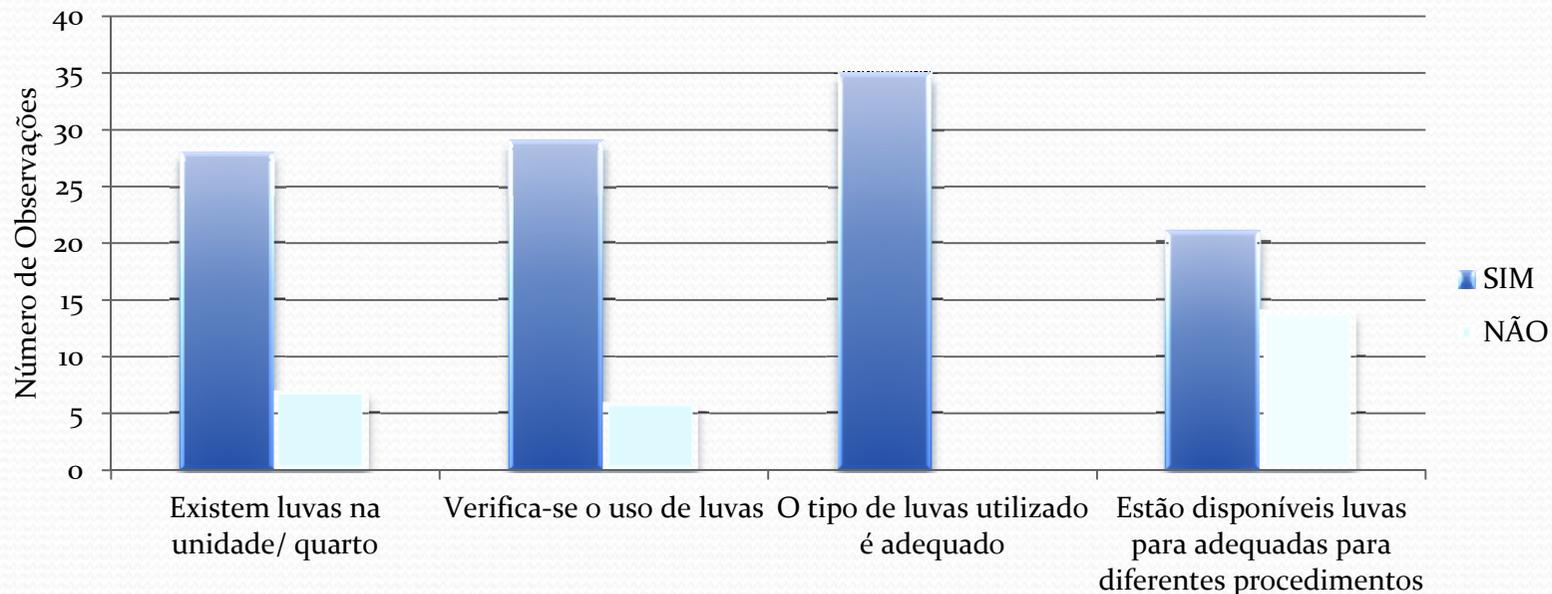
Bata/ avental										
Existem batas / aventais na unidade / quarto										
	28	7	21	2	0	4	7	0	0	1

Mascaras/ óculos / respiradores de partículas										
Existem batas / aventais na unidade / quarto										
	28	7	21	2	0	4	7	0	0	1

Máscaras existentes										
Máscara cirúrgica	28	7	21	2	0	4	7	0	0	1
Máscara com viseira ou óculos	7	28	0	23	0	4	7	0	0	1
Máscara de isolamento respiratório (Tipo PCM 2000)	0	35	0	23	0	4	0	7	0	1
Respirador de partículas P1SL (EN149:2011)	0	35	0	23	0	4	0	7	0	1
Respirador de partículas P2SL (EN149:2011) e N95 (certificado por NIOSH)	30	5	23	0	0	4	7	0	0	1

RESULTADOS

Luvas

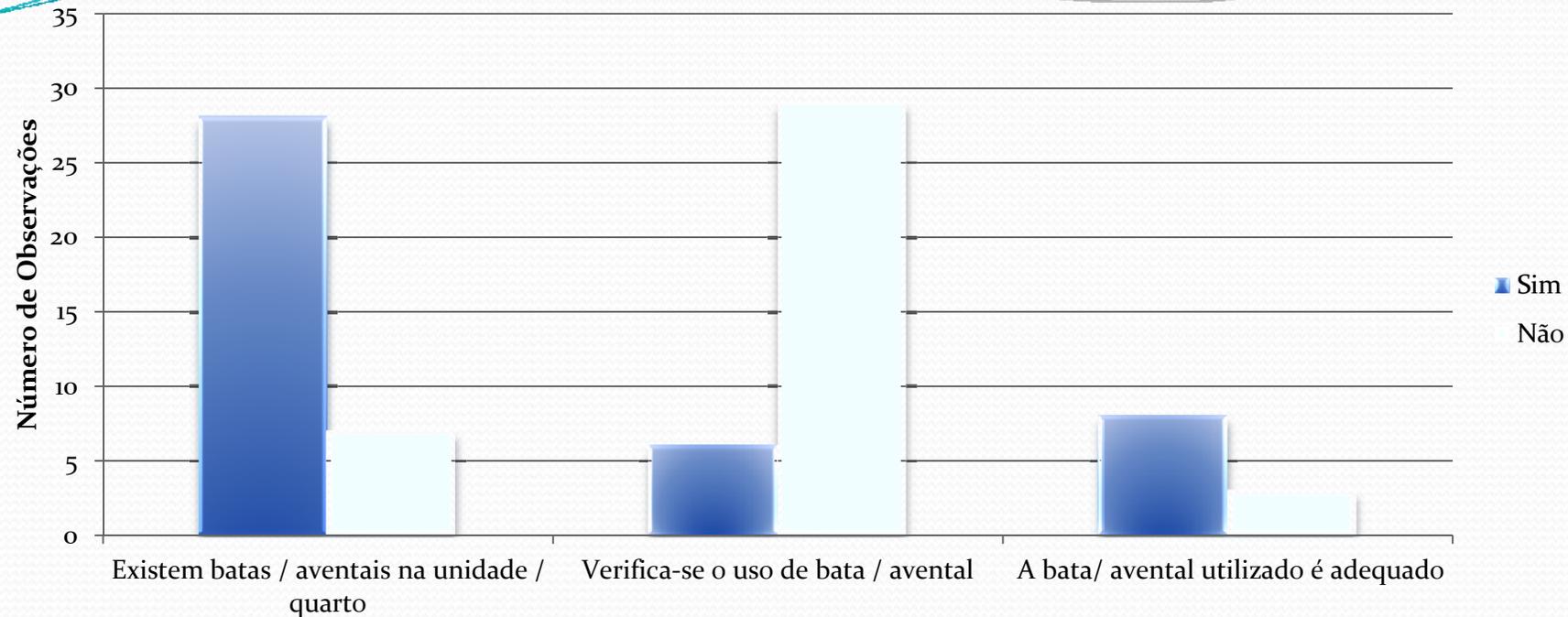


- Verificou-se que apenas nos quartos de Isolamento da Unidade de doentes agudos existem luvas e quarto de isolamento de medicina a existência de luvas não esterilizadas e no resto dos serviços é utilizado carro que vai para a unidade / quarto onde o doente se encontra com tipo de luvas adequado aos procedimentos a realizar (é também frequente a utilização de kit de penso).

luvas (cont)

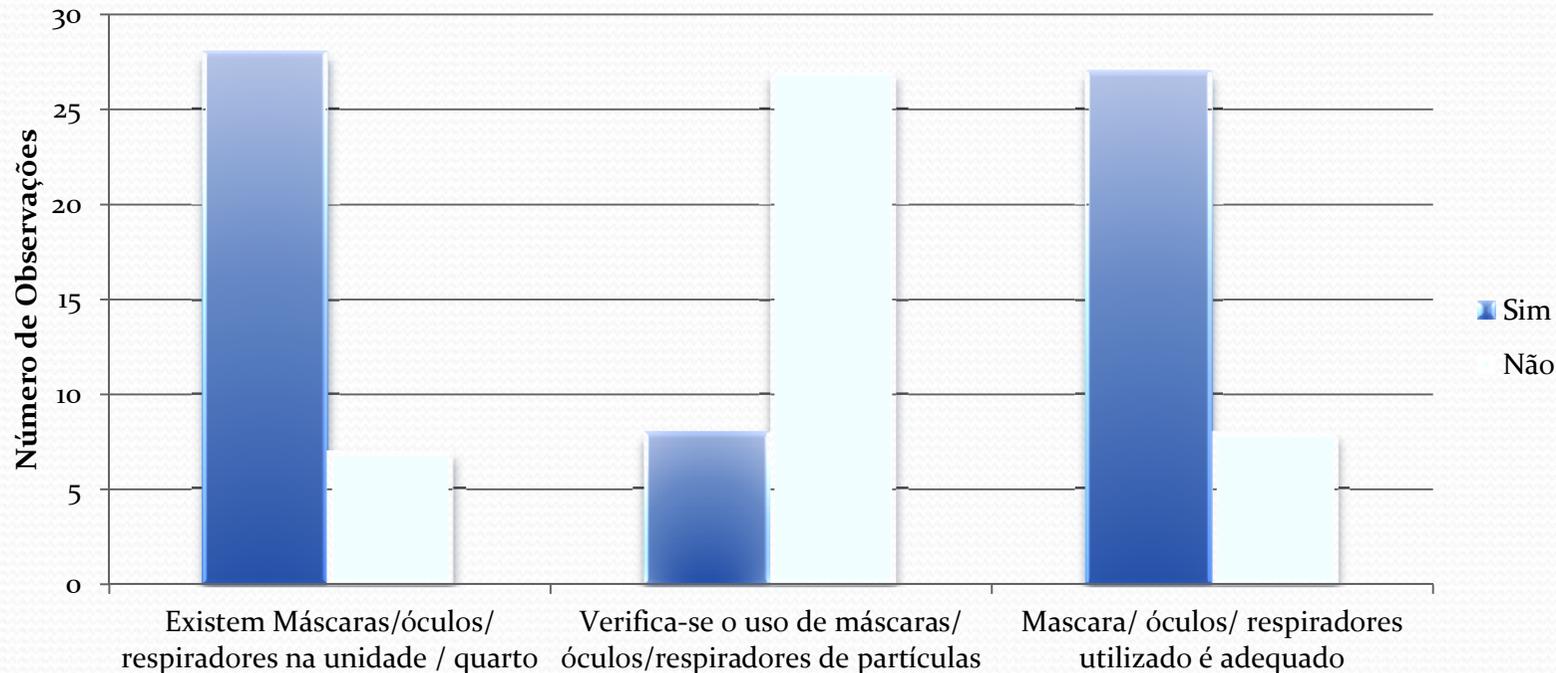
- Quanto ao uso de luvas estas foram utilizadas no total em 29 observações, no serviço de urgência verificou-se que não foram utilizadas em 6 observações, pelo que embora o tipo de luvas fosse adequado em 6 casos deveriam ter sido utilizados e não foram.
- Quanto ao cumprimento dos princípios a ter em conta no uso de luvas verificou-se que da totalidade de 35 apenas 21 enfermeiros lavam/higienizam as mãos antes de as colocar, e 28 destes lava/higieniza as mãos depois de as remover, quanto à sua muda entre procedimentos no mesmo doente, verificou-se que 17 destes usa as mesmas luvas.

Bata / Avental



- Verifica-se a existência de batas/ aventais na UDA e quarto de isolamento da medicina , nos outros quartos / unidades estas são retiradas do armário e colocadas em carro consoante a necessidade.
- Da totalidade das observações apenas foram usados em 7 dos doentes aventais / bata , o uso foi adequado quando utilizado mas é de referir que nunca foi utilizado este equipamento na urgência.

Máscaras/ Óculos/ respiradores



- Observou-se a existência de máscaras cirúrgicas e óculos na UDA e de máscaras cirúrgicas no quarto de isolamento de medicina.
- O uso de máscaras cirúrgicas foi observado em aspiração de secreções em 5 observações na urgência e 3 no serviço de medicina das restantes observações não foi utilizado .

Conclusão

- Depois de realizado o estudo, e após análise dos resultados obtidos, é possível inferir que a CCI tem um árduo trabalho, junto dos profissionais de saúde, no sentido de garantir o uso adequado do equipamento de proteção individual.
- No entanto, para uma intervenção mais consistente, seria necessário proceder a uma observação mais exaustiva, que integrasse todos os serviços da Instituição de Saúde em questão, no sentido de, por um lado, obter uma amostra mais significativa e, por outro, permitir uma comparação das práticas realizadas em diferentes serviços.

Bibliografia

Precauções Básicas e de Acordo com a Via de Transmissão
Prevenção da Transmissão de infeção, CHEVD, 2011

Preventing transmission of infectious agents
In Healthcare settings, CDC 2007

<http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/pdf/isolation2007.pdf>

OBRIGADA

