



Sónia Miranda

Relatório de Trabalho de Projeto

Suscetibilidade e Controle da Infecção no
Doente Neutropénico/Família

Relatório de Trabalho de Projeto apresentado para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, realizada sob a orientação científica da Professora Doutora Alice Ruivo e Enfermeira Especialista Paula Paramés

Junho, 2013

[DECLARAÇÕES]

Declaro que esta ~~Dissertação~~ / Trabalho de Projecto é o resultado de investigação orientada e independente. O seu conteúdo é original e todas as fontes consultadas estão devidamente mencionadas no texto, nas notas e na bibliografia.

O candidato,

Sónia Filipa Rosa Miranda

Setúbal, 14 de Junho de 2013.

Declaro que esta ~~Dissertação~~ / Trabalho de Projecto se encontra finalizado e em condições de ser apreciada(o) pelo júri a designar.

O(A) orientador(a),

AGS

Setúbal, 14 de Junho de 2013.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer à minha família (pais, irmão e cunhada) e a alguns amigos pelo apoio incondicional, pela compreensão e ajuda nos momentos mais difíceis. A uma pessoa muito importante que partiu durante a realização deste mestrado e sempre lutou para me proporcionar o melhor.

Aos meus colegas de trabalho e chefia do meu serviço pela disponibilidade, compreensão e colaboração durante a realização do curso.

Aos doentes e familiares que colaboraram através de sugestões para documentos de melhoria.

Gostaria ainda de agradecer à Enfermeira Paula Paramés, Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, pela disponibilidade e apoio, e à professora Doutora Alice Ruivo pela orientação e cooperação durante a construção e desenvolvimento deste trabalho.

RESUMO

O Doente Oncológico Neutropénico/Suscetível é uma realidade em muitos serviços, estado que associado a infeções oportunistas e a microrganismos multirresistentes consiste numa crescente preocupação nos dias de hoje. Uma eficaz prevenção e um eficiente controlo da infeção torna-se um desafio para todos os profissionais de saúde, principalmente quando o controle de custos e gastos deverá ser uma constante. Neste âmbito realizámos um projeto de intervenção no serviço, através da metodologia de projeto, onde foi feito um estudo de análise de opinião à equipa de enfermagem, numa amostragem de conveniência de quinze enfermeiros sendo aplicado um questionário com oito questões mistas. Neste estudo o principal objetivo prendeu-se com perceber a real preocupação e as necessidades sentidas por parte da equipa de enfermagem e, deste modo, delinear e traçar um projeto de melhoria que capacite a equipa de enfermagem na prestação de cuidados ao doente e família.

O enquadramento conceptual e a fundamentação teórica foi elaborada, assim como as restantes etapas da metodologia do projeto. O diagnóstico de situação, a delineação dos objetivos, o planeamento, bem como a execução e avaliação dos objetivos do projeto de intervenção no serviço são apresentados e analisados.

A Teórica Katharine Kolcoba foi enquadrada como base e suporte do trabalho.

As competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica e em situação crónica e paliativa, bem como as competências de mestre em enfermagem médico-cirúrgica são analisadas em paralelismo com os contributos teóricos dos semestres e a atividade em estágio.

Palavras-Chave

Competências; Infeção; Qualidade; Projeto; Suscetibilidade.

ABSTRACT

The Oncologic Neutropenic/ Susceptible patient is a reality in many services, that associated with opportunist infections and the microorganisms multiresistant consist nowadays of an increasing concern. An effective prevention and an efficient control of the infection becomes a challenge to all the health professionals, mainly when the control of costs and spent will have to be a constant. In this scope we accomplished a project of intervention in the service, through the project methodology, where a study of analysis of opinion to the nursing team was made, in a sampling of convenience of fifteen nurses being applied a questionnaire with eight mixed questions. In this study the main aim was to precept the real concern and the necessities felt on behalf of the nursing team and in this way delineating and tracing an improvement project that enables the team in the instalment of cares to the patient and its family.

The conceptual framing and the theoretical basis were elaborated, as well as the remaining stages of the methodology of the project. The situation diagnosis, the delineation of the aims, the planning, as well as the execution and evaluation of the aims of the project of intervention in the service is presented and analysed.

The Theoretician Katharine Kolcoba was fit as base and support of the work.

The common and specific abilities of the expert nurse in nursing persons who are in critical situation and nursing persons in chronic and palliative situation, as well as the abilities of master in medico chirurgical nursing semester's contributions of and professional experience are analysed in parallelism with the theoretical activity.

Key words

Abilities, Infection, Quality, Projet; Susceptibility

Siglas

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CCI – Comissão de Controlo de Infeção

CHKS – Caspe Healthcare Knowledge Systems

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção Geral de Saúde

EPE – Entidade Pública Empresarial

FMEA – Failure Mode And Effect Analysis

IACS – Infeção Associada aos Cuidados de Saúde

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

INSA – Instituto Nacional de Saúde, Dr. Ricardo Jorge

MC – Médico-Cirúrgica

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PEI – Plano de Emergência Interna

PEE – Plano de Emergência Externa

PG – Pós Graduação

PNCI - Programa Nacional de Controlo da Infeção

PIS – Projeto de Intervenção em Serviço

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RPN – Risk Priority Number

SAPE - Sistema de Apoio às Práticas de Enfermagem

WAPS - World Alliance for Patient Safety

Índice

Introdução	11
1. Enquadramento Conceptual e fundamentação teórica do trabalho de projeto	13
1.1. INFEÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE NA ATUALIDADE	25
1.1.1. Origem das Comissões de Controlo da Infecção (CCI)	25
1.1.2. Breve resenha histórica: o início da preocupação com a infecção	27
1.1.3. Fisiopatologia da Infecção	27
1.1.4. Vias de Transmissão.....	28
1.1.5. Fatores de Risco.....	29
2. Projeto de Intervenção em Serviço	31
2.1 CARACTERIZAÇÃO DO ALVO DO PIS.....	32
2.1.1. Caracterização do Serviço	33
2.2. O DOENTE ALVO DO PROJETO	34
2.3. INSTRUMENTOS PARA O DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO.....	37
2.3.1 Questionários.....	37
2.3.2. Análise Failure Mode And Effect Analysis (FMEA).....	38
2.4. PLANEAMENTO DO PIS.....	41
2.5. EXECUÇÃO E AVALIAÇÃO DO PIS	46
3. Análise crítica à luz de competências	50
3.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA	51
3.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E DO MESTRE EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA	54
4. Síntese das aprendizagens	71
Referências Bibliográficas	74
Apêndices	82
APÊNDICE I – CARTA DE PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO Á ENFERMEIRA CHEFE DO SERVIÇO DE ONCOLOGIA, HEMATOLOGIA, ENDOCRINOLOGIA E HOSPITAL DE DIA	83
APÊNDICE II – QUESTIONÁRIO APLICADO À EQUIPA DE ENFERMAGEM	85
APÊNDICE III – ARTIGO CIENTIFICO DOENTE ONCOLÓGICO NEUTROPÉNICO/SUSCETIVEL: UMA PREOCUPAÇÃO, UMA REALIDADE	90
APÊNDICE IV – FMEA EM CASO DE DOENTE NEUTROPÉNICO EM INTERNAMENTO... ..	104
APÊNDICE V – FMEA EM CASO DE DOENTE NEUTROPÉNICO INFETADO EM INTERNAMENTO	106
APÊNDICE VI – FMEA PARA REGIME AMBULATORIO	108
APÊNDICE VII – PLANEAMENTO DO PIS.....	111
APÊNDICE VIII – CRONOGRAMA DE ATIVIDADES/ESTRATÉGIAS.....	117
APÊNDICE IX – SINALETICA DE ISOLAMENTO PROTETOR DO DOENTE NEUTROPÉNICO/IMUNOCOMPROMETIDO	119
APÊNDICE X – SINALETICA DE ISOLAMENTO CONTENÇÃO NA FONTE.....	121
APÊNDICE XI – SINALETICA DE ISOLAMENTO POR IODO 131	123
APÊNDICE XII – NORMA DE PROCEDIMENTOS NO ISOLAMENTO PROTETOR DO DOENTE NEUTROPÉNICO/IMUNOCOMPROMETIDO	125
APÊNDICE XIII – NORMA DE PROCEDIMENTO ISOLAMENTO DE CONTENÇÃO NA FONTE	129

APÊNDICE XIV – ANÁLISE DE SITUAÇÃO PROBLEMÁTICA EM CONTEXTO DE SUPERVISÃO DE CUIDADOS	135
ANEXO	146
ANEXO I – FOLHETO NEUTROPÊNIA.....	147
ANEXO II FOLHETO ISOLAMENTO DE CONTENÇÃO.....	150
ANEXO III - PLANTA DE EMERGÊNCIA PISO 8	153

Índice de Tabelas

Tabela nº1 – Numero de sessões em Hospital de Dia 2009-2011.....34

Tabela nº 2 – Taxas de Prevalência de Infecção (%) IACS.....35

Índice de Gráficos

Gráfico nº1 - Numero de Infeções no ano de 2010 no Serviço de Hematologia,
Oncologia, Endocrinologia e Hospital de Dia 36

Gráfico nº 2 - Número de Infecções no ano de 2011 no Serviço de Oncologia,
Hematologia, Endocrinologia e Hospital de Dia..... 36

Introdução

Este documento consiste no Trabalho de Projeto, que se encontra inserido no âmbito do 1º Mestrado em Enfermagem Médico – Cirúrgica (MC), na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. Visa uma análise sobre o trabalho desenvolvido no Estágio, nomeadamente o Projeto de Intervenção no Serviço (PIS), bem como uma reflexão acerca das competências comuns e específicas do especialista e do Mestre em enfermagem médico-cirúrgica. Neste documento, vai também ser feita uma reflexão crítica das matérias lecionadas ao longo dos semestres do Mestrado e apresentado um artigo científico o qual se baseia no Relatório de Estágio III do 3ºSemestre mas realizado no 2ºSemestre a pedido pessoal. Ao estágio I e ao 3ºSemestre do Mestrado foi facultada a equivalência com a Pós Graduação (PG) em Enfermagem MC – Opção Paliativos realizada em 2007, onde foi desenvolvido um trabalho relativo às metodologias de trabalho no cuidar do doente oncológico. Assim, foi feito um pedido formal ao Conselho Técnico-Científico para realizar o Estágio II (parcial) e o Estágio III e deste modo cumprir com o desenvolvimento do PIS e da análise crítica sobre a aquisição/aprofundamento das competências comuns e específicas, com base no estágio realizado na PG e no Mestrado.

No estágio, realizado num Hospital da Península de Setúbal, Serviço de Oncologia, Hematologia, Endocrinologia e Hospital de Dia, foi desenvolvido um Projeto de Intervenção em Serviço (PIS) recorrendo à Metodologia de Projeto e uma Reflexão Crítica sobre a aquisição/aprofundamento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, nomeadamente em Pessoa em Situação Crítica e em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa. O 3ºSemestre decorreu entre 15 de março e 19 de julho de 2012 e foram vários os módulos pertencentes à unidade curricular Enfermagem Médico-Cirúrgica II, que serão analisados, nomeadamente os respeitantes ao Seminário de Peritos II, Supervisão de Cuidados, Cuidados ao Cliente em Fim de Vida, Questões Éticas Emergentes em Cuidados Complexos e Espiritualidade e Cuidados de Enfermagem.

Como objetivos para este Trabalho de Projeto, pretendo:

- Enquadrar conceptualmente a enfermagem médico-cirúrgica e a situação problema utilizada para o PIS;
- Fundamentar as escolhas e as análises realizadas;
- Fundamentar o modelo teórico de Katharine Kolcoba na prática clínica;
- Apresentar o PIS, nos diferentes âmbitos (diagnóstico de situação, objetivos, planeamento, cronograma de atividades, e execução)
- Avaliar os objetivos do PIS concretizados;
- Analisar as aprendizagens e o desenvolvimento à luz das competências comuns do Enfermeiro Especialista e específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica e em Situação Crónica e Paliativa;
- Analisar as competências do Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica;
- Analisar os contributos teóricos lecionados;
- Demonstrar e refletir sobre enriquecimento pessoal e objetivos futuros.

O relatório de trabalho de projeto encontra-se estruturado em quatro fases, sendo a primeira relativa ao enquadramento conceptual e fundamentação teórica que rege a forma de pensar, ver e desenvolver enfermagem. Ainda neste primeira fase é abordada também a área de desenvolvimento do PIS, ou seja, o âmbito da Suscetibilidade e Controlo da Infeção no Doente Oncológico Neutropénico. Numa segunda fase é apresentado o Projeto PIS, com o diagnóstico de situação, objetivos traçados, a planificação do projeto, o cronograma de atividades, assim como, uma avaliação do que já foi realizado. A terceira fase pretende descrever a reflexão e análise relativa às competências comuns e específicas do enfermeiro especialista e do mestre em enfermagem médico-cirúrgica, assim como o contributo dos aportes teóricos do semestre. Na quarta fase é feita uma reflexão, em título conclusivo que pretende fazer uma síntese e uma análise dos objetivos inicialmente propostos, limitações e dificuldades na concretização do presente documento, bem como orientações futuras. A pesquisa bibliográfica, foi feita com base em fontes como a Ovid.SP, ÍndexRMP, Pubmed, Medline, Cuiden. As referências bibliográficas seguem a norma da APA – American Psychological Association.

1. Enquadramento Conceptual e fundamentação teórica do trabalho de projeto

No enquadramento conceptual fizemos uma seleção dos livros, legislação e artigos sobre a infeção e as Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS), procurando documentos com ligação à neutropenia e suscetibilidade à infeção nos doentes oncológicos. Fizemos uma seleção com princípios de evidência científica, com uso de palavras-chave e critérios de exclusão. Recorremos a algumas bases de dados, assim como a centros de documentação de escolas de enfermagem. Outros documentos que suportam e regulam a profissão, foram analisados para permitir a fundamentação do trabalho de projeto. Deste modo, falar da concretização de um projeto de intervenção em serviço e de análise de competências, só faz sentido se previamente for feito um enquadramento dos principais conceitos que envolvem todo o projeto, bem como um referencial teórico que orienta o pensamento e o agir.

Neste contexto surge a teórica com que identificamos a prática, que norteia o nosso agir e a nossa práxis. Katharine Kolcoba e a Teoria do Conforto, traduzem a ação da enfermagem com base no conforto que é definido “como a condição experimentada pelas pessoas que recebem as medidas de conforto”(Dowd, 2004, p.484). Segundo Kolcaba resulta da satisfação das necessidades de conforto, alívio, tranquilidade e transcendência, nos vários contextos: físico, psico-espiritual, social e ambiental. É uma teoria de médio alcance, pelo que propõe “efeitos menos abstractos do que as grandes teorias e mais específicas para a prática (...) são próprias da prática de enfermagem e especificam a área da prática, diversidade etária do doente, acção ou intervenção de enfermagem e efeito proposto” (Tomey & Alligod, 2004, p.421).

Aprofundando e transpondo a teoria para a minha prática, considero que esta pode ser aplicada aos doentes oncológicos, nos vários estádios da doença, incluindo a fase abordada no PIS de neutropenia/suscetibilidade à infeção e todos os outros sintomas, a necessitar de controlo e medidas de conforto. Pacheco (2004) diz que cuidar de um doente em fase terminal pode ser “simplesmente não tratar e passar apenas a assegurar cuidados de manutenção para alívio da dor,

cuidados de higiene e conforto, e companhia”. O conforto é sem dúvida um conceito usado em variadas circunstâncias, fazendo parte da linguagem usual do enfermeiro. Segundo Kolcaba (Dowd, 2004, p.482) que cita Florence Nightingale, “Nunca se deve perder de vista para que serve a observação. Não é para procurar informações diversas ou factos curiosos, mas para salvar a vida e aumentar a saúde e o conforto”. Ainda Nightingale (2005, p.132), no seu livro Notas sobre Enfermagem, diz que “o alívio e o conforto, sentidos pelo doente após a sua pele ter sido cuidadosamente lavada e enxaguada, é uma das mais comuns observações feitas pelo doente acamado (...) o alívio e o conforto obtidos, de facto, nada mais são do que um sinal de que as forças vitais foram auxiliadas pela remoção de alguma coisa que as oprimia”.

Kolcaba durante a investigação sobre o conceito de conforto, suportou-se em vários autores, reforçando a sua utilização na enfermagem. Dowd (2004) fazendo referencia à investigação de Kolcaba diz que entre 1900 e 1929 o conforto foi objeto central da enfermagem, na medida em que era propício à recuperação. Ainda Dowd citando Aikens, diz que nada poderia ser ignorado e que a capacidade para colocar o doente confortável traduzia a habilidade e a personalidade de uma enfermeira. Deste modo, o conforto conseguido e proporcionado engloba a componente física e mental. Watson por outro lado, defende que as enfermeiras têm a possibilidade de proporcionar e manter o conforto através de intervenções ambientais (Dowd, 2004).

Após a análise do conceito, Kolcaba baseou-se em quatro teóricos de enfermagem para fundamentar a sua teoria (Dowd, 2004, p.483): Ida Orlando (1961) ao afirmar que as enfermeiras proporcionam **alívio** às necessidades manifestadas pelos doentes; Virgínia Henderson (1966) sintetiza a **tranquilidade**, descrevendo catorze necessidades básicas que se devem manter em homeostase; e Paterson e Zderad, que usam a **transcendência** para descrever a capacidade em ultrapassar as dificuldades com a ajuda das enfermeiras.

De seguida é feita referência aos três tipos de conforto, aos diferentes contextos e aos principais conceitos defendidos por Kolcaba em ligação à prática.

Segundo Kolcaba os três tipos de conforto (Dowd, 2004, p.485 e Apóstolo, 2010) são:

- **Alívio** representando “a condição de uma pessoa que viu satisfeita uma necessidade específica”;
- **Tranquilidade** como um “estado de calma ou contentamento”;
- **Transcendência** como a “condição na qual um indivíduo suplanta os seus problemas ou sofrimento”.

Hamilton referenciado por Dowd (2004) avaliou a perspectiva dos doentes no conceito de conforto, numa unidade de cuidados paliativos. O alívio da dor foi o tema mais frequente, contudo, os doentes também referiram aspetos como mobiliário adequado, e a “sensação de ser independente, encorajado, útil e de valer a pena”.

O conforto é assim um conceito multidimensional, que vai muito além do alívio da dor.

É neste tipo de enquadramento que vejo a enfermagem e que pratico os meus cuidados, o que provavelmente deriva da minha experiência e formação em cuidados paliativos. O **alívio** pode assim ser entendido e conseguido pelo controlo sintomático (dispneia, astenia, adinamia, náusea, sudorese, etc.) proporcionado à pessoa; a **tranquilidade** como um dos objetivos fundamental dos cuidados paliativos, proporcionado um estado de calma, serenidade e bem-estar, e a **transcendência** como uma forma de adaptação do doente à sua condição de saúde, de aceitação da situação e da resolução de problemas pendentes.

Kolcaba define ainda os vários contextos nos quais o conforto é experimentado (Dowd, 2004, p.485): **Físico**, “pertencente às sensações do corpo”; **Psico-espiritual**, “pertencente à consciência interna de si próprio, incluindo a auto estima, o conceito de si mesmo, a sexualidade e o significado da vida; relação com uma ordem ou um ser mais elevado”; **Ambiental**, “pertencente ao meio, às condições e influências externas”; **Social** “pertencente às relações interpessoais familiares e sociais”.

Relacionando com a prática e interligando com os contextos onde é experimentado o conforto pode ser definido como: **físico**, no que diz respeito à dor característica no doente oncológico, à astenia, mal-estar, sudorese relacionada com a febre, etc.; **psico-espiritual**, na adaptação com as alterações da autoimagem, o retomar a autoestima, encontrar um sentido para a vida, uma aceitação do inevitável; **ambiental**, na adaptação ao meio externo, muitas vezes

o ambiente ou o contexto hospitalar e o **social**, relacionado com as alterações do papel no núcleo familiar e na sociedade, com amigos e colegas de trabalho.

Os principais conceitos definidos por Kolcaba (Dowd, 485-486) são: **Saúde** como um “funcionamento óptimo”, definido pelo doente, família ou comunidade; **Doente**, como o indivíduo, família ou comunidade que necessitam de cuidados de saúde; **Ambiente**, representa “qualquer aspecto do doente, família ou meios institucionais que podem ser manipulados pela (s) enfermeira (s) ou pelos entes queridos para melhorar o conforto”; **Enfermagem**, “é a apreciação intencional das necessidades de conforto, a concepção das medidas de conforto e a reapreciação dos níveis de conforto, após a implementação, comparando com a anterior linha de base (Dowd, 2004, p.485). Estas podem ser intuitivas e/ou subjetivas, quando a enfermeira questiona o doente se este está confortável, ou objetivas, através da observação da postura e comportamento do doente, do processo de cicatrização de lesões, ou fatores analíticos (Dowd, 2004, p.485).

Assim sendo, na Teoria do Conforto de Kolcaba é possível fazer um paralelismo com o enquadramento conceptual dos Padrões de Qualidade, em que na **Saúde** por Kolcaba existe um “funcionamento óptimo”, o que se pode entender como um “estado de equilíbrio que se traduz no controlo do sofrimento, no bem-estar físico e no conforto emocional, espiritual e cultural” (Ordem dos Enfermeiros, 2001, p.8). O **Doente**, que Kolcaba identifica como um dos alvos das medidas de conforto, podendo ser alargado à família, instituições e comunidades, encontra-se relacionado com o alvo definido nos Padrões de Qualidade que diz que “o exercício profissional da enfermagem centra-se na relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa ou de um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidades)”. O **Ambiente**, que Kolcaba defende ser passível de ser alterado pelos enfermeiros ou outros para melhorar o conforto, pode ser descrito nos Padrões como um dos objetivos dos enfermeiros em que “necessitam de focalizar a sua intervenção na complexa interdependência pessoa/ambiente” (ibidem, p.8). A **Enfermagem** de Kolcaba pode ser equiparado aos cuidados de enfermagem descritos nos Padrões de Qualidade em que “as intervenções de enfermagem são prescritas de forma a evitar riscos, detectar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados” (ibidem, p.8).

A Ordem dos Enfermeiros (OE) que coloca a qualidade como um dos seus desígnios, definiu em 2001 os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem e os seus enunciados descritivos que devem ser cumpridos e reger a atuação dos enfermeiros diariamente. Tal como refere Ribeiro et al (s.d) definir *qualidade* torna-se complicado, dado que este é um conceito subjetivo que pode assumir diferentes significados consoante a sua origem: **política**, onde se pretende a satisfação da população; **gestora** e a preocupação com os gastos económicos; **prestadora de cuidados**, falando-se em condições de trabalho, onde se incluem recursos humanos e materiais suficientes ou ainda origem nos **doentes**, quando se fala na acessibilidade aos cuidados, relações interpessoais gratificantes, etc..

Os Padrões de Qualidade, foram criados com vista à obtenção da melhoria da qualidade dos cuidados e definição de ganhos em saúde, indo ao encontro do objetivo descrito no Estatuto da ordem dos Enfermeiros em que é fundamental “(...)promover a defesa da qualidade dos cuidados de Enfermagem prestados à população bem como o desenvolvimento, a regulamentação e o controlo do exercício da profissão de enfermeiro, assegurando a observância das regras de ética e deontologia profissional” (Decreto-Lei nº104, 1998, p.1741).

Assim, é com base em quatro conceitos chave – Saúde, Pessoa, Ambiente e Cuidados de Enfermagem – que emergem seis enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, sendo eles, a satisfação do cliente; a promoção da saúde; a prevenção das complicações; o bem-estar e o auto cuidado; a readaptação funcional e a organização dos cuidados de enfermagem. No que diz respeito aos quatro conceitos, a Ordem dos Enfermeiros (2001, p.6-8) defini-os da seguinte forma: **Saúde** é “o estado e, simultaneamente, a representação mental da condição individual, o controlo do sofrimento, o bem-estar físico, e o conforto emocional e espiritual”; **Pessoa** é um “ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos de natureza individual, o que torna cada pessoa num ser único, com dignidade própria e direito a auto-determinar-se”; **Ambiente**, como aquele em que “as pessoas vivem e se desenvolvem é constituído por elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais, que condicionam e influenciam os estilos de vida que se repercutem no conceito de

saúde” e os **Cuidados de Enfermagem** focalizados na “promoção de projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue (...) ajudam a pessoa a gerir os recursos da comunidade em matéria de saúde (...) Na gestão dos recursos de saúde, os enfermeiros promovem, paralelamente, a aprendizagem da forma de aumentar o reportório dos recursos pessoais, familiares e comunitários (...)”.

Os Padrões de Qualidade além de nortear toda a ação dos enfermeiros e servirem de referencial ao exercício profissional de cada um, são desde 2005 objetivo da O.E. para que sejam também compromisso das instituições prestadoras de cuidados. Este projeto pretende: “contribuir para a implementação e para o desenvolvimento de sistemas de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional e da qualidade dos cuidados, através da apropriação, pelos enfermeiros, dos padrões de qualidade e do envolvimento das organizações prestadoras de cuidados de saúde onde os enfermeiros desenvolvem a sua atividade profissional” (Ordem dos Enfermeiros, 2006, p.1). Com vista a cumprir a referida meta, diversos profissionais receberam formação, a qual enfatizou as premissas definidas nos Padrões de Qualidade, na importância dos programas de melhoria contínua, nos Sistemas de Informação em Enfermagem e na CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem). A chefe do serviço é um dos elementos envolvidos, que por pertencer igualmente ao Grupo de Qualidade do Hospital, tem procurado motivar os seus colaboradores e investir na melhoria das áreas de qualidade. Exemplos disso são o Projeto de Prevenção e Tratamento de Úlceras de Pressão e Feridas Fungóides, que implementei numa fase inicial e que mais recentemente foi alvo de revisão e reformulação com colaboração de algumas colegas, assim como, o Projeto de melhoria de registos SAPE, com auditorias frequentes nas quais também faço parte com outra colega. Poderão ainda ser referidos outros projetos em áreas como: Prevenção de Quedas, Segurança do Medicamento, Satisfação dos Doentes, Registos de Enfermagem Eletrónicos SAPE em Ambulatório, Prevenção da Infeção em Acesso Venoso Periférico, os quais foram sendo distribuídos pela equipa, conforme o projeto pessoal e profissional de cada um. Além destes projetos, o serviço, desde o ano de 2012, o serviço encontra-se envolvido no processo de acreditação pelo CHKS, dando resposta a critérios de qualidade. Neste âmbito, também assumo um papel ativo, pois juntamente com

outra colega que também faz auditoria a processos SAPE, constituímos os elementos de referência e dinamizadores que, em estreita ligação com a chefia, coordenam o processo de reformulação, construção e implementação de melhorias da qualidade, dando resposta aos vários critérios do CHKS. O Domínio da Melhoria da Qualidade, o qual se constitui como uma das competências comuns do enfermeiro especialista, assim como a competência de mestre em enfermagem médico-cirúrgica: **“inicia, contribui para e/ou sustenta investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência”** e **“integra equipas de desenvolvimento multidisciplinar de forma proactiva”** (Nunes & Ruivo, 2011, p. 4-5), são competências a desenvolver, sendo que, a frequência do mestrado tem permitido esse investimento, através do estágio e da realização do PIS, com a pesquisa realizada e com a envolvimento dos enfermeiros do serviço.

O último trimestre de 2012 foi bastante trabalhador na reestruturação de alguns procedimentos, na implementação de novas diretrizes e na articulação com outros elementos da equipa multidisciplinar. Todas estas alterações vão de encontro aos enunciados descritivos que de seguida serão analisados.

Os enunciados descritivos elaborados pela O.E., tal como refere Ribeiro et al. (s.d.) têm o “intuito de uniformizar e ajudar as respetivas unidades de cuidados na obtenção da máxima qualidade de cuidados no exercício profissional, no sentido de estimular os enfermeiros a refletir e procurar novas formas de fazer e fazer melhor, com os recursos disponíveis (...)”. Estes traduzem a procura da excelência no exercício, quando referem que (Ordem dos Enfermeiros, 2001):

- Na satisfação do cliente: **“(...) o enfermeiro persegue os mais elevados níveis de satisfação dos clientes”** (p.11). Está implícito o respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos do doente e a constante empatia na interação. O processo de cuidados deve ser construído e planeado com o doente e cuidadores significativos, diminuindo assim o impacto motivado pelo internamento. Esta é uma grande área de abordagem no Manual do CHKS e á qual é atribuída uma elevada importância.

- Na promoção da saúde: **“(...)o enfermeiro ajuda os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde”** (p.12), sendo para isso crucial identificar e avaliar as condições de saúde da população e os recursos existentes no doente,

família ou comunidade; promover estilos de vida saudáveis em toda e qualquer oportunidade; promover o potencial de saúde do doente por meio de uma adaptação aos processos de vida, crescimento e desenvolvimento e o fornecer informação promotora da aprendizagem cognitiva e capacitação.

- Na prevenção de complicações: **“(...) o enfermeiro previne complicações para a saúde dos clientes”**, (p.12), existindo como elementos fundamentais a identificação precoce de possíveis problemas ou complicações na área de competência do enfermeiro, prescrevendo, implementado (em rigor técnico/científico) e avaliando as intervenções necessárias para evitar ou minimizar efeitos indesejáveis; a referenciação de situações problemáticas para outros profissionais de saúde envolvidos no processo de cuidados; a vigilância/supervisão das atividades delegadas e que efetivam as intervenções, assim como a responsabilização de todas as atividades, que executa e delega, bem como as decisões tomadas. Intimamente ligado a este enunciado descritivo, encontra-se o tema base do PIS relativo à problemática da prevenção e controlo da infeção, sendo da competência do enfermeiro especialista a implementação de medidas, estratégias e de um plano de prevenção e controlo da infeção com base em evidência científica, assim como a formação e a promoção dos outros profissionais no cumprimento e implementação de todas as medidas necessárias.

- No bem-estar e no autocuidado: **“(...) o enfermeiro maximiza o bem-estar dos clientes e suplementa / complementa as actividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente”** (p.13). Para isso identifica os problemas/necessidades do doente, prescrevendo, implementando e avaliando as intervenções necessárias para promover o bem-estar e complementar/substituir o doente nas atividades para as quais este se encontra dependente.

- Na readaptação funcional: **“(...) o enfermeiro conjuntamente com o cliente desenvolve processos eficazes de adaptação aos problemas de saúde”**(p.14). É fundamental a continuidade na prestação de cuidados, com um planeamento para a alta focado nas necessidades dos doentes e maximizando os recursos disponíveis na comunidade, com uma capacitação dos doentes e cuidadores para uma correta gestão do regime terapêutico prescrito, contemplando o ensino, instrução e treino necessários para uma adaptação às alterações funcionais decorrentes da doença.

- Na organização dos cuidados de enfermagem: **“(...) o enfermeiro contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem”** (p.15). É essencial existir um quadro de referências, um sistema de melhoria contínua da qualidade e registos de enfermagem que reúna as informações, as necessidades do doente, as respetivas intervenções de enfermagem e os resultados altamente sensíveis às ações de enfermagem. A satisfação profissional dos enfermeiros relativamente à qualidade e rácio são também elementos importantes, assim como, a ênfase numa política de formação e atualização contínua promotora do desenvolvimento e da qualidade.

Alem dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem definidos em 2001, foram decididos pelo Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica da O.E. os padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica em 2011 (Ordem dos Enfermeiros, 2011). Também estes pretendem nortear e referenciar uma prática especializada. Os enunciados descritivos neste caso recaem nos seguintes aspetos: satisfação do cliente; promoção da saúde; prevenção de complicações; bem-estar e auto cuidado; readaptação funcional; organização dos cuidados e prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados.

Na satisfação do cliente: **“(...) o enfermeiro especialista procura os mais elevados níveis de satisfação da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica”** (p.4). É pedido ao enfermeiro especialista que colabore minimizando o impacto negativo que ocorre durante uma situação de doença crítica, por meio da utilização de uma boa comunicação, recorrendo a técnicas de interação facilitadoras com doente e família e de uma atuação completa, precisa e eficiente direcionado aos problemas reais e sentidos no momento.

Na promoção da saúde: **“(...) o enfermeiro especialista promove a saúde da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica”** (p.4). Objetiva-se a promoção do potencial de saúde, onde o enfermeiro especialista colabora com a pessoa em situação crítica na aprendizagem cognitiva e na construção de novas capacidades, com a análise dos ganhos no doente e família no decorrente da situação crítica presente e futuras.

Na prevenção de complicações: **“(...) o enfermeiro especialista previne complicações para a saúde da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica”** (p.5). Muito similar ao enunciado descritivo do enfermeiro de cuidados gerais, com a especificidade, é requerido ao enfermeiro especialista que intervenha na identificação precoce, prescrição de intervenções especializadas com rigor técnico/científico, bem como na supervisão e responsabilização pelas decisões tomadas e delegadas pelo enfermeiro especialista. A referenciação para outros profissionais dentro da equipa multidisciplinar e para outros enfermeiros especialistas é também desejável. A execução de cuidados técnicos de alta complexidade, a gestão de protocolos terapêuticos complexos e a atuação eficaz e eficiente em medidas de suporte avançado de vida, são também características esperadas aos enfermeiros especialistas.

No bem-estar e no auto cuidado: **“(...) o enfermeiro especialista maximiza o bem-estar dos clientes e suplementa/complementa as actividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente”** (p.6). Para isto o enfermeiro deverá recorrer ao rigor técnico/científico para implementar intervenções especializadas, responsabilizando-se pelas decisões tomadas, seus atos, e supervisão das atividades delegadas. A referenciação de situações problemáticas a outros elementos da equipa e uma correta gestão em áreas como o controlo eficaz da dor, através da sua monitorização e da aplicação de protocolos terapêuticos, assim como o apoio emocional ao doente e família recorrendo à relação de ajuda nomeadamente nos campos inerentes ao processo de luto e dignificação da morte, são também atribuídos ao enfermeiro especialista.

Na readaptação funcional: **“(...) o enfermeiro especialista conjuntamente com o cliente desenvolve processos eficazes de adaptação aos problemas de saúde”** (p.6). É fundamental a continuidade dos cuidados especializados, com um planeamento de alta de acordo com as necessidades e com uma eficaz divulgação e mobilização dos recursos existentes na comunidade. O ensino, a instrução e o treino são requeridos ao enfermeiro especialista na ajuda à pessoa em situação crítica à readaptação funcional.

Na organização dos cuidados Especializados: **“(...) o enfermeiro especialista assegura/garante a máxima eficácia na organização dos**

cuidados de enfermagem especializados” (p.7). Neste ponto centra-se a existência de um quadro de referências, de um sistema de melhoria contínua da qualidade e de registos de enfermagem, com focos de cuidados e intervenções de enfermagem especializadas, além da avaliação dos resultados sensíveis com indicadores de enfermagem direcionados à pessoa em situação crítica. Outros elementos importantes são a satisfação dos enfermeiros especialistas no que respeita à qualidade do exercício e à dotação, a existência de uma política de formação contínua, de metodologias de organização de cuidados que sejam promotoras do desenvolvimento profissional e da qualidade das intervenções especializadas, com respostas eficazes e eficientes em situação de catástrofe ou emergência multi-vítima. Igualmente importante é a revisão de guias de boas práticas e a existência de uma metodologia de triagem com prioridades clínicas no âmbito da pessoa em situação crítica.

Na prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados: **“(...) face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações e à necessidade de utilização de múltiplas medidas invasivas, o enfermeiro especialista maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção”** (p.7). É requerido ao enfermeiro especialista o envolvimento na construção de um plano de prevenção e controlo da infeção com base em evidência científica, a participação na escolha de estratégias de prevenção e controlo de infeção através de projetos a implementar nos serviços/unidades. A liderança em projetos de prevenção e controlo da infeção, com procedimentos e circuitos definidos face às vias de transmissão na pessoa em situação crítica, assim como a capacitação de outros profissionais nesta área de cuidados.

Neste último enunciado descritivo está mencionada toda a essência do trabalho de projeto e do projeto de intervenção no serviço proposto no mestrado em enfermagem médico-cirúrgica.

Estes enunciados descritivos, assim como, aspetos relativos à contextualização e conceitos da Enfermagem Médico-Cirúrgica (MC) foram abordados no módulo relativo ao Enquadramento Conceptual de Enfermagem MC, durante o 2º semestre, inserido na Unidade Curricular (UC) com o mesmo nome. A Docente deste módulo fez uma abordagem histórica e um enquadramento jurídico-legal do Grau de Mestre e da Especialidade. O percurso

e desenvolvimento nacional da enfermagem M.C. foram aprofundados, assim como o perfil de ação e os vários contextos de prestação de cuidados. Foi abordada a Proposta de Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa, a qual foi aprovada sem alterações em Assembleia Geral da OE, a 22 de Outubro de 2011. As várias Teóricas e Teorias de Enfermagem e o modo como estas prevêm, explicam e descrevem fenómenos da enfermagem, foram também abordados.

Fortemente associado ao domínio da melhoria da qualidade descrito nas competências comuns do enfermeiro especialista, surgiram a existência de Guias Orientadores da Boa Prática de Cuidados de Enfermagem, desenvolvidos com a prática baseada na evidência e com o aprofundar da investigação em enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2007). Estes guias permitem a prestação de cuidados coerentes e uniformes, com base em diretrizes fundamentadas e práticas recomendadas, logo cuidados mais seguros e eficazes.

Ao longo do trabalho de projeto foi usado o termo Doente em vez de Utente ou Cliente, aspeto justificado por este ser o mais usual em meio hospitalar e se adequar à teórica subjacente.

A Saúde em geral, e a Enfermagem em particular, está em constante identificação, adaptação e resolução de problemas que afetam a nossa sociedade. Trabalhar por metodologia de projeto faz todo o sentido, na medida em que através de etapas são traçados caminhos e objetivos a atingir. Foi neste âmbito que surgiu o tema, relativo ao Controlo da Infeção de abordagem para o PIS, de seguida desenvolvido.

É de salientar que muito se tem feito, sendo notórios grandes avanços no âmbito da prevenção e controlo da infeção, no entanto na minha realidade, e provavelmente em muitas outras, existe ainda um caminho para percorrer, na sensibilização e no reconhecimento desta crescente problemática, situação motivada pelo fato desta temática ter sido fruto de uma despreocupação e desresponsabilização por muitos anos. É com certeza um problema de saúde pública em que todos estamos envolvidos e temos um papel interveniente.

1.1. INFEÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE NA ATUALIDADE

O aumento do número de Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS), assim como a resistência dos microrganismos aos antimicrobianos em contexto hospitalar tem sido alvo de análise de vários especialistas e uma preocupação crescente de várias entidades de saúde. É considerado um problema de Saúde Pública, que começa a merecer uma atenção especial.

Considera-se assim a IACS, um conceito amplo de infeção, em que esta é “adquirida pelos doentes e profissionais, associada à prestação de cuidados, onde quer que estes sejam prestados, independentemente do nível dos cuidados (agudos, reabilitação, ambulatório, domiciliários) (Ministério da Saúde, 2008a). De forma a responder adequadamente a esta problemática foram criadas as Comissões de Controlo da Infeção (CCI), sendo fundamental compreender e perceber o seu percurso até aos dias de hoje.

1.1.1. Origem das Comissões de Controlo da Infeção (CCI)

Em 1988 foi desenvolvido o Projeto de Controlo de Infeção (1988-1998), o qual foi posteriormente transformado em Programa Nacional de Controlo de Infeção (PNCI) em 1999 (Pina, Silva e Ferreira, 2010). Este foi transferido para o Instituto Nacional de Saúde, Dr. Ricardo Jorge (INSA) em 2000, passando mais tarde em 2006, através do Despacho n.º 256/2006, para a Direcção-Geral da Saúde (DGS) na Direcção de Serviços de Qualidade Clínica, onde se encontra atualmente. A criação de Comissões de Controlo de Infeção (CCI) através do Despacho do Director-Geral da Saúde de 23-10-96 e, mais tarde, da Circular Normativa de 2007, preconizou a existência destas comissões em unidades de saúde públicas ou privadas, integradas na rede nacional de prestação de cuidados de saúde. Nestas comissões, o grupo de trabalho tem a responsabilidade de estudar e analisar os dados relativos à incidência e prevalência da infeção hospitalar, identificação das principais áreas problemáticas, e definição de estratégias de intervenção, no sentido de as evitar.

De acordo com o Manual de Operacionalização do PNCI, uma CCI consiste numa “equipa multidisciplinar de assessoria técnica do Órgão de Gestão das unidades de saúde com a missão de planear, implementar e monitorizar o Plano Operacional de Prevenção e Controlo da Infeção, de acordo com as

diretivas nacionais e regionais e as características e especificidades das unidades de saúde” (Ministério da Saúde, 2008a, p.5)

Desde 1970 que existe uma maior preocupação no controlo das infeções hospitalares, com o aparecimento de vários programas a nível nacional.

O PNCI tem como missão “melhorar a qualidade dos cuidados prestados nas unidades de saúde, através de uma abordagem integrada e multidisciplinar para a vigilância, a prevenção e o controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde” (PNCI acedido na www.dgs.pt). O PNCI definiu assim como linhas estratégicas “a organização, o registo e monitorização; a comunicação, procurando dotar as unidades de saúde de instrumentos facilitadores da melhoria da organização dos serviços, da prestação de cuidados e da medição de resultados” (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2011, p.20).

Como foi supra citado, o aumento do número de infeções e a resistência dos microrganismos aos antimicrobianos são uma inquietação, “Os internamentos prolongados não só aumentam os custos directos dos doentes ou dos pagadores como também os custos indirectos devidos a perda de produtividade. O aumento da utilização de fármacos, a necessidade de isolamento e o recurso a ulteriores estudos laboratoriais e outros meios diagnósticos, também contribuem para os custos” (INSA Dr. Ricardo Jorge, 2002).

Tal como está descrito no PNCI (Ministério da Saúde, 2007b, p.13) no âmbito da Concretização das Estratégias de Desenvolvimento Individual e Organizacional,, devem ser desenvolvidas algumas atividades e atingidas metas como: “Dinamizar a formação contínua de profissionais de saúde sobre o risco, prevenção e controlo da IACS; Promover uma campanha para a higiene das mãos e estimular o consumo de soluções anti-sépticas de base alcoólica; Incrementar políticas de racionalização de utilização de antimicrobianos (antibióticos, anti-sépticos e desinfetantes); Normalizar a realização sistemática de auditorias internas aos procedimentos e às estruturas mais relevantes para prevenção e controlo da IACS”, entre outras. As metas até 2013 são várias, mas saliento duas que pressupõem que “90% dos profissionais de saúde de prestação directa de cuidados terão formação em áreas prioritárias da prevenção e controlo de infecção” e exista um “reforço da comunicação interinstitucional no que se

refere à prevenção e controlo da IACS, nomeadamente na prevenção da infecção por estirpes multi-resistentes”.

1.1.2. Breve resenha histórica: o início da preocupação com a infeção

Abordar as entidades e programas nacionais de prevenção da infeção, não tem qualquer sentido sem se falar do chamado “pai da infeção”. O médico húngaro, Ignaz Semmelweis, nasceu em Budapeste em 1818, estudou e doutorou-se em 1844. Posteriormente foi nomeado como assistente na Primeira Clínica Obstétrica do Allgemeine Krankenhaus e, devido ao elevado numero de mortes, desenvolveu um estudo epidemiológico e uma teoria, concluindo que as mortes de mulheres depois do parto se dava por erro médico, por não estar presente uma correta lavagem das mãos antes de se examinar as mulheres (Fernandes, s.d.).

Também Florence Nightingale considerada a “fundadora da enfermagem moderna” (Nightingale, 2005, p.7), já na Guerra da Crimeia se preocupava com as medidas de higiene e o ambiente físico para a recuperação dos doentes.

Abordar a origem da preocupação, encaminha-nos para a epidemiologia das infeções e o aprofundar da palavra. A epidemiologia resulta do Grego *epi*, que significa “sobre”, *demos* de “povo” e *logos* que significa “o estudo de” (Stone et al., p.2 e Wilson, 2003). Esta ciência pretende assim estudar as doenças e a situação de saúde-doença das populações. O conhecimento dos microrganismos, onde se alojam e a forma como se disseminam permite a adoção de estratégias de prevenção.

1.1.3. Fisiopatologia da Infeção

O corpo humano serve de habitat a uma grande variedade de microrganismos, a chamada flora microbiana normal, que com ele co-habitam sem lhe causar prejuízo. Um distúrbio ocasiona a infeção, que se caracteriza por uma “invasão e a multiplicação dos microrganismos dentro ou nos tecidos do corpo, produzindo sinais e sintomas e também uma resposta imunológica”(Carmagnani, 2000, p.79).

Os vários procedimentos e técnicas invasivas, como a algaliação e a punção venosa, em meio hospitalar, constituem momentos oportunos à entrada

de microrganismos e a originar a infeção. Deste modo, os doentes neutropénicos, devido à suscetibilidade do hospedeiro, merecem aqui especial atenção porque são alvos fáceis de agentes patogénicos oportunistas.

No que se refere ao tipo de transmissão e à sua origem, esta pode ser uma fonte exógena, considerando-se a infeção cruzada (Wilson, 2003, p.42). Como fontes exógenas encontram-se os profissionais prestadores de cuidados de saúde, os familiares e outras visitas, equipamentos médicos, dispositivos e o ambiente envolvente. Se, por um lado, for o caso de uma infeção por um microrganismo que esteja colonizado numa zona do hospedeiro e o contamine, dá-se o nome de infeção endógena ou auto – infeção (Wilson, 2003). No caso de doentes neutropénicos ou suscetíveis torna-se complicado identificar se a causa de uma infeção é endógena ou exógena, contudo é fundamental a identificação da fonte de infeção e do tipo de microrganismo, para se atuar e implementar medidas de controlo apropriadas.

A febre constitui o principal sinal de infeção, sendo definida nestes doentes como uma única medida de temperatura axilar maior ou igual a 38,3°C, uma temperatura de 38°C durante mais de uma hora ou ainda três picos de 38°C durante vinte e quatro horas (Martins, 2001; Freifeld et al, 2011).

Deste modo, uma forma de controlo da infeção em doentes neutropénicos passa, em primeira instância pela higienização das mãos dos profissionais de saúde, sendo o isolamento físico uma medida complementar. As condições ideais para o isolamento pressupõem a colocação do doente em quarto individual com pressão de ar negativa e porta fechada. Além de proporcionar as condições adequadas ao doente neutropénico em isolamento, é fundamental também o ensino aos familiares/pessoas significativas os quais devem ter consciência da situação clínica, dos riscos e fragilidade do doente, bem como das precauções básicas a adotar.

1.1.4. Vias de Transmissão

No que se refere às vias de transmissão, estas podem ser por contacto direto ou indireto (Carmagnani, 2000; Siegel JD et al, 2007). Nas primeiras entende-se todo o tipo de infeção “como resultado do contacto direto com as superfícies ou fluidos corporais de um indivíduo infectado”, sendo o mais

frequente nas instituições de saúde (Wilson, 2003, p.43). Nas segundas, os microrganismos são mobilizados para um novo hospedeiro por pessoas, objetos ou animais. Na realidade hospitalar, o meio de transmissão mais usual são as mãos dos profissionais, durante os mais variados procedimentos.

Como foi referenciado mais acima, já em 1850 Semmelweis, identificou as mãos como vetor para um grande número de infecções. Exemplo desta preocupação atual é a Campanha Nacional de Higiene das Mãos, iniciada em 2008, onde foi disponibilizado pela OMS, no PNCI da DGS, os documentos e materiais relativos à campanha, para adesão e formação de profissionais nas diferentes Unidade de Saúde.

Os alimentos e a água podem também ser transmissores de bactérias, vírus e protozoários (Wilson, 2003), principalmente se não forem cozinhados adequadamente ou ingeridos crus. Os alimentos cozinhados diminuem a probabilidade de transmissão porque os microrganismos são destruídos. Com a fruta são também necessários cuidados, podendo esta ser facilmente contaminada por mosquitos. É aconselhada fruta cozida, enlatada ou de casca grossa, durante os ensinamentos aos doentes neutropénicos e familiares, sendo este tipo de recomendações da responsabilidade dos enfermeiros.

O pó, as gotículas respiratórias e de água podem também ser causadores de infeção ao transmitirem microrganismos. Ambiente limpos, calmos e desinfetados com frequência, diminuem assim as probabilidades de contaminação.

1.1.5. Fatores de Risco

Algumas condições como a “higiene precária, desnutrição, extremos etários, clima, barreiras físicas inadequadas, deficiências imunológicas hereditárias e adquiridas (...)” podem enfraquecer as defesas do hospedeiro (Carmagnani, 2000, p.109). Doenças crónicas como as Neoplasias, Leucemia ou outras doenças sujeitas a terapêutica imunossupressora, a Diabetes, a Insuficiência Venosa e vascular, etc, bem como, as alterações resultantes de episódios agudos podem contribuir para a aquisição de uma infeção (Wilson, 2003, p.56). Também o ambiente hospitalar, torna-se propício devido à elevada concentração de pessoas.

A flora hospitalar e os agentes patogénicos existentes, com o tempo e a terapêutica antimicrobiana encontram-se mais resistentes. Em concordância com esta preocupação e ameaça à Saúde Pública foi lançado em 2009 pela DGS, um Programa Nacional de Prevenção das Resistências aos Antimicrobianos (Ministério da Saúde, 2009). Segundo o documento, “Portugal é um dos países da Europa com taxas elevadas de resistência aos antibióticos em diferentes bactérias potencialmente causadoras de infeções graves no homem” (p.2). Os microrganismos que começam a fazer parte da flora de muitas instituições e a merecer especial atenção são: “*Staphylococcus aureus* resistentes à meticilina (MRSA); *Enterococcus* resistentes à vancomicina (VRE); *Streptococcus pneumoniae* resistentes à penicilina (PRP); enterobacteriáceas, produtoras de beta-lactamases de espectro estendido ou de carbapenemases, *Pseudomonas aeruginosa* e *Acinetobacter baumannii* resistentes aos carbapenemos”(Ministério da Saúde, 2009, p.4).

2. Projeto de Intervenção em Serviço

Na sequência da análise relativa às Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde e da proposta de trabalho no âmbito do mestrado surgiu o tema para o Projeto de Intervenção em Serviço (PIS). O projeto pode ser definido como um “(...) conjunto de actividades coordenadas e interrelacionadas que procuram cumprir um determinado objetivo específico. Este geralmente deve ser alcançado num período de tempo previamente definido e respeitando um orçamento. (...) Por outro lado, a gestão de projetos é definida como sendo a aplicação de conhecimentos, ferramentas e técnicas às atividades que o constituem (...) Inicialmente, surge uma ideia, que estabelece a necessidade ou a oportunidade a partir da qual se concebe o projeto (...) os projetos públicos ou sociais, que visam melhorar a qualidade de vida da população” (“conceito de projeto”, 2011)

A metodologia de projeto aplicada teve como “objetivo principal centrar-se na resolução de problemas e, através dela, adquirirem-se competências de características pessoais pela elaboração e concretização de projetos numa situação real” (Nunes, Ruivo, & Ferrito, 2010, p.3). Segundo os mesmos autores “uma das formas de divulgação dos resultados de um projeto é através da realização de um relatório”, que consiste num documento escrito “onde se concretiza todo o processo de desenvolvimento do mesmo (...)”, permitindo “(...) sistematizar, organizar e interpretar, grandes quantidades de informação sob a forma de síntese, transmitindo não só a informação como a sua conversão em conhecimento” (ibidem, p.32). Este trabalho é composto por cinco etapas: diagnóstico de situação, definição dos objetivos, planeamento, execução e avaliação, e divulgação dos resultados. No Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica e com a equivalência parcial à Pós-Graduação em Enfermagem MC, foi proposta a realização do PIS com recurso à metodologia de projeto até a etapa de planeamento, no entanto, o projeto desenvolveu-se para além dessa etapa, as quais serão apresentadas.

O projeto que foi desenvolvido no Serviço de Hemato-Oncologia, Endocrinologia e Hospital de Dia recaiu assim para o Doente Oncológico e Família: Suscetibilidade e Controlo da Infecção à pessoa em situação crítica em Neutropénia, procurando intervir nesta problemática. Esta situação-problema

surgiu da prática diária e da experiência profissional, mas também após uma entrevista não estruturada e com carácter exploratório à Enfermeira Chefe do serviço, que considerou esta uma área preocupante e onde o enfermeiro tem um papel fundamental. Esta necessidade foi também validada com a opinião da restante equipa de enfermagem, por meio da aplicação de um questionário (apêndice II), que foi posteriormente analisado e transformado em artigo científico (apêndice III). Este questionário de oito questões permitiu identificar algumas áreas de intervenção/necessidades percecionadas pela equipa, nomeadamente, a existência de material de suporte teórico, uniformização de informação e ensinosa doentes e familiares, questões fundamentais para o diagnóstico de situação.

O Diagnóstico de Situação, constitui a primeira etapa da metodologia de projeto e visa a identificação da situação-problema e a sua análise, bem como o aprofundar da realidade onde esta se encontra e onde se pretende obter mudanças. Recorre-se a instrumentos de diagnóstico, e métodos de análise de situação e neste caso, o questionário e a Failure Mode and Effect Analysis (FMEA) foram os escolhidos e aplicados.

2.1 CARACTERIZAÇÃO DO ALVO DO PIS

O projeto de intervenção desenvolveu-se num Hospital na Península de Setúbal, como instituição de prestação de cuidados de saúde, e o Serviço de Oncologia, Hematologia, Endocrinologia e Hospital de Dia como unidade em análise, onde foi identificado o problema.

O Hospital iniciou funções em 1991, prestando cuidados de saúde diferenciados à população de vários Concelhos, num total de 394.311 habitantes. Tem uma lotação para 585 camas distribuídas pelos diversos serviços, e assenta numa tipologia tradicional em forma de H com 8 pisos: o número de profissionais incluindo os membros do Conselho de Administração, é de 2.453 pessoas.

Foi transformado Entidade Pública Empresarial, através do Decreto-Lei nº 233/2005, de 29 de Dezembro, sucedendo à anterior com a mesma denominação. Foi constituída com a natureza de sociedade anónima através do nº3 do artigo 7º do Decreto-Lei n.º 298/2002, de 11 de Dezembro, legando-lhe todos os bens, direitos e obrigações de que era titular.

Este hospital foi dos primeiros a iniciar o programa de acreditação hospitalar promovido pelo Ministério da Saúde. Iniciou-se em 2000 através de um protocolo com o *King's Fund Health Quality Service*, actualmente denominado *Caspe Healthcare Knowledge Systems (CHKS)*, tendo como objetivo o desenvolvimento e melhoria das condições e da qualidade em saúde.

Essa acreditação hospitalar foi conseguida em Fevereiro de 2011 e consolidada em 2013, após ter sido dada resposta a vários critérios, com o desenvolvimento, construção e das políticas e procedimentos, os quais foram adaptados às novas normas de *lay out*, em parceria com o Grupo da Qualidade existente no hospital.

2.1.1. Caracterização do Serviço

O Serviço de Hematologia, Oncologia e Endocrinologia tem associado a valência de Hospital de Dia, pertence ao Departamento Médico e divide o piso 8 com a Unidade de Dor e o Serviço de Pneumologia. Tem 48 funcionários, distribuídos por 14 médicos, 19 Enfermeiros, 11 Assistentes Operacionais e 4 Assistentes Técnicas. É composto por 16 camas de internamento (13 para a hematologia e para a oncologia e 3 afetas à endocrinologia), distribuídos por 7 quartos com 2 camas cada e uma casa de banho e 2 quartos individuais, utilizados quando possível para os Isolamentos. O Hospital de Dia é composto por: 1 sala para administração de citostáticos, transfusões sanguíneas, hemo-derivados e medicação vária, 1 Quarto com cama e maca; 4 Gabinetes de consulta que funcionam para toda a equipa multidisciplinar. O piso 8 tem uma sala de espera comum para o Serviço de Oncologia, Hematologia, Endocrinologia e Hospital de Dia, bem como, para a consulta de Unidade de Dor e Serviço de Pneumologia. Tem a capacidade para 66 pessoas, no entanto, tendo em conta que diariamente é possível ter uma média de 35 doentes só em contexto de Hospital de Dia e se pensarmos que grande parte destes doentes vem acompanhado por um familiar, rapidamente a sala fica lotada, levando-nos a pensar em todos riscos em termos de disseminação da infeção.

No Hospital de Dia existe uma grande rotatividade de doentes, com um número crescente de atividades e atendimentos. Funciona diariamente de segunda a sexta, das 8h às 20h. Em termos de sessões contabilizadas em

Hospital de Dia, o que traduz as atividades realizadas, desde administração de citostáticos, de hemo-derivados e terapêutica vária, temos como dados facultados pela Enfermeira Chefe do serviço:

ANO	2009	2010	2011
Número de sessões	10266	9184	15370

Tabela nº1 – Numero de sessões em Hospital de Dia 2009-2011

A equipa de enfermagem, composta por 19 Enfermeiros tem uma metodologia de distribuição de trabalho por responsável. Apesar de ser uma equipa jovem, quase todos os elementos ali trabalham desde a abertura do serviço, e usam como forma de trabalho uma mistura entre o método por responsável e o método à tarefa. Já em 2007 quando foi desenvolvido o trabalho de estágio no âmbito da Pós Graduação, este foi o tema de abordagem porque senti que o método por responsável, como me tinha sido apresentado durante a minha integração, não era verdadeiramente respeitado.

2.2. O DOENTE ALVO DO PROJETO

O alvo de intervenção do PIS é o doente oncológico suscetível ou neutropénico e a sua família. Estes pertencem a um elo importante da cadeia de transmissão da infeção, ou seja, o hospedeiro suscetível. A neutropenia define-se como uma redução significativa no número absoluto de neutrófilos no sangue periférico, em valores inferiores a 1.500/mm³. Considera-se leve se os valores estiverem entre 1.000 e 1.500/mm³, moderada entre 500 e 1.000/mm³ e muito grave quando se encontra abaixo de 100/mm³ (Martins, 2001; Freifeld et al, 2011).

O organismo possui naturalmente algumas barreiras que funcionam como primeira linha de defesa (Carmagnani, 2000, p. 108): são elas a pele, as secreções, os cílios etc. que, na presença de um agente patogénico procuram evitar que este se aloje e dissemine. Passando esta primeira barreira, encontra-se uma segunda linha, constituída pelos glóbulos brancos e a resposta inflamatória associada (Carmagnani, 2000).

Nos doentes neutropénicos algumas infeções hospitalares são inevitáveis, uma vez que estes “são susceptíveis até mesmo à sua própria flora normal”

(Carmagnani, 2000, p.119 e 121). Infecções na presença de neutropenia muito grave são consideradas de extrema gravidade.

Considerando o índice de prevalência e de incidência como duas unidades de medida para traduzirem a doença numa população, é fundamental o enquadramento destes no presente trabalho. O Índice de prevalência “mede o número de indivíduos de uma população que contraem a doença ou infecção em determinado período de tempo” (Wilson, 2003, p.50; Carmagnani, 2000), enquanto o Índice de incidência “mede o número de novos casos de doença ou infecção ocorridos numa população num período de tempo específico” (Wilson, 2003, p.50; Carmagnani, 2000). Assim, e após análise dos inquéritos de 2003, 2009 e 2010 que traduzem a prevalência das infecções nacionais, foram obtidos os resultados que se encontram no quadro seguinte (Ministério da Saúde & INSA, 2005; Costa, Noriega, Fonseca, & Silva, 2009; Pina, Silva, & Ferreira, 2010). Juntamente com os resultados nacionais, são apresentadas as taxas de prevalência de IACS no Hospital, fornecidos pela CCI Hospitalar que vem confirmar a tendência nacional no que diz respeito ao aumento do número de infecções.

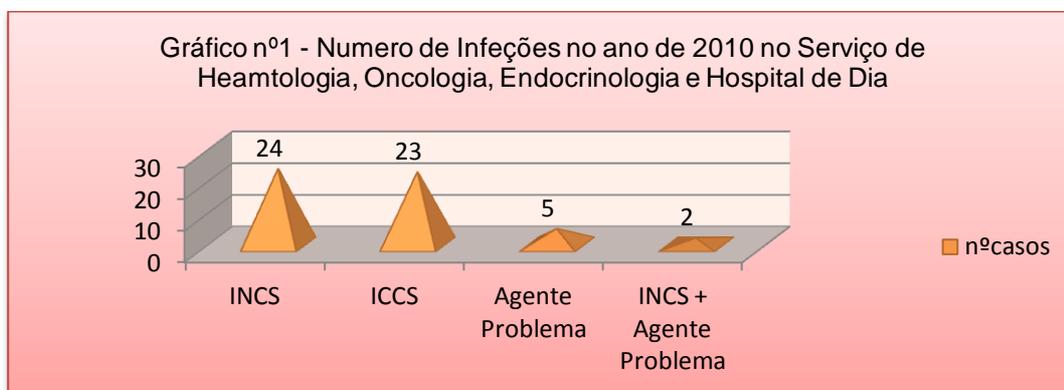
Ano	Taxa de prevalência de infecção (%) IACS – Hospital	Taxa de prevalência de infecção (%) IACS – nível Nacional	Taxa de prevalência de Infecção (%) na comunidade
2003	10,6 %	9,92%	25.48%
2009	9,61 %	11,03 %	22,39%
2010	16,79 %	11,7%	22,5 %

Tabela nº2 – Taxa de Prevalência de infecção (%) IACS

Nesta tabela é possível perceber que a taxa nacional de prevalência de infecção encontra-se a aumentar, tendo existido em comparação com os valores do Hospital um aumento súbito e significativo entre 2009 e 2010. Por outro lado, a taxa de prevalência de infecção adquirida na comunidade ao nível nacional não tem sofrido grandes oscilações.

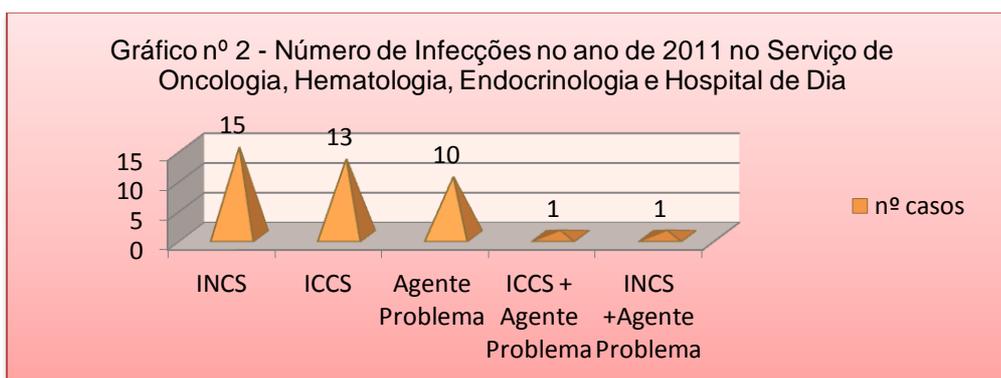
Particularizando ao Serviço, os dados referentes a 2010 dizem que dos cinquenta e quatro (n=54) casos identificados: vinte e quatro (n=24) dizem respeito a Infecções Nosocomiais da Corrente Sanguínea; vinte e três (n=23) são

Infeções da Comunidade na Corrente Sanguínea; cinco (n=5) agentes problemas (microrganismos multirresistentes) e dois (n=2) casos de INCS com agente problema associado.



No ano de 2011, verificamos uma diminuição do número de infecções, e dos quarenta (n=40) casos identificados: quinze (n=15) correspondem a Infeções Nosocomiais da Corrente Sanguínea; treze (n=13) são Infeções da Comunidade na Corrente Sanguínea; dez (n=10) agentes problema; um (n=1) ICCS com agente problema e um (n=1) INCS com agente problema.

Sendo que os agentes problema correspondem aos microrganismos multirresistentes, verificou-se um aumento significativo desta problemática, o que acarreta graves complicações e consequências para toda a sociedade a médio/longo prazo.



O Relatório Inquérito de Prevalência de Infecção 2010 –PNCI, faz referência aos Serviços de Hematologia/Oncologia como os serviços que apresentaram taxas mais elevadas de prevalência de IN com 15,9%, atrás da Cirurgia e Especialidades Cirúrgicas com 16,3% e das Unidades de Cuidados Intensivos com 39,7% (Pina, Silva, & Ferreira, 2010).

Nos últimos tempos, também o serviço tem sentido o aumento do número de casos de infeções multirresistentes, aspeto que tem preocupado toda a equipa. Existiu assim uma necessidade e um problema, pelo que, em acordo com a chefia, se decidiu aplicar um questionário por forma a confirmar esta necessidade. Foi feito um estudo por forma a conhecer a opinião da equipa de enfermagem que procura dentro das condições existentes prestar os melhores cuidados. Contudo, alguns aspetos podem ser melhorados, quer ao nível das atuais normas de procedimento, quer ao nível dos ensinamentos.

2.3. INSTRUMENTOS PARA O DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

A realização do estágio e a construção do PIS permitiram-nos fazer o levantamento do problema, uma vez que em contexto de estágio a postura perante o serviço altera-se de profissional do serviço para estudante. A situação problema surgiu no início do estágio, com a entrevista não estruturada à enfermeira chefe. Posteriormente, para a definição e desenvolvimento do PIS, mais precisamente para a identificação e validação do problema foram usados alguns instrumentos. Assim sendo, por forma a identificar, validar e perceber junto da restante equipa de enfermagem se o Doente Oncológico Neutropénico deve ser alvo de atenção, e merecedor de algumas estratégias em prol da melhoria dos cuidados, foi aplicado um questionário e realizado uma análise Failure Mode And Effect Analysis (FMEA).

2.3.1 Questionários

Os aspetos éticos e deontológicos, assim como os aspetos inerentes à recolha de dados para o estudo em causa foram previstos, com o pedido de autorização por carta à Enfermeira Chefe do Serviço (apêndice I) e a solicitação e consentimento para participação na aplicação dos questionários (apêndice II). Princípios como o consentimento livre e esclarecido, a participação voluntária, a confidencialidade de dados (que foi garantida através da identificação nominal dos questionários) e a fidelidade na utilização dos dados foram tidos em consideração durante a realização deste estudo.

Foi aplicado um questionário composto por sete perguntas fechadas, que alternam entre questões dicotômicas e questões de escolha múltipla e uma questão aberta para comentários e sugestões.

A parte final do questionário remete-se para a identificação da amostra, neste caso dos enfermeiros do serviço. O estudo com intenção de conhecer a opinião da equipa de enfermagem, o que também permitiu posteriormente planear estratégias de mudança, através da mobilização e o envolvimento desses enfermeiros.

Para este estudo foi utilizada a metodologia qualitativa e quantitativa, considerando-se descritivo e não experimental (Polit & Hungler, 1995; Fortin, 1999). Foi feita uma amostragem do tipo não probabilístico com amostragem de conveniência, ou seja os enfermeiros do Serviço de Oncologia, Hematologia, Endocrinologia e Hospital de Dia (Fortin, 1999). Como instrumento de colheita de dados foi assim aplicado um questionário, encontrando-se toda a sua análise, bem como a apresentação e discussão dos resultados em apêndice III, em formato e sob regras de artigo científico. Este artigo relata os resultados dos questionários e as conclusões que permitiram traçar o PIS, uma vez que as principais problemáticas foram identificadas.

Assim sendo, surgiu como problema para o PIS a falta de uniformização nos ensinos e de informação atualizada e adaptada à realidade, sobre a neutropenia, prevenção e controlo da infeção, bem como, na tomada de decisão relativa aos procedimentos com estes doentes.

2.3.2. Análise Failure Mode And Effect Analysis (FMEA)

As infeções associadas aos cuidados de saúde, nomeadamente as infeções cruzadas, assim como os vários momentos para que estas ocorrem foram objeto de análise de modo a identificar as possíveis falhas, os riscos e as etapas em todo o trajeto do doente oncológico suscetível, desde a chegada ao Hospital até ao internamento e durante o mesmo. Para tal foi utilizada uma ferramenta de Análise do Tipo e Efeito de Falha, vulgarmente conhecida por FMEA. Esta consiste numa ferramenta de gestão de risco, que utiliza uma metodologia que procura prevenir e evitar lacunas, através da análise de falhas potenciais e de propostas de melhoria de ação, num projeto, produto ou processo,

conferindo-lhe maior confiabilidade (Toledo & Amaral, 2011). Através da criação da FMEA, as etapas identificadas com maior *Risk Priority Number* (RPN) ou maior índice de probabilidade de risco, são aquelas onde se torna fundamental a existência de mais ações corretivas. A utilização da FMEA permitiu-nos pensar no dia-a-dia do serviço por etapas e organizar os vários momentos do doente no hospital, ou seja, os sítios por onde passa, onde permanece mais tempo, com quem tem de interagir, etc. A FMEA realizada para o PIS encontra-se em quadros em apêndice IV e V e foi abordado o doente neutropénico em internamento, sem infeção e em caso de infeção.

Reportando-nos ao quadro FMEA relativo ao doente neutropénico em internamento (apêndice IV), no momento relativo à “Admissão do doente neutropénico” todas as etapas que envolvem este processo, assim como, as potenciais falhas e efeitos identificados, manifestaram um *Risk Priority Number* de 280 que se considera bastante elevado. Este é um momento percecionado pela equipa e muitas vezes manifestado pelos doentes e famílias como problemático e mal organizado. Devido a isto, foram traçadas algumas ações a desenvolver por forma a diminuir as falhas constatadas, nomeadamente “melhorar a coordenação de todos os profissionais”, “elaboração de um guia de boas práticas”, “harmonização e uniformização da informação fornecida ao doente” e “colocação do doente neutropénico em quarto individual”. No momento/processo “Contacto com a pessoa significativa e/ou acompanhante escolhido pelo doente” o RPN foi de 16, contudo, as ações a desenvolver vão permitir uma melhoria na qualidade dos cuidados prestados ao doente e na satisfação do doente e pessoa significativa.

Relativamente à FMEA realizada em caso de doente neutropénico infetado (apêndice V) em internamento, dos dois momentos/processos analisados, também a “Admissão do doente onde foi isolada uma infeção” teve um RPN de 175, enquanto o processo “Contacto com a pessoa significativa e/ou acompanhante escolhida pelo doente” teve um RPN de 80. No primeiro caso decidiram implementar-se ações do tipo “melhorar a coordenação de todos os profissionais”, “elaborar um guia de boas práticas”, “harmonização e uniformização da informação fornecida”, “sinalização do doente” e “medidas de isolamento de contacto”. No segundo, as ações prendem-se com “ensino e

fornecimento de folhetos com recomendações básicas de prevenção”, “ensino e inclusão da pessoa significativa na gestão do número de visitas” e “fomentar a higienização e/ou desinfeção das mãos”.

Na fase inicial do projeto foi realizada uma FMEA que aborda o doente oncológico neutropénico no contexto ambulatório de hospital de dia (apêndice VI), no entanto, foi percebido que seria inconcebível em tempo útil de realização do curso dar resposta e colocar em prática todos os objetivos propostos. Sendo trabalho realizado, foi feita a opção de manter este documento no trabalho de projeto, na medida em que consiste num projeto para concretização futura.

Assim sendo, surgiu como problema para o PIS a falta de uniformização nos ensinamentos e de informação atualizada e adaptada à realidade, sobre a neutropenia, prevenção e controlo da infeção, bem como, na tomada de decisão relativa aos procedimentos com estes doentes.

Para a identificação dos problemas parcelares e prioridades, tivemos em consideração o questionário aplicado à equipa de enfermagem e a FMEA, no que diz respeito ao doente oncológico neutropénico em contexto de internamento, chegando-se às seguintes deduções:

- Os doentes neutropénicos e os doentes infetados, permanecem em conjunto com os outros doentes e famílias em sala de espera a aguardar consulta médica e resolução de internamento, uma vez que a sua condição de saúde não é considerada no momento de preparação da admissão;
- Identificámos frequentemente falhas na escolha da unidade do doente, sua identificação e aplicação precoce de medidas, quer de proteção, quer de contenção na fonte;
- Falha de conhecimentos dos doentes e famílias sobre precauções básicas de controlo e disseminação da infeção;

Como **objetivo geral** para a resolução do problema foi proposto:

- Melhorar a qualidade dos cuidados prestados aos doentes oncológicos neutropénicos e suas famílias no Serviço de Oncologia, Hematologia, Endocrinologia para a prevenção e controlo da infeção.

Os **objetivos específicos**, para o doente neutropénico em internamento, prendem-se com:

1. **Elaborar norma de atuação perante o doente neutropénico que**

- fomente a articulação e coordenação de todos os profissionais de forma ao doente não ter de aguardar em sala de espera por vaga;
2. **Elaborar folheto que promova a harmonização e uniformização da informação fornecida ao doente neutropénico e família no momento da admissão;**
 3. **Elaborar folheto com recomendações básicas de prevenção da infeção durante a permanência no hospital;**
 4. **Elaborar poster ilustrativo que promova a higienização das mãos do doente e família;**
 5. **Construir sinalética de identificação destes doentes no serviço (quadro de doentes da sala de trabalho, entrada do quarto do doente;**
 6. **Elaborar um manual de boas práticas no âmbito da prevenção e controlo de infeção ao doente neutropénico com recomendações e normas de procedimento conhecidas por todos os profissionais e adaptado a realidade do serviço.**

2.4. PLANEAMENTO DO PIS

O planeamento é a fase em que se faz uma análise dos recursos, das limitações, são definidas as atividades, os métodos e é construído o cronograma (Nunes, Ruivo & Ferrito, 2010 p.20). Assim sendo, e de acordo com cada objetivo são apresentadas as atividades, os recursos e os indicadores de avaliação.

1. Elaborar norma de atuação perante o doente neutropénico que fomente a articulação e coordenação de todos os profissionais de forma ao doente não ter de aguardar em sala de espera por vaga;

Atividades/Estratégias a desenvolver:

- Pesquisa Bibliográfica e consulta de protocolos de atuação já existentes na instituição e/ou outras instituições;
- Elaboração de um **protótipo I** da norma;
- Distribuição do **protótipo I** pela chefia, pelos enfermeiros da equipa, pela orientadora, e pela professora orientadora;
- Recolha de sugestões: **protótipo I**;
- Elaboração da versão final da norma e divulgação no serviço;

Recursos Humanos: Enfermeira Chefe; Restantes elementos da equipa de enfermagem; Equipa Orientadora (enfermeira e professora)

Recursos Materiais: Computador, papel e impressora; pesquisa bibliográfica.

Recursos Tempo: desde a 1ª semana de Março até final da 2ª semana de Abril;

Indicadores de Avaliação: Protótipo realizado; Norma de Atuação

2. Elaborar folheto que promova a harmonização e uniformização da informação fornecida ao doente neutropénico e família no momento da admissão.

Atividades/Estratégias a desenvolver:

- Pesquisa Bibliográfica e consulta de outros folhetos existentes na instituição e/ou outras instituições;
- Elaboração de um **protótipo II** do folheto, segundo o *Lay Out* de elaboração de folhetos do Hospital;
- Distribuição do **protótipo II** pela chefia, pelos enfermeiros, pela enfermeira orientadora, e pela professora orientadora;
- Recolha de sugestões: **protótipo II**;
- Elaboração de **pré-teste A**;
- Entrega de 4 exemplares do **pré-teste A** a doentes/família para validação da compreensão
- Recolha de sugestões: **pré-teste A**;
- Elaboração da versão final do folheto nº1 e divulgação na equipa.

Recursos Humanos: Enfermeira Chefe; Restantes elementos da equipa de enfermagem; Equipa Orientadora (enfermeira e professora); Enfermeiras do CCI e elemento dinamizador no serviço; Quatro doentes internados.

Recursos Materiais: Computador; papel e impressora; pesquisa bibliográfica.

Recursos Tempo: desde a 1ª semana de Março até final de Maio.

Indicadores de Avaliação: Protótipos dos Folhetos realizados; Norma de Atuação

3. Elaborar folheto com recomendações básicas de prevenção da infeção durante a permanência no hospital;

Atividades/Estratégias a desenvolver:

- Pesquisa Bibliográfica e consulta de outros folhetos;

- Elaboração de um **protótipo III** do folheto, segundo o *Lay Out* de elaboração de folhetos do Hospital;
- Distribuição do **protótipo III** pela chefia, pelos enfermeiros, pela enfermeira orientadora, e pela professora orientadora;
- Elaboração de **pré-teste B**;
- Entrega de 4 exemplares como pré-teste a doentes/família para validação da compreensão;
- Recolha de sugestões: **pré-teste B**;
- Elaboração da versão final do folheto nº2 e divulgação na equipa;

Recursos Humanos: Enfermeira Chefe; Elementos da equipa de enfermagem do Serviço e elemento dinamizador da CCI no serviço; Equipa Orientadora (enfermeira e professora); Quatro doentes internados.

Recursos Materiais: Computador, papel e impressora; pesquisa bibliográfica.

Recursos Tempo: desde 1ª semana de Março até fim da 1ª semana de Maio.

Indicadores de Avaliação: Avaliação do protótipo dos folhetos; Avaliação dos folhetos finais.

4. Elaborar poster ilustrativo que promova a higienização das mãos do doente e família;

Atividades/Estratégias a desenvolver:

- Pesquisa Bibliográfica e consulta de pósteres já existentes;
- Seleção dos pósteres facultados pela CCI, através da campanha de higienização das mãos;
- Elaboração de um **protótipo IV** do poster;
- Distribuição do **protótipo IV** pela chefia, pelos enfermeiros, pela enfermeira orientadora, e pela professora orientadora;
- Recolha de sugestões: **protótipo IV**;
- Elaboração da versão final do poster e afixação no serviço;

Recursos Humanos: Enfermeira Chefe; Elementos de enfermagem da equipa do Serviço e elemento dinamizador da CCI no serviço; Equipa Orientadora (enfermeira e professora).

Recursos Materiais: Pósteres informativos sobre campanha de higienização das mãos; Computador, papel e impressora; pesquisa bibliográfica.

Recursos Tempo: desde início de Março até final da 3ª semana de Junho.

Indicadores de Avaliação: Avaliação dos pósteres: os protótipos e os finais.

5. Construir sinalética de identificação destes doentes no serviço (quadro de doentes da sala de trabalho, entrada do quarto do doente);

Atividades/Estratégias a desenvolver:

- Pesquisa Bibliográfica e consulta de sinalética já existente;
- Elaboração de um **protótipo V** da sinalética informativa;
- Distribuição pela chefia, pelos enfermeiros, pela enfermeira orientadora, e pela professora orientadora;
- Recolha de sugestões: **protótipo V**;
- Elaboração da versão final: sinalética de identificação e divulgação no serviço.

Recursos Humanos: Enfermeira Chefe; Elementos de enfermagem da equipa do Serviço e elemento dinamizador da CCI no serviço; Equipa Orientadora (enfermeira e professora).

Recursos Materiais: Sinaléticas já existentes; Computador, papel e impressora; Pesquisa bibliográfica.

Recursos Tempo: desde 1ª semana de Março até 1ª semana de Junho.

Indicadores de Avaliação: Avaliação das sinaléticas: os protótipos e as finais.

6. Elaborar um manual de boas práticas no âmbito da prevenção e controlo de infeção ao doente neutropénico com recomendações e normas de procedimento conhecidas por todos os profissionais e adaptado à realidade do serviço.

Este manual deverá respeitar as Recomendações para a Elaboração de Guias Orientadores da Boa Prática de Cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2007).

Atividades/Estratégias a desenvolver:

- Pesquisa Bibliográfica e consulta de outros guias existentes na instituição e/ou outras instituições;
- Elaboração de um protótipo VI do índice com os conceitos e conteúdos do Guia (incluindo normas de procedimento);
- Distribuição pela chefia, pela orientadora, e pela professora orientadora;

- Recolha de sugestões: protótipo VI;

- Elaboração da versão final: Guia de boas práticas e divulgação na equipa;

Recursos Humanos: Enfermeira Chefe; Equipa Orientadora (enfermeira e professora); Enfermeiras do CCI e elemento dinamizador no serviço;

Recursos Materiais: Computador, papel e impressora; Pesquisa bibliográfica

Recursos Tempo: desde a 1ª semana de Março até ao final de Junho.

Indicadores de Avaliação: Avaliação do Índice do Guia com conceitos e conteúdos; Avaliação das Normas de Procedimento reformuladas; Avaliação do Guia Final;

Orçamento espectável:

Recursos Materiais:

Os principais recursos materiais a utilizar são: o computador – gastos com eletricidade – 10 Euros; Impressora – gastos com o tinteiro – 40 Euros; Papel para impressão – gastos com resma de papel – 3,5 Euros.

Recursos Humanos:

Para a operacionalização do Projeto de Intervenção no Serviço pretendeu-se envolver:

- A professora Alice Ruivo para contribuir com os seus conhecimentos nas diferentes fases da metodologia de projeto;

- A enfermeira Paula Paramés, que como elemento pertencente à CCI Hospitalar, pode contribuir com os seus conhecimentos e competências na maximização da intervenção na prevenção e controlo de infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica;

- A Enfermeira Chefe, como elemento para controlar todo o tipo de informação contido em folhetos, Guia de Boas Práticas, normas de procedimento, fomentando o envolvimento da restante equipa de enfermagem, secretariado, assistentes operacionais e equipa médica;

- A equipa de enfermagem, nomeadamente o elemento dinamizador da CCI, fundamental à execução das normas elaboradas para o doente Neutropénico em contexto de internamento;

- Os Assistentes Operacionais, como parte integrante na colaboração dos cuidados e preparação da unidade do doente em internamento;

- As Assistentes Técnicas, para serem envolvidas na norma de atuação ao serem os primeiros elementos da equipa a ter contacto e conhecimento da chegada dos doentes ao serviço;
- Os doentes e familiares, como participantes do projeto e alvo de aplicação;

Em relação aos constrangimentos e forma de os ultrapassar foi previsível:

- dificuldade na pesquisa bibliográfica; para ultrapassar esta situação foi solicitado o apoio do funcionário da Biblioteca do Hospital no que diz respeito a bases de dados, assim como, a colaboração da Professora e Enfermeira Orientadora;
- dificuldade no cumprimento do cronograma, o que se constatou por vários acontecimentos, nomeadamente o envolvimento em novas responsabilidades e desafios profissionais;
- dificuldade na devolução em tempo útil dos documentos aos quais foi solicitada colaboração e sugestões; para evitar estas situações e como inicialmente programado, foi feita entrega em mão dos documentos e envio via email, solicitando resposta pela mesma via.

Na fase de planeamento do PIS, além do acima descrito, foi elaborado um cronograma de desenvolvimento de atividades, o qual traduz o recurso tempo de cada objetivo, encontrando-se tanto o planeamento como o cronograma em apêndice VII e VIII, respetivamente.

2.5. EXECUÇÃO E AVALIAÇÃO DO PIS

Para a concretização do PIS foram estipulados seis objetivos, que acima foram descritos, com atividades, recursos e indicadores de avaliação; estes podem ter sido ambiciosos, tendo em conta a disponibilidade de tempo no decorrer do curso para os implementar, contudo foram pensados por este consistir num projeto, que além de académico é um projeto pessoal de âmbito profissional. Relativamente ao objetivo **“Elaborar norma de atuação perante o doente neutropénico que fomente a articulação e coordenação de todos os profissionais de forma ao doente não ter de aguardar em sala de espera por vaga”**, foi e consideramos ser muito complicado a articulação com as assistentes

técnicas ou secretariado e com alguns médicos do serviço. Em termos de assistentes técnicas, o serviço tem sofrido uma grande rotatividade, o que não permite envolver os elementos neste tipo de objetivos. A equipe médica encontra-se também a ajustar-se e adaptar-se a um novo diretor de serviço que assumiu funções no decorrer do ano de 2012. Este objetivo não foi assim concretizável, devido a estes acontecimentos no serviço.

No objetivo **“Elaborar folheto que promova a harmonização e uniformização da informação fornecida ao doente neutropénico e família no momento da admissão”**, o resultado final foi atingido contudo não fui responsável pela sua elaboração. Estando envolvida no grupo de qualidade do serviço com outra colega, assim como, na comissão de cuidados de paliativos do hospital, tornou-se complicado realizar este objetivo individualmente, pelo que juntamente com a chefia de enfermagem deleguei num grupo de colegas a realização dos folhetos e colaborei na sua revisão, concretização e posterior aprovação pelo diretor de serviço. Toda a pesquisa bibliográfica para o diagnóstico de situação deste trabalho de projeto e o fato de ter construído a norma de procedimento para o Isolamento de Proteção, foram fundamentais. O folheto foi realizado seguindo o *Lay Out* da instituição (anexo I). Não foi possível ter acesso a folhetos de outras instituições para fornecer a doentes, no entanto, foram analisados folhetos de laboratórios com alguma informação sobre neutropenia. Os tempos planeados foram antecipados, estando o folheto pronto a meio do mês de Março. Foram elaborados vários protótipos, os quais foram alvo de apreciação pela equipa e enfermeira orientadora, tendo sido sujeitos a várias correções, nomeadamente no tipo de linguagem usada e imagens ilustrativas.

Em **“Elaborar folheto com recomendações básicas de prevenção da infeção durante a permanência no hospital”**, este objetivo foi, à semelhança do folheto sobre neutropenia a fornecer ao doente/família, elaborado pelo mesmo grupo de trabalho, delegado por mim e pela chefe (anexo II). Foram consultados folhetos, recolhida e selecionada informação nas primeiras semanas de Março, sendo que, na terceira semana de Março, o folheto sofreu análise e reestruturação de imagens e informação, que inicialmente se encontrava muito densa. O elemento dinamizador do serviço da CCI foi envolvido, contribuindo com

sugestões de âmbito teórico. No final de Março foi entregue a versão final (anexo II) à chefia para aprovação com o diretor de serviço.

O objetivo **“Elaborar poster ilustrativo que promovam a higienização das mãos do doente e família”**, não foi concretizado, por falta de recurso temporal, uma vez que desde o início de 2012 fui envolvida na preparação para a certificação e acreditação por parte do grupo CHKS, na construção e reformulação de normas de procedimento. Por outro lado, o serviço tem um elemento dinamizador na área da CCI que, com alguma frequência, atualiza os cartazes expostos relativos à Campanha Nacional de Sensibilização para a Higiene das Mãos. Contudo este objetivo e a mensagem de promoção de higienização das mãos foi inserido no objetivo de seguida descrito, fomentando esta atitude perante doentes e familiares.

“Construir sinalética de identificação destes doentes no serviço (quadro de doentes da sala de trabalho, entrada do quarto do doente)”, é um objetivo que foi atingido na totalidade, tendo sido construídas novas sinaléticas de identificação para o Isolamento de Proteção para Neutropénico (apêndice IX), Isolamento de Contenção (apêndice X), e Isolamento por Iodo Radioativo (apêndice XI). Foram seguidas todas as atividades, recolhidas sugestões e feitas as alterações necessárias. Estes foram reformulados com base nos já existentes, contudo com informação adicional, cores e imagens visualmente mais atrativas. Os sinaléticos antigos já existiam há pelo menos 8 anos, com informação desatualizada e, por diversas vezes, considerados banais ou quase indiferentes, quer para alguns profissionais, ou familiares. Estas novas sinaléticas foram capazes de despertar a atenção.

No objetivo que consistia em **“Elaborar um manual de boas práticas no âmbito da prevenção e controlo de infeção ao doente neutropénico com recomendações e normas de procedimento conhecidas por todos os profissionais e adaptado a realidade do serviço”**, este é sem dúvida o objetivo mais exaustivo na recolha de informação e pesquisa bibliográfica, no entanto, toda a informação sistematizada e selecionada para o enquadramento conceptual e fundamentação teórica do presente trabalho de projeto, é importante. Durante o estágio do 2ª semestre, e no âmbito da preparação para a acreditação pelo CHKS, foi feita a reformulação de duas importantes normas do contexto do PIS,

sendo elas a Norma de Procedimentos no Isolamento Protetor do Doente Neutropénico/ Imunocomprometido (apêndice XII) e a Norma de Procedimentos no Isolamento de Contenção na Fonte (apêndice XIII), ambas baseadas em normas da CCI hospitalar e bibliografia usada no trabalho de projeto. Estas normas foram revistas segundo o Manual de Acreditação do CHKS, apresentadas a elementos da equipa de enfermagem, revistas pela chefia e aprovadas e numeradas pelo Departamento da Qualidade do Hospital. Este objetivo não foi concretizado, sendo que, como preparação para a auditoria do hospital foi construído no serviço um Manual de Qualidade, onde além das normas de procedimento relativas aos isolamentos, encontram-se os folhetos e outras informações e documentos considerados fundamentais. Em relação a este manual de qualidade, fui igualmente responsável com outra colega pela sua construção, apresentação e divulgação em ação de formação para toda a equipa de enfermagem do serviço.

Fazendo um balanço sobre o que inicialmente era espectável e o presente, alguns colegas de trabalho foram fundamentais na pesquisa bibliográfica e na organização de informação. O cronograma não foi cumprido como inicialmente foi traçado, uma vez que dois outros grandes projetos no âmbito do serviço e hospital foram-me apresentados, os quais abracei com bastante dedicação. Os objetivos foram atingidos durante a realização do tempo de estágio.

No que diz respeito ao orçamento espectável, este não foi ultrapassado e em termos de recursos humanos, a maior parte das pessoas foram envolvidas no trabalho realizado.

3. Análise crítica à luz de competências

A escolha da instituição, bem como do serviço para o desenvolvimento das competências comuns e específicas, teve em conta o facto de me encontrar exercer funções neste Hospital e no Serviço há nove anos, o que leva a que conheça a sua dinâmica, funcionamento e valores. É um Hospital Central, de referência em varias áreas e o serviço, pelas diferentes especialidades que alberga, permite também uma grande diversidade de situações e experiências, tornando-se num campo de estágio bastante enriquecedor.

A realização do estágio no contexto de trabalho permitiu a observação, e a reflexão critica sobre o agir e o aprofundar de competências fundamentais ao desenrolar da minha atividade profissional. Tal como refere Hesbeen (2000, p.136) “o estágio é a ocasião de o estudante descobrir a realidade das situações de vida. É o complemento do ensino escolar que, mesmo com as modalidades pedagógicas mais eficazes, não se pode substituir a este contacto direto com a realidade”. Outro fator importante prende-se com a possibilidade de articulação com o estágio realizado no âmbito da Pós-Graduação em Enfermagem Médico-Cirúrgica, também realizado no mesmo local. No estágio da Pós-Graduação foi feito um estudo de caso, que Polit e Hugler (1995, p.364), descrevem como um “método de pesquisa que envolve uma análise completa e em profundidade de um indivíduo, grupo, instituição ou outra unidade social”, através do qual se pretendeu analisar os diferentes métodos de trabalho de enfermagem, nomeadamente, o método de Enfermeiro Responsável / Referência no contexto de cuidados paliativos. Em conclusão, o modelo de organização de cuidados considerado mais adequado e benéfico pelos enfermeiros foi o *método por enfermeiro responsável*, o que faz todo o sentido se pensarmos também no âmbito do PIS pois desta forma, ao enfermeiro responsável pelo doente/família, cabe a tomada de decisões no que diz respeito à prevenção e controlo da infeção desde a admissão até a alta hospitalar, com todos os aspetos inerentes: identificação de necessidades, ensinios, vigilância, supervisão e monitorização de intervenções.

Deste modo, após dois estágios e com o contributo de todo o conhecimento adquirido em contexto de sala de aula, é possível realizar uma

reflexão, com base numa análise crítica das competências que caracterizam o enfermeiro especialista, em interligação com as competências de mestre em enfermagem médico-cirúrgica.

3.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

São competências comuns as “partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de concepção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efectivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (Anexo I do Regulamento 122/2011 de 18 de Fevereiro). Existem quatro domínios com as respectivas competências, que de seguida são analisadas, tendo por base as unidades curriculares e temáticas dos semestres.

Ao Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal associa-se as competências: Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção; Promove práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Foi fundamental para a aquisição destas competências a Unidade Curricular Filosofia, Bioética e Direito de Enfermagem e todas as unidades temáticas envolvidas, o módulo Segurança e Gestão do Risco nos Cuidados de Enfermagem, do 1º semestre, assim como o módulo de Questões Éticas Emergentes em Cuidados de Enfermagem do 3º semestre. A tomada de decisão ética, baseada em princípios, valores e normas deontológicas em situações complexas foram analisados, quer em sala de aula, quer como método de avaliação através da análise de situações da prática. O alerta e promoção para boas práticas de segurança, prevenindo o risco, fomentando a privacidade e a dignidade do doente foram abordados.

O 3º Semestre foi assim composto pela Unidade Curricular (UC) Enfermagem Médico-Cirúrgica II, com os seguintes módulos: Supervisão de Cuidados; Seminário de Peritos II; Cuidados ao Cliente em Fim de Vida; Questões Éticas emergentes em Cuidados Complexos; Espiritualidade e Cuidados de Enfermagem; Intervenções de Enfermagem ao Cliente com Problemas

Cardiovasculares e Intervenções de Enfermagem a clientes em Situação de Urgência.

O módulo de Supervisão de Cuidados, consiste na “junção de dois conceitos – *supervisão* e *cuidados* – na construção de uma expressão que pode ser considerada num determinado sentido interpretativo. De facto, *supervisão*, nas diversas aceções conhecidas, é tida como a concretização de orientações com vista a um determinado fim, assim como o desenvolvimento de uma prática reflexiva”. O conceito de *cuidado* suporta a sua “(...) dimensão de acto profissional do enfermeiro” (Deodato, 2010,p. 4). Neste módulo foi solicitado um trabalho de grupo com vista à reflexão e análise de um caso, em ligação às vivências e experiências pessoais, com a fundamentação das intervenções de enfermagem (apêndice XIV). A realização do trabalho, toda a discussão e análise em grupo permitiu uma reflexão sobre os problemas complexos de enfermagem e os processos de prestação de cuidados em enfermagem médico-cirúrgica. A formulação dos diagnósticos, dos resultados esperados e das conseqüentes intervenções adequadas segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, foram também trabalhadas. A fundamentação das intervenções permitiu interligar e justificar a tomada de decisão em cuidados complexos, com base jurídica, deontológica e de boas práticas. Ao nível pessoal, este módulo permitiu pensar e refletir nas intervenções do dia-a-dia num outro, facultando competências para fundamentar as intervenções.

Durante o estágio e a realização do PIS, vários foram os momentos em que a ética e todos os princípios estiveram presentes, nomeadamente no pedido para aplicação de questionário à equipa, no consentimento informado aos enfermeiros para participação nos questionários, na forma de manter anonimato, a confidencialidade, análise e apresentação dos dados recolhidos.

Domínio da Melhoria da Qualidade: Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade; Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.

No âmbito destas competências, tal como foi abordado ao longo do Trabalho de Projeto, existe o envolvimento pessoal ao nível do serviço e da

instituição em alguns projetos na área da qualidade, tendo sido fundamental para a consolidação desta competência a Unidade Curricular do 1º semestre Gestão de Processos e Recursos, mais concisamente o módulo Estratégias de Melhoria Contínua da Qualidade, onde foram abordados os Padrões de Qualidade já analisados e o módulo de Sistemas de Classificação para a Prática de Enfermagem.

Neste estágio, assim como no desenvolvimento do PIS, foi elaborado um projeto de melhoria da qualidade, com ênfase no controlo da infeção. No projeto é privilegiado o doente, a sua segurança e do ambiente envolvente, indo de encontro ao enunciado descritivo relativo à prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Domínio da gestão dos cuidados: Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional; Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados.

Para este domínio, os módulos relativos à Gestão dos Cuidados de Enfermagem, à Liderança de Equipas e à Supervisão de Cuidados, assim como, a unidade curricular Ambientes em Saúde, permitiram a aquisição de contributos para construir processos de cuidados mais completos, pertinentes e adequados à situação clínica e necessidades do doente e família. A delegação de tarefas, assim como os estilos de liderança abordados em sala de aula, fomentaram em contexto prático mais segurança e confiança, promovendo a manutenção da qualidade e a segurança do doente. A gestão de prioridades no momento de entrada de doentes em neutropenia ou com infeção ativa, com a escolha da unidade do doente e o tipo e momento de realização de exames fora do serviço, são exemplos de algumas competências adquiridas.

Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais: Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade; Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

Os módulos relativos à Formação Contínua aplicada à Enfermagem, a Relação de Ajuda e Aconselhamento em Enfermagem, o Seminário de Peritos e a unidade curricular de Investigação foram fundamentais para a aquisição destas

competências, levando a refletir na prática, nos recursos e limites, bem como na importância da formação ao longo da vida, na investigação e na aquisição de conhecimentos que promovam a qualidade dos cuidados. Ainda em estreita relação com esta competência e este domínio, encontram-se as competências de mestre em enfermagem médico-cirúrgica que referem que o mestre é aquele que **“realiza desenvolvimento autónomo de conhecimento e competências ao longo da vida e em complemento às adquiridas”** e **“inicie, contribua para e/ou sustenta investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência”**. A aquisição de competências nesta área, permite ter consciência dos recursos e necessidades formativas e auto-formativas no âmbito dos objetivos pessoais e profissionais, por forma a melhorar e evoluir na prática diária.

A realização deste PIS envolve vários domínios das competências comuns, na medida em que tem por base os aspetos relativos à responsabilidade profissional necessária na prevenção e controlo da infeção e os aspetos éticos envolvidos; este é, sem dúvida um projeto de melhoria da qualidade, que fomenta uma eficaz gestão de cuidados e promove o desenvolvimento de aprendizagens profissionais e do conhecimento.

3.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E DO MESTRE EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

O PIS foi desenvolvido com base na competência específica: **“Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de resposta em tempo útil e adequadas”**, (Anexo I do Regulamento 124/2011 de 18 de Fevereiro). Esta competência foi mobilizada durante toda a elaboração do PIS. A pesquisa bibliográfica permitiu aprofundar conhecimentos sobre o PNCI e as diretivas da CCI Hospitalar, assim como, planear e estabelecer estratégias a implementar. No estágio, durante a prestação de cuidados a estes doentes, a gestão de intervenções, proporcionou uma aplicação das intervenções mais personalizadas à situação do doente e sua família, tendo em conta a situação crítica que se encontra a vivenciar.

A base para o planeamento do PIS foram os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem definidos em 2001 pela O.E. e a Teoria do Conforto de

Kolcaba, que constituem o modo de ver e exercer enfermagem. Com a concretização deste projeto, pretendemos rever e melhorar a qualidade dos procedimentos da equipa multidisciplinar na receção e prestação de cuidados ao doente neutropénico e ser um elemento de referência na equipa.

O enfermeiro especialista, é aquele que reúne características e competências que o fazem diferenciar no seio de uma equipa, nomeadamente a capacidade de observação, de avaliação, e previsão de complicações, mas ao mesmo tempo, liderar e coordenar intervenções que têm de ser precisas e concisas para a resolução de problemas. Segundo o Regulamento do Exercício para a Prática de Enfermagem (R.E.P.E.), o especialista é aquele “(...) a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competências científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade” (Decreto-Lei nº161/96, p.2960).

Relacionado com a competência específica acima referida, podemos encontrar as competências de mestre em enfermagem médico-cirúrgica nomeadamente: **demonstra competências clínicas específicas na concepção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem; age no desenvolvimento da tomada de decisão e raciocínio conducentes à construção e aplicação de argumentos rigorosos; e realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando formação, a investigação, as políticas de saúde e a administração em Saúde em geral e em Enfermagem em particular** (Nunes & Ruivo, 2011).

Estas competências de mestre estão diretamente relacionadas com os resultados de aprendizagem esperados, presentes no Regulamento de Curso de Mestrado em Enfermagem Médico- Cirúrgica (Nunes & Ruivo, 2011) e, por sua vez, interligam-se com o artigo 15º do Decreto-lei nº 74/2006 de 24 de Março.

No que diz respeito à competência “**Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da concepção à acção**” (Anexo I do Regulamento 124/2011 de 18 de Fevereiro), no módulo de Seminário de Peritos foi possível aprofundar a forma de organização, implementação e algumas problemáticas e decisões em situação de catástrofe. Foi abordado também o

plano de emergência interna, quer em meio hospitalar, quer em contexto de exterior. As aulas de um perito na matéria, foram aqui fundamentais para pensar e refletir sobre algumas situações concretas pouco usuais na experiência profissional. A essência da palavra – perito – foi também analisada, o que permitiu sedimentar informação anterior e assimilar novos conhecimentos. Perito é alguém que é reconhecido pelos pares, detentor de conhecimentos, sendo capaz de produzir, transformar e disseminar informação usando o seu agir. Tal como Nunes (2010, p.3) refere, “diz respeito a quem detêm a perícia, os conhecimentos e habilidades, dirigidas a um fim definido”. Quer seja pela presença de conhecimentos, quer pela sua aquisição através da experiência e da prática, um perito é sempre detentor de saberes num determinado domínio específico e na comunidade científica de saúde.

Benner (2001, p.22) diz que “os seres humanos peritos que decidem podem captar a globalidade de uma situação, baseando-se em indefinidas e subtis mudanças no estado do doente e podem em conjunto com a equipa de saúde procurar confirmar a decisão”. Neste módulo, foi possível abordar alguns aspetos específicos presentes em situação de catástrofe intra e extra hospitalar, o plano de emergência hospitalar, o tipo de atuação e formação necessárias. Inerente a esta matéria está implícita uma competência específica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, que diz que o enfermeiro é aquele que “Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítima, da concepção à acção” (Anexo I do Regulamento 124/2011 de 18 de Fevereiro). Neste âmbito, e com o módulo acima referido, foram aprofundadas algumas unidades de competência e critérios de avaliação. Esta competência foi analisada no Relatório de Estágio de Março, onde foi possível refletir no que existe presente na minha realidade de trabalho. É da competência do enfermeiro especialista atuar em situação de catástrofe ou emergente, sendo para isso fundamental um conhecimento do Plano de Emergência Interno (PEI) Hospitalar, assim como do Plano de Emergência do Serviço.

Durante o referido estágio foi possível aprofundarmos estas questões, nomeadamente o seu objetivo, principais riscos, a estrutura organizacional de segurança, a responsabilidade dos vários intervenientes e o plano de evacuação.

O PEI tem como objetivo “definir a estrutura organizativa dos meios humanos e materiais existentes, e estabelecer os procedimentos adequados de atuação em caso de emergência, de forma a garantir a salvaguarda dos ocupantes, a defesa do património e a proteção do ambiente afeto ao edifício do HGO, E.P.E.” (Martins, 2011). Neste estágio, além de aprofundarmos o PEI Hospitalar, foi possível, através da Enfermeira Chefe, sabermos que o serviço tem construído o seu plano de emergência interno, o qual foi aceite e melhorado, aguardando-se aprovação pelo engenheiro responsável ao nível hospitalar. Este plano foi elaborado por uma enfermeira do serviço que realizou um curso no âmbito da Gestão de Risco no departamento de formação do hospital.

O PEI Hospitalar nunca teve de ser colocado em prática, e nunca presenciámos nenhum simulacro ou exercícios de validação. Estes são uma mais-valia, uma vez que cada dia que passa constitui um risco de ocorrência de qualquer acidente, pelo que a preparação de todos é fundamental. Apesar de importante, esta é uma área pouco falada e divulgada ao nível institucional e ao nível de cada serviço. A realização do estágio permitiu-nos questionar a chefia para esta lacuna, tendo-se encontrado como possível atividade a desenvolver, a criação de um poster ilustrativo e ações de formação em colaboração com a Enfermeira que reformulou o PEI do Serviço. Se é um facto que a existência e divulgação destes planos é fundamental para a segurança de todos, num serviço em que a dependência física é elevada e onde está presente um Hospital de Dia que diariamente tem uma grande afluência de doentes e seus familiares, esta necessidade parece primordial.

É assim fundamental ter conhecimento do plano Distrital e Nacional para Catástrofe e Emergência mas, mais importante é conhecer o PEI, quer do hospital, quer do serviço, onde as funções de cada profissional têm de estar bem definidas, para que em situação de emergência cada um saiba o seu papel e a sua intervenção. Uma das funções do mestre e enfermeiro especialista, é também divulgar e certificar-se de que todos conhecem o PEI do seu serviço, que a identificação dos doentes segundo o grau de dependência é feita e atualizada com frequência e, perante a situação de emergência, liderar e gerir o processo.

Segundo o Guia intitulado *Plano de Emergência Hospitalar* criado pelo Ministério da Saúde, o INEM e a Comissão de Planeamento da Saúde de

Emergência, cada Hospital deverá assim ter o seu próprio Plano de Emergência Interna e Externa (Alves & Redondo, 1999). O Plano de Emergência Externa (PEE) tem como finalidade garantir “uma eficaz actuação em caso de recepção de múltiplas vítimas, reduzindo a sua mortalidade e morbilidade” (Alves & Redondo, 1999, p.18).

De salientar que o Hospital tem um plano de formação obrigatória, teórica e prática, de 2 em 2 anos, para todos os profissionais relativo a Incêndios e Combate com Extintores, considerando que o tipo de sinistro mais frequentes ao nível hospitalar é o incêndio. Além desta formação dirigida a um risco específico, decorrem também cursos de Suporte Básico de Vida de 2 em 2 anos, dirigidos a todos os profissionais de saúde. Contudo, é nossa opinião que, apesar destas formações a equipa não se encontra preparada para lidar com uma situação de emergência ou catástrofe, pelo que este é um ponto futuro de investimento profissional. A realização do estágio permitiu conhecer o guia relativo ao *Plano de Emergência Hospitalar* emitido em 1999, confrontá-lo com a realidade e aprofundar o conhecimento sobre o PEI do Hospital, a planta de evacuação do piso 8 e os locais de encontro exterior fora do edifício (anexo III) em caso de se acionar o PEI.

Presentemente, e com o contributo do estágio, considero que a preparação e a confiança para atuar numa situação deste género aumentou, tendo permitido conhecer os locais de encontro para evacuação, a ordem de evacuação, a quem solicitar ajuda e a distribuição de funções pela equipa. De salientar que, sendo um elemento pertencente à equipa de qualidade do serviço, o plano de emergência do serviço foi colocado no Manual da Qualidade, encontrando-se em divulgação pelos restantes elementos da equipa de saúde do serviço.

Neste contexto de análise e relativamente à competência **“Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica”**, o facto de exercer funções no mesmo local de realização do estágio foi facilitador no conhecimento do padrão de doentes. O doente característico é o doente oncológico, no entanto, devido às outras especialidades que constituem o serviço, existe uma diversidade de outras patologias. O fator tempo de serviço acaba por permitir conhecer as patologias mais frequentes e o modo como as

próprias doenças habitualmente se desenrolam, o que permite a previsibilidade de alguns acontecimentos. O doente oncológico é muitas vezes sujeito a tratamentos complexos com citostáticos, exigindo conhecimento e precauções no manuseamento e administração, mas também atenção para as reações adversas/anafiláticas. Conhecer o tipo de fármaco, as contra-indicações, bem como os efeitos mais frequentes e o modo de atuação em caso de reação é fundamental quando se trabalha com estes doentes. Esta competência vai sendo adquirida com a experiência, sendo a formação interna em serviço uma forma de atualização do meio farmacológico de citostáticos, em constante evolução.

No módulo de Cuidados aos Cliente com Falência Multi-orgânica, foram abordados aspetos teóricos e práticos fundamentais quando se lida com doentes em situação crítica ou falência orgânica. Os assuntos analisados e os exercícios práticos contribuíram para aumentar, relembrar e aprofundar conhecimentos essenciais. Relacionado com o PIS e a experiência, o choque séptico está muitas vezes associado à neutropenia presente no doente oncológico. Tal como diz Smith-Blair (in Monahan e tal., 2010, p. 195) “através de uma observação atenta do estado do doente sempre em mutação, o enfermeiro de cuidados críticos monitoriza o complexo regime de tratamento, identifica rapidamente problemas, inicia terapêuticas adequadas e intervém para prevenir ou corrigir situações que ameaçam a vida”. O choque séptico e a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica é então uma realidade crescente no serviço, exigindo da parte de todos uma vigilância redobrada. Isto acaba por tornar-se num desafio em termos de atualização e procura de formação, uma vez que, as situações de falência orgânica com que nos deparamos com maior frequência não se relacionam com uma situação crítica e inesperada, mas são antes consequência do avançar da doença progressiva e do aproximar da morte.

Os assuntos relacionados com o módulo Cuidados em Situação de Crise: Cliente e Família, permitiram uma reflexão para as situações geradoras de crise quer no doente quer o seu impacto na família. Apesar de ter obtido equivalência a alguns módulos, a frequência das aulas foi fundamental à compreensão de intervenções especializadas.

A doença e o impacto do diagnóstico, acarretam muitas vezes desequilíbrio ao doente mas também no núcleo de amigos e familiares que o

rodeiam. Surge o que Kaplan (2003, p.782) chama por Crise: “uma resposta a acontecimentos desagradáveis e é experimentada como um estado doloroso. Conseqüentemente tende a mobilizar reações poderosas para ajudar a pessoa a aliviar o desconforto e retornar ao estado de equilíbrio emocional que existia antes do seu aparecimento (...) caracteriza-se por uma fase inicial, na qual a ansiedade e a tensão aumentam”.

Associado ao conceito de crise surge o conceito de Stresse, definido por Hans Selye citado por Sequeira (2006, p.78) “como sendo a resposta não específica do organismo a qualquer exigência de adaptação. As suas manifestações serão sempre as mesmas, podendo variar apenas em gravidade e duração, em função da intensidade do agente agressor e da sua permanência real ou simbólica”. Selye considera o aparecimento de Síndrome Geral de Adaptação, com três fases: reação de alarme, fase de resistência e fase de exaustão (Sequeira, 2006).

Assim, a crise surge assim quando as reações ao stresse falharam ou não foram eficazes e deriva da forma como, tanto o doente como as suas famílias, encaram um novo processo nas suas vidas, a forma como se vão reorganizar e restabelecer o equilíbrio. No caso de surgimento de uma Doença Crónica este desequilíbrio pode ser mais complicado de ultrapassar, pois implica uma perda ou alteração nos papéis familiares, nas responsabilidades, ocasionando mudança nos hábitos e estilos de vida. Os comportamentos face à doença podem incluir o abandono do tratamento ou negação da doença. É comum a passagem por alguns estádios, que vão desde a experiência dos sintomas, a aceitação da sua condição de dependência e, por fim, a reorganização, recuperação e reabilitação. Surge assim uma Crise, que na CIPE/INCP (ICN-CIPE/ICNP, 2005, p. 50) é definida como “um tipo de *Coping* com as características específicas: disposição para gerir um ponto de viragem para melhor ou para pior - num acontecimento de perda ou stress, uma situação temporária de desequilíbrio, tensão (...)”. Frequentemente, alguns doentes e famílias são apelidados de agressivos, inconvenientes e desagradáveis no trato, contudo, no fundo estes estão apenas a lutar para recuperar o controlo de si e do ambiente envolvente, após a notícia de um diagnóstico “pesado” e muitas vezes fatal. Como profissional de saúde, considero ser importante evitar juízos de valor

e manter uma postura firme de assertividade. Muitas vezes, é apenas necessário dar tempo à pessoa e à família para ganharem confiança na equipa e para assimilarem as informações dadas. Nestes casos, o foco de enfermagem relativo à “Aceitação do Estado de Saúde” é acionado com as respetivas intervenções que passam por ouvir, perceber e dar espaço ao doente e família. Este módulo e os seus contributos foram importantes, tendo ajudado na análise de uma situação no âmbito da UC de Filosofia, Bioética e Direito de Enfermagem.

A dor e a necessidade imediata do seu controlo está intimamente relacionada com o doente oncológico, sendo diária a experiência nesse sentido. A equipa trabalha em parceria com a Unidade de Dor na monitorização, avaliação e intervenção no tratamento da Dor. Este é o quinto sinal vital, reconhecido pela DGS em 2003 (Ministério da Saúde, 2003) e constitui o foco de maior sensibilidade e importância no que diz respeito a monitorização, vigilância, tratamento e avaliação. Durante a realização das auditorias aos Registos Electrónicos SAPE, realizado juntamente com uma colega, o foco de Dor, além de outros, é onde se centra grande parte da nossa atenção. Tal como é descrito por Pimenta e Ferreira (2006, p.124), a dor “ocorre em indivíduos que vivenciam diversos desconfortos de ordem física, psíquica, social e espiritual (...)”. No caso do doente oncológico é a chamada Dor Total, que Cicely Saunders, pioneira nos cuidados paliativos, refere ser resultado de múltiplos fatores. No serviço é atribuída à dor uma especial atenção, pois ao abordar a chamada “dor total”, são realizadas medidas de conforto na sua natureza holística, que é muito mais do que só proporcionar alívio da dor física. Além da dor crónica, também a dor aguda e o seu controlo constituem um desafio à equipa de enfermagem da qual faço parte, sendo frequente a necessidade de atuação imediata no caso de crises vaso-oclusivas de Drepanocitose. No âmbito desta competência, foram diversos os contributos das aulas de uma Psicóloga que pertence a uma Unidade de Dor, pois permitiram uma análise pela vertente psicossocial da pessoa com Dor, o que se revelou extremamente útil e dirigido à tipologia dos doentes existentes no local de estágio. Toda a complexidade, globalidade e subjectividade na avaliação da dor foi abordada, assim como o direito do doente e o dever do profissional ao tratamento diferenciado da dor. Esta é uma atuação a colocar em prática no dia-a-dia, quando se questiona os doentes sobre a localização, tipologia, intensidade e

factores de alívio ou de aumento da dor que estão a sentir. É realmente um fenómeno complexo e imprevisível, vivenciado de variadas formas e influenciado por múltiplos factores. No caso de alguns doentes, as experiências anteriores contribuem de forma significativa no modo como experienciam a dor atual e as estratégias para o seu alívio.

O sofrimento associado à necessidade espiritual, torna-se de difícil monitorização, sendo contudo um aspeto para se estar atento no relacionamento com os doentes, mostrando disponibilidade e abertura às necessidades de índole espiritual. Para Bolander (1998, p.1822) “O cuidado espiritual inclui não só o cuidar de ou acerca dos utentes, mas também ajudá-los a encontrar um significado nas experiências da vida, tais como em situações de crise e de sofrimento”. Twycross, por outro lado faz a distinção entre religião e espiritualidade, referindo que “uma religião é uma estrutura partilhada de crenças teístas e rituais que conferem expressão a preocupações de índole espiritual” (2001, p.54), e que a espiritualidade “não se limita a uma dimensão discreta da condição humana neste mundo, mas sim à vida na sua globalidade” (2001, p.53).

Para esta compreensão e preparação na ajuda ao outro, é fundamental que cada um faça uma exploração dos seus próprios recursos e fundamentos espirituais. É um caminho pessoal, em constante desenvolvimento, pois existem situações em que a razão, a lógica e as respostas não fazem sentido.

A divulgação junto da equipa do serviço de um Manual de Multirreligiões foi um dos objetivos concretizados, que procura tornar toda a equipa mais desperta e compreensiva para alguns comportamentos/rituais perante a morte e a doença, frequentes no serviço.

O apoio emocional, a aceitação da doença nas suas várias etapas e o lidar com o inesperado e o desconhecido acarreta grandes momentos de ansiedade, angústia e medo para os doentes e suas famílias. É assim importante estarmos despertos para as manifestações de sofrimento (inquietação, agitação, desconforto), por vezes apelidadas de chamadas de atenção, mas que não são mais que um pedido de ajuda indireto. Esta é uma área da atuação do enfermeiro que não deve ser descurada, sendo muito importante o investimento em formações neste âmbito. Focos de enfermagem como a Dignificação da Morte e o Processo de Luto fazem parte do padrão documental do serviço, com

intervenções de enfermagem próprias, mas que muitas vezes não traduzem o que é realmente percebido e vivenciado. Na relação estabelecida com os doentes e familiares, é fundamental uma gestão da comunicação e da informação fornecida, adaptando sempre à situação física, emocional e cognitiva da pessoa. A relação de ajuda, a veracidade e a congruência nos atos são ferramentas a utilizar na interação com os doentes e familiares.

A diversidade de doentes e patologias, com os variados dialetos linguísticos obriga diariamente a uma adaptação de atitudes e comportamentos, com o intuito de manter a assertividade em todas as intervenções. É frequente receber doentes do foro neuro-oncológico, com défices cognitivos e comunicacionais importantes. Estratégias como auxiliares de memória e reforço constante do ensino ao doente e acompanhante são fundamentais, nomeadamente em hospital de dia, quando são fornecidos citostáticos para o doente auto-administrar no domicílio. A disponibilização do contacto telefónico do serviço com o alerta à restante equipa para as dificuldades e défices, são também prática diária. Para ultrapassar a barreira linguística, e sendo que o Hospital passou recentemente por uma importante fase de preparação de mais uma auditoria com o CHKS, onde todos os serviços passaram por uma reformulação/construção de normas de procedimento, políticas etc., foi feito em colaboração e com outra colega e a Enfermeira Chefe, uma seleção, organização e divulgação dos documentos mais importantes deste âmbito, através de dossiers de consulta e na intranet. Políticas emitidas pela administração hospitalar como a “Assistência Espiritual e Religiosa” e “Tratamento e Cuidados” e Normas de Procedimento Geral “Satisfação das Necessidades Culturais e Religiosas do Utente e Família” e “Comunicação com o Doente de Língua Estrangeira” são alguns exemplos. É realmente uma problemática crescente a diversidade de nacionalidades que recorrem ao hospital, pelo que a equipa tem de saber atuar perante qualquer dificuldade, para que o doente se sinta confortável no seu processo de doença.

No fundo, está implícita a Teoria do Conforto de Kolcaba e todas as intervenções/medidas de conforto que são “concebidas para abordar necessidades de conforto específico das pessoas, incluindo fisiológicas, sociais, financeiras, psicológicas, espirituais, ambientais e físicas” (Dowd,2004).

No que se refere à competência específica em acima analisada **“cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica”** e à de mestre em enfermagem médico-cirúrgica: **“demonstra competências clínicas específicas na concepção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem”**, alguns dos critérios de avaliação, estão relacionados com as unidades da competência específica, complementando-se e no caso do PIS, representando todo o projeto em si.

Para a reflexão da competência em acima citada e para as duas próximas, os módulos de Cuidados ao Cliente em Fim de Vida e Espiritualidade e Cuidados de Enfermagem, inserido na Unidade Curricular Enfermagem Médico-Cirúrgica II foram fundamentais.

No decorrer do curso, foram aprovadas pela OE as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa, que se adequam à minha prática. Tal como já referi, propus-me à análise destas competências, por irem de encontro às competências desenvolvidas ao longo da minha atividade profissional.

Na competência que diz **“Cuida de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida”**, este é sem dúvida o lema dos cuidados paliativos.

Tal como Neto, Aitken e Paldron (2004, p. 15) referem “os cuidados paliativos promovem uma abordagem global e holística do sofrimento dos doentes, pelo que é necessário formação nas diferentes áreas em que os problemas ocorrem – física, psicológica, social e espiritual”. É uma área de atuação da enfermagem muito assustadora para uns, mas extremamente aliciante e motivador para outros. É neste último grupo que me identifico, onde através dos cuidados paliativos a enfermagem exerce-se numa maior abrangência. A diminuição do sofrimento físico, emocional e espiritual, a preservação da dignidade e a maximização da qualidade de vida são os expoentes máximos.

É um privilégio fazer parte de uma equipa desperta e motivada para a prestação de cuidados paliativos, contudo é percecionado ainda falta de trabalho em equipa com outros profissionais. O investimento individual em termos

formativos, juntamente com a experiência profissional, permitiu-me a aquisição de competências para lidar com a doença crónica, incapacitante e terminal, ajudando tanto os doentes como os seus cuidadores e familiares a gerir o diagnóstico e as diferentes fases do processo de doença, com o objetivo máximo de promoção da independência, do bem-estar e conforto. São doentes em que a complexidade de necessidades exige, por parte dos enfermeiros, uma atenção para as manifestações físicas, as verbalizações e todo o controlo sintomático, mas também atenção com o estado de espírito, a postura perante os outros, a doença e a vida. Os planos de cuidados destes doentes são, na maioria das vezes, complexos abrangendo o controlo sintomatológico, a componente psico-emocional, espiritual e sócio-familiar. Nestes casos os três tipos de conforto de Kolcaba (alívio, tranquilidade e transcendência) acabam por estar assim presentes.

A experiência pessoal nesta área, passou também pela participação numa Unidade de Cuidados Paliativos integrada na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados que me fez crescer como enfermeira mas também como pessoa, dando valor aos acontecimentos da vida com outra calma e serenidade.

As lacunas, as falhas e a frustração muitas vezes sentida e partilhada por colegas, prende-se com o facto de não se conseguir prestar verdadeiros cuidados paliativos. Por desconhecimento, receios, mitos ou por falta de aceitação do inevitável, questionamos muitas vezes mas sem explicação. O certo é que por vezes são prestados cuidados, distantes do que é paliar, no que se refere à manutenção de fármacos e exames inúteis. A articulação da enfermagem com outros membros da equipa multidisciplinar faz-se com a Unidade de Dor, o Departamento de Psicologia e a Assistência Social e é muitas vezes na equipa de médicos assistentes que é necessário fomentar esta filosofia. É contudo de salientar que a equipa médica reconhece competências e conhecimentos teóricos e práticos na equipa de enfermagem. O enfermeiro funciona como “advogado” do doente, zelando pelos seus interesses e pelas melhores decisões. Benner (2001, p.232-233), refere que “os doentes e as suas famílias têm muitas vezes necessidade da enfermeira para reforçar a sua causa (...) eles podem ser induzidos em erro pela gíria médica ou que eles não percebem aquilo que lhes é dito porque estão bloqueados pelo medo. A enfermeira pode explicar a atitude do

doente ao médico e o comportamento do médico ao doente”. Consciente de que muito caminho já foi percorrido e muitas situações foram verdadeiramente gratificantes, continuam a existir ainda outras que deixaram uma sensação de tristeza e insatisfação.

Existem assim grandes áreas de atuação de igual importância e que não podem ser subestimadas quando se pretende praticar cuidados de qualidade, como o controlo de sintomas, a comunicação adequada, o apoio à família e o trabalho em equipa (Neto, Aitken & Paldron, 2004). Macdonald referenciado por Neto (2006,p.55) diz que “o controlo inadequado dos sintomas ao longo da trajetória da doença, para além de produzir sofrimento, poderá ter um efeito adverso na progressão da doença. Quer-se com isto reforçar que ao controlar adequadamente os sintomas poderemos estar a favorecer para além da qualidade de vida, a quantidade da mesma”. Esta é uma forma de encarar o controlo sintomático que deve ter sempre em conta a prioridade para a pessoa. Questionar o doente como por exemplo “neste momento o que o incomoda mais?” permite perceber onde o doente se encontra mais desconfortável. Muitas vezes, quando demonstramos disponibilidade e presença, os doentes acabam por verbalizar coisas como “não quero que os meus filhos me vejam assim (com dispneia)” ou “o meu marido está em casa sozinho e precisa de mim (tem Alzheimer)” ou “queria muito ver os meus netos crescerem”. Nestas alturas a dor deixa de ser o sintoma mais presente, realçando-se as preocupações e angústias subjacentes.

Neto (2006) menciona que a monitorização dos sintomas deve ser efetuada recorrendo a instrumentos de avaliação estandardizados (escalas numéricas e analógicas) e esquemas de registos adequados (esquema corporal da dor, tabelas de sintomas, etc). Entre estas escalas destaca-se a ESAS (Edmonton Symptom Assessment System), a qual permite uma monitorização de vários sintomas, é de fácil preenchimento e está validada para a população portuguesa. Contudo, a existência do sistema SAPE limita a introdução de novas ferramentas de trabalho.

A monitorização dos sintomas e a adequação do plano de cuidados com o doente de acordo as suas capacidades e desejos é fundamental, quer para promover o bem-estar e satisfação, quer para a manutenção da autonomia. Este

“contrato” de ambas as partes (enfermeiro-doente-cuidadores/família) permite a antecipação de crises dolorosas e exacerbação de sintomas como a dispneia, a astenia, etc. e, conseqüentemente, minimiza o sofrimento físico e psicológico associado ao desalento e ao desânimo. Passa muitas vezes por atividades simples como combinar a hora de algum procedimento, a hora do banho e quem vai estar presente, o momento do levante, a deslocação ao exterior para receber a família e até fumar um cigarro. As regras e horários do hospital não deverão constituir uma limitação. É de salientar que a equipa de enfermagem tem o apoio da chefia para decidir e estipular o plano de cuidados que seja o mais adequado ao doente e família. Um outro aspeto muito positivo existente no serviço é a boa articulação e cooperação com grande parte da equipa médica, o que facilita e suporta algumas decisões tomadas.

Neste contexto, tem toda a importância a existência de uma metodologia de trabalho por enfermeiro responsável, que permita uma relação de confiança e mútua interação na decisão do plano terapêutico com o doente e família. A aplicação deste método foi melhorada desde a realização do meu estudo de caso, em 2007, no âmbito da PG: *Enfermeiro de Referência/Responsável, uma metodologia de trabalho fundamental em Cuidados Paliativos?*

Intimamente relacionado com esta competência específica, está uma das competências de mestre em enfermagem médico-cirúrgica, muito importante e que diz que o mestre é aquele que **“Integre equipas de desenvolvimento multidisciplinar de forma proactiva”**, sendo capaz de aplicar conhecimentos, capacidades e resolver problemas. Neste sentido, considero-me perfeitamente capaz de integrar e agir de forma proactiva, servindo como consultor e referência para alguns colegas, conseguindo ser assertiva e bastante capaz de gerir situações e colaborar com outras entidades dentro e fora da instituição hospitalar. Este tipo de reconhecimento por parte de colegas, da chefia e até da instituição, traduziu-se no convite para ser um dos membros da comissão de cuidados paliativos do hospital, o que se tornou muito gratificante e recompensador e traduz o investimento que procuro desenvolver no meu percurso profissional.

Na competência **“Estabelece relação terapêutica com pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas**

sucessivas e à morte”, muitos aspetos foram já abordados nas competências anteriores, no entanto será feita uma reflexão.

Para além dos doentes, existem sempre cuidadores e familiares que igualmente sofrem com todas as alterações que rodeiam o núcleo e interferem no equilíbrio familiar. Muitas vezes, é possível controlar os sintomas do doente e proporcionar-lhe alguma qualidade de vida e medidas de conforto, contudo é esquecida a família/cuidadores que são simultaneamente prestadores de apoio/suporte e alvo de cuidados. Estes precisam muitas vezes de ser ajudados a perceber o que se está a passar, o que é previsível e o que podem fazer como auxiliares do conforto e do bem-estar, e ao mesmo tempo sentirem-se úteis no processo. Muitas vezes somos questionados pelos familiares que perguntam “o que posso fazer para ajudar?”, ou “esta espera é muito difícil”. É assim fundamental estabelecer um plano de cuidados individualizado e que inclua a família/cuidadores, com intervenções do tipo “ensinar”, “instruir” e “treinar”, abertura de focos de enfermagem relativos ao “Processo de Luto” com respetivas intervenções: “Apoiar a Família”, “Apoiar o prestador de cuidados na tomada de decisão”, “Assistir na aceitação da crise”, “Encorajar o prestador de cuidados a exprimir as suas emoções”, “Ensinar o prestador de cuidados sobre estratégias de *coping*”, “Facilitar o envolvimento da família”, “Facilitar serviços religiosos”, “Gerir a comunicação”, “ Identificar com a pessoas estratégias anteriores de adaptação eficaz”, “Informar a família sobre o processo de luto”, “Promover escuta ativa” e “Promover comunicação expressiva”. Estas são intervenções presentes no padrão documental do serviço e que pretendem traduzir as atividades do enfermeiro na prestação de cuidados à família no foco de processo de luto.

As situações de maior agudização dos sintomas ou de descompensação da situação, são geradoras de angústia e instabilidade no seio da família/cuidadores, sendo fundamental a preparação para estes acontecimentos. Uma comunicação assertiva, aberta, sem rodeios e direcionada para o que se quer saber e ouvir é fundamental para que tudo decorra em harmonia, sem stresse ou angústia para os familiares/cuidadores que inconscientemente irão ter reflexo deste estado no próprio doente.

Os turnos da tarde, são sem dúvida, os mais interventivos neste campo, pois os familiares/cuidadores estão mais presentes e apelativos, sendo importante

atualizar a situação, esclarecer dúvidas, e apoiar emocionalmente. Nesta altura por vezes são estabelecidas algumas prioridades e planeado o futuro. Muitas vezes, existe discórdia em algumas tomadas de decisão que não são bem aceites por alguns pares, contudo nestas situações é importante conversar com o/os colegas de trabalho e encontrarmos em conjunto, um consenso que vá de encontro ao que é melhor para o doente e para a família. Por exemplo, uma regra do serviço consiste em não permitir permanência de familiares durante a noite, no entanto, em várias situações já aconteceu proporcionar-se alguns momentos de despedida entre o doente e a família mais próxima, com a ida destes ao serviço a meio da noite. São momentos únicos, verdadeiros e insubstituíveis entre o doente e a família, que tranquilizam e motivam a continuar a exercer enfermagem. Caponero e Vieira (2006, p. 301-302) dizem que os cuidados paliativos “afirmam a vida e consideram a morte como um processo normal da vida, não apressam nem adiam a morte, provêm o alívio da dor e de outros sintomas, integram os cuidados psicossociais e espirituais no cuidado ao paciente e oferecem um sistema de suporte para assistir o paciente que morre e a sua família”. Neste sentido, é um objetivo próximo propor a revisão do horário de visitas e acompanhante no serviço de acordo com a Lei nº106/2009 de 14 de Setembro “Acompanhamento familiar em internamento hospitalar”, bem como divulgar a Lei nº 52/2012 de 5 de Setembro “Lei de Bases dos Cuidados Paliativos”.

Como se tem vindo a abordar, cuidar de doentes em condição de doença crónica incapacitante e terminal expõe os profissionais de saúde a situações de ansiedade e angústia. Tal como afirma Carvalho (2006, p.103) “a morbilidade psicológica/psiquiátrica é grande entre profissionais de saúde”. Muitas vezes deparamo-nos com a proximidade de idades, com histórias de vida marcadas pelo sofrimento e por momentos difíceis, que com o tempo tornam-se queridos de toda a equipa. Passa-se o que Neto, Aitken e Paldron (2004, p.41) referem “os técnicos têm de se confrontar, directa ou indirectamente e a um nível mais íntimo, com a sua própria mortalidade e a mortalidade dos que lhes são queridos”. A morte passa a ser encarada numa outra perspetiva, mas mesmo com esta confrontação frequente existem momentos de maior fragilidade. Quando se percebe que o papel profissional deixa de ter uma ação terapêutica, é fundamental solicitar apoio ou pedir substituição dos colegas. A Dignificação da

Morte, para a perspectiva do doente, é trabalhada em menor intensidade que o Processo de Luto para os familiares/cuidadores, muito devido à dificuldade que se tem em falar da própria morte e do seu aproximar. Esta continua a ser um assunto tabu, algo escondido e de difícil abordagem. A postura e posição nestes casos é mostrar abertura para falar no assunto, sobre os desejos e vontades pendentes e, muitas vezes, alertar para o que se quer fazer ou deixar resolvido. É curioso que os doentes sabem perfeitamente a etapa que se aproxima e, de forma mais direta ou indireta, já falaram sobre alguns assuntos.

O módulo de Cuidados ao Cliente em Fim de Vida foi um complemento à Pós Graduação em Enfermagem Médico-Cirúrgica em Cuidados Paliativos em 2007, pois permitiu uma consolidação de conhecimentos com a abordagem das aulas às diferentes unidades existentes em Portugal, com ênfase na temática do sofrimento e nas suas diferentes dimensões, assim como, ao recurso a terapias não farmacológicas nos cuidados aos doentes. A reflexão em sala de aula, assim como aquela que foi feita individualmente, permitiu a aquisição de conhecimentos que são fundamentais para contribuir na Comissão de Cuidados Paliativos do Hospital, na elaboração de documentos.

A competência de mestre em enfermagem médico-cirúrgica **“Aja no desenvolvimento da tomada de decisão e raciocínio conducentes à construção e aplicação de argumentos rigorosos”** é a que mais se relaciona com a competência específica acima descrita e com a análise realizada. A capacidade de seleção de meios e estratégias para resolver situações de forma fundamentada e a capacidade de avaliar as ações e decisões em termos de ganhos em saúde, com base na ética e deontologia profissional são critérios desta competência, que vão de encontro à minha postura, atitude profissional e o que defendo como boa prática profissional.

Neste sentido, e como já referido considerando as competências desenvolvidas e o trabalho desenvolvido no dia-a-dia, recebi por parte da chefia a proposta de ingressar na Comissão de Cuidados Paliativos.

4. Síntese das aprendizagens

O Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, foi criado com a “finalidade proporcionar um espaço de aprendizagem que conduza ao desenvolvimento de competências especializadas ao nível da avaliação, planeamento, intervenção e investigação em processos associados à enfermagem médico-cirúrgica, permitindo o desenvolvimento de boas práticas em contexto de trabalho” (Nunes, Ruivo & Lopes, 2011 p. 3). Assim sendo, todos os contributos teóricos tiveram de alguma forma influência no desenrolar do curso. A Enfermagem é uma profissão de contínua e permanente relação com o outro, assente em valores universais, que servem de base à prestação de cuidados. É fundamental que o Enfermeiro adquira competências profissionais diferenciadas, saberes teóricos e práticos, com base em evidência científica. Para esta aquisição e sua interligação à prática, os contributos dos diferentes semestres foram assim fundamentais.

O caminho foi longo, exigindo pesquisa bibliográfica e capacidade de síntese, na medida em que a área da prevenção e controlo da infeção é um mundo, altamente específico, com várias vertentes de trabalho e em constante alteração, no que diz respeito a novas exigências e novos microrganismos. A realização deste trabalho e a construção do PIS trouxe grandes contributos e aprendizagens, nomeadamente nas IACS, cujo investimento até então tinha sido reduzido. A formação base de Licenciatura de Enfermagem permitiu-nos algumas noções importantes, mas este é um meio onde devemos estar despertos, sensibilizados e conscientes do nosso papel.

Este trabalho de projeto, constitui-se assim como um documento que retrata um caminho percorrido, em que no primeiro capítulo procurámos enquadrar a enfermagem médico-cirúrgica, a temática em redor do PIS e o modelo teórico com que me identifico na prática de cuidados, dando cumprimentos aos três primeiros objetivos do trabalho. Posteriormente, é feita uma descrição do PIS com o diagnóstico de situação, os objetivos, o planeamento, o que foi executado e sua consequente avaliação. Sendo que, devido à equivalência à Pós Graduação, me era apenas pedido no curso a realização do PIS até a fase de planeamento, é também descrito aquilo que foi possível executar em tempo de estágio. As aprendizagens e o desenvolvimento à

luz das competências comuns do Enfermeiro Especialista e específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica e em Situação Crónica e Paliativa, juntamente com a análise das competências de mestre foram feitos em capítulo próprio. Ainda nesse capítulo, é dada atenção ao contributo teórico dos diferentes módulos dos semestres.

Os objetivos iniciais traçados para este documento foram assim atingidos, contudo o envolvimento em outras atividades profissionais no serviço, acabaram por limitar o tempo disponível para análise e o recurso a mais pesquisa.

Um dos objetivos com este PIS é, assim, a standardização dos cuidados prestados e dos ensinamentos por parte dos profissionais de saúde, nomeadamente enfermeiros e assistentes operacionais, colmatando falhas e formas de atuação diferenciadas.

A realização do PIS permitiu-nos levantar na equipa uma oportunidade de reflexão, de consciencialização das necessidades formativas e das lacunas. Só pelo facto de levar as pessoas a pensarem na sua forma de agir, já consideramos ter existido pontos positivos. Outro aspeto de verdadeira dimensão, são os ganhos em qualidade que pensamos conseguir com a implementação do PIS, através da melhoria dos cuidados e para isto os Padrões de Qualidade de cuidados gerais e específicos já analisados serviram de base.

O facto de me encontrar envolvida na revisão interna de normas de procedimento no serviço, para a Acreditação do hospital pelo CHKS proporcionou a criação de alguns documentos necessários e fundamentais relacionados com o PIS mas também impediu um envolvimento e dedicação total no projeto. A condensação de informação, a reflexão da prática e a análise das competências comuns, específicas e de mestre em enfermagem médico-cirúrgica acabou por ser o mais difícil, porque não é frequente analisarmos e refletirmos sobre as nossas decisões e atitudes. Assim, este acabou por ser um percurso desenvolvido e uma consciencialização da minha pessoa enquanto enfermeira.

Em relação aos objetivos pessoais e desafios futuros pretende-se: a disseminação dos resultados e a divulgação do trabalho à equipa do serviço, a sua publicação e utilização em conferências através de poster ou comunicação; a execução e concretização das atividades traçadas no PIS e ainda não implementadas; desenvolver as atividades/estratégias de prevenção e controlo da

infecção em contexto de doente neutropénico em Hospital de Dia, que identificámos também como uma necessidade. Este era um objetivo inicialmente definido para o PIS, chegando até à realização da FMEA, contudo foi perceptível que não seria exequível em tempo útil de curso.

É pretendido também manter o envolvimento nos projetos de qualidade do serviço e co-responsabilidade pelo grupo de qualidade do serviço.

Referências Bibliográficas

Alves, A. G., & Redondo, J. A. (1999). *Plano de Emergência Hospitalar*. Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Emergência Médica, Comissão de Planeamento da Saúde de Emergência.

Apóstolo, J. L. (2010). *O conforto pelas imagens mentais na Depressão, Ansiedade e Stresse*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Bardin, L. (1977). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, Lda.

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN 972-8535-97-X.

Bolander, V.B. (1998). *Sorensen & Luckmann- Enfermagem Fundamental: Abordagem psicofisiológica*. (1ªed). Lisboa: Lusodidacta,.

Carvalho, V. (2006). A equipe de saúde e suas vicissitudes emocionais. In C. A. Pimenta, D. D. Mota, & D. d. Cruz, *Dor e Cuidados Paliativos - Enfermagem, Medicina e Psicologia* (pp.103-123). Brasil: Editora Manole Ltda.

Carvalho, F. M. (s.d.). *Vidas Lusofonas*. Acedido a 11 de Novembro, 2011, de www.vidaslusofonas.pt/garcia_da_orta.htm

Carmagnani, M. I. (2000). *Segurança e Controle de Infecção*. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores.

Caponero, R., & Vieira, D.E. (2006). Urgências em Cuidados. In C. A. Pimenta, D. D. Mota, & D. d. Cruz, *Dor e Cuidados Paliativos - Enfermagem, Medicina e Psicologia* (pp.301-316). Brasil: Editora Manole Ltda.

Cataneo, C. (2010). *Sensibilidade dos critérios para isolamento de pacientes admitidos num hospital especializado em oncologia*. Dissertação Mestrado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

“Conceito de Projeto” (2011). <http://conceito.de/projecto> acessado em 16.08.2012 13H.

Costa, C., Silva, M. G., Noriega, E., & Gaspar, M. J. (2009). *Vigilância Epidemiológica das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde - Critérios para a definição de infecções nos cuidados de saúde de agudos*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.

Costa, A. C., Noriega, E., Fonseca, L. F., & Silva, M. G. (2009). Inquérito Nacional de Prevalência de Infecção -Relatório. Lisboa: Ministério da Saúde, Direcção Geral da Saúde, Departamento de Qualidade na Saúde

Decreto-Lei nº104/98. *Diário da República I Série A. Nº93* (21 de Abril de 1998) pp.1739-1757. Lisboa: Ministério da Saúde.

Decreto-Lei nº161/96. *Diário da República I Série. Nº 205* (04 de Setembro de 1996) pp.2959 – 2962. Lisboa: Ministério da Saúde.

Deodato, S. (2010). Supervisão de Cuidados: uma estratégia curricular em Enfermagem. *Percursos*, 18, 3-7.

Dowd, T. (2004). Katharine Kolcaba. Teoria do conforto. In A. M. Tomey & M. R. Alligood (Eds.), *Teóricas de enfermagem e a sua obra. Modelos e teorias de enfermagem* (5ª ed., pp. 481-495). Loures: Lusociência

Fernandes, A. T. (s.d.). Semmelweis: uma história para a reflexão. Acessado a 20 de Novembro, 2011, em: <http://www.ccih.med.br/semmelweis.html>

Freifeld, A. G. et AL. (2011). Clinical Practice Guideline for the Use of Antimicrobial Agents in Neutropenic Patients with Câncer: 2010 Update by the Infectious Diseases Society of America. *Clinical Infectious Diseases*. 52: 56-93.

Fortin, Marie-Fabienne – *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência, 1999. ISBN 972-8383-10-X. 388p.

Gil, A. C. (1989). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Atlas.

Hennezel, M. (1997). *Dialogo com a Morte*. Lisboa: Editorial Notícias. ISBN 972-46-0793-3.

Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital - Enquadrar os cuidados de enfermagem numa Perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Internacional Council of Nurses (2005). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.

Kapak, Haroldl., et al. (2003). *Compêndio de Psiquiatria: Ciências, Comportamentos e Psiquiatria Clínica*. (7ªed.). São Paulo: Artmed Editora. ISBN 85- 7307.

Martins, G. (2011) Plano de Emergência Interno. In: Saúde, Higiene e Segurança dos Profissionais de Saúde; Maio de 2011. Almada: Hospital Garcia de Orta, E.P.E.

Martins, M. A, (2001). *Manual de Infecção Hospitalar –Epidemiologia, Prevenção e Controle*. (2ªed). Rio de Janeiro: MEDSI Editora Médica e Científica Ltda. ISBN 85-7199-256-8.

Mendes, A.V,A., Sapolnik, R. & Mendonça, N. (2007). New guidelines for clinical management of febrile neutropenia and sepsis in pediatric oncology patients (Novas directrizes na abordagem clínica da neutropenia febril e da sepse em oncologia pediátrica). *Jornal de Pediatria*, 83: 54-63.

Ministério da Saúde (2003). *A Dor como 5ºsinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor - Circular Normativa*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

Ministério da Saúde & Instituto Nacional de Saúde Dr.Ricardo Jorge (2002). *Prevenção de Infecções Adquiridas no Hospital – Um Guia Prático*. Lisboa

Ministério da Saúde & Instituto Nacional de Saúde Dr.Ricardo Jorge (2005). *Relatório Inquérito de Prevalência de Infecção 2003*. Lisboa.

Ministério da Saúde (2007a). Comissões de Controlo de Infecção – Circular Normativa. Lisboa : Direcção Geral da Saúde.

Ministério da Saúde (2007b). Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

Ministério da Saúde (2008a). Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção associada aos cuidados de saúde – Manual de Operacionalização, 2007. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

Ministério da Saúde, Direcção Geral da Saúde(2008b). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde- Manual de Operacionalização*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde, Direcção Geral da Saúde(2009), Departamento da Qualidade na Saúde. *Programa Nacional de Prevenção das Resistências aos Antimicrobianos*. Lisboa: Ministério da Saúde

Moura, J.P. (2004). *A adesão dos profissionais de enfermagem às precauções de isolamento na assistência aos portadores de microrganismos multirresistentes*. Dissertação Mestrado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

Nightingale, F. (2005). *Notas Sobre Enfermagem: o que é e o que nao é*. Loures: Lusociência -Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Nunes, L (2010). Do Perito e do Conhecimento em Enfermagem: uma exploração da natureza e dos processos de conhecimento em enfermagem. *Percursos*, 17: 3 – 9.

Nunes, L., & Ruivo, M. A. (2011). *Regulamento do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico- Cirúrgica*. Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde.

Nunes, L., Ruivo, M. A., & Ferrito, C. (2010). Metodologia de Projecto: colectanea descritiva de etapas. *Percursos* , **15**: 1-37.

Nunes, L., Ruivo, M. A., & Lopes, J. (2011). *Guia Orientador dos Estágios 2º Semestre: Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Anos Lectivos 2011/2012. Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde.

Neto, I. G., Aitken, H. H., & Paldron, T. (2004). *A Dignidade e o Sentido da Vida* (1ª ed.). Cascais: Editora Pergaminho.

Neto, I. G. (2006). Modelos de Controlo Sintomático. In: A., Barbosa & I.G. Neto, *Manual de Cuidados Paliativos*.(pp.53-60). Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa. ISBN 978-972-9349-21-8.

Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2011) - *Relatório de Primavera: Da depressão da crise para a governação prospectiva da saúde*.

Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual e Enunciados descritivos*. Conselho de Enfermagem.

Ordem dos Enfermeiros. (2003). *Competências dos Enfermeiros de Cuidados Gerais*. Conselho de Enfermagem.

Ordem dos Enfermeiros. (2006). Projecto: “*Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*” *Relatório de Progresso*. Conselho de Enfermagem. Acedido a 14 Fevereiro, 2012, em <http://www.ordemenfermeiros.pt/projectos/Documents/Padroes%20de%20Qualidade/Relatorio de Progresso %20Padroes de Qualidade 2006.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2007). *Recomendações para a elaboração de Guias Orientadores da Boa Prática de Cuidados*. Acedido a 12 Janeiro, 2012, em http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/Recomend_Manuais_BPraticas.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Aprovado por unanimidade na Assembleia Geral Extraordinária de 22 de Outubro de 2011.

Pereira, M.S., Souza, A.C.S., Tippla, A.F.V. & Prado, M.A, (2005). A Infecção Hospitalar e suas Implicações para o Cuidar da Enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*, **14**: 250-257.

Pimenta, C. A., & Ferreira, K. a. (2006). Dor no Doente com Cancer. In: C. A. Pimenta, D. D. Mota, & D. d. Cruz, *Dor e Cuidados Paliativos - Enfermagem, Medicina e Psicologia* (pp. 124-166). Brasil: Editora Manole Ltda.

Pina, E., Silva, M.G., Silva, E.G. & Uva, A.S. (2010). *Infecção relacionada com a prestação de cuidados de saúde: infecções da corrente sanguínea (septicemia)*. [Versão electrónica]. *Revista Portuguesa Saúde Publica*, **28**:19-30. Acedido a 12 de Dezembro, 2011, de http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-90252010000100003&lng=pt&nrm=iso

Pina, E., Silva, G., & Ferreira, E. (2010). *Relatório Inquérito de Prevalência de Infecção*. Lisboa: Ministério da Saúde, Direcção Geral da Saúde, Departamento da Qualidade na Saúde.

Programa Nacional de Controlo das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde. Ministério da Saúde: Direcção Geral de Saúde.

Polit, D. F. & Hungler, B. P. (1995). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. (3ed.) Porto Alegre: Artes médicas. ISBN 85-7307-101-X. 391p.

Regulamento nº 122/2011 de 18 de Fevereiro. *Diário da República nº 35 – 2ª Série*. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.

Regulamento nº 124/2011 de 18 de Fevereiro. *Diário da República nº 35 – 2ª Série*. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.

Ribeiro, O. P., Carvalho, F. M., Ferreira, L. M. M. & Ferreira, P. J.M. *Qualidade dos Cuidados de Saúde*. Acedido a 17 Fevereiro, 2012, em <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium35/7.pdf>

Sequeira, C. (2006). *Introdução à Prática Clínica*. Coimbra: Quarteto

Siegel JD., Rhinehart E., Jackson M. & Chiarello L.,(2007) *Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. 2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings*. Disponível em <http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/pdf/isolation2007.pdf>

Smith-Blair, N. (2010). Cuidados Críticos. In: Monahan, F. D., Sands, J. K., Neighbors, M., Marek, J.F. & Green, C. J. *Phipps Enfermagem Médico-Cirúrgica: Perspectivas de Saúde e Doença*. (8ed.) (pp.195-207). Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-22-2.

Smith, T. et al (2006) 2006 Update of Recommendations for the Use of White Blood Cell Growth Factors: An Evidence-Based Clinical Practice Guideline. American Society of Clinical Oncology. Disponível em <http://jco.ascopubs.org/content/24/19/3187.full>

Spicer, W.J. (2008). *Clinical microbiology and Infectious Diseases: An Illustrated Colour Text*. (s.l.) Churchill Livingstone Elsevier. ISBN 978-0-443-10303-2.

Streubert, H. J., & Carpenter, D. R. (2002). *Investigação Qualitativa em Enfermagem* (2ª ed.). Loures: Lusociência- Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Stone, D. B., Armstrong, R. W., Macrina, D. M., & Pankau, J. W. (1999). *Introdução à Epidemiologia*. Amadora: Editora McGraw-Hill de Portugal, Lda.

Wilson, J. (2003). *Controlo de Infecção na Prática Clínica*. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.

World Health Organization (2004) *Practical Guidelines for Infection Control in Health Care Facilities*. SEARO Regional Publication No. 41. WPRO Regional Publication. Acedido a 20 Janeiro, 2012, em

http://www.searo.who.int/LinkFiles/publications_PracticalguidelinSEAROpub-41.pdf

World Health Organization (2009), WHO guidelines on hand hygiene in health care: First Global Patient Safety Challenge Clean Care is Safer Care. *World Health Organization*. Geneva. ISBN 978-92-4-159790-6.

Thérèse, D. (2004). Teoria do Conforto - Katherine Kolcaba. In Tomey, A.M. & Alligood, M.R. *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (5ªed., pp. 481-495). Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Toledo, J. C. & Amaral, D. C. FMEA: Análise de Modos e Efeito de Falhas. [Versão electrónica]. Brasil: Grupo de Estudos e Pesquisa em Qualidade. Acedido a 1 de Outubro, 2011, em <http://www.gepeq.dep.ufscar.br/arquivos/FMEA-APOSTILA.pdf>

Twycross, R.(2001).Cuidados Paliativos. (1ª ed.) Lisboa: Climepsi. ISBN 972-796-001-4.

Tomey,A. M. & Alligood, M. R. (2004).*Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (5ªed.). Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Apêndices

APÊNDICE I – CARTA DE PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO À ENFERMEIRA CHEFE
DO SERVIÇO DE ONCOLOGIA, HEMATOLOGIA, ENDOCRINOLOGIA E
HOSPITAL DE DIA

À Sr^aEnf^aChefe
Serviço de Hemato-Oncologia, Endocrinologia
e Hospital de Dia,
Hospital Península de Setúbal.

Exmos Enf^a,

Sónia Filipa Rosa Miranda, enfermeira a exercer funções no serviço de Hemato-Oncologia, deste Hospital, vem por este meio e no âmbito do estágio do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, solicitar autorização para aplicar um questionário à equipa de enfermagem.

Encontro-me a realizar um projecto de intervenção em serviço, que recai no cuidado ao Doente/Família Oncológico, nomeadamente ao nível da suscetibilidade e controle da infeção no doente neutropénico. Para a fundamentação do diagnóstico de situação, necessito de identificar a opinião/perceção da equipa para a importância desta área, bem como dificuldades/sugestões existentes na área do controlo de infecção no serviço de Hemato-Oncologia, Endocrinologia e Hospital de Dia.

Agradeço desde já a atenção dispensada.

Com os melhores cumprimentos,
Pede deferimento

Almada, Novembro de 2011

APÊNDICE II – QUESTIONÁRIO APLICADO À EQUIPA DE ENFERMAGEM

| Cara(o) Colega,

Encontro-me a realizar um projecto de intervenção em serviço, no âmbito do estágio do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

O enfoque do Projecto recai no cuidado ao Doente/Família Oncológico, nomeadamente ao nível da susceptibilidade e controle da infecção no doente neutropénico. Para a fundamentação do diagnóstico de situação, necessito de identificar a opinião/percepção da equipa para a importância desta área, bem como dificuldades/sugestões existentes na área do controlo de infecção no serviço de Hemato-oncologia, Endocrinologia e Hospital de Dia.

Agradeço a sua disponibilidade e colaboração para participar neste estudo, preenchendo o questionário em anexo. Se a qualquer momento do preenchimento desejar interromper o mesmo, poderá fazê-lo sem qualquer prejuízo para si.

Serão tidos em consideração todos os aspectos éticos respeitantes à colheita e tratamento dos dados, nomeadamente o sigilo e anonimato das fontes. Os dados colhidos serão usados estritamente para o fim apresentado e eventual divulgação dos resultados do trabalho.

Muito obrigada pela sua colaboração,

Autora Sónia Miranda
Orientadora Paula Paramés
Professora Alice Ruivo

(Destacar e colocar em envelope próprio)

Caso concorde com todos os aspectos apresentados anteriormente, agradecemos que rubrique a folha e a separe do questionário, colocando-a em envelopes separados.

Rubrica _____

QUESTIONÁRIO

Este questionário é constituído por duas partes, sendo a primeira relativa a questões relativas ao objectivo da aplicação do mesmo e a segunda parte relativa a dados de caracterização da amostra.

PARTE I

Nesta secção encontram-se algumas questões relacionados com a sua actividade profissional. Por favor leia cada questão atentamente e assinale a que pareça mais perto da sua realidade.

1. O Doente Oncológico Neutropénico encontra-se numa situação favorável a contrair uma infecção.



2. A prevenção e controlo da infecção deverá ser uma área de especial atenção e intervenção autónoma do enfermeiro, iniciando as medidas necessárias em contexto de doente neutropénico.



3. É fundamental no doente neutropénico o ensino ao doente e à família, seguindo recomendações, normas de procedimento e directrizes pré-estabelecidas no serviço e partilhadas por todos.

- | | |
|------------------|--------------------------|
| Muito importante | <input type="checkbox"/> |
| Importante | <input type="checkbox"/> |
| Indiferente | <input type="checkbox"/> |
| Sem importância | <input type="checkbox"/> |
| Nada importante | <input type="checkbox"/> |

4. Considero-me capaz de efectuar ensinios de prevençãõ ao doente e suas famílias em caso de neutropénia



5. Considero – me capaz de efectuar ensinios ao doente e suas famílias consoante o tipo de infecçãõ por este contraída.



6. Na sua opiniãõ seria importante a realizaçãõ de acções de formaçãõ para enfermeiros e assistentes operacionais, no âmbito de medidas de prevençãõ e controlo de infecçãõ.

Sim

Nãõ

7. Considera pertinente a existênciã de um guiã de boas prãticas para os profissionais, bem como folhetos para entrega aos doentes e familiares, com as principais recomendações da Comissãõ de Controlo de Infecçãõ, os cuidados bãasicos para doentes e famílias, adaptado às diferentes situações e agentes patogénicos mais frequentes no serviçõ (internamento e hospital de dia).

Sim

Nãõ

8. Comentãrios e Sujestões:

PARTE II – Identificação

1. Idade: ____ anos

2. Sexo: M

F

3. Tempo de exercício neste Serviço: ____ anos

Muito Obrigado pela sua colaboração

APÊNDICE III – ARTIGO CIENTIFICO DOENTE ONCOLÓGICO
NEUTROPÊNICO/SUSCETIVEL: UMA PREOCUPAÇÃO, UMA REALIDADE



**Doente Oncológico
Neutropénico/Suscetível:
uma preocupação, uma
realidade**

Artigo Científico

Este artigo surge no âmbito do 1º Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica, frequentado no Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde.

Sónia Filipa Rosa Miranda

Setúbal, Junho de 2013

Doente Oncológico

Neutropénico/Suscetível: uma preocupação, uma realidade

RESUMO

Este artigo pretende retratar um importante passo de um Projeto de Intervenção em Serviço (PIS), através da Metodologia de Projeto, nomeadamente a etapa de Diagnóstico de Situação.

Realizado num Hospital da Península de Setúbal, Serviço de Hematologia, Oncologia, Endocrinologia e Hospital de Dia, pretende ilustrar através de estudo de análise de opinião à equipa de enfermagem, a preocupação e a necessidade de implementação de um projeto de melhoria, sendo o alvo de intervenção o Doente Oncológico Neutropénico/Suscetível.

Com uma população alvo de dezanove enfermeiros, numa amostragem de conveniência de quinze enfermeiros (n=15), foi feita uma abordagem quanti-qualitativa e aplicado um questionário com oito questões mistas. Dos resultados concluímos que é uma equipa relativamente jovem, com a perceção do que são doentes em situação favorável a contrair infeção. Estes concordam que a prevenção, o controlo e os ensinamentos são áreas fundamentais e autónomas da atuação dos enfermeiros. Neste estudo foi possível identificar oportunidades de intervenção e melhoria da qualidade no seio da equipa.

PALAVRAS-CHAVE: Metodologia de Projeto; Conhecimentos; Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS), Neutropenia, Suscetibilidade

ABSTRAT

The aim of this article is to portray an important achievement of the Intervention Project in Service (IPS) that has been made through the Project Methodology, more specifically the Situation Diagnostic phase. Carried out at Haematology, Oncology, Endocrinology and Outpatients Unit, It intends to illustrate, to the nursing team, through the study of analysis of opinion, the concern and the necessity of implementation of an improvement project, being the intervention target the Oncologic Neutropenic/ Susceptible Patient.

With a target population of nineteen nurses, in a convenience sample of fifteen nurses (n= 15), was made a qualitative and quantitative approach and applied a questionnaire with eight mixed questions.

From the results we conclude that it is a relatively young team, with the perceiving that these patients are in a favorable situation to borrow infection.

They agree that prevention, control and the teachings are fundamental areas but also autonomous of nurses actions. In this study it was possible to identify opportunities for intervention and improvement of quality within the team.

KEY WORDS: Project methodology, Knowledge, Infection, Neutropenia, Susceptibility.

* Estudante a frequentar o 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico – Cirúrgica, no Instituto Politécnico de Setúbal- Escola Superior de Saúde. Enfermeira num Hospital da Península de Setúbal, no Serviço de Hemato - Oncologia, Endocrinologia e Hospital de Dia.

E-mail: soniafmiranda@gmail.com

** Professora Coordenadora (ESS-IPS)

*** Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

INTRODUÇÃO

No âmbito do estágio realizámos um Projeto de Intervenção em Serviço (PIS) recorrendo à Metodologia de Projeto. Esta tem como “objetivo principal centrar-se na resolução de problemas e, através dela, adquirirem-se competências de características pessoais pela elaboração e concretização de projetos numa situação real” (Nunes, Ruivo & Ferrito, 2010, p.3).

O alvo de intervenção do PIS foi o doente oncológico suscetível ou neutropénico. Neste campo de ação e sendo o Programa Nacional de Controlo de Infecção (PNCI) e as Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) uma realidade e uma preocupação crescente ao nível nacional, foi desenvolvido o PIS. Para diagnóstico de situação foi aplicado um questionário à equipa de enfermagem por forma a confirmar uma necessidade e um problema sentido como preocupante devido ao aumento do número de infeções multirresistentes no serviço.

As diligências éticas e deontológicas, assim como os aspetos inerentes à recolha de dados para o estudo em questão foram previstos, com o pedido de autorização formal à Enfermeira Chefe do Serviço e a solicitação e consentimento informado aos participantes.

ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

O aumento do número de Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS), assim como a resistência dos microorganismos aos antimicrobianos

em contexto hospitalar têm sido alvo de análise de vários especialistas e uma preocupação crescente de várias entidades de saúde. É considerado um problema de Saúde Pública, que começa a merecer uma atenção especial.

Considera-se assim a IACS, um conceito amplo de infeção, em que esta é “adquirida pelos doentes e profissionais, associada à prestação de cuidados, onde quer que estes sejam prestados, independentemente do nível dos cuidados (agudos, reabilitação, ambulatório, domiciliários) (Ministério da Saúde, 2008a). De forma a responder adequadamente a esta problemática foram criadas as Comissões de Controlo da Infecção (CCI).

O alvo de intervenção do PIS é o doente oncológico suscetível ou neutropénico. Estes pertencem a um elo importante da cadeia de transmissão da infeção, o hospedeiro suscetível. A neutropenia define-se como uma redução significativa no número absoluto de neutrófilos no sangue periférico, em valores inferiores a 1.500/mm³. Considera-se leve se os valores estiverem entre 1.000 e 1.500/mm³, moderada entre 500 e 1.000/mm³ e muito grave, quando se encontra abaixo de 100/mm³ (Martins, 2001; Freifeld et al, 2011).

METODOLOGIA

Tipo de Estudo

Foi realizado um estudo de análise de opinião, com abordagem qualitativa e quantitativa. De carácter descritivo e não experimental (Polit & Hungler, 1995; Fortin, 1999) uma vez que Polit e Hungler (1995, p.119), afirmam que

* Estudante a frequentar o 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico – Cirúrgica, no Instituto Politécnico de Setúbal- Escola Superior de Saúde. Enfermeira num Hospital da Península de Setúbal, no Serviço de Hemato - Oncologia, Endocrinologia e Hospital de Dia.

E-mail: soniafmiranda@gmail.com

** Professora Coordenadora (ESS-IPS)

*** Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

“(...) os pesquisadores que realizam tais estudos querem o mínimo possível de perturbação às pessoas ou grupos que estão sendo estudadas. A manipulação não é tentada e nem tida como desejável; a ênfase recai sobre o mundo quotidiano e natural dos indivíduos”.

POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população alvo é a equipa de enfermagem do serviço constituída por dezanove enfermeiros, sendo a amostra de quinze elementos, com uma taxa de representatividade e de respondentes de 78,9%. O motivo para apenas terem sido entregues quinze questionários prende-se com critérios de exclusão que integraram: a enfermeira chefe do serviço, enfermeiras ausentes por licença de maternidade e férias e o enfermeiro no papel de investigador.

Foi definida uma abordagem do tipo não probabilístico com amostragem de conveniência (Fortin, 1999) – enfermeiros do Serviço de Oncologia, Hematologia, Endocrinologia e Hospital de Dia (n= 15).

INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Foi aplicado um questionário misto, que incluiu sete perguntas fechadas e uma questão aberta. De acordo com Gil (1989, p.24), o questionário é “(...) uma técnica de investigação composta por um número mais ou menos elevado de questões apresentadas por escrito às pessoas, tendo por objetivo o conhecimento de opiniões, crenças, sentimentos, interesses, expectativas, situações vivenciadas, etc.”.

O questionário foi construído para este estudo, com base em documentação sobre elaboração de questionários. Foi sujeito a reformulação após o pré-teste e revisão por parte da professora e da enfermeira orientadora.

O questionário é composto por uma breve nota introdutória, realçando o âmbito do estudo, o objetivo e a finalidade do questionário. Foi feita também referência à garantia do anonimato e às instruções relativas ao seu correto preenchimento. No que diz respeito ao consentimento informado foi solicitado o seu preenchimento e colocação do destacável em local separado, daquele que incluía o questionário.

Na primeira parte são colocadas oito perguntas relativas ao enfoque do projeto. Foram feitas cinco questões de escolha múltipla, com utilização da Escala de Likert. Na segunda parte são feitas três perguntas relativas à identificação/caracterização dos sujeitos da amostra.

Segundo Fortin (1999, p.37) esta identificação/caracterização dos sujeitos constitui as variáveis de atributo que são “(...) características dos sujeitos num estudo. Estas são geralmente variáveis demográficas (...)”.

A entrega e recolha dos questionários foi feita de forma organizada com entrega e indicação do local onde estes deveriam ser colocados depois de respondidos.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Nesta amostra n= 15 é possível dizer que a média de idades = 34,46 anos (Desvio Padrão é de 6,75), sendo a idade máxima de 43 anos e a idade

* Estudante a frequentar o 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico – Cirúrgica, no Instituto Politécnico de Setúbal- Escola Superior de Saúde. Enfermeira num Hospital da Península de Setúbal, no Serviço de Hemato - Oncologia, Endocrinologia e Hospital de Dia.

E-mail: soniafmiranda@gmail.com

** Professora Coordenadora (ESS-IPS)

*** Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

mínima de 25 anos, o que representa uma equipa de enfermeiros jovem mas madura, isto assumindo que os enfermeiros iniciam a sua atividade profissional com 22-23 anos de idade. A distribuição por grupos etários é perceptível no gráfico 01.



No que diz respeito à distribuição dos enfermeiros por género, como se pode observar no gráfico em baixo, este serviço em semelhança a muitos outros tem um predomínio de mulheres com n=12, face a n=3 homens. Sendo a enfermagem uma profissão intimamente ligada à mulher e à prática do cuidar, não é de estranhar estes números no serviço.

Segundo fonte da Ordem dos Enfermeiros, em 2012 estavam inscritos 65467 enfermeiros, sendo 53301 do sexo feminino e 12166 do sexo masculino, num rácio de 4,71 enfermeiro por 1000 habitantes em Setúbal, o que fica muito longe do recomendado pela OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico que é de 8,6 (Ordem dos Enfermeiros, 2013).



Na questão relativa ao tempo de exercício dos profissionais no serviço de hematologia-oncologia, endocrinologia e hospital de dia, é perceptível no gráfico 03, que 40% dos enfermeiros exerce funções no serviço há menos de cinco anos, demonstrando que trabalham há pouco tempo com doentes com características específicas como é o doente oncológico e/ou neutropénico. Por outro lado, é também visível que a equipa é composta por elementos que já trabalham há algum tempo no serviço (entre 11-15 anos = 34%). Pela falta de um manual de atuação em situação de admissão de doentes neutropénicos ou os doentes infetados, acabam por ser estes últimos enfermeiros, o suporte para esclarecer dúvidas, ajudar a lidar com algumas situações e a tomar decisões. Patrícia Benner explica esta situação com os cinco níveis: principiante, principiante avançado, competente, proficiente e perito (Nunes, 2010). Segundo a mesma autora, os enfermeiros demonstram diferentes características no modo de agir e interpretar as situações conforme o estadió em que se encontram. Intimamente ligado à experiência profissional, nesta teoria surge a ideia de "enfermeiro de referência" (Nunes, 2010, p.4) presente na equipa estudada.

* Estudante a frequentar o 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico – Cirúrgica, no Instituto Politécnico de Setúbal- Escola Superior de Saúde. Enfermeira num Hospital da Península de Setúbal, no Serviço de Hemato - Oncologia, Endocrinologia e Hospital de Dia.

E-mail: soniafmiranda@gmail.com

** Professora Coordenadora (ESS-IPS)

*** Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica



Nas oito questões relativas ao projeto de intervenção e onde se pretendia obter a perceção e opinião dos enfermeiros sobre a problemática da prevenção e controlo da infeção nomeadamente no doente neutropénico, foram obtidos alguns resultados, que de seguida apresentamos.

Na primeira questão sobre a condição suscetível do doente oncológico neutropénico, 93% da amostra responde *concordo totalmente* e os restante 7% *concordo*.



Quando se afirmou que a prevenção e o controlo da infeção são áreas de ação autónoma do enfermeiro nomeadamente através da implementação de medidas protetoras em contexto de neutropenia, 80% dos enfermeiros responderam *Concordo Totalmente* e 20% *Concordo* (gráfico 05).



Nestes dois gráficos é possível assim confirmar que a equipa de enfermeiros identifica no doente oncológico neutropénico uma oportunidade e uma condição favorável à ocorrência de infeções. Denota também que este deverá ser um campo de especial atenção por parte dos enfermeiros e onde estes deverão ter autonomia de decisão para aplicarem as medidas necessárias ao doente e sua família.

O campo da prevenção e controlo de infeção é sem dúvida uma área sensível aos cuidados de enfermagem, contemplada nas competências do enfermeiro de cuidados gerais no ramo da Gestão de Cuidados – Ambiente Seguro, quando afirma que o enfermeiro “implementa procedimentos de controlo de infeção” (Ordem dos Enfermeiros, 2003). Daqui se depreende que esta deverá ser sempre uma preocupação, do enfermeiro, que tem também a responsabilidade de fomentar, supervisionar e monitorizar no seu local de trabalho ambientes preventivos e de controlo da infeção.

Da responsabilidade de cada enfermeiro é também “a correcta identificação da problemática do cliente, as intervenções de enfermagem

* Estudante a frequentar o 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico – Cirúrgica, no Instituto Politécnico de Setúbal- Escola Superior de Saúde. Enfermeira num Hospital da Península de Setúbal, no Serviço de Hemato - Oncologia, Endocrinologia e Hospital de Dia.

E-mail: soniafmiranda@gmail.com

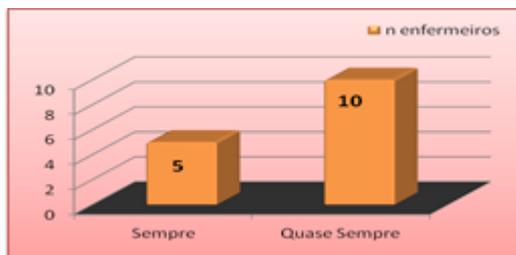
** Professora Coordenadora (ESS-IPS)

*** Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

são prescritas de forma a evitar riscos, detetar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados” (Ordem dos Enfermeiros, 2003).

Na questão nº3 foi solicitada aos enfermeiros a sua opinião e classificação da seguinte frase:

Gráfico nº6 - É fundamental no doente neutropénico o ensino ao doente e à família, seguindo recomendações, normas de procedimento e diretrizes pré-estabelecidas no serviço e partilhadas por todos



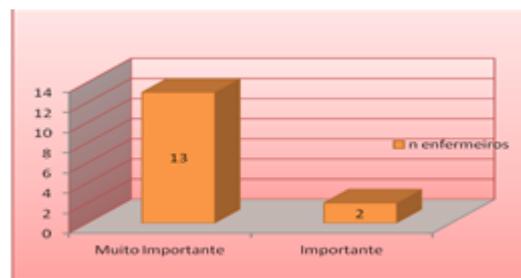
Neste gráfico é perceptível a importância atribuída pelos enfermeiros do serviço ao ensino destes doentes e suas famílias, bem como a necessidade de existir informação atualizada, segundo regras nacionais e adequadas ao serviço em questão.

O serviço, sendo constituído por elementos jovens mas com alguns anos de prática, encontra-se preparado para realizar ensinamentos, no entanto muitas vezes o que se constata é que a informação não é uniforme, o que ocasiona situações de desencontro de informação entre profissionais e doentes/famílias.

Como exemplo disso, durante o estágio constatámos a restrição de visitas durante o internamento do doente e dúvidas relativas ao tipo de alimentação recomendada para estes doentes.

Os ensinamentos, sendo uma intervenção de particular importância nas atividades dos enfermeiros, consistem numa das questões sendo que os resultados estão no gráfico nº7.

No Gráfico nº7 - Considero-me capaz de efetuar ensinamentos de prevenção ao doente e suas famílias em caso de neutropenia



Nesta questão é também possível constatar que apesar de o serviço ter elementos já com alguma experiência na área do doente neutropénico e com conhecimentos de prevenção e controlo de infeção, 66,7% (n=10) dos enfermeiros, em contraste com os 33,3% (n=5) considera-se *Quase Sempre* capaz de fazer ensinamentos aos doentes e famílias. Os enfermeiros reconhecem assim algumas lacunas na sua capacidade de realizar ensinamentos, o que pode pressupor a necessidade de formação contínua e investimento em ações de formação.

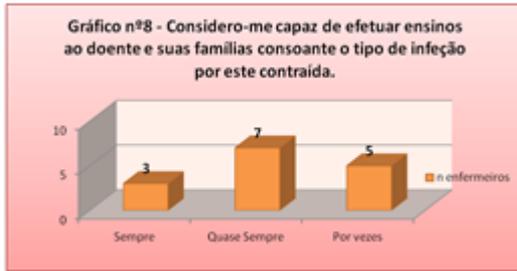
Na questão “Considero-me capaz de efetuar ensinamentos ao doente e suas famílias consoante o tipo de infeção por este contraída” as opiniões repartiram-se entre o *Sempre* (n=3; 20%), o *Quase Sempre* (n=7; 46,7%) e o *Por vezes* (n=5; 33,3%), como se pode comprovar no próximo gráfico.

* Estudante a frequentar o 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico – Cirúrgica, no Instituto Politécnico de Setúbal- Escola Superior de Saúde. Enfermeira num Hospital da Península de Setúbal, no Serviço de Hemato - Oncologia, Endocrinologia e Hospital de Dia.

E-mail: soniafmiranda@gmail.com

** Professora Coordenadora (ESS-IPS)

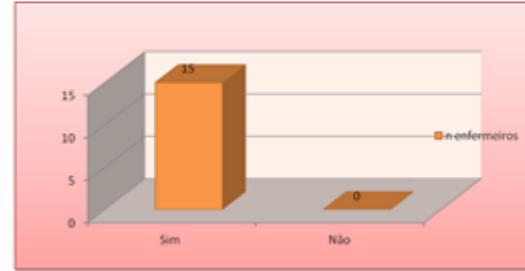
*** Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica



Quando se parte para o campo do controlo da infeção as dificuldades nos ensinamentos aumentam, na medida em que é fundamental efetuar um ensinamento adequado ao tipo de infeção contraída pelo doente.

Na questão nº6 é solicitada a opinião da equipa se *"seria importante a realização de ações de formação para enfermeiros e assistentes operacionais, no âmbito de medidas de prevenção e controlo de infeção"* e na última questão fechada é questionado se os enfermeiros consideram *"(...) pertinente a existência de um guia de boas práticas para os profissionais, bem como folhetos para entrega aos doentes e familiares, com as principais recomendações da Comissão de Controlo de Infeção, os cuidados básicos para doentes e famílias, adaptado às diferentes situações e agentes patogénicos mais frequentes no serviço (internamento e hospital de dia)"*. Nestas situações a totalidade das respostas recaiu no *Sim* (Sim =15; Não=0).

Gráfico nº9 - Distribuição da opinião dos enfermeiros relativamente às questões nº6 e nº7 do questionário



Destas últimas questões é possível perceber que a existência de ações de formação para enfermeiros e assistentes operacionais (questão nº6), no âmbito de medidas de prevenção e controlo de infeção são importantes valorizando-se a formação em serviço e a atualização contínua de conhecimentos. O serviço privilegia a formação em serviço e a partilha não estruturada, algumas vezes em passagem de turno como uma forma de desenvolver formação. Também a existência de folhetos e um guia de boas práticas são considerados importantes, o que irá contribuir para aumentar a segurança dos profissionais neste campo.

Na pergunta aberta, questão nº8, os enfermeiros poderiam tecer comentários e dar sugestões tendo-se obtido resposta em n=2 questionários. Para a análise destas respostas optámos pela análise de conteúdo. Para Bardin (1977, p.38) este tipo de análise consiste num *"(...) conjunto de técnicas de análise de comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens"*. Polit e Hungler (1995, p. 273) afirmam que o grande objetivo da análise qualitativa é *"impor alguma ordem sobre um corpo grande de informações, de modo que possam ser tiradas algumas conclusões gerais (...)"*.

* Estudante a frequentar o 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico - Cirúrgica, no Instituto Politécnico de Setúbal- Escola Superior de Saúde. Enfermeira num Hospital da Península de Setúbal, no Serviço de Hemato - Oncologia, Endocrinologia e Hospital de Dia.

E-mail: soniafmiranda@gmail.com

** Professora Coordenadora (ESS-IPS)

*** Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

As repostas foram depois organizadas por categorias e sub-categorias, que Streubert e Carpenter (2002, p. 32) dizem que é “o processo real de análise de dados toma a forma de aglomerados por dados semelhantes (...) esta aglomeração de ideias é referida como temas, que são unidades estruturais de significado dos dados.”

Após a categorização seguiu-se a codificação e a sua organização em unidades de registo, de contexto, e de enumeração. Para Bardin (1977, p.104), a unidade de registo consiste numa “unidade de significação a codificar e corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade de base, visando a categorização e a contagem frequencial (...) pode ser de natureza e dimensões muito variáveis”.

Segundo a mesma autora, a unidade de contexto “(...) serve de unidade de compressão para codificar a unidade de registo e corresponde ao segmento da mensagem, cujas dimensões (...) são ótimas para que se possa compreender a significação exata da unidade de registo” (Bardin, 1977 p.107). A unidade de enumeração é referida pela mesma (ibidem p.109) como um estatuto de frequência que confere à palavra um sentido, devido ao número de aparições.

Após a análise dos comentários e sugestões pedidas na questão nº8 foram identificadas as unidades de registo, que posteriormente foram agrupadas em três unidades de contexto: Organização de cuidados; Organização de serviço e de cuidados – isolamento em internamento, e Instrumentos de melhoria contínua.

Para a apresentação desta análise qualitativa recorreremos a quadros construídos em sistema informático.

Quadro nº 1 – Análise da resposta dos Enfermeiros relativo a Comentários e Sugestões

UNIDADE DE CONTEXTO	UNIDADE DE REGISTO	UNIDADE DE ENUMERAÇÃO
Organização de cuidados	- “atendimento do doente com suspeita de neutropenia em Hospital de Dia (evitando o contacto com outros doentes)”	1
SUB - TOTAL		1
Organização de serviço e de cuidados – Isolamento em internamento	- “ cuidados redobrados na gestão de quartos individuais para acolher doentes com neutropenia em internamento”	1
	- “ (...) regras a cumprir em caso de isolamento do doente, e não fazê-lo de uma forma “aligeirada””.	1
SUB - TOTAL		2
Instrumentos de melhoria contínua	- “ Julgo ser de extrema importância não só a existência de ações de formação e de folhetos e guias como acho muito pertinente existir uma norma que defina e estabeleça as regras a cumprir em caso de isolamento (...)”	1
SUB - TOTAL		1
TOTAL		4

Nos comentários e sugestões, dois enfermeiros (n=2) deram a sua resposta que permitiram confirmar a importância de existir um guia com normas de procedimento, assim como

* Estudante a frequentar o 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico – Cirúrgica, no Instituto Politécnico de Setúbal- Escola Superior de Saúde. Enfermeira num Hospital da Península de Setúbal, no Serviço de Hemato - Oncologia, Endocrinologia e Hospital de Dia.

E-mail: soniafmiranda@gmail.com

** Professora Coordenadora (ESS-IPS)

*** Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

folhetos informativos para os doentes e familiares sobre os cuidados a ter em caso de neutropenia.

CONCLUSÃO/CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho permitiu as seguintes conclusões:

- na equipa de enfermagem (n=15) a média de idades = 34,46 anos, oscilando entre os 25 e os 43 anos, o que é representativo de uma equipa de enfermeiros jovem mas madura;
- na distribuição dos enfermeiros pelo sexo, o serviço tem predominio de mulheres com n=12, face a n=3 homens, indo de encontro a números nacionais;
- relativamente ao tempo de exercício dos profissionais no serviço, 40% dos enfermeiros trabalham há menos de cinco anos, podendo este dado traduzir pouca experiência na prestação de cuidados ao doente oncológico e/ou neutropénico. Por outro lado, 34% dos enfermeiros tem como tempo de serviço 11-15 anos, o que lhes permite que perante as situações de admissão de doentes neutropénicos e /ou doentes infetados, servir como "enfermeiros de referência" sendo o suporte para esclarecer dúvidas e ajudar na tomada de decisões;
- é da concordância de todos os enfermeiros que o doente oncológico neutropénico encontra-se em situação favorável a contrair uma infeção, sendo a prevenção e controlo da infeção uma área primordial e autónoma da atuação do enfermeiro;
- todos os enfermeiros consideraram *muito importante* o ensino ao doente e à família, e que *Quase Sempre* se sentem capazes de o fazer

privilegiando a existência de recomendações, normas de procedimento e diretrizes pré-estabelecidas no serviço e partilhadas por todos;

- a existência de ações de formação a enfermeiros e assistentes operacionais é considerado importante, assim como a existência de um guia de boas práticas para os profissionais e folhetos informativos de apoio, com base em *guidelines* e recomendações da CCI do Hospital;
- na análise de conteúdo, apesar de poucas respostas obtidas, as unidades de registo recaíram para *organização de serviço e de cuidados - isolamento em internamento*, reforçando a necessidade de boa gestão de unidades, bem como a existência de regras no isolamento dos doentes neutropénicos.

* Estudante a frequentar o 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico – Cirúrgica, no Instituto Politécnico de Setúbal- Escola Superior de Saúde. Enfermeira num Hospital da Península de Setúbal, no Serviço de Hemato - Oncologia, Endocrinologia e Hospital de Dia.

E-mail: soniafmiranda@gmail.com

** Professora Coordenadora (ESS-IPS)

*** Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ◇ Bardin, L. (1977). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, Lda.
- ◇ Cataneo, C. (2010). *Sensibilidade dos critérios para isolamento de pacientes admitidos num hospital especializado em oncologia*. Dissertação Mestrado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- ◇ Costa, C., Silva, M. G., Noriega, E., & Gaspar, M. J. (2009). *Vigilância Epidemiológica das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde - Critérios para a definição de infecções nos cuidados de saúde de agudos*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.
- ◇ Costa, A. C., Noriega, E., Fonseca, L. F., & Silva, M. G. (2009). *Inquérito Nacional de Prevalência de Infecção - Relatório*. Lisboa: Ministério da Saúde, Direcção Geral da Saúde, Departamento de Qualidade na Saúde
- ◇ Freifeld, A. G. et AL. (2011). Clinical Practice Guideline for the Use of Antimicrobial Agents in Neutopenic Patients with Câncer: 2010 Update by the Infectious Diseases Society of America. *Clinical Infectious Diseases*. **52**: 56-93.
- ◇ Fortin, Marie-Fabienne – *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência, 1999. ISBN 972-8383-10-X. 388p.
- ◇ Gil, A. C. (1989). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Atlas.
- ◇ Internacional Council of Nurses (2005). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- ◇ PHIPPS, Wilma, et. al.- *Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica*. 2ª Edição. Lisboa: Lusodidacta, 1995. ISBN 972-96610-0-6. p.247-275.
- ◇ Martins, M. A, (2001). *Manual de Infecção Hospitalar –Epidemiologia, Prevenção e Controle*. (2ªed). Rio de Janeiro: MEDSI Editora Médica e Científica Ltda. ISBN 85-7199-256-8.
- ◇ Mendes, A.V,A., Sapolnik, R. & Mendonça, N. (2007). New guidelines for clinical management of febrile neutropenia and sepsis in pediatric oncology patients (Novas directrizes na abordagem clínica da neutropenia febril e da sepse em oncologia pediátrica). *Jornal de Pediatria*, **83**: 54-63.
- ◇ Ministério da Saúde & Instituto Nacional de Saúde Dr.Ricardo Jorge (2002). *Prevenção de Infecções Adquiridas no Hospital – Um Guia Prático*. Lisboa
- ◇ Ministério da Saúde & Instituto Nacional de Saúde Dr.Ricardo Jorge (2005). *Relatório Inquérito de Prevalência de Infecção 2003*. Lisboa.
- ◇ Ministério da Saúde (2007a). *Comissões de Controlo de Infecção – Circular Normativa*. Lisboa : Direcção Geral da Saúde.
- ◇ Ministério da Saúde (2007b). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- ◇ Ministério da Saúde (2008a). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção associada aos*

* Estudante a frequentar o 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico – Cirúrgica, no Instituto Politécnico de Setúbal- Escola Superior de Saúde. Enfermeira num Hospital da Península de Setúbal, no Serviço de Hemato - Oncologia, Endocrinologia e Hospital de Dia.

E-mail: soniafmiranda@gmail.com

** Professora Coordenadora (ESS-IPS)

*** Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

cuidados de saúde - Manual de Operacionalização, 2007. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

◇ Ministério da Saúde, Direcção Geral da Saúde(2008b). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde-Manual de Operacionalização.* Lisboa: Ministério da Saúde.

◇ Ministério da Saúde, Direcção Geral da Saúde(2009), Departamento da Qualidade na Saúde. *Programa Nacional de Prevenção das Resistências aos Antimicrobianos.* Lisboa: Ministério da Saúde

◇ Moura, J.P. (2004). *A adesão dos profissionais de enfermagem às precauções de isolamento na assistência aos portadores de microrganismos multirresistentes.* Dissertação Mestrado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

◇ Nunes, L., Ruivo, M. A., & Ferrito, C. (2010). Metodologia de Projecto: colectanea descritiva de etapas. *Percursos*, **15**: 1-37.

◇ Pereira, M.S., Souza, A.C.S., Tippla, A.F.V. & Prado, M.A, (2005). A Infecção Hospitalar e suas Implicações para o Cuidar da Enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*, **14**: 250-257.

◇ *Programa Nacional de Controlo das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde.* Ministério da Saúde: Direcção Geral de Saúde.

◇ Polit, D. F. & Hungler, B. P. (1995). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem.* (3ed.) Porto Alegre: Artes médicas. ISBN 85-7307-101-X. 391p.

◇ Streubert, H. J., & Carpenter, D. R. (2002). *Investigação Qualitativa em Enfermagem* (2ª ed.). Loures: Lusociência- Edições Técnicas e Científicas, Lda.

◇ Wilson, J. (2003). *Controlo de Infecção na Prática Clínica.* Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS ELECRÓNICAS

◇ Ordem dos Enfermeiros. (2006). Projecto: "*Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*" Relatório de Progresso. Conselho de Enfermagem. Acedido a 14 Fevereiro, 2012, em [http://www.ordemenfermeiros.pt/projetos/Documents/Padroes%20de%20Qualidade/Relatorio de Progresso %20Padroes de Qualidade 2006.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/projetos/Documents/Padroes%20de%20Qualidade/Relatorio%20de%20Padroes%20de%20Qualidade%202006.pdf)

◇ Ordem dos Enfermeiros. (2007). *Recomendações para a elaboração de Guias Orientadores da Boa Prática de Cuidados.* Acedido a 12 Janeiro, 2012, em <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/RecomendManuais BPraticas.pdf>

◇ Ordem dos enfermeiros (2013). "Retrato" da Enfermagem no final e 2012. Acedido a 12 Abril, 2013, em http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Paginas/RetratoEnfermagem_2012.aspx

◇ Pina, E., Silva, M.G., Silva, E.G. & Uva, A.S. (2010). *Infecção relacionada com a prestação de cuidados de saúde: infecções da corrente sanguínea (septicemia).* [Versão electrónica]. Revista Portuguesa Saúde Pública,

* Estudante a frequentar o 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico – Cirúrgica, no Instituto Politécnico de Setúbal- Escola Superior de Saúde. Enfermeira num Hospital da Península de Setúbal, no Serviço de Hemato - Oncologia, Endocrinologia e Hospital de Dia.

E-mail: soniafmiranda@gmail.com

** Professora Coordenadora (ESS-IPS)

*** Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

28:19-30. Acedido a 12 de Dezembro, 2011, de

http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-90252010000100003&lng=pt&nrm=iso

◇ Siegel JD., Rhinehart E., Jackson M. & Chiarello L,.(2007) *Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. 2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings*. Disponível em <http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/pdf/isolation2007.pdf>

◇ World Health Organization (2004) *Practical Guidelines for Infection Control in Health Care Facilities*. SEARO Regional Publication No. 41. WPRO Regional Publication. Acedido a 20 Janeiro, 2012, em

http://www.searo.who.int/LinkFiles/publications_PracticalguidelinSEAROpub-41.pdf



* Estudante a frequentar o 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico – Cirúrgica, no Instituto Politécnico de Setúbal- Escola Superior de Saúde. Enfermeira num Hospital da Península de Setúbal, no Serviço de Hemato - Oncologia, Endocrinologia e Hospital de Dia.

E-mail: soniafmiranda@gmail.com

** Professora Coordenadora (ESS-IPS)

*** Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

APÊNDICE IV – FMEA EM CASO DE DOENTE NEUTROPÊNICO EM
INTERNAMENTO

FMEA do projecto prevenção e controlo da infeção - em caso de doente neutropénico em internamento

Descrição do Processo	Etapas	G	Modo potencial de falhas	O	Efeitos	D	RPN	Causas	Acções a desenvolver
<i>Admissão do doente neutropénico</i>	<ul style="list-style-type: none"> -efetivação de presença no secretariado; -permanência na sala de espera - encaminhamento do doente para a cama disponível; - informação sobre rotinas e horários de visitas; - fornecimento de Guia de Admissão; -iniciação de plano terapêutico; 	7	<ul style="list-style-type: none"> -contacto próximo e prolongado na sala de espera entre doentes neutropénicos e possíveis doentes infetados; -falta de cama disponível imediata para internamento; -Unidade disponível perto de zona e/ou doente infetado; -falha na aplicação de medidas adequadas de isolamento protetor; - admissão sem fornecimento de informações adequadas à condição clínica do doente; 	5	<ul style="list-style-type: none"> - aparecimento de sinais e sintomas de infeção em doente neutropénico. -aumento dos dias de internamento; -reformulação no plano terapêutico; - duvidas e questões colocadas frequentemente à equipa devido à falta de informação; 	7	280	<ul style="list-style-type: none"> - falta de comunicação entre a equipa e no cumprimento de timings; - falha na identificação do doente neutropénico logo na efetivação de presença no secretariado; - normas de procedimento relativo a Isolamento protetor desatualizadas; 	<ul style="list-style-type: none"> - melhorar a coordenação de todos os profissionais de forma ao doente não ter de esperar em sala de espera por vaga; - elaboração de um guia de boas práticas com recomendações e normas de procedimento conhecidas por todos os profissionais; - harmonização e uniformização da informação fornecida ao doente no momento de admissão; - colocação do doente neutropénico em quarto individual, sempre que possível.
<i>Contacto com a pessoa significativa e/ou acompanhante escolhido pelo doente;</i>	<ul style="list-style-type: none"> - informação à pessoa significativa sobre rotinas do serviço e precauções básicas de prevenção da infeção; - informação à pessoa significativa e/ou acompanhante sobre horários e restrições de visitas; 	1	<ul style="list-style-type: none"> - pouca disponibilidade do enfermeiros para estabelecer contacto com a pessoa significativa; - falta de conhecimento da pessoa significativa e/ou acompanhante para os riscos e cuidados a ter na prevenção da infeção; 	4	<ul style="list-style-type: none"> - pessoa significativa /acompanhante pouco colaborante com o plano terapêutico do doente e com as restrições necessárias em termos de visitas; - falta de colaboração entre pessoa significativa e/ou acompanhante e os profissionais do serviço. 	4	16	<ul style="list-style-type: none"> - falta de consciencialização da pessoa significativa /acompanhante para os riscos do doente; - falta de conhecimentos de pessoa significativa /acompanhante sobre a prevenção da infeção; - fraca consciencialização da pessoa significativa /acompanhante para os cuidados a ter em Neutropénia; 	<ul style="list-style-type: none"> - ensino e fornecimento de folhetos com recomendações básicas de prevenção da infeção durante a permanência no hospital; - ensino e inclusão da pessoa significativa na gestão do numero de visitas durante o período de neutropénia. - fomentar a higienização e/ou desinfeção das mãos;

APÊNDICE V – FMEA EM CASO DE DOENTE NEUTROPÊNICO INFETADO EM
INTERNAMENTO

FMEA do projeto prevenção e controlo da infeção- em caso de doente neutropénico infetado em internamento

Descrição do Processo	Etapas	G	Modo potencial de falhas	O	Efeitos	D	RPN	Causas	Acções a desenvolver
<i>Admissão do doente onde foi isolada uma infeção</i>	<ul style="list-style-type: none"> -efetivação de presença no secretariado; -permanência na sala de espera - encaminhamento do doente para a cama disponível; - informação sobre rotinas e horários de visitas; - fornecimento de Guia de Admissão; -iniciação de plano terapêutico; 	7	<ul style="list-style-type: none"> -contacto próximo e prolongado na sala de espera entre o doente e possíveis doentes neutropénicos; -falta de cama disponível imediata para internamento; -Unidade disponível perto de doente suscetível; - admissão sem fornecimento de informações adequadas à equipa de enfermagem sobre a condição clínica do doente e que interfere no tipo de informação fornecida; 	5	<ul style="list-style-type: none"> - doentes colocados em unidades indevidas devido à falta de conhecimento da equipa de enfermagem para a admissão de um doente infetado; -aumento dos dias de internamento; -reformulação no plano terapêutico; - dúvidas e questões colocadas frequentemente à equipa devido à falta de informação; 	5	175	<ul style="list-style-type: none"> - falta de comunicação entre a equipa multidisciplinar e o cumprimento de timings; - falha na identificação do doente infetado logo na efetivação de presença no secretariado, o que leva a atrasos na implementação da norma de contenção na fonte. 	<ul style="list-style-type: none"> - melhorar a coordenação de todos os profissionais de forma ao doente não ter de esperar em sala de espera por vaga; - elaboração de um guia de boas práticas com recomendações conhecidas por todos os profissionais; - harmonização e uniformização da informação fornecida ao doente no momento de admissão; -sinalização do doente no quadro do serviço e conforme o tipo de infeção e o agente sinalização exterior e/ou medidas de isolamento de contacto.
<i>Contacto com a pessoa significativa e/ou acompanhante escolhida pelo doente;</i>	<ul style="list-style-type: none"> - informação à pessoa significativa sobre rotinas do serviço; - informação ao doente e pessoa significativa e/ou acompanhante sobre horários e restrições de visitas; 	4	<ul style="list-style-type: none"> - pouca disponibilidade para estabelecer contacto com a pessoa significativa; - falta de conhecimento da pessoa significativa e/ou acompanhante para os riscos e cuidados a ter na prevenção da disseminação da infeção; 	4	<ul style="list-style-type: none"> - pessoa significativa /acompanhantes pouco colaboradores com o plano terapêutico do doente e com as restrições necessárias em termos de visitas; - falta de colaboração entre os familiares e os profissionais do serviço. 	5	80	<ul style="list-style-type: none"> - falta de conhecimentos e consciencialização da pessoa significativa e/ou acompanhante para: <ul style="list-style-type: none"> ---- os riscos da infeção cruzada; ----- os cuidados a ter na prevenção da disseminação da infeção; 	<ul style="list-style-type: none"> - ensino e fornecimento de folhetos com recomendações básicas de prevenção da disseminação da infeção durante a permanência no hospital; - ensino e inclusão da pessoa significativa na gestão do numero de visitas durante a neutropénia. - fomentar a higienização das mãos;

APÊNDICE VI – FMEA PARA REGIME AMBULATORIO

FMEA do projecto prevenção e controlo da infecção- em caso de doente infectado em ambulatório

Descrição do Processo	Etapas	G	Modo potencial de falhas	O	Efeitos	D	RPN	Causas	Acções a desenvolver
<i>Realização de análises clínicas no laboratório do Hospital;</i>	- efectivação de presença no secretariado; - Permanência na sala de espera (1-2h)	7	- contacto próximo e prolongado entre doentes neutropénicos e possíveis doentes infectados; - falta de conhecimento por parte dos profissionais para diferenciação de doentes neutropénicos e doentes infectados; - falta de sala de espera ampla e ventilada;	8	- Em doentes já infectados, disseminação da sua infecção a outros doentes.	7	392	- falta de sensibilização dos profissionais para a diferenciação destes doentes. - falta de algum documento que promova a distinção para estes doentes;	- sensibilização e alerta dos profissionais do laboratório do hospital para estes doentes; - sugerir criação de protocolo de actuação para diferenciar doentes neutropénicos e doentes infectados e torna-los prioritários na realização de análises clínicas;
<i>Consulta médica no Piso 8 e/ou sessão de tratamento no Hospital de Dia;</i>	- efectivação da consulta no secretariado piso 8 Oncologia; - permanência na sala de espera piso 8 (2-3/4h) - realização de tratamento em Hospital de Dia;	4	-sala de espera frequentemente cheia e sem climatização; - proximidade física entre os doentes na sala de espera e durante os tratamentos; -falta de conhecimento da equipa para a presença de doentes infectados em sala de espera; -falta de conhecimento de doentes e familiares para os riscos e cuidados a ter na disseminação da infecção;	5	- atraso no seguimento e cumprimento dos ciclos de quimioterapia devido à necessidade de suspender o ciclo - aumento do numero de consultas, análises e vigilância para com estes doentes;	5	100	- falta de conhecimentos na área da prevenção da infecção de profissionais de saúde, doente e familiares; - falta de reconhecimento e identificação dos doentes susceptíveis; - fraca consciencialização dos doentes e familiares para os cuidados a ter em Neutropénia;	- reconhecimento precoce dos doentes infectados e resolução da sua situação evitando permanência em meio hospitalar; - ensino e fornecimento de folhetos com recomendações básicas de controlo da disseminação da infecção durante a permanência no hospital e no domicílio; - em caso de suspeita de permanência no hospital por períodos superiores, procurar manter o doente no quarto de Hospital de Dia até ser chamado para consulta médica.

FMEA do projecto prevenção e controlo da infecção- em caso de doente neutropénico em ambulatório

Descrição do Processo	Etapas	G	Modo potencial de falhas	O	Efeitos	D	RPN	Causas	Acções a desenvolver
<i>Realização de análises clínicas no laboratório do Hospital;</i>	- efectivação de presença no secretariado; - Permanência na sala de espera (1-2h) -alimentação posterior à realização das análises (ida ao bar do Hospital)	4	- contacto próximo e prolongado entre doentes neutropénicos e possíveis doentes infectados; - falta de conhecimento por parte dos profissionais para diferenciação de doentes neutropénicos e doentes infectados; - falta de sala de espera ampla e ventilada;	7	- Em doentes susceptíveis, aparecimentos de sinais e sintomas de infecção sistémica; - Em doentes já infectados, disseminação da sua infecção a outros doentes.	5	140	- falta de sensibilização dos profissionais para a diferenciação destes doentes. - falta de algum documento que promova a distinção para estes doentes;	- sensibilização e alerta dos profissionais do laboratório do hospital para estes doentes; - sugerir criação de protocolo de actuação para diferenciar doentes neutropénicos e doentes infectados e torna-os prioritários na realização de análises clínicas;
<i>Consulta médica no Piso 8 e/ou sessão de tratamento no Hospital de Dia;</i>	- efectivação da consulta no secretariado piso 8 Oncologia; - permanência na sala de espera piso 8 (2-3/4h) - realização de tratamento em Hospital de Dia;	7	-sala de espera frequentemente cheia e sem climatização; - proximidade física entre os doentes na sala de espera e durante os tratamentos; -falta de conhecimento da equipa para a presença destes doentes susceptíveis em sala de espera; -falta de conhecimento de doentes e familiares para os riscos e cuidados a ter na prevenção da infecção;	7	- dificuldade na prevenção da infecção em doentes neutropénicos; - atraso no seguimento e cumprimento dos ciclos de quimioterapia devido à necessidade de suspender o ciclo - aumento do numero de consultas, análises e vigilância para com estes doentes;	4	196	- falta de conhecimentos na área da prevenção da infecção de profissionais de saúde, doente e familiares; - falta de reconhecimento e identificação dos doentes susceptíveis; - fraca consciencialização dos doentes e familiares para os cuidados a ter em Neutropénia;	- reconhecimento precoce dos doentes susceptíveis e resolução da sua situação evitando permanência em meio hospitalar; - ensino e fornecimento de folhetos com recomendações básicas de prevenção da infecção durante a permanência no hospital e no domicílio; - ensino aos doentes mais estar alerta para alguns sintomas que sugerem a infecção como complicação da neutropénia; - em caso de suspeita de permanência no hospital por períodos superiores a 1h fornecer máscara de protecção individual ao doente;

APÊNDICE VII – PLANEAMENTO DO PIS

Planeamento do Projeto

Estudante: Sónia Miranda	Orientador: Enfermeira Paula Paramés
Instituição: Hospital na Península de Setúbal	Serviço: Hemato-Oncologia, Endocrinologia e Hospital de Dia
Título do Projeto: Doente Oncológico: Suscetibilidade e Controle da Infecção à pessoa em situação crítica em Neutropénia	
<u>OBJECTIVO GERAL</u> Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados no âmbito da prevenção e controlo de infeção aos doentes Neutropénicos e suas famílias no Serviço de Hemato-oncologia, Endocrinologia e Hospital de Dia. <u>OBJECTIVOS Específicos</u> Doente Neutropénico em internamento: <ol style="list-style-type: none">1. Elaborar norma de atuação perante o doente neutropénico que fomente a articulação e coordenação de todos os profissionais de forma ao doente não ter de aguardar em sala de espera por vaga2. Elaborar folheto que promovam a harmonização e uniformização da informação (restrição de visitas, tipo de dieta) fornecida ao doente e família no momento da admissão.3. Elaborar folheto com recomendações básicas de prevenção da infeção (cuidados de higiene, sinais de alerta) durante a permanência no hospital;4. Elaborar posters ilustrativos que promovam a higienização das mãos do doente e família;5. Construir sinalética de identificação destes doentes no serviço (quadro de doentes da sala de trabalho, entrada do quarto do doente)6. Elaborar um guia de boas práticas no âmbito da prevenção e controlo da infeção ao doente neutropénico com recomendações conhecidas por todos os profissionais e adaptado a realidade do serviço;	

Identificação dos profissionais do serviço com quem vai articular a intervenção

Para a operacionalização do Projeto de Intervenção no Serviço pretendo envolver:

- A professora Alice Ruivo que contribuirá com os seus conhecimentos para as diferentes fases da metodologia de projeto;
- A enfermeira Paula Paramés que sendo pertencente à Comissão de Controlo Infeção (CCI) Hospitalar, contribuirá com os seus conhecimentos e competências na maximização da intervenção na prevenção e controlo de infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica;
- A Enfermeira Chefe que será o elemento que controlará todo o tipo de informação contido em folhetos, Guias de Boas Práticas, normas de procedimento, fomentando o envolvimento da restante equipa de enfermagem, secretariado, assistentes operacionais e equipa médica;
- A equipa de enfermagem nomeadamente o elemento dinamizador da CCI, que será fundamental à execução das normas elaboradas para o doente Neutropénico em contexto de internamento;
- Os Assistentes Operacionais, que são parte integrante na colaboração dos cuidados e preparação da unidade do doente em internamento;
- As secretarias de unidade que serão envolvidas na norma de procedimento ao serem os primeiros elementos da equipa a ter contacto e conhecimento da chegada dos doentes ao serviço;
- Os doentes e familiares que serão participantes do projeto e alvo de aplicação;

Objetivos Específicos	Atividades/Estratégias a desenvolver	Recursos			Indicadores de Avaliação
		Humanos	Materiais	Tempo	
<p>Doente Neutropénico em internamento:</p> <p>1</p> <p>Elaborar norma de atuação que fomenta a articulação e coordenação de todos os profissionais.</p>	<p>Descrição: Realização de uma norma de atuação que descreva a articulação entre médico assistente, secretaria de unidade, assistente operacionais e enfermeiros, de modo a que o doente seja convocado em tempo adequado ou por outro lado se já se encontrar no hospital aguarde vaga em local destinado para esse efeito;</p> <p>Consulta de protocolos de atuação já existentes na instituição e/ou outras instituições;</p> <p>Elaboração de um protótipo I da norma;</p> <p>Distribuição pela chefia, pelos enfermeiros, pela orientadora, e pela professora orientadora;</p> <p>Recolha de sugestões;</p> <p>Elaboração da versão final e divulgação na equipa;</p>	<p>Enfermeira Chefe</p> <p>Restante elementos da equipa de enfermagem</p> <p>Equipa Orientadora (enfermeira e professora)</p>	<p>Computador, papel e impressora;</p> <p>pesquisa bibliográfica</p>	<p>Ver Cronograma</p>	<p>- Protótipos realizados (I)</p> <p>- Norma de Atuação</p>

<p>2. Elaborar folheto que promova a harmonização e uniformização da informação fornecida ao doente e família no momento da admissão.</p>	<p>Descrição: Realização de folheto com informação relativa a horário, restrição de visitas, tipo de dieta e Isolamento físico; Pesquisa Bibliográfica e consulta de outros folhetos; Elaboração de um protótipo II do folheto, segundo o <i>Lay Out</i> de elaboração de folhetos do Hospital; Distribuição pela chefia, pelos enfermeiros, pela enfermeira orientadora, e pela professora orientadora; Recolha de sugestões: protótipo II; Elaboração de pre-teste A; Entrega de 4 exemplares do pré-teste A a doentes/família para validação da compreensão Recolha de sugestões: pré-teste A; Elaboração da versão final do folheto n.1 e apresentação à equipa;</p>	<p>Enfermeira Chefe Elementos da equipa de enfermagem do Serviço Enfermeiras do CCI e elemento dinamizador no serviço Equipa Orientadora (enfermeira e professora) Quatro doentes internados</p>	<p>Computador, papel e impressora; pesquisa bibliográfica;</p>	<p>Tempo necessário da realização dos folhetos, sua aprovação e divulgação na equipa – Ver Cronograma</p>	<p>- Protótipo dos Folhetos - Pré-Teste A - Folheto Final nº1</p>
<p>3. Elaborar folheto com recomendações básicas de prevenção da infeção durante a permanência no hospital;</p>	<p>Descrição: Realização de folheto com informação relativa a recomendações, cuidados de higiene e sinais de alerta de prevenção da infeção; Pesquisa Bibliográfica e consulta de outros folhetos; Elaboração de um protótipo III do folheto, segundo o <i>Lay Out</i> de elaboração de folhetos do Hospital; Distribuição pela chefia, pelos enfermeiros, pela enfermeira orientadora, e pela professora orientadora; Elaboração de pré-teste B; Entrega de 4 exemplares como pré-teste a doentes/família para validação da compreensão Recolha de sugestões: pré-teste B; Elaboração da versão final do folheto n.2.e divulgação na equipa;</p>	<p>Enfermeira Chefe Elementos da equipa de enfermagem do Serviço e elemento dinamizador da CCI no serviço; Equipa Orientadora (enfermeira e professora) Quatro doentes internados</p>	<p>Computador, papel e impressora; pesquisa bibliográfica</p>	<p>Tempo necessário da realização dos folhetos, sua aprovação e divulgação na equipa – Ver Cronograma</p>	<p>- Avaliação do protótipo dos folhetos; - Avaliação dos folhetos finais</p>

<p>4. Elaborar poster ilustrativo que promovam a higienização das mãos do doente e família</p>	<p>Descrição: Realização de sensibilização junto do doente e familiares próximos, sobre higienização das mãos através de solução alcoólica; Incentivar as assistentes operacionais a fomentar junto do doente e família a higienização das mãos e solicitar colaboração nesta vigilância; Pesquisa Bibliográfica e consulta de posters já existentes; Seleção dos posters facultados pela CCI, através da campanha de higienização das mãos; Elaboração de um protótipo IV do poster; Distribuição pela chefia, pelos enfermeiros, pela enfermeira orientadora, e pela professora orientadora; Recolha de sugestões: protótipo IV; Elaboração da versão final do poster e afixar; no serviço;</p>	<p>Enfermeira Chefe Elementos de enfermagem da equipa do Serviço e elemento dinamizador da CCI no serviço Equipa Orientadora (enfermeira e professora)</p>	<p>Posteres informativos sobre campanha de higienização das mãos; Computador, papel e impressora; Pesquisa bibliográfica</p>	<p>Tempo necessário para escolha e seleção dos posters, sua aprovação e divulgação na equipa – Ver Cronograma</p>	<p>- Avaliação dos pósteres: os protótipos e os finais</p>
<p>5. Construir sinalética de identificação destes doentes no serviço (quadro de doentes da sala de trabalho, entrada do quarto do doente)</p>	<p>Descrição: Realização de placares informativos atualizados e chamativos com a informação relativa ao tipo de Isolamento e cuidados gerais, para colocar na entrada do quarto dos doentes; Sinalização no quadro de doentes da sala de trabalho dos enfermeiros; Pesquisa Bibliográfica e consulta de sinalética já existentes; Elaboração de um protótipo V da sinalética informativa; Distribuição pela chefia, pelos enfermeiros, pela enfermeira orientadora, e pela professora orientadora; Recolha de sugestões: protótipo V; Elaboração da versão final: sinalética de identificação e divulgação na equipa;</p>	<p>Enfermeira Chefe Elementos de enfermagem da equipa do Serviço e elemento dinamizador da CCI no serviço Equipa Orientadora (enfermeira e professora)</p>	<p>Sinaléticas já existentes Computador, papel e impressora; Pesquisa bibliográfica</p>	<p>Ver Cronograma</p>	<p>Avaliação das sinaléticas: os protótipos e as finais</p>

<p>6. Elaborar um Guia de boas práticas no âmbito da prevenção e controle de infeção ao doente neutropénico com recomendações e normas de procedimento conhecidas por todos os profissionais e adaptado a realidade do serviço</p>	<p>Descrição: Realização de um dossier de boas práticas de fácil consulta que sirva de referência para todos os elementos da equipa multidisciplinar; Pesquisa Bibliográfica e consulta de outros manuais existentes na instituição e/ou outras instituições; Elaboração de um protótipo VI do índice com os conceitos e conteúdos do Guia (incluindo normas de procedimento); Distribuição pela chefia, pela orientadora, e pela professora orientadora; Recolha de sugestões: protótipo VI; Elaboração da versão final: Guia de boas práticas e divulgação na equipa;</p>	<p>Enfermeira Chefe Equipa Orientadora (enfermeira e professora) Enfermeiras do CCI e elemento dinamizador no serviço</p>	<p>Computador, papel e impressora; Pesquisa bibliográfica;</p>	<p>Tempo necessário da realização do guia que será o último objetivo a atingir (condensação de toda a informação) Ver Cronograma</p>	<p>Avaliação do Índice do Guia com conceitos e conteúdos; Avaliação das Normas de Procedimento reformuladas; Avaliação do Guia Final;</p>
--	---	---	--	---	---

Cronograma: Ver cronograma em anexo

Orçamento:

Recursos Humanos: Tempo despendido na concretização e execução dos objetivos que não é quantificável;

Recursos Materiais:

Os principais recursos materiais a utilizar são: o computador – gastos com eletricidade – 10 Euros

Impressora – gastos com o tinteiro – 40Euros

Papel para impressão – gastos com resma de papel – 3,5 Euros

Previsão dos constrangimentos e forma de os ultrapassar:

- dificuldade na pesquisa bibliográfica adequada; por forma a ultrapassar esta situação solicitar apoio do funcionário da Biblioteca do Hospital no que diz respeito a bases de dados, solicitar apoio junto da Professora e Enfermeira Orientadora e solicitar apoio junto da Comissão de Controlo de Infeção;
- dificuldade no cumprimento do cronograma, pelo que é fundamental o seu seguimento e concretização dos vários objetivos;
- dificuldade na devolução em tempo útil dos documentos aos quais foi solicitada colaboração e sugestões; para evitar estas situações, entrega em mão dos documentos ou envio via email, solicitando resposta pela mesma via caso não se perspetive próximo encontro pessoalmente;

APÊNDICE VIII – CRONOGRAMA DE ATIVIDADES/ESTRATÉGIAS

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES –																
Projeto Doente Oncológico: Suscetibilidade e Controlo da Infeção à pessoa em situação crítica em Neutropénia																
Nº Semanas	MARÇO				ABRIL				MAIO				JUNHO			
	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª
Atividades																
Pesquisa Bibliográfica com recurso a bases de dados																
Consulta de protocolos de atuação já existentes na instituição e /ou outras instituições																
Elaboração de protótipo I da norma																
Distribuição do protótipo I pela chefia e pela equipa de enfermagem																
Distribuição do protótipo I pela enfermeira e pela professora orientadora																
Recolha das sugestões: protótipo I																
Elaboração da norma e sua divulgação entre a equipa																
Consulta de folhetos existentes na instituição e/ou outras instituições																
Elaboração de protótipo II dos folhetos , segundo <i>lay out</i> de elaboração de folhetos do Hospital HGO, EPE;																
Distribuição do protótipo II pela chefia e pela equipa de enfermagem																
Distribuição do protótipo II pela enfermeira e pela professora orientadora																
Recolha das sugestões: protótipo II																
Elaboração de pré-teste A																
Entrega de 4 exemplares do pré-teste A a doentes/família para validação da compreensão																
Recolha das sugestões: pré-teste A ;																
Elaboração da versão final do folheto n.1 e divulgação na equipa																
Consulta de folhetos existentes na instituição e/ou em outras instituições																
Elaboração de um protótipo III do folheto , segundo o <i>Lay Out</i> de elaboração de folhetos do HGO,EPE;																
Distribuição do protótipo III pela chefia e pela equipa de enfermagem																
Distribuição do protótipo III pela enfermeira e pela professora orientadora																
Recolha das sugestões: protótipo III																
Elaboração de pré-teste B																
Entrega de 4 exemplares do pré-teste B a doentes/família para validação da compreensão																
Recolha das sugestões: pré-teste B ;																
Elaboração da versão final do folheto n.2 e divulgação na equipa																
Consulta de posters já existentes;																
Seleção dos pósteres facultados pela CCI;																
Elaboração de um protótipo IV do poster																
Distribuição do protótipo IV pela chefia e pela equipa de enfermagem																
Distribuição do protótipo IV pela enfermeira e pela professora orientadora																
Recolha das sugestões: protótipo IV																
Elaboração da versão final do poster ilustrativo e afixação no serviço;																
Consulta das sinaléticas já existentes;																
Elaboração de um protótipo V da sinalética informativa																
Distribuição do protótipo V pela chefia e pela equipa de enfermagem																
Distribuição do protótipo V pela enfermeira e pela professora orientadora																
Recolha das sugestões: protótipo V																
Elaboração da versão final: sinalética de identificação e divulgação no serviço;																
Consulta de guias de boas práticas existentes na instituição e/ou outras instituições;																
Elaboração de um protótipo VI: guia de boas práticas																
Distribuição do protótipo VI pela chefia e pela equipa de enfermagem																
Distribuição do protótipo VI pela enfermeira e pela professora orientadora																
Recolha das sugestões: protótipo VI																
Elaboração da versão final: guias de boas práticas e divulgação na equipa;																

APÊNDICE IX – SINALETICA DE ISOLAMENTO PROTETOR DO DOENTE
NEUTROPÊNICO/IMUNOCOMPROMETIDO

Serviço de Hematologia,
Oncologia e Endocrinologia

Isolamento Protetor - Neutropenia



Precauções Básicas/Recomendações:

- Desinfetar as mãos com solução alcoólica antes e depois de sair do quarto
- Utilizar bata no interior do quarto pelas visitas
- Colocar máscara
- Restringir o número de visitas por dia (2 pessoas/dia, 1 pessoa de cada vez)

Em caso de dúvida contatar os profissionais de saúde do serviço

APÊNDICE X – SINALETICA DE ISOLAMENTO CONTENÇÃO NA FONTE

Serviço de Hematologia,
Oncologia e Endocrinologia

Isolamento Contenção na Fonte



Precauções Básicas/Recomendações:

- Desinfetar as mãos com solução alcoólica antes de depois de sair do quarto
- Utilizar avental descartável no interior do quarto
- Colocar máscara se for indicação dos profissionais
- Diminuir o número de objetos que entram dentro do quarto
- Utilizar apenas o contentor com saco branco para desperdiçar o equipamento usado

Em caso de dúvida contatar os profissionais de saúde do serviço

APÊNDICE XI – SINALETICA DE ISOLAMENTO POR IODO 131

Serviço de Hematologia,
Oncologia e Endocrinologia

Isolamento

Iodo 131



Precauções Básicas/Recomendações:

- Colocar luvas e protetores de sapatos antes de entrar no quarto
- Diminuir o número de objetos que entram dentro do quarto
- Diminuir o número de visitas nas primeiras 24h
- Restringir as visitas a um máximo de duas horas por pessoa por dia
- Evitar o contacto próximo com o utente
- Proibir o contato com mulheres grávidas e crianças com menos de 10 anos

Em caso de dúvida contatar os profissionais de saúde do serviço

APÊNDICE XII – NORMA DE PROCEDIMENTOS NO ISOLAMENTO
PROTETOR DO DOENTE NEUTROPÉNICO/IMUNOCOMPROMETIDO

<i>Hematologia, Oncologia, Endocrinologia e Hospital de Dia</i>	NORMA DE PROCEDIMENTO CÓDIGO DO SERVIÇO/UNIDADE – 3XXX	POL Nº 0XXX ou NPG Nº 1XXX ou NOC Nº 2XXX
---	---	---

APROVAÇÃO

ASSUNTO:	Procedimentos no Isolamento Protetor do Doente Neutropénico/ Imunocomprometido
FINALIDADE:	Uniformizar procedimentos na realização de Isolamento Protetor
DESTINATÁRIOS:	Equipa de Enfermagem do Serviço de Hematologia, Oncologia e Endocrinologia
PALAVRAS-CHAVE:	Isolamento; Doente Neutropénico/Imunocomprometido

Autor (es)	Sónia Miranda	Data de elaboração	20/01/2012
Verificação C. Qualidade		Data de Verificação	
Aprovação		Data de Aprovação	
Divulgação		Data de Divulgação	
Versão		Data de Revisão	

CONCEITO: *Isolamento* é definido como um conjunto de barreiras físicas para evitar a transmissão dos agentes infecciosos de um indivíduo para outro. O *Isolamento Protetor* tem por objetivo prevenir infecções em doentes imunocomprometidos, com neutropénia, quer pela origem da sua doença, quer pelos tratamentos imunossuppressores a que são submetidos.

Neutropénia é definida quando os neutrófilos no sangue periférico são menores que 1.500/mm³ (Martins, 2001, p. 262).

Equipamento de Proteção Individual consiste na utilização de materiais fabricados mediante determinados requisitos que conferem ao trabalhador proteção contra os riscos laborais.

DESCRIÇÃO:

O Isolamento Protetor é aplicado a todos os utentes considerados Neutropénicos (neutrófilos <1500/mm³) ou Imunocomprometidos.

As precauções são tomadas ao entrar na unidade do doente no internamento ou no momento da chegada de um doente ao Hospital de Dia, colocando o doente numa das camas da Box. Em ambos os casos utiliza-se os equipamentos de proteção individual ou no caso do doente ter que partilhar espaço com os restantes utentes do Hospital de Dia será fornecida uma máscara de proteção para este. É limitado o contato do doente com o equipamento, equipa de saúde e visitas.

No internamento são utilizados, sempre que possível, os quartos individuais (quarto 15 e 16), recorrendo-se a quartos duplos quando o número de doentes em isolamento seja superior ao número de quartos individuais.

A aplicação e manutenção das medidas de Isolamento Protetor são feitas após a avaliação dos resultados laboratoriais pelo Médico Assistente, que prescreve Isolamento Protetor, ou pela equipa de enfermagem quando considera necessário a implementação das medidas.

São aplicadas medidas de Precauções Básicas como:

- Colocar o doente de preferência em quarto individual, com porta fechada;
- Identificação do quarto com sinalética de aviso para profissionais de saúde e visitas;
- Individualização do material em contato com o doente:
 - Braçadeira de avaliação de pressão arterial e pulso e garrote que fica na unidade do doente até ao final do isolamento;
- Colocação de equipamento de proteção individual na entrada da unidade
 - Tabuleiro com Equipamento de Proteção Individual (EPI) – máscaras (que devem ser substituídas ao fim de quinze minutos e sempre que estiverem húmidas; aventais (que devem ser usados sempre);

- Desinfetante com solução alcoólica para as mãos (que deve ser usado à entrada e à saída do quarto)

Outras medidas implementadas:

- Colocação de bata na unidade do doente, em cabide próprio para o efeito, a ser utilizado pelas visitas que entram em contacto com o doente;
- Restrição do número de pessoas em contato com o doente:
 - Visitas – duas visitas por dia, que alternam entre si o período de visita, previamente combinado com a equipa de enfermagem e com o doente;
 - Equipa de Saúde – de preferência o mesmo enfermeiro e assistente operacional durante o turno;
 - Exames complementares de diagnóstico – Rx e ECG são intransportáveis e quando é necessária a deslocação do doente a outro serviço deverá usar máscara e permanecer lá o menor tempo possível.
- Contacto com a dietista para solicitação de uma dieta sem alimentos crus, sendo realizado ensino ao doente e pessoa significativa do tipo de alimentos que serão permitidos e modo de confeção;
- Ensinar, Instruir e Treinar os familiares/acompanhantes do doente sobre as medidas de prevenção da contaminação, nomeadamente higienização das mãos (lavagem e desinfecção com solução alcoólica antes e depois de sair do quarto), utilização de máscara (que deve ser substituída ao fim de 15 minutos e sempre que estiverem húmidas) e utilização de bata (que deve ser vestida na unidade do doente e quando retirada aí permanecer).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Norma de Procedimento N. D.ENF.28/03 da Direção de Enfermagem, elaborada em 05/08/2003;

Norma de Procedimento N. CCI 08/04, da Comissão de Controlo de Infeção, elaborada a 25/10/2002;

Norma de Procedimento N.38/08 do Serviço de Hematologia, Oncologia, Endocrinologia e Hospital de Dia, elaborada em 30/07/1999;

Carmagnani, M. I. (2000). *Segurança e Controlo de infecção*. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores.

Martins, Maria Aparecida (2001). *Manual de Infecção Hospitalar – Epidemiologia, Prevenção e Controlo*. Rio de Janeiro: MEDSI Editora Médica e Científica, Ltda.

APÊNDICE XIII – NORMA DE PROCEDIMENTO ISOLAMENTO DE
CONTENÇÃO NA FONTE

<i>Hematologia, Oncologia, Endocrinologia e Hospital de Dia</i>	NORMA DE PROCEDIMENTO CÓDIGO DO SERVIÇO/UNIDADE – 3XXX	POL Nº 0XXX ou NPG Nº 1XXX ou NOC Nº 2XXX
---	---	---

APROVAÇÃO

ASSUNTO:	Procedimentos no Isolamento de Contenção na Fonte
FINALIDADE:	Uniformizar procedimentos na realização de Isolamento Contenção na Fonte
DESTINATÁRIOS:	Equipa de Enfermagem do Serviço de Hematologia, Oncologia e Endocrinologia
PALAVRAS-CHAVE:	Isolamento; Contenção na Fonte; Microrganismos

Autor (es)	Sónia Miranda	Data de elaboração	20/01/2012
Verificação C. Qualidade		Data de Verificação	
Aprovação		Data de Aprovação	
Divulgação		Data de Divulgação	
Versão		Data de Revisão	

CONCEITO

Isolamento é definido como um conjunto de barreiras físicas para evitar a transmissão dos agentes infecciosos de um indivíduo para outro. O Isolamento de Contenção na Fonte ou na Origem é usado para prevenir as infeções cruzadas hospitalares e para prevenir e controlar surtos de infeção no hospital, tendo como objetivo prevenir a transmissão de microrganismos a partir de doentes infetados, que podem atuar como fonte de infeção para trabalhadores e doentes.

Staphylococcus aureus Meticilina Resistente (MRSA – Methicilin Resistant Staphylococcus aureus) é um dos agentes com maior prevalência na infeção hospitalar em todo o mundo.

DESCRIÇÃO

O Isolamento de Contenção é aplicado a todos os doentes onde foram isolados microorganismos multirresistentes.

No uso do Isolamento de Contenção há que considerar a aplicação de:

- Precauções Básicas Universais – estratégias de prevenção/controlo de infeção nosocomial ou infeção associada aos cuidados de saúde;
- Precaução segundo a via de transmissão – inclui a transmissão por via aérea, gotículas respiratórias e contato.

A aplicação e manutenção das medidas de Isolamento de Contenção na Fonte são feitas após a avaliação dos resultados laboratoriais pelo Médico Assistente, ou pela equipa de enfermagem quando considera necessário a implementação das medidas.

São aplicadas Medidas de Precauções Básicas como:

- Colocar o doente de preferência em quarto individual, ou na extremidade da enfermaria, junto à janela;
- Retirar o excesso de equipamento do quarto antes do doente ser isolado;
- Identificação do quarto com sinalética de aviso para profissionais de saúde e visitas;
- Individualização do material em contato com o doente;
- Braçadeira de avaliação de pressão arterial e pulso e garrote que fica na unidade do doente até ao final do isolamento;
- Colocação de equipamento de proteção individual na entrada da unidade:
 - Tabuleiro com Equipamento de Proteção Individual (EPI) – aventais (que devem ser usados sempre); Luvas descartáveis; máscaras para algumas situações (que devem ser substituídas ao fim de quinze minutos e sempre que estiverem húmidas);
 - Colocar em todos os contentores do quarto sacos de lixo branco;

- Desinfetante com solução alcoólica para as mãos (que deve ser usado à entrada e à saída da unidade do doente).

Outras medidas implementadas:

- Informar o doente e visitas das medidas de prevenção da infeção, nomeadamente evitar o contato com outros doente, desinfeção com solução alcoólica das mãos antes de sair do quarto ou da unidade do doente;
- Evitar deslocações do doente a outros serviços, quando necessário o serviço deve ser informado e o doente atendido no fim da lista;
- Informar o pessoal da limpeza;
- Colocar a roupa diretamente no saco cinzento, que deverá ser colocado junto do local de produção;
- No momento da alta do doente:
 - Referenciar na nota de alta/transferência o tipo de infeção/colonização do utente de modo a ficar referenciado para posteriores reinternamentos ou vinda ao Hospital de Dia;
 - Contactar a brigada da limpeza para proceder à desinfeção da unidade, ficando a unidade por ocupar por um período de 24 horas ou superior de acordo com a patogenicidade do microrganismo e as recomendações da Comissão do Controlo de Infeção Hospitalar.

São aplicadas medidas segundo as Vias de Transmissão como:

- **Via Aérea** – “transmissão pelo ar ocorre quando partículas microbianas minúsculas ou partículas de poeira contendo agentes patogénicos permanecem suspensas no ar por um período prolongado e, em seguida, são disseminadas amplamente pelas correntes de ar e inaladas.” (Carmagnani, 2000, p.106) Exemplo – tuberculose, sarampo, varicela.
 - *Medidas:* quarto individual; limitar as deslocações do utente; uso de máscara (respirador de partículas P2); uso de luvas e avental de plástico ao manusear as secreções respiratórias; desinfeção das mãos antes de sair do quarto ou da unidade do doente.
- **Gotículas Respiratórias** – “A transmissão por gotículas resulta do contato com as secreções respiratórias contaminadas. Um indivíduo com infeção transmitida por perdigotos tosse, espirros ou conversa e liberta secreções infetadas, que se espalham pelo ar e

chegam às mucosas orais ou nasais de outra pessoa próxima.” (Carmagnani, 2000, p.106)
Exemplo – meningite meningocócica, papeira, tosse convulsa, difteria, alguns vírus respiratórios.

- *Medidas*: limitar as deslocções do doente; usar luvas e avental de plástico para os contatos com material contaminado; desinfetar as mãos ao sair do quarto ou unidade do doente. (Não é obrigatório quarto individual).

● **Contacto com o utente e seu ambiente**: “A transmissão por contato pode ser subdividida em direta, indireta e disseminação por perdigotos (contato com perdigotos emitidos para o ambiente).” (Carmagnani, 2000, p. 105) Exemplos – infeções entéricas (enterovirus); infeções respiratórias virais (influenza); infeções da pele (imétigo); microrganismos resistentes aos antibióticos que infetam ou colonizam a pele e outras zonas do corpo (*MRSA*).

- *Medidas*: de preferência quarto individual ou cama na extremidade da enfermaria; limitar as deslocções do doente; usar luvas e aventais de plástico para os contatos com os produtos infetados do doente e do seu ambiente imediato; desinfeção das mãos ao sair do quarto ou da unidade do doente.

No caso de doentes com *Staphylococcus aureus* *Meticilina Resistente* (*MRSA – Methicilin Resistant Staphylococcus aureus*), os doentes podem manter-se colonizados durante longos períodos de tempo podendo a colonização “reaparecer” mesmo após erradicação aparente. Nestes doentes devem ser aplicadas, durante todo o período de internamento, as medidas acima referidas e nos casos de isolamento de *MRSA* nas vias respiratórias ou em lesões exsudativas devem ser atribuídos quartos individuais.

O doente deve estar sinalizado no processo SIPE/SAPE nos alertas de enfermagem como é portador de *MRSA* e este alerta não pode ter término durante todo o período de internamento e após alta, permitindo se o doente for transferido para outro serviço ou tiver alta e apresentar um reinternamento esta informação encontra-se devidamente assinalada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Norma de Procedimento N. D.ENF.28/03 da Direcção de Enfermagem, elaborada em 05/08/2003;
- Norma de Procedimento N.39/08 do Serviço de Hematologia, Oncologia, Endocrinologia e Hospital de Dia, elaborada em 30/07/2005;
- Norma de Procedimento N. CCI 08/04, da Comissão de Controlo de Infecção, elaborada a 25/10/2002;
- Norma de Procedimento N. CCI 01/02, da Comissão de Controlo de Infecção, elaborada a 19/10/2002;
- Carmagnani, M. I. (2000). *Segurança e Controlo de infecção*. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores.
- Martins, Maria Aparecida (2001). *Manual de Infecção Hospitalar – Epidemiologia, Prevenção e Controlo*. Rio de Janeiro: MEDSI Editora Médica e Científica, Ltda.

APÊNDICE XIV – ANÁLISE DE SITUAÇÃO PROBLEMÁTICA EM CONTEXTO
DE SUPERVISÃO DE CUIDADOS

Registo de Sessão de Supervisão de Cuidados

Docente	Professora Alice; Professora Lurdes; Professor Deodato	Estudante	Click here to enter text.
Grupo	Ana Cristina Duarte; Ana Teresa Raposo; Filipa Alves e Sónia Miranda	Data	05-07-2012

Situação problemática:

O Sr. A.G. de 59 anos de idade, sexo masculino e raça caucasiana foi internado no serviço de cirurgia do Hospital X para cirurgia electiva por neoplasia do reto. Foi submetido a uma ressecção anterior do reto à 9 dias. Antes da cirurgia era uma pessoa independente nas atividades de vida diárias e com vida profissional ativa, sendo bancário de profissão. Tem uma situação económica favorável. É divorciado e vive com um filho adulto. Atualmente apresenta condições clínicas para alta, no entanto apresenta uma negação do seu estado de saúde o que o leva a recusar aprender/prestar os cuidados ao seu estoma, mesmo não apresentando qualquer tipo de limitação cognitiva ou motora. Encontra-se independente nas suas atividades de vida diárias, exceto nos cuidados ao estoma.

Problemas/Diagnósticos de Enfermagem identificados:

1 - Conhecimento sobre os cuidados ao estoma não demonstrado

Conhecimento: "Status com as características específicas: conteúdo específico de pensamento baseado na sabedoria adquirida, na informação ou aptidões adquiridas, conhecimento e reconhecimento de informação." (CIPE v. 1.0, 2006, p. 96)

2 - Aceitação do estado de saúde não demonstrado

Aceitação do estado de saúde: "Aceitação com as características específica: reconciliação com as circunstâncias de saúde." (CIPE v. 1.0, 2006, p. 80)

3 - Coping ineficaz

Coping: "Atitude com as características específicas: disposição para gerir o stress que desafia os recursos que cada indivíduo tem para satisfazer as exigências da vida e padrões de papel autoprotectores que o defendam contra ameaças, percebidas como ameaçadoras da auto-estima positiva; acompanhada por um sentimento de controlo, diminuição do stress, verbalização da aceitação da situação, aumento do conforto psicológico." (CIPE v. 1.0, p. 81)

4 - Auto-imagem alterada

Auto-imagem: "Crença com as características específicas: modelo, percepções ou convicções acerca da sua pessoa." (CIPE v.1.0, 2006, p. 80)

5 – Conforto diminuído

Conforto: "status com as características específicas: sensação de tranquilidade física e bem estar-corporal."
(CIPE v.1.0, 2006, p.94)

Resultados Esperados de Enfermagem definidos:

- 1- Conhecimento sobre os cuidados ao estoma demonstrado
- 2- Aceitação do estado de saúde demonstrado
- 3- Coping eficaz
- 4- Auto imagem aceite
- 5- Conforto Melhorado

Intervenções planejadas e problemas éticos identificados:

1 – Ensinar sobre os cuidados ao estoma;
Instruir sobre os cuidados ao estoma;
Treinar sobre os cuidados ao estoma;
Validar conhecimentos;
Validar capacidades;
Ensinar sobre complicações da ostomia;
Assegurar a continuidade dos cuidados de saúde

Fundamentação:

- 1- A Declaração Universal dos Direitos Humanos – Art.º 3 diz-nos que "todo o indivíduo tem direito `a vida, liberdade e à segurança pessoal."

Numa fase inicial, num pós-operatório em que a pessoa vê a sua imagem corporal alterada por meio de uma ostomia, a sua liberdade está condicionada na medida em que depende de terceiros para a prestação de cuidados ao seu estoma.

Neste sentido e o mais precocemente possível, o enfermeiro deve ensinar a pessoa sobre o funcionamento da ostomia e o material existente, por exemplo. Preconiza-se que no pré-operatório a pessoa tenha as primeiras informações, ainda que muito simples, de forma a ter conhecimento da situação que o envolve.

Consideramos assim mobilizar a competência A2 – Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

No pós-operatório e assim que a pessoa esteja hemodinamicamente estável e livre de monitorizações é importante que se comece a instruir a pessoa sobre os cuidados ao estoma, nomeadamente sobre a técnica de substituição do saco/placa, a periodicidade da troca, os cuidados com a pele, etc. A validação dos conhecimentos deve ser realizada para nos permitir a avaliação da eficácia da instrução e para planear a sequência do processo.

Assim é mobilizada a competência: K 1 – Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência multiorgânica.

É preponderante que a instrução seja realizada à medida das capacidades/necessidades da pessoa. Seria de esperar que o Sr. A. G. já fosse autónomo nos cuidados ao seu estoma, uma vez que é uma pessoa sem limitações motoras, contudo como revela não estar a aceitar o seu estado de saúde, é importante que isso seja tomado em atenção e que o processo de ensino seja adaptado. Assim, o enfermeiro promove a defesa

Intervenções planeadas e problemas éticos identificados:	Fundamentação:
<p>2 – Escutar o doente;</p> <p>Identificar com a pessoa a causa da não aceitação do estado de saúde;</p> <p>Informar sobre tratamentos</p>	<p>da liberdade e dignidade da pessoa humana, de acordo com o art.º 78 do Código Deontológico, uma vez que está a contribuir para que a pessoa atinja a sua autonomia.</p> <p>O treino de capacidades no que respeita à manutenção dos dispositivos da ostomia deve também ser realizado assim que a pessoa tenha capacidade para tal, uma vez que o enfermeiro tem de co-responsabilizar-se pelo atendimento da pessoa em tempo útil, de forma a não haver atrasos, segundo o art.º 83 (do direito ao cuidado), alínea a), do CDE. Tal como acontece com a instrução, o treino deve ser adaptado a cada pessoa e a validação de capacidades deve ser constante, o que nos permite desenvolver a competência C 2- Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados.</p> <p>Contribuindo para que a pessoa seja autónoma em todas as atividades de vida, nomeadamente no que respeita aos cuidados aos estoma, o enfermeiro está a participar nos esforços profissionais para valorizar a vida e a qualidade de vida da pessoa. (Art.º 82 – dos direitos à vida e à qualidade de vida, alínea c) do CDE.</p> <p>Aquando da alta hospitalar da pessoa, devemos assegurar a continuidade dos cuidados de saúde, dando-lhe a conhecer os recursos que tem à sua disposição, elevando assim o dever do enfermeiro de informar sobre os cuidados de enfermagem e os recursos a que a pessoa pode ter acesso. (Art.º 84 do dever de informação, alíneas a) e d) do CDE)</p> <p>Assim, consideramos mobilizada as competências B 3 – Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro e C 1 – Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional. Assim como a unidade de competência k.1.2 – Gere a administração de protocolos terapêuticos complexos.</p> <p>Na situação problemática do nosso caso existem muitos aspectos que podem ser abordados:</p> <p>Numa fase inicial é fundamental identificar o estadio em que o doente se encontra. Segundo Kubler-Ross (2008) existem alguns estadios relacionados com o diagnóstico de doença incurável:</p> <p>negação, raiva/revolta, negociação, depressão e aceitação.</p> <p>Neste caso estamos perante um procedimento cirúrgico que acarreta alterações significativas na vida da pessoa e família envolvente.</p> <p>Deve ser desenvolvido por parte da equipa um processo terapêutico que visa a recuperação total e aceitação desta nova situação de forma o mais saudável possível, isto é, “um conjunto de medidas ou ações que se</p>

Intervenções planeadas e problemas éticos identificados:

Fundamentação:

desenvolvem tendo como objectivo a recuperação de todo o indivíduo doente.”(Lourenço, 2004, p. 27 in Marques et al)

É fundamental estabelecer um plano de cuidados envolvendo várias áreas de atenção de acordo com o doente e situação em causa. “As estratégias de actuação a utilizar serão adaptadas ao indivíduo, considerando não só ponto de vista da história pessoal,mas também o seu projecto vivencial, o seu sistema de valores, de motivações, cognições,sentimentos e conteúdos culturais” (Lourenço, 2004, p. 50 in Marques et al.). Os profissionais de saúde deverão estar atentos e ajudar o doente e família na aceitação da sua nova condição de vida. Tal como Marques et.al, refere citado por Lourenço (2004, p .50) é importante perceber “o modo como as doentes se posicionam face ao diagnóstico e reagem psicologicamente aos tratamentos, porque isso pode, eventualmente, influir no prognóstico”.

Assim sendo, o enfermeiro como profissional de saúde habilitado e desperto para as várias vertentes e áreas de atenção ao doente e família, tem um papel fundamental de ajuda na adaptação ao novo diagnóstico e às alterações significativas da vida da pessoa, dando resposta ao art.º 88.º do CDE - da excelência do exercício, alínea b) ao procurar adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa, assim como ao art.º 89.º que respeita á humanização dos cuidados.

Consideramos mobilizada a competência A 2 – Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

A Espiritualidade e a atenção a cuidados espirituais podem tornar-se numa ferramenta útil nos cuidados de saúde no sentido em que esta é entendida como “algo que dá sentido á vida, que nos satisfaz e encoraja no dia a dia a encarar os contratempos e vicissitudes terrenas.” (Lourenço, 2004, p.99 in Marques et al)

Este apoio espiritual está contemplado na carta dos direitos e deveres dos doentes- artigo 2º- que diz “O doente tem direito ao respeito pelas suas convicções culturais, filosóficas e religiosas: Cada doente é uma pessoa com as suas convicções culturais e religiosas. As instituições e os prestadores de cuidados de saúde têm assim, de respeitar esses valores e providenciar a sua satisfação; O apoio de familiares e amigos deve ser facilitado e incentivado; Do mesmo modo deve ser proporcionado o apoio espiritual requerido pelo doente ou, se necessário, por quem legitimamente o represente, de acordo com as suas convicções.”

Por parte dos profissionais de saúde deverá existir um equilíbrio entre os domínios do saber/saber, do saber/ser e do saber/fazer, ou seja no âmbito das competências científica, emocional/espiritual e técnica. Consideramos que estamos a agir de acordo com o art.º 81.º do CDE, que diz respeito aos valores humanos, nas alíneas a) cuidar da pessoa sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa; alínea e) abster-nos de juízos de valor sobre o

Intervenções planeadas e problemas éticos identificados:	Fundamentação:
<p>3 – Encorajar a comunicação expressiva de emoções;</p> <p>Ensinar a pessoa sobre estratégias de coping;</p> <p>Escutar o cliente;</p> <p>Facilitar suporte familiar;</p> <p>Encorajar a pessoa a esclarecer dúvidas;</p> <p>Promover técnicas de relaxamento</p>	<p>comportamento da pessoa e não lhe impor os nossos próprios critérios e valores no âmbito da consciência e da filosofia de vida, ou seja devemos conciliar o dever de cuidar e respeitar o outro e na alínea e) respeitar e fazer respeitar as opções políticas, culturais, morais e religiosas da pessoa e criar condições para que ela possa exercer, nestas áreas, os seus direitos. Damos também resposta ao art.º 82.º do CDE, que se refere ao direito à vida e à qualidade de vida na alínea b) respeitando a integridade bio-psicossocial, cultural e espiritual da pessoa.</p> <p>Consideramos mobilizado o domínio da responsabilidade profissional, Ética e legal, como a unidade de competência B 3.1- promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupos e a unidade de competência k.1.3 – faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, otimizando as respostas.</p> <p>3-A realização de uma ostomia, independentemente da sua função, é sempre sentida como uma agressão violenta à identidade do indivíduo, à sua auto-estima e à sua imagem corporal. (Simões cit in Gaspar et al, 2009)</p> <p>No processo de aceitação do estado de saúde da pessoa com ostomia há inicialmente um confronto com a nova situação, em que irá ter de se desenvolver um trabalho de aceitação, cujo processo se inicia precocemente, com recurso a estratégias de coping centralizadas no problema. (Gaspar et al, 2009)</p> <p>De acordo com um estudo, realizado por Krouse et al (2009) as estratégias de coping incluem o uso de humor, o reconhecimento de mudanças positivas resultantes do estoma e normalização da vida com uma ostomia. O Enfermeiro para cuidar de uma forma holística, tem como principal ferramenta a relação de ajuda. Não obstante de que a comunicação terapêutica se constitui como suporte para a relação de ajuda terapêutica. (Riley, 2004)</p> <p>A relação de ajuda prestada pelos Enfermeiros é um dos principais aspectos no processo de adaptação da pessoa com ostomia.</p> <p>A relação de ajuda profissional é muito complexa, pelo que o enfermeiro deve ser detentor de conhecimentos, habilidades e atitudes específicas, de forma a estabelecer relação com a pessoa e oferecer ajuda psicológica sustentada. (Chalifour, 2008)</p> <p>O enfermeiro deve encorajar a pessoa a esclarecer dúvidas e facilitar também o suporte familiar. Deve informar e desmistificar dúvidas e receios não só da pessoa mas também da família.</p> <p>O apoio e o estímulo das pessoas significativas, podem ajudar a pessoa a minimizar os seus sentimentos de insegurança, ansiedade, perda, negação, revolta e falta de esperança. (Gaspar, 2009).</p>

Intervenções planejadas e problemas éticos identificados:	Fundamentação:
<p>4 – Escutar a pessoa/família;</p> <p>Apoiar a pessoa/família</p> <p>Incentivar a comunicação expressiva de emoções;</p> <p>Encorajar a pessoa/família a esclarecer dúvidas;</p> <p>Promover adaptação à incapacidade;</p> <p>Aconselhar o encontro com pessoas com adaptação positiva</p>	<p>Ao dar resposta aos problemas/diagnósticos de enfermagem identificados, o Enfermeiro mobiliza os conhecimentos correspondentes às unidades de competência:</p> <p>K.1.4- Assiste a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e ou falência orgânica</p> <p>K.1.6 - Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica</p> <p>Agimos de acordo com o código deontológico dos enfermeiros segundo o Art.º 82º - dos direitos à vida e à qualidade de vida, assumindo o dever de:</p> <p>c) Participar nos esforços profissionais para valorizar a vida e a qualidade de vida.</p> <p>4- Os cuidados de enfermagem devem basear-se na valorização da pessoa no seu todo, no enfoque das suas intervenções no âmbito das respostas humanas da pessoa às limitações provocadas pela doença, as quais exigem da pessoa a capacidade de adaptação a uma nova condição de vida. (Albuquerque et al, 2009)</p> <p>A existência de uma colostomia, provoca uma alteração na imagem corporal da pessoa, à qual esta também se tem de adaptar. A alteração da imagem corporal, nestas pessoas, pode provocar diferentes reações emocionais, sendo uma das mais relevantes a relação que tem consigo e com os outros. Apesar da imagem corporal poder sofrer alterações em qualquer fase da vida, a importância atribuída pela pessoa varia, conforme essa mesma fase. Na idade adulta, pode haver ameaça nos papéis sociais até então desempenhados e à imagem que a pessoa tem de si.</p> <p>A realização de uma ostomia de urgência é muito mais difícil de aceitar do que aquela que é programada. Uma pessoa quando é bem informada e preparada para o que vai ser submetido, adapta-se melhor à sua situação clínica. (Albuquerque et al, 2009; Martins, 1999)</p> <p>Uma alteração na imagem corporal pode tornar-se numa experiência emocional difícil, uma vez que a pessoa tem associado à sua imagem, sentimentos e significados. E como forma de evitar a chamada de atenção para a sua aparência corporal, muitas vezes estas pessoas recorrem a atitudes de isolamento social, evitando os diálogos ou mesmo recusando uma vida social ativa. A adaptação da nova imagem corporal de forma positiva implica a integração de mudanças na anterior imagem que a pessoa tinha de si mesma. (Batista et al, 2011; Harcourt e Rumsey, 2006)</p> <p>As pessoas com alteração da imagem corporal relacionadas com a estrutura ou função têm de lidar com o desconforto provocado pelo uso de sistema coletor de fezes (saco de colostomia), pelo que além da aceitação da ostomia, a pessoa também tem de integrar na sua imagem a existência de um saco coletor de fezes. Sendo de extrema importância o apoio familiar e social</p>

Intervenções planeadas e problemas éticos identificados:	Fundamentação:
	<p>para uma melhor adaptação à sua situação de saúde atual e aceitação da nova imagem corporal. (Batista et al, 2011; Harcourt e Rumsey, 2006)</p> <p>Cuidar em enfermagem é manter a dignidade e a individualidade da pessoa que é cuidada, e não focalizar a nossa atenção para as técnicas e para os atos que vão tratar a doença, respeitando a humanização dos cuidados agindo de acordo com o artigo 89.º, alínea a) do CDE que nos diz que devemos dar, quando prestamos cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade.</p> <p>“ Cuidar é um acto individual que prestamos a nós próprios, desde que adquirimos autonomia, mas é igualmente um acto de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que, temporariamente ou definitivamente tem necessidade de ajuda para assumir as suas necessidades vitais.” (Collière, 1999, p.235)</p> <p>Na relação terapêutica o enfermeiro que ajuda deve fazê-lo no sentido de contribuir para que a pessoa que é ajudada adquira capacidades que lhe permitam lidar com os seus problemas, adaptar-se às situações, compreender a realidade dos contextos com clareza, intervir ativamente para atingir os seus objetivos. Estando aqui inerente o princípio da autonomia, este determina a capacidade que o ser humano tem de escolher e agir na tomada de decisão que diretamente lhe diz respeito. (Serrão e Nunes, 1998)</p> <p>Consideramos mobilizada a unidade de competência K.1.4- Assiste a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica.</p> <p>A comunicação interpessoal é fundamental para a pessoa/família enquanto ser social e para estabelecer relação terapêutica. Comunicação é a transmissão de informação no que respeita aos cuidados de enfermagem de forma compreensível para cada pessoa. Respeitando o artigo 84.º do dever de informação do CDE.</p> <p>Toda a relação de ajuda com intencionalidade terapêutica passa pela comunicação, mas que visa dar resposta aos objetivos das pessoas que vivem essa relação. Só elas têm a possibilidade de identificar, sentir, saber, escolher e decidir o que é melhor para si. (Lazure, 1994)</p> <p>Como profissionais de saúde devemos ter sempre presente que a informação deve ser transmitida de forma lenta e gradual, sempre acompanhada de uma atitude de escuta, compreensão, conforto e companhia. É imprescindível tranquilizar a pessoa e informá-la que todas as decisões serão tomadas no respeito pela sua vontade. Salientamos aqui a pertinência do consentimento livre e esclarecido (Artigo 84.º, alínea c) do CDE), respeitante ao dever de informação, que nos</p>

Intervenções planejadas e problemas éticos identificados:

Fundamentação:

diz que devemos atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pela pessoa no que concerne aos cuidados de enfermagem.

Consideramos " Consentimento informado a autorização que a pessoa dá para que lhe sejam prestados os cuidados propostos, após lhe ter sido explicado e a pessoa ter compreendido o que pretende fazer, como, porquê e qual o resultado esperado da intervenção de enfermagem." (Ordem dos Enfermeiros, 2007, p.1)

Assim os enfermeiros devem respeitar e fazer respeitar a pessoa no caso do consentimento/dissentimento informado (Duarte, 2008), este é de primazia na relação terapêutica, de confiança e de comunicação entre enfermeiros e pessoa, o que permite envolvê-la no seu processo, com a sua tomada de decisão, dando-lhe autonomia no poder de escolha. É então importante que o enfermeiro tome consciência dos seus valores, dos valores da pessoa, adequando-lhe os cuidados, tornando-os específicos para cuidar aquela pessoa. "... cuidados de enfermagem são a atenção particular prestada a uma pessoa e aos seus familiares – com vista a ajudá-los na sua situação." (Hesbeen, 2000, p.67)

Consideramos mobilizada a unidade de competência K.1.5 – Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde.

Cuidar em enfermagem, não se limita à execução de tarefas, devemos ser capazes de compreender de forma holística a pessoa que estamos a cuidar. É neste propósito que a enfermagem adquire o seu expoente máximo de humanização. Logo cuidar em enfermagem necessita que se estabeleça relação terapêutica, esta significa estar com, que implica presença, reciprocidade ativa para que a pessoa no respeito pela sua autonomia, descubra e encontre caminhos que promovam a mudança para o futuro. Respeitando o artigo 89.º do CDE, referente à humanização dos cuidados. O enfermeiro deve desenvolver uma relação terapêutica, com habilidades que se traduzem em comportamentos articulados com as suas características pessoais e os seus conhecimentos profissionais (Chalifour, 2008), o que torna a sua relação eficaz, na elaboração e desenvolvimento de intervenções pertinentes, que vão de encontro ao estabelecido no artigo 88.º do CDE (excelência do exercício), alínea b) (procurar adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa), que nos permite projetarmos uma dinâmica de qualidade nos cuidados de enfermagem, fortalecendo a ação e prosseguirmos na caminhada exigente rumo à excelência do cuidar.

Consideramos que foi mobilizada a unidade de competência, K.1.6 – Gere o estabelecimento da relação

Intervenções planejadas e problemas éticos identificados:	Fundamentação:
<p>5- Apoiar a pessoa/família;</p> <p>Incentivar a comunicação expressiva de emoções;</p> <p>Promover técnicas de relaxamento;</p> <p>Encorajar a pessoa/família a esclarecer dúvidas;</p> <p>Promover a adaptação à incapacidade;</p> <p>Gerir ambiente físico</p>	<p>terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica. Assim como a competência comum do enfermeiro especialista no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.</p> <p>Sabendo que o enfermeiro deve participar na valorização da vida e da qualidade de vida do doente (artigo 82, alínea c) do CDE), a gestão de conforto da pessoa é também da responsabilidade do enfermeiro. Cada pessoa saudável é portadora de hábitos e rotinas no seu quotidiano, com os quais se sente segura e confortável. Vivenciando uma situação de doença, a pessoa tem de reorganizar os seus hábitos, saindo muitas vezes da sua zona de conforto e necessitando de ajuda. Assim, os enfermeiros deparam-se diariamente com pessoas com necessidades de cuidados de saúde. Kolcaba define “ necessidades de cuidados de saúde como necessidades de conforto resultantes de situações de cuidados de saúde provocadoras de tensão, que não podem ser satisfeitas pelos sistemas de suporte tradicionais.” (Hamilton, in Tomey et al, 2004, p. 484) De acordo com a mesma teórica, estas necessidades podem ser físicas, psico-espirituais, sociais e ambientais, e o enfermeiro pode abordá-las definindo medidas de conforto através de intervenções de enfermagem. Desta forma, é certo que o conforto é multidimensional, significando coisas diferentes para pessoas diferentes.” (Hamilton, in Tomey, 2004, p. 483), devendo o enfermeiro ajustar a sua ação a cada pessoa. Pelo que foi referido anteriormente, consideramos ter mobilizado a unidade de competência K. 1.2 – Gere a administração de protocolos terapêuticos complexos, uma vez que se implementaram respostas de enfermagem apropriadas às complicações e se monitorizou e avaliou a adequação das respostas aos problemas identificados. Mobilizamos ainda a unidade de competência K. 1.6 – Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica.</p>

Avaliação:

No momento da alta, o Sr.º A, G., demonstrava conhecimento sobre os cuidados ao estoma e aceitação do seu estado de saúde. Contudo e de forma a assegurar a continuidade dos cuidados de enfermagem, ficou encaminhado para a consulta de estomoterapia da instituição após uma semana. Foi também referenciado para o Centro de Saúde da sua área de residência, de forma a ter apoio/vigilância, se necessário, nos cuidados ao estoma.

No momento da alta, o Sr.º A. G. apresentava coping eficaz, aceitava a sua auto-imagem e referia melhoria no conforto. De forma a assegurar que estas atitudes se mantêm, foi possibilitado o acompanhamento do serviço de psicologia da instituição, assim como o filho se o desejar, uma vez que este constitui o principal suporte familiar do senhor.

Reflexão sobre as aprendizagens

Os cuidados de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica são altamente qualificados e desenvolvem-se num ambiente complexo, o que exige dos enfermeiros uma resposta eficaz às necessidades identificadas de forma a manter as funções básicas de vida, de modo a prevenir complicações e limitar incapacidades.

O enfermeiro deve ter em conta a singularidade do ser humano, tentar perceber a sua trajetória de vida, de forma, a planear as suas intervenções de acordo com as necessidades individuais de cada pessoa. Uma vez que o conforto é multidimensional, significando coisas diferentes para pessoas diferentes. (Hamilton, in Tomey et al, 2004)

Consideramos através da análise desta situação problemática, que todos os diagnósticos levantados, intervenções de enfermagem e resultados esperados, foram construídos utilizando uma linguagem classificada (CIPE v. 1.0, 2006), sustentados na literatura, que permitiram mobilizar as competências do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica, agir de acordo com o Código Deontológico do Enfermeiro e dar resposta aos problemas éticos identificados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Albuquerque, Maria et al. O Domício de Si – a experiência vivida nas palavras de uma ostomizada. *Revista Referência*. II série.nº 9- Março 2009, p.27-33.

Batista, Maria et al. Auto-imagem de clientes com colostomia em relação à bolsa colectora. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Vol. 64, nº 6, Nov/Dez, 2011. Disponível em www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0034[acedido a 1/07/2012].

Chalifour, Jacques. *A Intervenção Terapêutica – os Fundamentos existenciais- humanistas da relação de ajuda*. Loures: Lusodidacta, 2008. ISBN: 978-989-8075-05-5.

CIPE Versão 1 – *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, Versão 1.0* – Lisboa. 2006. ISBN: 92-95040-36-8

Collière, Marie – Françoise. *Promover a Vida*. Lisboa: Lidel, 1999. ISBN: 972-757-109-3.

Direcção - Geral da Saúde. Carta dos Direitos e Deveres dos doentes. Direcção - Geral da Saúde. Disponível em www.dgs.pt/default.aspx?cn=55065716aaaaaaaaaaaaaaaa.

Duarte, Alberto. O enfermeiro e o consentimento/assentimento informado em menores de idade. *Revista Ordem dos Enfermeiros*, nº29, 2008, p.24-32.

Gaspar et al. Aceitando o contra-natura? O processo de aceitação do estado de saúde da pessoa com ostomia. *Revista Referência*. II série. nº11 – dez.2009, p. 33-36

Hamilton, J., Katherine Kolcaba – Teoria do Conforto. [autor do livro] Ann e Alligood; Martha Tomey. *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*.5ªed. Loures: Lusociência – edições técnicas e científicas, Lda, 2004. ISBN: 972-8383-74-6.

Harcourt e Rumsey. *Altered body image. Nursing patient with cancer: principals and practice*. St Louis: Elsevier, 2006, p. 701-715.

Hesbeen, Water. *Cuidar no hospital – enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência – edições técnicas e científicas, Lda, 2000. ISBN: 972-8383-11-8.

Krouse et al. Coping and acceptance: the greatest challenge for veterans with intestinal stomas. *Jpsychosom Res*. 2009. Disponível em : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19232235> [acedido a 1/7/2912].

ANEXO

ANEXO I –FOLHETO NEUTROPÉNIA

Quando o utente internado está neutropênico?

Todos os utentes considerados Neutropênicos ou Imunocomprometidos, ficam em isolamento protetor, permanecendo em quarto individual com a porta fechada.

Será restringido o número de pessoas em contacto com o utente: máximo de 2 pessoas por dia (sempre as mesmas pessoas), entrando 1 pessoa de cada vez. (Esta restrição será combinada entre o utente e a equipa de enfermagem)

Cuidados que as visitas devem ter:

- Lavar/desinfetar as mãos com solução alcoólica antes e depois de sair do quarto;
- Utilizar máscara (substitua-a ao fim de 15 minutos e sempre que estiver húmida);
- Deve utilizar bata sempre que entra em contacto com o utente.



Lavagem das mãos

Duração total do procedimento: 40-60 seg.



Serviço de Hemato-oncologia,
e Hospital de Dia

Neutropénia

Informação destinada a utentes e visitas

Esclarecimento de dúvidas 9h - 21h

Elaborado por: Alexandra Seiroco, Ana Conde e Carla Patricio
Data de elaboração: Março de 2012
Data de revisão: Março de 2013



O que é a neutropénia?

A **Neutropénia** surge quando há uma diminuição de glóbulos brancos (neutrófilos), os responsáveis por nos defenderem das infeções.

Os **utentes neutropénicos/imunocomprometidos** são mais suscetíveis a infeções bacterianas, fúngicas e virais.

O utente tratado com quimioterapia tem maior suscetibilidade para ter neutropénia entre o 8º e o 14º dia (variando com o tipo de tratamento), devendo neste período aumentar o rigor dos cuidados.

Cuidados na prevenção de infeção

- Reforçar os cuidados de higiene pessoal, com especial atenção à cavidade oral;
- Lavar regularmente as mãos, sobretudo antes das refeições, depois de usar os sanitários e após tocar em objetos públicos;
- Evitar ambientes fechados, com pouca ventilação ou com muitas pessoas. Ex: supermercados, cafés, centros comerciais, transportes públicos;
- Evitar o contacto com pessoas constipadas, com gripe, ou outras doenças transmissíveis;
- Diminuir a ingestão de alimentos com maior probabilidade de contaminação microbiana. Ex: alimentos crus, ovos ou frutas de casca fina;
- Utilizar luvas nas atividades domésticas com risco de causar ferimentos;
- Ter cuidado na utilização de objetos cortantes. Em caso de cortes ou arranhões acidentais lavar de imediato, desinfetar e proteger com penso;
- Evitar o contacto direto com animais domésticos, sobretudo quando não vacinados ou que circulam livremente fora da habitação;
- Estar atento ao aparecimento de sinais e sintomas que sugiram infeção;
- Evite tomar medicamentos sem prescrição médica.

Cuidados com a alimentação

- Não deve comer alimentos crus. Comer fruta só cozida ou de casca grossa (laranja, banana, melancia, etc.) cortada na altura;
- Lavar bem os alimentos que vai cozinhar;
- Beber e comer apenas laticínios pasteurizados;
- Não deve comer frutos secas (amêndoas, nozes, etc.), e especiarias em pó, pelo risco de poderem estar contaminadas com fungos;
- Cozinhar todos os alimentos em panela de pressão.
- Não deve comer produtos de salsicharia (frescos ou fumados), charcutaria e mariscos;
- Não deve comer bolos industriais com recheios de creme ou outros alimentos pré-cozinhados;
- Não deve comer alimentos não cozinhados no próprio dia.

Factores que conduzem à neutropénia

- Utentes submetidos a quimioterapia;
- Utentes submetidos a radioterapia;
- Utentes submetidos a esplenectomia (cirurgia para remover o baço);
- Utentes submetidos a transplantes.

Sinais de alerta

- Febre;
- Dor de garganta, tosse, expetoração;
- Dificuldade em respirar;
- Aftas;
- Ardor a urinar;
- Diarreia, náuseas, vômitos e dores de cabeça, acompanhados de febre podem indicar a presença de infeção.



Se surgir qualquer dos sinais de alerta e persistirem entre 24 a 48h deve contactar o Enfermeiro do Serviço de Hemato-Oncologia ou o seu Médico assistente pois pode necessitar de observação.

ANEXO II - FOLHETO ISOLAMENTO DE CONTENÇÃO

Cuidados a ter em casa

O MRSA geralmente não afeta pessoas saudáveis, incluindo grávidas, crianças e bebés, como tal não são necessárias medidas especiais quando for para casa.

As precauções de contacto a que esteve sujeito durante o internamento foram necessárias para o proteger a si e a outros utentes.

Em sua casa, a única medida importante a ter em conta é uma boa higiene das mãos, que irá prevenir não só a transmissão do MRSA como de outros tipos de infeção!

Deve lavar as mãos sempre que:

- ◆ Utilizar as instalações sanitárias e depois de assoar o nariz;
- ◆ Antes e após contacto com uma ferida ou dispositivo que tenha colocado (por exemplo: algália, saco de colostomia, etc.);
- ◆ Antes e após prestar cuidados a um familiar;
- ◆ Antes de comer ou beber.

Lavagem das mãos

Duração total do procedimento: 40-60 seg.



1. Molhe as mãos com água.



2. Aplique sabão suficiente para cobrir todas as superfícies das mãos.



3. Esfregue as palmas das mãos, uma na outra.



4. Palma direita sobre o dorso esquerdo com os dedos entrelaçados e vice versa.



5. Palma com palma com os dedos entrelaçados.



6. Parte de trás das mãos nas palmas opostas com os dedos entrelaçados.



7. Esfregue o polegar esquerdo em sentido rotativo, entrelaçado na palma direita e vice versa.



8. Esfregue totalmente para trás e para a frente os dedos da mão direita na palma da mão esquerda e vice versa.



9. Enxague as mãos com água.



10. Seque as mãos com toalha descartável.



11. Utilize o toalhete para fechar a torneira se esta for de comando manual.



12. Agora as suas mãos estão seguras.

Se tiver que ser re-internado por favor avise o enfermeiro ou médico que tem MRSA.

Serviço de Hemato-Oncologia, Endocrinologia e Hospital de dia

Esclarecimento de dúvidas 9h - 21h

Elaborado por: Alexandra Belroco; Ana Catarina Conde; Carla Patrício

Data de elaboração: Março de 2012

Data de revisão: Março de 2013

Serviço de Hemato-Oncologia,
Endocrinologia e Hospital de Dia



Isolamento de contenção

Informação destinada a utentes e visitas

O que é o Isolamento de Contenção?

Isolamento de Contenção pretende prevenir a transmissão de infeções de utente para utente (infeção cruzada) e controlar as infeções hospitalares.

Sempre que em análises clínicas específicas sejam detetados microrganismos multirresistentes, o utente fica em isolamento de contenção.

Existem vários tipos de microrganismos multirresistentes, um dos mais frequentes a nível hospitalar é o **MSRA** (*Staphylococcus aureus* resistente à metilina).



Medidas de Precaução durante o internamento

- O utente deve evitar sair do quarto;
- Manter a cortina corrida, esta serve de separação física com a cama ao lado;
- Não ter contacto físico com os outros utentes;
- Lavar e secar sempre as mãos depois de ir às instalações sanitárias;
- Evitar tocar em feridas, mesmo que protegidas ou em qualquer dispositivo que tenha colocado, como por exemplo: cateter por onde recebe soro, uma algália por onde sai urina ou um dreno por onde podem sair outros líquidos do seu corpo.

Cuidados que as visitas devem ter

- Limitar o número de visitantes a 1 ou 2 pessoas de cada vez e evitar visitas de crianças;
- Lavar/desinfetar as mãos antes e após a visita;
- Não deve ter contacto físico com outros utentes ou com a sua unidade (cama, mesinha de cabeceira, cadeirão, etc.) nem com os seus pertences. Se pretender visitar mais de um utente, procure aconselhar-se junto aos enfermeiros;
- Não deve sentar-se na cama do utente;
- Se for a pessoa significativa do utente, leve com a frequência possível a sua roupa suja e mantenha apenas a quantidade de alimentos mínima necessária ao utente, evitando que se estraguem;
- Colocar avental e luvas antes de entrar em contacto com o utente. Em algumas situações terá também que colocar máscara dependendo da via de transmissão da infeção. Tenha em atenção às indicações da placa informativa à porta do quarto;
- Ao terminar a visita, retire o equipamento e rejeite-o no contentor de lixo com **saco branco**;
- Em caso de dúvida pergunte à equipa de enfermagem. Estamos sempre disponíveis para esclarecer as suas questões.

O que é o MRSA?

MRSA é a sigla em inglês para o *Staphylococcus aureus* resistente à metilina.

O *Staphylococcus aureus* é uma bactéria que existe naturalmente na nossa pele e que em algumas situações pode causar infeções e é resistente à maioria dos antibióticos.

Todas as medidas e cuidados atrás descritos são necessários a todos os utentes internados que possuam MRSA.

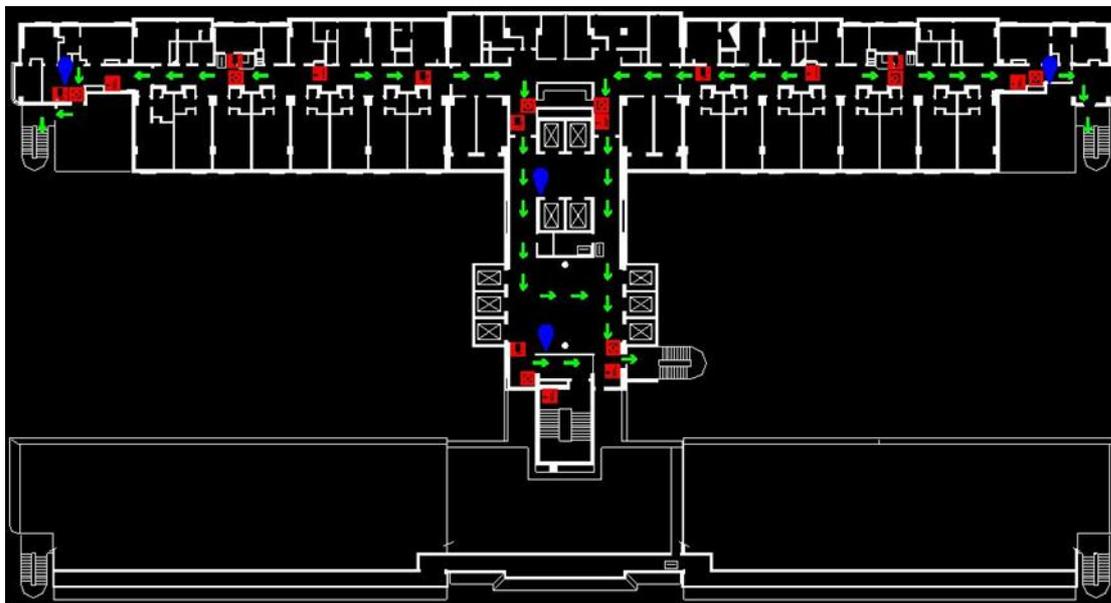


Como se transmite?

- Contacto direto pessoa/pessoa.
 - Contacto com superfícies contaminadas.
-

ANEXO III - PLANTA DE
EMERGÊNCIA PISO 8

Planta de Emergência Piso 8



Pontos de Encontro no exterior do Edifício

