



UNIVERSIDADE
CATÓLICA | INSTITUTO DE
PORTUGUESA | CIÊNCIAS DA SAÚDE

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, na Especialidade de Enfermagem de Médico-Cirúrgica

Por Odete da Silva Mendes

LISBOA, Abril de 2010



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA | INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, na Especialidade de Enfermagem Médico - Cirúrgica

Odete da Silva Mendes

Sob orientação da Professora: Rita Marques

LISBOA, Abril de 2010

RESUMO

Este relatório resulta de um processo de aprendizagem num estágio desenvolvido em dois módulos: o primeiro, no âmbito do Módulo III do Curso, teve lugar na Comissão de Controlo de Infecção, e o segundo, que corresponde ao Módulo I, decorreu no Serviço de Urgência. Ambos foram enriquecidos pelas competências adquiridas ao longo da minha experiência profissional em Cuidados Intensivos/Intermédios, que levou à acreditação do Módulo II.

Este estágio visou o desenvolvimento de competências de Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na assistência de enfermagem avançada ao doente adulto e idoso, e particularmente ao doente em estado crítico.

Com a elaboração deste relatório pretendo reflectir sobre o meu percurso, através de uma análise crítica e reflexiva, descrevendo as actividades com base nos conhecimentos teóricos e técnicos, apoiados nos valores éticos e deontológicos, e clarificando quais os pontos-chave da minha evolução.

Na Comissão Controlo de Infecção, através de acções de formação e de divulgação sobre medidas de controlo e prevenção de infecção, sensibilizei os profissionais de saúde para a importância da prevenção das infecções associadas aos cuidados de saúde, tendo em conta a promoção da sua qualidade.

No Serviço de Urgência abordei o doente em estado crítico de forma holística, identificando necessidades, focos de instabilidade e risco de falência orgânica. Desenvolvi igualmente a Relação de Ajuda à família/pessoa significativa visando fomentar a prestação de cuidados humanizados, e sensibilizei os colegas para as boas práticas de cuidados, no âmbito da prevenção e controlo de infecção, por via da formação, supervisão e práticas de cuidados.

ABSTRACT

This report is the result of a learning process of learning in a training program, developed in two modules: the first, as part of Module III of the Course, took place in the Infection Control Commission, and the second, which corresponds to Module I, was held in the Emergency Service. Both were enriched by the skills acquired throughout my professional experience in the Intensive/Intermediate Care Unit, which led to the accreditation of Module II.

These internships were aimed at developing skills as Specialist in Medical-Surgical Nursing in advanced nursing care to adult and elderly patients, particularly directed to the patient in critical condition.

With this report I intend to reflect on my journey, through a critical and reflexive analysis, describing the activities on the basis of theoretical and technical knowledge, drawing on ethical values and professional conduct, and clarifying the key points of my evolution.

In the Infection Control Commission, through organizing and conducting training and broadcasting on control measures and prevention of infection, I raised awareness among health professionals on the importance of preventing infections associated with health care, regarding the promotion of their quality.

In the Emergency Service I approached the patient in critical condition in a holistic way, identifying needs, areas of instability and risk of organ failure. Also, I developed the Help Relationship with the family/ significant other, to enhance humanized care, and raised awareness among colleagues about the best care practices, on the topic of prevention and control of infection, through training, supervision and care practices.

**A coisa mais indispensável a um homem é reconhecer o uso que deve fazer do seu
próprio conhecimento**

Platão

AGRADECIMENTOS

Às Sr.^{as} Professoras Patrícia Pontífice e Rita Marques pela sua disponibilidade, e força que me deram nos momentos de maior desânimo, pela orientação que manifestaram no decorrer deste trabalho

À orientadora Enfermeira Margarida Teixeira pela colaboração, disponibilidade e transmissão de conhecimentos pertinentes durante o período de estágio.

Aos meus colegas da especialidade pela partilha de conhecimentos e pelos momentos de convívio.

Às minhas colegas de UCAPO pelo apoio e disponibilidade que me deram ao longo deste processo de aprendizagem.

Aos meus amigos, pela motivação e apoio incondicional em mais este percurso de vida.

Aos meus pais pela força, apoio, amor, carinho, educação e incentivo para voar mais alto.

A todos o meu sincero obrigado!

SIGLAS

CCI – Comissão de Controlo de Infecção

DGS- Direcção Geral de Saúde

ESPS - Escola Superior Politécnica de Enfermagem

HELICS – Hospital in Europe Link for Infection Control Trought Surveillance

HPV- Hospital Pulido Valente

IACS- Infecções Associada aos Cuidados de Saúde

ICN - International Council of Nurses

ICS- Instituto de Ciências da Saúde

OE- Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

PNCI – Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção

REPE- Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SIE- Sistemas de Informação em Enfermagem

SO- Sala de observações

SPCI- Sociedade Portuguesa de Cuidados de Cuidados Intensivos

SUC- Serviço de Urgência Central

UCAPO- Unidade de Cuidados Anestésicos e Pós Operatórios

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCP- Universidades Católica Portuguesa –

VE – Vigilância Epidemiológica

ÍNDICE

	Pág.
0 – <u>INTRODUÇÃO</u>	10
1 – <u>MÓDULO – III: COMISSÃO DE CONTROLO DE INFECCÃO</u>	13
1.1-CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO.....	13
1.2-OBJECTIVOS	15
1.3-ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS.....	16
1.4-COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS	25
2- <u>MÓDULO – I: SERVIÇO DE URGÊNCIA</u>	27
2.1- CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO.....	27
2.2- OBJECTIVOS.....	28
2.3- ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS.....	29
2.4- COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS.....	41
3- <u>CONCLUSÃO</u>	43
4- <u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	47
5- <u>ANEXOS</u>	51
ANEXO I – ACÇÃO DE FORMAÇÃO SOBRE O <i>ACINETOBACTER BAUMANNII</i>	52

ANEXO II – RECOMENDAÇÕES PARA A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS A DOENTES COLONIZADOS/INFECTADOS COM <i>ACINETOBACTER</i>	60
ANEXO III – SESSÃO DE FORMAÇÃO NO SERVIÇO IMAGIOLOGIA HPV	62
ANEXO IV – QUESTIONÁRIO AOS PROFISSIONAIS “PERCEPÇÃO E CONHECIMENTO SOBRE A HIGIENE DAS MÃOS E SUAS IMPLICAÇÕES NAS INFECÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE”.....	69
ANEXO V – FORMULÁRIO DE OBSERVAÇÃO.....	74
ANEXO VI – INSTRUÇÕES PARA A UTILIZAÇÃO DO “ <i>TRAINING FILMS</i> ” NA FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E OBSERVADORES.....	79
ANEXO VII – FORMAÇÃO AOS PROFISSIONAIS “PREVENÇÃO DA INFECÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE ESTRATÉGIA MULTIMODAL PARA A MELHORIA DA HIGIENE DAS MÃOS”.....	90
ANEXO VIII – CURSO DE FORMAÇÃO SOBRE INFECÇÃO NOSOCOMIAL EM CUIDADOS INTENSIVOS.....	100
ANEXO IX – LISTA DE VERIFICAÇÃO DE MATERIAL E EQUIPAMENTOS DAS SALAS DE REANIMAÇÃO.....	103
ANEXO X – NORMA DE ACOLHIMENTO À FAMÍLIA /PESSOA SIGNÍFICATIVA NO SO..	105
ANEXO XI – TRABALHO SOBRE REGISTOS DE ENFERMAGEM NO SERVIÇO DE URGÊNCIA NO HOSPITAL DE SANTA MARIA.....	113
ANEXO XII – ACÇÃO DE FORMAÇÃO SOBRE “ ESCRITA SENSÍVEL”.....	128
ANEXO XIII – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE NECESSIDADES.....	140
ANEXO XIV – TRABALHO SOBRE DRENAGENS TORÁICAS.....	143
ANEXO XV – PROPOSTA DE COLOCAÇÃO DE SUPORTES PARA SOLUÇÕES ALCOÓLICAS.....	156
ANEXO XVI – LISTA DE TAREFAS PARA OS ASSISTENTES OPERACIONAIS NAS SALAS DE REANIMAÇÃO E SO.....	160

0- INTRODUÇÃO

O desenvolvimento da ciência acarreta mudanças significativas na saúde das populações relacionadas com o aparecimento de novas doenças, a sua propagação, e o envelhecimento progressivo da população, associadas às constantes descobertas científicas e tecnológicas fazem com que o Homem seja cada mais exigente. Compreender a razão dos factos torna-se cada vez mais uma necessidade procurando uma maior qualidade de cuidados e responsabilidade profissional. Perante esta realidade impõe-se aos profissionais competências, responsabilidades, trabalho em equipa e desenvolvimento colaborativo de saberes. ALARCÃO et RUA (2005,p.375).

Nesta perspectiva é muito importante que os enfermeiros adquiram competências profissionais especializadas, pois tal como está descrito pela OE os *“enfermeiros constituem, actualmente, uma comunidade profissional e científica da maior relevância no funcionamento do sistema de saúde e na garantia do acesso da população a cuidados de saúde de qualidade (...) para satisfazer níveis de saúde cada vez mais exigentes, assim como a organização desses cuidados em ordem a responder às solicitações da população (...)”*.(2003,p.3)

O Enfermeiro Especialista tem que ser um profissional reflexivo, capaz de mobilizar a informação científica, técnica, e relacional baseada na prática. Os locais de estágio revelam-se de extrema riqueza, pois a *“aprendizagem experiencial em ambientes de alto risco requerem o desenvolvimento de um sentido de estrutura moral e de responsabilidade:”* BENNER (2001,p.16). Estes são uma forma de traduzir a teoria na prática, por conseguinte consolidar os conhecimentos e desenvolver as competências definidas para o enfermeiro especialista, proposto pela OE como *“um profissional com um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção”* (2007,p.17).

A elaboração deste relatório surge no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional, na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa, Instituto das Ciências da Saúde.

A opção por esta área de especialização em particular deve-se ao facto de ter desenvolvido a minha prática profissional essencialmente na área do doente crítico do foro cirúrgico, chegando o momento de solidificar as competências adquiridas ao longo deste anos bem como desenvolver outras que me permitam prestar cuidados diferenciados e complexos ao doente crítico e família, procurando a excelência dos cuidados de enfermagem.

Os cuidados ao doente crítico revelam-se de grande complexidade, para além de exigir dos enfermeiros conhecimentos técnicos e científicos, promovendo uma actuação atempada, permitindo identificar rapidamente os focos de instabilidade e risco de falência orgânica e intervir em conformidade, preocupando-se com a manutenção da vida. Deverá também estar atento às necessidades biopsicológicas espirituais e afectivas cujas competências de comunicação quer com o doente quer com a sua família se tornam fundamentais.

Assim o estágio visou o desenvolvimento de competências de enfermeira especialista em Médico Cirúrgica, na assistência de enfermagem avançada ao doente adulto e idoso em estado crítico como previsto no regulamento geral do curso.

Efectuei apenas dois dos três módulos previstos, uma vez que, o módulo de Cuidados Intensivos/intermédios foi-me acreditado ao abrigo do Decreto-Lei nº. 74/2006 de 24 de Março no artigo 45 alínea c) ao Reconhecer, *“através da atribuição de créditos, a experiência profissional (...)”*. Pois, presto cuidados a doentes em estado crítico com necessidade de cuidados de enfermagem diferenciados, no pós-operatório imediato de cirurgia major em diferentes especialidades cirúrgicas, com necessidade de suporte ventilatório e vigilância intensiva na UCAPO.

O estágio decorreu em duas instituições distintas, embora pertencentes ao mesmo Centro Hospitalar. Primeiro no Hospital Pulido Valente na Comissão de Controle de Infecção (Módulo III- Opcional), seguido do Hospital de Santa Maria no Serviço de Urgência Central (Módulo I).

A opção dos locais de estágio baseou-se no conhecimento prévio de cada instituição, atendendo às oportunidades de aprendizagem que estas oferecem. A CCI como Módulo Opcional, por ser uma área de intervenção transversal a qualquer unidade hospitalar, onde o enfermeiro tem um papel preponderante, uma vez que a sua intervenção vai contribuir para a segurança¹ do doente internado ao prevenir e controlar as Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde. A escolha prendeu-se por ser a minha instituição, e ser o elo de ligação conhecendo a dinâmica e considera-la como potencial campo de aprendizagem, ao permitir importar conhecimentos, melhorar competências, e melhorar o meu desempenho.

A preferência pelo hospital de Santa Maria deveu-se ao facto de ser considerado um Hospital Central de referência com uma grande abrangência de valências oferecendo grande oportunidade de aprendizagens, também a sua localização foi critério de escolha, uma vez que o HPV pertence ao mesmo Centro Hospitalar, revelando-se uma mais-valia, permitindo uma melhor adaptação pois, rege-se pelas mesmas normas institucionais facilitando a integração de saberes

O Modulo III decorreu no período de 20 de Abril a 20 de Junho de 2009, e o Módulo I de 28 de Setembro a 20 de Novembro de 2009, foram responsáveis pela minha tutoria a Sr^a Professora Patrícia Pontífice no Modulo III e a Sr^a. Professora Rita Marques no Módulo I.

¹ Entende-se por segurança dos doentes, a *ausência de efeitos prejudiciais desnecessários ou de efeitos prejudiciais potenciais associados aos cuidados médicos recebidos* COMISSÃO EUROPEIA (2010)

Para cada módulo elaborei um projecto que serviu de guia orientador para o desenvolvimento do estágio com objectivos e actividades para desenvolver as competências, utilizei como metodologia o trabalho de projecto. Pois, *in loco* foi possível pesquisar, relacionar a teórica e prática. Por ser um processo aberto, permitiu reflectir sobre os temas em estudo, reformulando e adaptando-os às situações, aos problemas identificados, e aos recursos disponíveis de modo a desenvolver as competências.

Construí um portfólio para cada módulo, que serviu de ferramenta pedagógica constituindo-se como o alicerce para a construção deste relatório, composto pelo projecto, pela pesquisa bibliográfica que permitiu fundamentar as actividades, reflexões críticas efectuadas ao longo do estágio descrevendo as vivências mais significativas, bem como os trabalhos desenvolvidos.

Assim, com a elaboração deste relatório pretendo reflectir sobre o meu percurso ao longo dos dois módulos de estágio, utilizando uma metodologia descritiva, ao descrever as actividades desenvolvidas recorrendo a uma análise crítica e reflexiva como um meio facilitador para a construção de uma tomada de consciência das minhas potencialidades e vulnerabilidades, bem como identificar situações problema e apresentar estratégias de resolução e legitimar o desenvolvimento de novas competências. Pois, estas são um importante instrumento de evolução dos enfermeiros e, conseqüentemente da enfermagem, o que se traduz em melhores cuidados para a pessoa cuidada.

Perante as instruções fornecidas para realização deste relatório optei por estruturá-lo da seguinte forma:

A introdução onde faço a contextualização do relatório, com identificação e justificação dos locais de estágio, os objectivos delineados, e sua estrutura.

O desenvolvimento está dividido por dois capítulos que correspondem a cada um dos módulos de estágio apresentado pela sua ordem cronológica de realização, dividido em subcapítulos com caracterização do serviço, os objectivos propostos para cada um dos módulos; as actividades desenvolvidas e por último as competências adquiridas.

A conclusão surge como síntese do trabalho desenvolvido, analisando criticamente os aspectos mais relevantes para construção do meu processo de aprendizagem, e as mudanças produzidas fruto deste percurso.

1- MÓDULO III- COMISSÃO DE CONTROL DE INFECCÃO

O aumento da incidência das infecções associadas aos cuidados de saúde aporta cada vez mais responsabilidades ao nível das organizações de saúde, em que as Comissões de Controle de Infecção assumem um papel fundamental na divulgação, implementação e verificação de medidas para prevenir e controlar o seu aumento.

Esta preocupação com controlo da infecção hospitalar não é recente, já Florence Nightingale evidenciou grande preocupação com a preservação do ambiente como condição necessária na recuperação dos doentes. PFETTSCHER (2002,p.81)

O tema do controle de infecção é ainda muito actual e está no centro de atenção da OMS, ao alertar os países para a importância da prevenção das infecções hospitalares, pois consideram que “ *A cada momento, mais de 1,4 milhões de pessoas sofrem de infecções adquiridas no hospital. Estima-se que, nos países desenvolvidos, 5 a 10% dos doentes admitidos em hospitais de cuidados agudos vêm a adquirir uma infecção (...) em locais de elevado risco, como as unidades de cuidados intensivos, mais de um terço dos doentes pode ser afectado*” DGS (2009,p. 3).

1.1-CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO

A CCI do HPV tem como missão desenvolver e validar um programa eficaz de prevenção e controlo de infecção para o Hospital numa perspectiva de melhoria contínua dos cuidados prestados e de forma custo - efectiva.

Esta é constituída por um coordenador microbiologista em tempo parcial, duas enfermeiras e uma administrativa a tempo inteiro. Contam ainda com o apoio de uma equipa multidisciplinar composta por um cirurgião, um Pneumologista, o Médico de Saúde Ocupacional, um Médico de medicina interna e um farmacêutico.

A organização da CCI obedece ao Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde publicado no Despacho nº 14, 178/2007.

Define-se por Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) “*como uma infecção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afectar os profissionais de saúde durante o exercício da sua actividade*” DGS(2007,p.4).

A área de intervenção da CCI passa pela implementação e divulgação de programas de Vigilância Epidemiológica de todos os aspectos ligados às estruturas, processos e resultados referentes às infecções cruzadas. Esta vigilância tem por objectivos

“Avaliar de forma contínua e sistemática ou periódica (anual), as taxas de infecção estratificadas por níveis de risco para reduzir a incidência da infecção nas unidades de saúde. A VE encoraja os profissionais que prescrevem e prestam cuidados a cumprir as recomendações de boa prática; corrigir ou melhorar práticas específicas e avaliar o seu impacto. Permite também detectar precocemente surtos de infecção e monitorizar periodicamente os dados de avaliação de progresso”. DGS (2008,p.22).

Atendendo a este conceito, a CCI analisa e divulga os dados obtidos à Direcção de Enfermagem, Direcção Clínica e Gabinete de Qualidade, bem como aos Directores de Serviço, Enfermeiros Chefes/Responsáveis de Serviço e Elos de Ligação (assim denominados os profissionais de referência nos serviços), permitindo a adopção de medidas correctivas apropriadas. Avalia medidas de prevenção e controlo de infecção e definição de novas políticas ou aperfeiçoamento das existentes. Na impossibilidade de fazer efectivamente o registo de todos os microrganismos, pela escassez de recursos humanos e tecnológicos, apenas o fazem de forma efectiva a microrganismos que esta considera “alerta”, nomeadamente aos microrganismos multirresistentes. Mantém o acompanhamento e aconselhamento de estratégias de actuação em caso de surto/infecção/colonização a microrganismos epidemiologicamente importantes, e colabora ainda com os serviços farmacêuticos na elaboração de uma política de antibióticos.

Intervém também ao nível de consultoria e apoio para situações de risco nomeadamente, técnicas assépticas, políticas para a limpeza, desinfecção e esterilização, circulação de pessoas, equipamentos e materiais. Promove em colaboração com o centro de formação a formação dos profissionais no âmbito do controlo de infecção.

A CCI conta com a preciosa colaboração dos elos de ligação, compostos por Enfermeiros, Médicos e Assistentes Operacionais de cada serviço, que são profissionais de referência que centralizam toda a informação no âmbito do controle de infecção nos serviços, mantendo uma constante articulação. Englobam também outros técnicos de saúde como Fisioterapeutas, Técnicos de Radiologia e Farmácia. Aos elos de ligação compete-lhes uma lista de atribuições:

- Sensibilização dos profissionais do serviço/unidade para os problemas da infecção nosocomial.
- Colaboração e/ou proposta de estudos e trabalhos de vigilância epidemiológica nos respectivos serviços/unidades.
- Colaboração na identificação de problemas de estrutura, de processo e/ou resultados no serviço/unidade.
- Informação à CCI em caso de suspeita de surto epidémico ou outras situações de risco em controlo de infecção no serviço/unidade.
- Participação na elaboração e implementação de políticas, recomendações e outras medidas de controlo de infecção nos respectivos serviços/unidade.
- Divulgar as normas e recomendações integradas no Manual de controlo de infecção, a todos os profissionais

- Pôr em prática e acompanhar a execução das normas ou outras medidas de controlo de infecção emitidas pela CCI
- Participação na formação em serviço dos profissionais do serviço/unidade referente a temas da área da prevenção e controlo de infecção hospitalar.

1.2- OBJECTIVOS

No primeiro dia de estágio apresentei e discuti os objectivos com a enfermeira orientadora, uma vez que o projecto apresentado não era de todo um plano rígido mas passível de ser alterado, de modo a adequá-lo ao desenvolvimento do estágio. Durante esta discussão, tive conhecimento de outras oportunidades de intervenção, que acatei com muito agrado, depois de observar a dinâmica do serviço senti necessidade de reformular os objectivos de forma a torná-los mais exequíveis, reajustá-los à realidade e às novas oportunidades enriquecendo a minha aprendizagem bem como o desenvolvimento de competências. Pois tal como é referido por Amaral [et Al] ao citarem Dewey um projecto implica “*uma observação objectiva das circunstâncias oferecidas pelo meio ambiente; um conhecimento de experiências anteriores, desenvolvidas em condições semelhantes; a escuta de conselhos daqueles cuja experiência é mais rica; e a avaliação das observações e recordações anteriores para delas se tirar sentido*” (1996,p.114)

Assim como finalidade do estágio pretendi desenvolver competências técnico-científicas no âmbito da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Comissão de Controlo de Infecção.

Como objectivos gerais pretendi:

- 1- Contribuir para a prevenção e controlo de infecções associadas aos cuidados de saúde no âmbito da qualidade dos cuidados aos doentes internados no HPV**
- 2- Participar na implementação da estratégia multimodal da OMS para a melhoria da higiene das mãos no HPV**

Assim, de forma a zelar pela qualidade dos cuidados prestados aos doentes internados no HPV, na adopção das medidas de prevenção e controlo de infecção, pretendi:

- 1) Sensibilizar os profissionais da Unidade de Cuidados intensivos Médicos e Cirúrgicos sobre as recomendações de prevenção e controlo do *Acinetobacter Baumannii*;
- 2) Sensibilizar os profissionais de saúde do serviço de Imagiologia do HPV para a importância da assépsia nos cuidados relacionados com o manuseamento de dispositivos médicos.

Relativamente à minha participação na Campanha Nacional da Higiene das Mãos, e face à necessidade de cumprir um plano de iniciativas delineadas pela DGS, propus-me:

- 1) Desenvolver sessões de sensibilização aos profissionais de saúde na instituição;
- 2) Monitorizar a prática da higienização das mãos nos profissionais dos serviços.

1.3-ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS

Na primeira semana de estágio, tentei perceber a dinâmica da CCI, integrando a equipa, observando e acompanhando a enfermeira orientadora nas suas actividades diárias. O facto de estar já familiarizada com as atribuições da CCI, dada à minha colaboração como elo de ligação, foi muito benéfico permitindo-me uma integração imediata na equipa.

Constatei a importância que a CCI tem na organização, pela quantidade de solicitações feitas pelos serviços da instituição. Diariamente surgiam emails pedindo pareceres, que prontamente eram respondidos pela enfermeira orientadora. Esta actuação por parte da CCI vem obedecer às linhas de estratégia definidas pela Direcção Geral de Saúde, como *“Estabelecer orientações de boa prática baseadas na evidência”*; DGS (2007,p.10)

Um dos pareceres foi sobre a utilização de humidificadores de oxigénio descartáveis em vários doentes. Sugeri fazer pesquisa científica sobre o tema, e uma reunião com o fornecedor para esclarecer alguns aspectos da sua utilização nomeadamente, a comprovação científica de poderem ser usados em múltiplos doentes sem que ponham em risco a sua saúde e a sua segurança. Para efectuar a pesquisa, recorri à base de dados Científicas, como a Ebsco e PubMed, Medline para procurar estudos de evidência científica que pudessem clarificar a questão levantada por um serviço da instituição. Encontrei alguns artigos de estudos efectuados, como realizado por exemplo GOLAR [et. Al] no Calgary General Hospital no Canada (1993) e na Alemanha pelo Dutch Workingparty Infection Prevention publicado em 2003 e revisto em 2008, comprovando que os humidificadores descartáveis podem ser usados em múltiplos doentes.

Apresentei os artigos que foram discutidos na equipa, no entanto, como não se sabia se os humidificadores usados nos estudos tinham exactamente as mesmas características que os da instituição, solicitou-se uma reunião com o fornecedor onde se questionou a existência de estudos que pudessem comprovar esta informação sobre o produto que aí é utilizado. Não tendo uma resposta concreta para nos dar, prontificou-se em pesquisar na empresa e posteriormente entrar em contacto com a CCI. Por demora da resposta, após análise dos artigos e informação do fornecedor, foi decidido em conjunto que os serviços devem utilizar os humidificadores descartáveis como material de uso único.

Esta minha intervenção fez-me reflectir o quanto é importante ser ponderada nas minhas decisões, permitindo-me desenvolver pensamento crítico ao emitir juízos sobre a

informação recolhida, atendendo às implicações que a utilização do mesmo humidificador descartável em vários doentes poder vir afectar a segurança do doente, apesar dos resultados encontrados na pesquisa. Foi importante saber dar alternativas sobre a utilização dos mesmos, garantindo sempre o cumprimento das normas de Controlo e Prevenção de Infecção Hospitalar.

Tive oportunidade de participar na vigilância epidemiológica do hospital, esta implica uma série de etapas que ajudam a definir o tipo de infecção, se nosocomial ou se da comunidade. Inicia-se o processo através da consulta dos resultados laboratoriais de bacteriologia para detectar bacteriémias positivas, para além disso é feita a pesquisa sobre o circuito do doente e o tempo de internamento através da aplicação informática. Acompanhei a enfermeira aos serviços para completar dados através dos processos clínicos, bem como monitorizar as medidas adoptadas pelos profissionais no controlo e prevenção da infecção, e esclarecimento de dúvidas sobre as medidas a adoptar. Esta actuação, para além, de proteger os doentes e os profissionais de uma forma efectiva, motiva e sensibiliza – os para a melhoria contínua das práticas de prevenção e controlo das IACS, contribuindo para segurança dos doentes e dos profissionais de saúde. Corroborando com o ICN, *a segurança é essencial à qualidade na saúde e nos cuidados de enfermagem. O desenvolvimento da segurança envolve um conjunto de medidas, com largo espectro de acção, (...) as medidas de segurança ambiental e a gestão de risco (o que inclui o controle de infecção, uma prática clínica segura, segurança dos equipamentos, a manutenção de um ambiente de cuidados seguro)* OE (2006, 7)

Para poder direccionar as medidas de prevenção e controlo, é necessário conhecer bem o microrganismo, as suas de vias transmissão, a sua fonte ou reservatório, e o hospedeiro. No entanto, é necessário conhecer minimamente os locais onde estes doentes se encontram, para aplicar as recomendações para o controlo da infecção. Muitas vezes os serviços não têm infra-estruturas físicas que permitam o isolamento destes doentes, quando o é preconizado, mas é perante a realidade que, em conjunto com os profissionais dos serviços de ligação a CCI, conseguimos encontrar as estratégias mais adequadas para prevenir e controlar a disseminação da infecção através da adopção de barreiras de contenção, permitindo a segurança dos doentes.

A CCI do HPV cumpre as directrizes do PNCI, ao seguir o Programa de Vigilância Epidemiológica das Infecções em Unidades de Cuidados Intensivos através do HELICS–UCI, cujo objectivo é estabelecer um sistema de consulta e uma colaboração e coordenação entre redes nacionais de VE existentes, a fim de obter um nível de base de comparação de resultados locais e identificar factores de risco passíveis de intervenção e melhoria. Este processo permite sensibilizar os profissionais de saúde na adopção de medidas de controlo das IACS, cumprindo normas de boas práticas e melhoria da qualidade da colheita e do registo de dados. DGS(2008,p.28)

Foi precisamente durante o processo de Vigilância Epidemiológica a uma Unidade De Cuidados Intensivos que tomei conhecimento das intervenções da CCI perante um surto de

Acinetobacter. Foram tomadas várias medidas, tais como, análise bacteriológica do ambiente e superfícies através de placas de *Petri*, a desinfecção da unidade com um aparelho “*Sternis*”, e repetição da análise ao ambiente e superfícies para verificar a eficácia da desinfecção. Para além destas medidas, foi feita uma auditoria para identificar áreas de melhoria para a prevenção e controlo de infecção. Este surto levou ainda à necessidade de se realizar um estudo de prevalência de período, que se traduz pela medição do número de doentes que adquirirem pelo menos uma IACS num curto período de tempo.

Para além das sugestões de alteração de estrutura física, foram sugeridas algumas medidas, relacionadas com o reforço de boas práticas, onde se insere uma formação aos profissionais desta unidade, cujo objectivo foi apresentar os dados relativos aos dados epidemiológicos referentes ao *Acinetobacter* antes e após a desinfecção do ambiente e superfícies, outras medidas implementadas após a auditoria e fazer nova sensibilização para as medidas de prevenção e controlo de infecção face a este microrganismo.

Perante esta oportunidade participei na elaboração e apresentação da formação sobre *Acinetobacter Baumannii*. Além de apresentar os resultados das análises efectuadas na Unidade e os dados estatísticos da vigilância epidemiológica, que foi apresentada pela enfermeira da CCI, fiquei com a responsabilidade de divulgar e sensibilizar os profissionais desta unidade para as medidas de prevenção e controlo relacionadas com este microrganismo. (ANEXO I)

Face a este desafio, tive necessidade de efectuar pesquisa bibliográfica sobre o tema, sobre as recomendações internacionais e nacionais, estudando a epidemiologia, os reservatórios, as vias transmissão e medidas de controlo e prevenção, etc., bem como mobilizar conhecimentos adquiridos nas aulas de controlo de infecção. Para além disso, acompanhei o processo de análise dos resultados epidemiológicos do ano 2008 até Maio de 2009, para serem apresentados à equipa.

A sessão foi apresentada no dia 15 de Junho pelas 14h, e estiveram presentes 13 profissionais entre enfermeiros e médicos desta Unidade e teve uma duração de 1h.30.

A realização deste trabalho, permitiu desmistificar dúvidas em relação à correcta utilização de equipamentos de protecção individual nos doentes colonizados ou infectados com *Acinetobacter*, atendendo às suas medidas de prevenção e controlo, ajudando-me a melhorar minha prática de cuidados.

Foi igualmente muito enriquecedor a oportunidade de transpor para o meu serviço os conhecimentos adquiridos, permitindo-me supervisionar os meus pares ensinando e aconselhando sobre as medidas de prevenção e controlo. Foi gratificante o reconhecimento que estes manifestaram, como perita na área do controlo de infecção, ao solicitarem uma pequena sessão de esclarecimento sobre o tema, sobre dúvidas e sugestões de melhoria para a prática dos cuidados aos doentes infectados ou colonizados com *Acinetobacter*.

Também o trabalho efectuado com a equipa da CCI, enfermeiras e administrativa, na preparação da formação foi igualmente enriquecedor. A partilha de ideias, conhecimentos, bem como a toda a discussão envolvente ao tema e à forma de organizar a sessão, possibilitou a

aplicação de um discurso fundamentado, atendendo às diferentes perspectivas de cada elemento do grupo de trabalho, que considero ter sido uma forma importante de construção de conhecimento.

Ao nível da minha prática de cuidados, tenho tido a oportunidade de reflectir com os meus colegas de serviço, sobre a necessidade da existência de um instrumento de consulta rápida sobre as medidas mais específicas na prevenção e controlo de microrganismos. Perante o trabalho desenvolvido para a formação, e aproveitando todo o trabalho de pesquisa sobre o tema, sugeri a actualização da Recomendação para as medidas face aos doentes colonizados/infectados com bacilos Gram negativos *Acinetobacter* pertencente ao manual de CCI.

Esta minha intervenção coaduna-se com uma das funções da CCI, ao contribuir para a actualização do manual da instituição, pois é da sua responsabilidade *“Divulgar normas de boas práticas para a prevenção e controlo das IACS e promoção da segurança clínica, através da elaboração de um manual de procedimentos que abranja as vertentes mais significativas da prestação de cuidados, tendo em conta o proposto no PNCI e a realidade das unidades de saúde”*. DGS (2008,p.14)

A reformulação deste documento foi um desafio, pois tive que recorrer ao poder de síntese, dizer muito em poucas palavras não foi tarefa fácil, mas graças às sugestões e conhecimentos da Sr^a. Enfermeira Orientadora foi possível chegar a um consenso e finalizar o trabalho (ANEXO II).

Assim, esta recomendação irá facilitar o acesso à informação dos profissionais de saúde da instituição perante doentes colonizado/infectados com *Acinetobacter*, normalizando os procedimentos, esclarecimento rápido de dúvidas nas medidas a adoptar, uma vez que se sugere que fique anexa ao processo do doente.

Esta recomendação ao visar a adopção das medidas de prevenção e controlo de infecção pelos profissionais de saúde vem contribuir para a qualidade dos cuidados prestados aos doentes internados no HPV

No âmbito das actividades inerentes à CCI, esta deve planear, implementar formação / informação que abranja todos os grupos de profissionais de saúde, nesta perspectiva, foi solicitado a colaboração pela técnica responsável da Imagiologia, uma formação sobre alguns procedimentos/manuseamentos de dispositivos médicos, para a melhoria das práticas, no âmbito da certificação do serviço.

Disponibilizei-me para a realização desta formação onde tive oportunidade de aplicar a minha experiência profissional, aplicar os conhecimentos científicos e mais uma vez as competências como formadora. Esta formação dirigiu-se aos Técnicos de Imagiologia bem como aos Assistentes Operacionais deste serviço.

De forma a abranger o maior número de profissionais do serviço, esta formação foi replicada por duas sessões que foram realizadas nos dias 8 e 22 de Maio de 2009.

Pelo facto de se encontrar uma colega a realizar o estágio da especialidade em simultâneo, sugerimos que esta formação fosse elaborada por nós, e cada uma apresentaria a

sua sessão. Para o seu planeamento e preparação, foi necessário contactar com o responsável deste serviço, com o intuito de clarificar a lista de conteúdos que tinha sido entregue à CCI. Depois de clarificadas todas as dúvidas e percebidas quais as necessidades da responsável deste serviço, planeou-se a formação, recorrendo à pesquisa bibliográfica e consulta do manual da CCI, bem como as normas existentes na instituição sobre procedimentos. Esta sessão teve como objectivo esclarecer dúvidas relativas a vários procedimentos tais como: Mudança de sistemas de aspiração de secreções; Substituição de humidificadores de O₂; Administração EV: cuidados inerentes; Preparação da mesa para intervenção de técnicas assépticas. (ANEXO III)

A possibilidade de trabalhar com uma colega, que se encontrava na mesma situação foi muito positivo, implicou um trabalho de cooperação com divisão de tarefas e de responsabilidades que em conjunto contribuíram para o sucesso desta formação. Nas duas sessões de formação apresentadas, houve uma participação conjunta, quer na exemplificação de situações concretas, através de demonstração de procedimentos, quer na orientação do debate dando resposta aos problemas identificados bem como a própria reflexão sobre a sessão

Esta seguiu uma planificação que serviu de guia orientador ao desenvolvimento da acção. Como avaliação foi construído um pequeno questionário que foi respondido colectivamente pelo grupo participante. A minha apresentação decorreu no dia 22 de Maio pelas 13.30h, e durou cerca de 1h.30, na sala de aula do serviço de Imagiologia e contou com a participação de 9 profissionais de saúde deste serviço.

A formação superou as minhas expectativas, pela participação activa e motivação quer por parte dos Assistentes Operacionais quer pelos Técnicos, manifestada pela pertinência das questões que estes colocaram, tendo em conta a preocupação com a segurança dos doentes ao nível da prevenção e controlo de infecção.

Foi muito útil poder dar exemplos práticos, tendo em conta a minha experiência profissional, e poder incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes, como foi o caso de uma questão que foi colocada relativamente à re - esterilização de dispositivos de uso único, que apesar de não terem sido nunca utilizados, mas que expiram a validade, foi importante saber justificar e remeter para a legislação existente sobre o assunto nomeadamente Circular Informativa N.º 131 /CA publicada em 2005 pelo Infarmed.

A Organização mundial de saúde tem vindo a desenvolver várias iniciativas para reduzir as Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde, pois estas têm consequências nefastas para os doentes internados nas instituições de saúde, que vêm abalar os ganhos em saúde das populações ao serem responsáveis pelo aumento de internamentos, agravamento do estado de saúde dos doentes internados, sequelas, contribuindo para o aumento da mortalidade/morbilidade. Por conseguinte, as IACS são responsáveis por custos económicos adicionais, bem como elevados custos pessoais quer para os próprios doentes quer para os seus familiares afectando a sua qualidade de vida.

A campanha da higienização das mãos insere-se na iniciativa da OMS sobre segurança do doente, iniciada em 2004 com a criação da *World Alliance for Patient Safety*. Anualmente lança programas como é o caso da *Global Patient Safety Challenge*, que tem por objectivo contribuir para uma melhoria contínua da segurança do doente, designado *Clean Care is Safer Care*. Com o slogan “*Medidas Simples Salvam Vidas*”, pretende prevenir as infecções Associadas aos Cuidados de Saúde, cuja medida com mais impacto é a higiene das mãos na redução destas infecções, na diminuição da resistência aos antimicrobianos e na redução dos custos associados a estas problemáticas. DGS (2008,3)

Portugal, também à semelhança de outros países, aderiu no dia 8 de Outubro de 2008 a este desafio, lançando publicamente esta estratégia nas unidades de saúde declarada formalmente pela Ministra da Saúde como um compromisso na adopção de medidas para reduzir as Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde.

Perante este compromisso o HPV também quis desenvolver esta estratégia o que implicou seguir o plano de actividades delineado pelo PNCI.

Pelo facto do hospital ter aderido mais tardiamente a esta iniciativa, e reconhecendo a dificuldade em aplicar esta estratégia a todos os serviços, seleccionou apenas as três Unidades de Cuidados Intensivos do hospital para aplicar os questionários e realizar as auditorias à higiene das mãos. Uma vez que é nas UCI, segundo a OMS, as IACS afectam cerca de 30% dos doentes e a mortalidade atribuível ronda os 44%.

A minha participação foi orientada tendo em conta as fases da campanha no momento do estágio.

Um dos aspectos mais positivos deste módulo foi a possibilidade de fazer a ligação, enquanto elo ao meu serviço, e em simultâneo ter a oportunidade de acompanhar a campanha nos “bastidores”.

Por forma a ter um melhor desempenho, tive necessidade de estudar detalhadamente o guia de implementação da campanha, bem como o guia do observador, as apresentações e dispositivos facultadas pelo PNCI. O facto de estar familiarizada com a política institucional foi facilitador para o desenvolvimento das actividades deste programa.

Apliquei o questionário (ANEXO IV) fornecido pela DGS no meu serviço, para uma avaliação inicial sobre a percepção do impacto das IACS, suas implicações, e a importância da higiene das mãos enquanto medida preventiva a todos os elementos da equipa multidisciplinar, que estão em contacto directo com os doentes, desde Anestesiastas, Enfermeiros e Assistentes Operacionais. Pois segundo a DGS (2008,p.39) está demonstrado que esta medição influencia positivamente a disponibilidade dos profissionais para aderir às melhorias das práticas.

Depois de recolhidos os questionários, introduzi os dados na plataforma da campanha no site do PNCI.

O passo seguinte da campanha reportou-se para a auditoria à higienização das mãos dos profissionais, através de um instrumento de observação (ANEXO V), fornecido pela DGS, cujo objectivo foi observar a adesão tendo em conta os 5 momentos para a higienização das mãos durante a prática de cuidados definidas pela OMS (Antes do contacto com o doente;

Antes de procedimentos assépticos, Após a exposição de fluidos, Após o doente e Após o ambiente). Pois segundo esta organização, estes são os indicadores mais válidos para reflectir o comportamento dos profissionais de saúde em relação à higiene das mãos. É, por conseguinte, “o indicador mais importante para o sucesso da estratégia de melhoria da higiene das mãos”. DGS (2008,p.40)

Tal como o questionário, esta observação serviu de avaliação inicial antes da implementação de melhorias para aumentar a adesão da higienização das mãos. Esta forma de avaliação, face à observação dos comportamentos dos profissionais, vai ao encontro do conceito de auditoria de Sale definindo-a como “(...) *um sistema simples que permite aos profissionais medir o seu desempenho, reconhecer a boa prática e se necessário introduzir melhorias(...)*”(2000, p.87).

Enquanto enfermeira responsável pela gestão de cuidados no meu serviço, cabe-me a supervisão dos cuidados e fomentar a sua melhoria continua. Ao aplicar os questionários e fazer as auditorias no meu serviço, pude avaliar directamente a percepção e os conhecimentos dos profissionais de saúde sobre a importância da higienização das Mãos, bem como supervisionar as práticas dos meus colegas relativamente à sua adesão. Enquanto enfermeira responsável pela formação, estas actividades foram uma forma de detectar necessidades de formação nesta área como, por exemplo, no uso discriminado de luvas em alternativa à higienização das mãos.

Ainda nesta fase de intervenção, tive a possibilidade de colaborar na preparação dos profissionais das outras unidades de cuidados intensivos para as auditorias à higiene das mãos. Foi muito enriquecedor para a minha formação, enquanto futura enfermeira especialista, servir de referência perante os restantes observadores. O facto de também ser elo de ligação com as mesmas responsabilidades, tive oportunidade de treinar previamente no meu serviço onde encontrei as primeiras dificuldades que serviram de exemplo aos restantes observadores, podendo avançar com as estratégias alternativas de modo a minimizá-las.

Foram efectuadas duas formações informais (ANEXO VI), uma para cada unidade, onde estiveram presentes as chefias dos serviços bem como os elos de ligação à CCI. Tal como está descrito por Sales (2000,p. 87) é importante envolver os gestores no processo de auditoria, para que sejam garantidos os meios necessários para a sua realização. É um processo que requer tempo e disponibilidade por parte do auditor, e neste caso, sendo ele um enfermeiro do serviço deverá dispor desses recursos. Esta iniciativa interessa a todos, ao contribuir para a identificação da necessidade de melhoria à adesão à higiene das mãos, assegura a qualidade dos cuidados prestados e a segurança do doente. Assim colaborei com o elo de ligação de uma das unidades no inicio das auditorias, para dar o apoio necessário ao bom funcionamento desse processo.

Efectuei 200 observações tendo por base as indicações para os 5 momentos de higienização das mãos, definidas pela OMS. Depois inseri os dados na plataforma da DGS que devolveu os dados obtidos, apresentando a taxa de Adesão por Categoria Profissional, e a taxa de Adesão por Momento.

Os resultados destas auditorias fizeram – me reflectir, pois revelam que os profissionais de saúde se preocupam mais com a sua protecção do que com a protecção do doente, uma vez que foi observado uma maior adesão à higienização das mãos após o contacto com o doente. Este dado mostra que os profissionais têm que ser mais sensibilizados para a importância dos 5 momentos da higienização das mãos, o que me leva a pensar que existe ainda um caminho a percorrer para mudar esta tendência, que espero conseguir junto da minha equipa de uma forma informal, sensibilizando-os para importância da higienização não só após o contacto com o doente mas interiorizar o novo conceito dos 5 momentos (antes do contacto com o doente; antes de procedimentos assépticos; após a exposição de fluidos; após o contacto com o doente; e após o contacto com o ambiente).

Uma das estratégias utilizadas para sensibilizar os profissionais, segundo as directrizes do PNCI, foi através da formação cujo título foi *Prevenção da infecção associada aos cuidados de saúde. Estratégia multimodal para a melhoria da higiene das mãos*. Esta destinou-se a todos os profissionais de saúde dos serviços aderentes, cujo objectivo foi apresentar o relatório sobre as observações realizadas e sensibilizar para as medidas de melhoria da higienização das mãos para a prevenção da infecção associada aos cuidados de saúde. Apesar de terem sido fornecidos alguns instrumentos pedagógicos, serviram apenas de linha orientadora, pois a formação foi planeada e realizada atendendo às necessidades da organização (ANEXO VII).

De forma a abranger um maior número de profissionais, realizaram-se várias sessões, inicialmente destinadas às unidades aderentes à campanha e posteriormente alargado a todos os profissionais da instituição. A minha sessão foi apresentada no dia 25 de Maio de 2009 às 14h e teve uma duração cerca de 2h.

A formação teve pouca adesão, com apenas 7 profissionais, apesar de ter sido dirigida aos três serviços aderentes à campanha. Este facto provocou-me sentimentos de frustração e de um certo modo alguma tristeza, o que me fez reflectir, procurando explicações sobre esta fraca participação, apesar da importância que esta problemática tem no seio das instituições de saúde, e até ser reconhecida pelos profissionais, como tive oportunidade de verificar pela análise dos questionários sobre a sua percepção face à higienização das mãos. Questionei-me sobre os possíveis motivos tais como: falta de divulgação; desadequação do horário da sessão; a escassez de recursos humanos, não permitindo a sua ausência dos serviços para assistirem à sessão; ou desvalorização dos órgãos de gestão sobre a sua importância.

Perante isso, sugeri à minha orientadora sobre a necessidade de motivar mais os profissionais para participarem nas outras sessões. Pois *“a motivação é a chave da aprendizagem, ela depende das necessidades sentidas e dos objectivos que estão em conformidade com o indivíduo, o qual persegue de forma prioritária e, acima de tudo, depende do interesse do próximo”*. DIAS (2004,p.33)

Assim de forma a promover uma maior participação, ao nível do meu serviço, alertei a chefia para importância da divulgação desta acção e para a utilidade que conduz à melhoria dos cuidados no serviço e segurança dos doentes. Também fui alertando individualmente a equipa convidando-os a participar. Da mesma forma, a minha orientadora reforçou a ideia junto

das restantes chefias dos serviços divulgando a formação. Estas iniciativas tiveram resultados positivos, uma vez que na sessão seguinte, também apresentada pela colega em estágio na CCI, verificou-se um maior número de participantes.

Ainda no âmbito da Campanha multimodal para a higiene das mãos foi efectuado um estudo de prevalência em Março de 2009, apesar de ainda não estar em estágio, tive oportunidade de participar, ao aplicar o inquérito no meu serviço. Foi com muito agrado que pude dar continuidade a este processo na preparação da apresentação dos relatórios nacionais e institucionais relativamente aos resultados do estudo, pois para além de estar como elo de ligação, estive como elemento da CCI.

Em colaboração com a orientadora, analisei os dados fornecidos pelo PNCI e tecemos algumas considerações que foram alvo de discussão na reunião efectuada para todos os elos de ligação do hospital (médicos e enfermeiros).

Verificou-se neste estudo um aumento da taxa de infecções nosocomiais, o que levou à reflexão por parte dos participantes sobre os motivos que poderiam contribuir para esse aumento como por exemplo: o aumento de doentes internados, bem como o problema da sobrelotação de doentes.

Este estudo vem reforçar mais uma vez a importância que as CCI têm nas instituições, bem como as atribuições dos elos de ligação. Pois, são eles que estão no terreno e convivem directamente com o doente, cabe a cada um deles intervir junto dos seus pares perante as realidades vividas nos serviços, encontrando as estratégias mais adequadas, atendendo às normas de prevenção e controlo de infecção de forma a contribuir para diminuição das infecções nosocomiais. A higienização das mãos é a medida mais simples e mais segura para proteger o doente das IACS, desta forma tem que ser uma responsabilidade de cada um de nós e partilhada por todos

Durante a minha permanência na CCI tive ainda a oportunidade frequentar a formação “*Controlo de infecção em cuidados intensivos*” de 26 de Maio a 16 de Junho de 2009 através do centro de formação tendo como formadores enfermeiros pertencentes ao CCI bem como um pneumologista, e um intensivista (ANEXO VIII). Esta formação teve como objectivos identificar as principais infecções nosocomiais; especificar factores de risco e aplicar as medidas de prevenção.

Os temas abordados contribuíram para a melhoria da minha prática e de desenvolvimento profissional, na medida em que reforçou a importância das medidas de prevenção e controlo de infecção em cuidados intensivos, pois é nesta área que exerço a minha prática profissional e, onde surgem 20% das infecções nosocomiais constituindo uma causa importante de mortalidade e morbilidade.

As temáticas abordadas, mais marcantes, foram: as pneumonias nosocomiais associadas à ventilação mecânica, como conceitos, incidências, epidemiologia, patogénese, diagnóstico clínico, bem como a importância do papel do enfermeiro na sua profilaxia, a problemática da resistência aos antibióticos, e mais uma vez a importância da higienização das mãos como medida mais eficaz no controlo das infecções. Este curso, para além de solidificar os

conhecimentos no âmbito do controlo de infecção, permitiu a partilha de experiências entre os diferentes profissionais de outras UCI presentes na formação.

1.4-COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

O estágio na Comissão de Controlo de Infecção apresentou-se como um excelente campo de aprendizagem com uma dinâmica pró-activa na prevenção e controlo de infecção ao nível do Hospital Pulido Valente, verificada através das suas variadas intervenções ao contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, bem como assegurar a segurança dos doentes internados, uma vez que estes estão mais susceptíveis a contrair infecções associados aos cuidados de saúde.

Foi através da minha participação nas suas variadas funções que foi possível desenvolver competências como futura enfermeira especialista.

Ao longo do desenvolvimento das minhas actividades geri, interpretei e apliquei a informação adquirida ao longo da minha formação inicial, da minha prática profissional, de vida e da minha aprendizagem no decorrer da componente teórica do curso. A mobilização de conhecimentos teóricos e práticos, pensamento crítico, e as competências como formador, permitiram desenvolver as minhas competências.

Por forma, a sensibilizar os profissionais de saúde para importância da prevenção e controlo de infecção, desenvolvi várias acções de formação onde pude demonstrar conhecimentos em pedagogia, adoptando estratégias formativas adequadas a cada acção e publico alvo. Adoptei um discurso fundamentado sobre a problemática das infecções nosocomiais e, o que estas representam para o aumento da mortalidade e morbilidade das populações, na medida em que ao sensibilizar todos os profissionais de saúde do hospital em conjunto se possa contribuir para a melhoria dos cuidados de saúde das populações.

Foi minha intenção através das formações realizadas promover o desenvolvimento profissional dos outros profissionais, para mudarem as suas práticas visando a qualidade dos cuidados prestados aos doentes., como por exemplo através da divulgação da higienização das mãos como medida de prevenção de infecções cruzadas ao nível hospitalar.

Também tive oportunidade de comunicar e divulgar os estudos com evidência científica e suas responsabilidades éticas e sociais, verificada através da pesquisa sobre a utilização dos humidificadores em múltiplos doentes e na justificação da não re-esterilização dos dispositivos de uso único, bem como pela divulgação dos estudos realizados pela OMS no âmbito da importância da estratégia multimodal para higiene das mãos.

A reflexão conjunta, bem como a pesquisa efectuada foram um contributo importante para o meu crescimento como futura enfermeira especialista. Os reforços positivos por parte da equipa da CCI, perante sugestões apresentadas, as mudanças ao nível da minha prática profissional, relacionados com a mudança de comportamentos na adopção de medidas relacionadas com prevenção e controlo de infecção, que também influenciaram os dos meus

pares, foram factores importantes para o meu desenvolvimento profissional e pessoal. Também esta minha passagem pela CCI, participando nas mais variadas actividades, veio solidificar a minha função como elo de ligação a este serviço, o que foi muito gratificante.

2. MÓDULO I- ESTÁGIO DE URGÊNCIA

O serviço de urgência recebe doentes com problemas reais ou potenciais, súbitos e urgentes, que requerem cuidados complexos implicando uma avaliação e intervenção adequada e atempada. A resolução para estes problemas (...) *pode implicar cuidados mínimos ou medidas de reanimação, ensino ao doente ou à família, encaminhamento adequado e conhecimento das implicações éticas.* MACPHAIL (2001,p.3). Como tal, este local de aprendizagem exigiu um conjunto de conhecimentos técnico - científicos e comportamentais, e relacionais para prestar cuidados diferenciados ao doente em estado crítico.

2.1-CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO

A Urgência do Hospital da Santa Maria é uma urgência polivalente obedecendo ao Dec. Lei nº. 18 459/2006 de 12 de Setembro como está descrito na alínea c) e d). Este serviço está inserido num Hospital Central, dotado de recursos humanos, materiais e clínicos que dão resposta de nível diferenciado a situações de urgência /emergência.

Esta unidade encontra-se localizada estrategicamente no edifício central da instituição, está dividida por vários sectores de actuação para atendimento dos doentes segundo o grau de prioridade e necessidade terapêutica, atendendo a um sistema de triagem de prioridades, *Sistema de Manchester*. Este sistema pretende identificar critérios de gravidade de forma objectiva e sistematizada, indicando a prioridade clínica de atendimento, e o respectivo tempo de espera, através da atribuição de uma cor. Emergente - vermelho (entrada directa); muito urgente - laranja (10-15min); urgente – amarela (até um hora); pouco urgente – verde (2 horas); não urgente – azul (até 4 horas).

A triagem dos doentes é feita pelos enfermeiros, e estes são encaminhados para os diferentes sectores de atendimento consoante o seu grau de prioridade.

O serviço possui duas salas de reanimação, recebem doentes que necessitam de cuidados urgentes ou emergentes onde são estabilizados e avaliados clinicamente pelas diferentes especialidades médicas. Têm capacidade para três doentes, dois numa sala e um noutra. Estão equipadas com os meios de diagnóstico, de monitorização e três ventiladores, tendo os meios necessários para a abordagem do doente crítico.

Depois do doente estabilizado pode ser encaminhado para diferentes sectores consoante o diagnóstico, o tipo de vigilância, ou necessidade de dar continuidade a um plano

terapêutico. Assim este pode ser transferido para outros serviços como: Unidade de Cuidados Intensivos, Bloco Operatório, ou para o SO da urgência.

O SO tem 16 camas equipadas com o mesmo tipo de monitorização que nas salas de reanimação à excepção de ventiladores. Na realidade esta torna-se escassa devido ao elevado número de doentes em macas que diariamente ocupam este sector, comprometendo a sua vigilância, a segurança bem como a sua privacidade.

A equipa de enfermagem é composta por 5 equipas de 16 Enfermeiros, um dos quais assume a chefia da equipa, tendo também como responsabilidade a supervisão dos 16 Assistentes Operacionais pertencentes a cada uma das equipas. Quatro dos enfermeiros são distribuídos ao SO, em que um assume a liderança do sector. Em cada sala de reanimação, é destacado um enfermeiro, a restante equipa é distribuída pelos outros sectores. O método de trabalho é o responsável.

2.2-OBJECTIVOS

Antes de dar início ao estágio tive um contacto prévio com o Enfermeiro responsável do serviço com o intuito de conhecer o local e identificar possíveis áreas de intervenção. Dada a dimensão e a grande abrangência de situações, delimiti a minha área de intervenção direccionada para a prestação de cuidados ao doente em estado crítico, à relação de ajuda ao doente crítico e família/pessoa significativa, e a Prevenção e Controlo de Infecção, aproveitando a transversalidade dos conhecimentos adquiridos no primeiro estágio na Comissão de Controlo de Infecção.

Como finalidade deste estágio, pretendi desenvolver competências técnico-científicas e relacionais como Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica, prestando cuidados ao doente de médio e alto risco/família no Serviço de Urgência.

Como objectivos delineeii:

- 1) Prestar cuidados de enfermagem especializados que requerem um nível mais profundo de conhecimentos ao doente em estado crítico, contribuindo para a excelência dos cuidados**
- 2) Desenvolver a relação de ajuda com a família /pessoa significativa do doente em estado crítico que dá entrada nas salas de reanimação, fomentando cuidados humanizados e diferenciados**
- 3) Garantir boas práticas de cuidados ao doente em estado crítico, no âmbito da prevenção e controlo de infecção dirigido aos Assistentes Operacionais ao nível das**

precauções básicas no âmbito do controlo ambiental (material e equipamentos, na sala de reanimação).

2.3-ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS

Aquando da minha chegada ao Serviço de Urgência Central fui encaminhada para junto da enfermeira que iria ser a minha orientadora. Após uma breve conversa, mostrou-me o serviço, apresentando-me os diferentes sectores.

Dada à dimensão do serviço de urgência, o tempo de estágio e os meus objectivos, optei por permanecer nas salas de reanimação e SO, pois é aqui que dão entrada os doentes em estado crítico. Tive ainda a oportunidade de observar o funcionamento dos restantes sectores da urgência o que permitiu conhecer um pouco da realidade do serviço.

Na minha primeira visita ao SO deparei-me com uma sala completamente repleta de pessoas, por um lado os profissionais rodopiando de um lado para o outro prestando cuidados, por outro, além das camas todas ocupadas, havia imensos doentes deitados em macas, ocupando os poucos espaços vagos desta sala chegando ao corredor. Perante esta observação apercebi-me da dificuldade em manter, por exemplo a privacidade dos doentes. Recordo uma jovem deitada numa maca, pedindo ajuda, referiu-me que tinha a arrastadeira mas que não conseguia urinar. Falei com ela para compreender melhor o que se passava, pois eu não conhecia a doente, percebi que aguardava cirurgia e que não podia efectuar levante, e que já estava na arrastadeira havia algum tempo, mas faltava -lhe a privacidade, e por isso, a sua dificuldade. Tentei ajudar a doente, procurando resguarda-la no ambiente onde se encontrava procurei uma cortina ou um biombo mas não havia, de forma a promover - lhe mais privacidade. Encontrar uma estratégia para esta doente não foi fácil, implicando mobilização de várias macas deixando-a mais resguardada. Perante esta minha atitude a doente ficou extremamente agradecida, ao me referir “ *Obrigada nem sabe como lhe agradeço mas eu não conseguia fazer porque toda a gente estava a olhar...*”

Este gesto, embora simples, contribuiu para promover, a privacidade da doente. Comentei com a minha orientadora esta situação, que me referiu terem consciência destes casos mas, reconhecem a dificuldade em promover momentos de privacidade, porque a estrutura física não está adaptada à quantidade de doentes que passam por esta sala, no entanto garantiu-me que sempre que possível a equipa tenta promovê-la. Garantir o respeito pela intimidade é um dever de qualquer enfermeiro tal como está descrito no artigo 86º do Código Deontológico dos enfermeiros na alínea b) estes devem “ *Salvaguardar sempre, no exercício das suas funções e na supervisão das tarefas que delega, a privacidade e intimidade da pessoa*”

Outra situação que me fez reflectir foi o ter que decidir entre dois doentes qual ficar na maca ou na cama, será que não tinham os dois os mesmos direitos? Pude aperceber-me, dos dilemas éticos com os quais o enfermeiro aqui é confrontado, implicando algum discernimento,

adquirido através da sua experiência e familiaridade com os contextos, bem como os conhecimentos desenvolvidos ao longo da sua vida profissional, a par da prática de cuidados reflectida e do seu próprio desenvolvimento pessoal, são factores fundamentais na sua tomada de decisão. GÂNDARA (2004, p.413)

Acompanhei a minha orientadora no seu horário de trabalho, e pelo facto desta fazer apenas manhãs deu-me a oportunidade de contactar com todas as equipas do SUC. Integrei a equipa de enfermagem, prestando cuidados a doentes críticos de diferentes especialidades como; politraumatizados, doentes com alterações cardíacas, respiratórias e neurológicas em situação de doença agudizada.

Num dos dias em que permaneci nas salas de reanimação, deparei-me com dois doentes vítimas de acidente de viação com traumatismos múltiplos e ambos se encontravam ventilados, aguardando decisão terapêutica. Assumi um dos doentes permitindo-me agir autonomamente em função dos problemas identificados, de forma eficiente, baseado na prática com evidência científica, e na minha experiência profissional com doentes em estado crítico. Tive oportunidade de comunicar com a equipa multidisciplinar, alertando para as alterações do estado de saúde do doente, de modo a prevenir complicações. O facto de ter experiência com doentes em estado crítico foi uma mais-valia pois pude discutir as alterações do estado do doente, alertando por exemplo o médico para os parâmetros do ventilador, pois o doente encontrava-se desadaptado, comprometendo uma ventilação eficaz.

Perante esta minha postura fui reconhecida como uma profissional experiente, permitindo uma maior abertura por parte da equipa, verificada na partilha e discussão sobre a situação clínica do doente. Pois, a responsabilidade em cuidar do doente é partilhada por diferentes intervenções, dependendo da categoria profissional. Para os enfermeiros estão definidas no Regulamento de Exercício Profissional no nº 1 artigo 9º, as intervenções interdependentes², promovendo *“uma complementaridade entre os diferentes actores. Quer na tomada de decisão, quer na execução dos actos relativos a cada profissão, a informação que cada um detém é partilhada, discutida e resulta incorporada no planeamento de cuidados de cada profissional. Sobretudo a informação sobre os resultados obtidos com cada cuidado (...)”*. DEODATO (2008,p.165).

Pois, citando o mesmo autor é importante que sejamos reconhecidos pelas *“nossas competências e a sua especificidade na área de saúde, o que obriga a que, sempre que o cuidado pretendido seja de outra esfera profissional, o enfermeiro tenha o dever de encaminhar para o outro”* (2008, 166)

Estes doentes permaneceram vários dias nesta sala o que me permitiu dar continuidade aos cuidados prestados, no entanto perturbou-me o facto, destes ficarem tanto tempo numa maca articulada aguardando vaga num serviço que os pudesse receber.

² Intervenções interdependentes são as acções realizadas pelos enfermeiros de acordo com as respectivas qualificações profissionais, em conjunto com outros técnicos, para atingir um objectivo comum, decorrentes de plano de acção previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que estão integrados e das prescrições ou orientações previamente formalizadas. REPE 1998

Durante a minha passagem pela sala de reanimação também vivi de perto o processo da morte. É uma situação que é, sempre muito complexa apesar desta, fazer parte do ciclo da vida, contudo é-me sempre difícil, sobretudo quando esta é inesperada e súbita. Foi muito importante acompanhar a família para uma sala, promovendo privacidade onde calmamente, pude promover a comunicação, ouvindo e confortando durante este momento de dor. Depois sempre que a família manifestasse a intenção de ver pela última vez o seu ente querido, isso era concedido. Esta minha intervenção veio contribuir para reflectir o quanto é importante a nossa presença, embora muitas vezes sejamos alvo da cólera e do desespero das pessoas quando acabam de receber más notícias. Pois é perante a nossa capacidade de reagir com empatia a estas adversidades que mostramos a diferença.

Neste serviço, em que a mobilidade de doentes é muita com condições físicas que não estão adaptadas às suas necessidades, exige-se dos enfermeiros destreza, mas não nos podemos esquecer da sensibilidade para agir junto dos doentes, e da sua família.

Durante estes dias, tive ainda a oportunidade de contactar com a família de um destes doentes. Perante a sua angústia, pelo desconhecimento da evolução da situação clínica, e pelo facto deste se encontrar em coma induzido, foi necessário acalmar, informar, ouvir, estar presente, promovendo a visita sempre que possível junto do doente. Perante o desespero desta família pude mais uma vez confirmar, o quanto foi importante fomentar a relação de ajuda entre a família dos nossos doentes. O facto de estar em estágio, permitiu-me ter mais disponibilidade e por isso pude acompanhar continuamente esta família tornando-me a sua referência. Verificando por vezes algumas contrariedades por parte de algumas colegas, o que me fez pensar que seria importante fazer algo junto da equipa para os sensibilizar para importância da relação de ajuda. Ideia que partilhei com a minha orientadora que aceitou a sugestão.

Enquanto futura enfermeira especialista tive ainda a oportunidade de observar o funcionamento de uma das salas de tratamentos junto à sala de reanimação e prestar cuidados especializados aos doentes que por aí passaram. Perante o aglomerado número de doentes, e haver uma única enfermeira acompanhada de uma aluna de enfermagem, colaborei no atendimento destes doentes, e na formação desta nova profissional, pois pude orientar e ensinar nomeadamente técnicas de procedimentos, como punções venosas, algaliação, lavagens vesicais e entubação de sondas gástricas, reforçando a importância do respeito pelos princípios assépticos, e éticos.

Esta urgência recebe muitos doentes politraumatizados, trazidos pelo INEM, foi muito interessante colaborar nas mobilizações destes doentes permitindo pôr em prática e enriquecer conhecimentos na área do trauma, sendo esta uma área na qual não tinha qualquer experiência.

Enquanto prestava cuidados aos doentes nas salas de reanimação, pude confirmar a importância destas se encontrarem nas devidas condições de operacionalização, uma vez que se trata de um local onde o doente em estado crítico entra com necessidades de intervenção emergente, pelo que deverá estar preparada, com todo o material de emergência bem visível,

de fácil acesso e operacional. É da responsabilidade do enfermeiro aí escalado verificar a sua operacionalidade.

Aquando da entrada de uma doente na sala de reanimação, em dificuldade respiratória e confirmado o diagnóstico de Edema Agudo do Pulmão, perante a necessidade de puncionar um acesso periférico à doente, detectei algumas falhas ao nível da organização do material e equipamento interferindo numa prestação de cuidados seguros e de qualidade. Não existia uma uniformização na arrumação e verificação do material/equipamento, ficando um pouco ao critério do enfermeiro escalado na sala. Traduzindo-se na acumulação ou falta de material necessário numa intervenção de emergência onde se exige rapidez, eficiência, organização do espaço físico e dos recursos materiais para além dos recursos humanos com conhecimento científico e habilidades técnicas, para garantirem o atendimento eficaz a doentes em estado crítico.

Perante este incidente sugeri a elaboração de uma lista de verificação de material e equipamento para ser afixada em cada uma das salas de reanimação, permitindo uma uniformização das unidades, e aos enfermeiros aí escalados prestarem cuidados aos doentes de forma segura, reunindo todas as condições operacionais permitindo uma intervenção atempada. (ANEXO IX)

Se por um lado, a garantia da operacionalidade do equipamento favorece a actuação imediata, dando segurança a equipa, por outro a preocupação em salvar a vida do doente compromete um ambiente mais pessoal, tornando-o desumanizado, esquecendo a individualidade do doente.

O enfermeiro tem a responsabilidade de proporcionar um ambiente mais humano uma vez que este não pode ser apenas considerado do ponto vista da estrutura física, mas torná-lo favorável à interacção enfermeiro doente /família pessoa significativa. Lopes (2004, p123) fala numa perspectiva de um *ambiente ético* em que o enfermeiro manifesta "*comportamentos de cuidar, tais como o respeito, igualdade para todos, confirma o compromisso para uma prática ética*".

A valorização do ambiente na relação enfermeiro/doente tem vindo a ser enaltecida ao longo da história da enfermagem desde Florence Nigthingale ao considerar que o ambiente não passava apenas pelo meio físico, valorizando já a comunicação no ambiente social, também Collière, Roper, Kérouac e Watson fazem referência ao ambiente na prática dos cuidados, embora de forma diferente consoante as diferentes correntes de pensamento em que estes se inserem. As interacções que se desenvolvem entre o doente/família pessoa significativa e o meio podem ser positivas ou negativas consoante as reacções que estes tiveram face a um determinado problema.

Sendo o ambiente tão importante o que pode então fazer o enfermeiro no serviço de urgência para o tornar mais humanizado?

Durante a minha vivência no SUC pude acompanhar a dor, o sofrimento, a angústia dos familiares que aguardavam por informações. Exemplo disso foi, uma doente trazida pelo

INEM, com suspeita de um AVC, dando entrada como *via verde*³ Esta apresentava-se muito agitada, com afasia, não cumprindo ordens, o que dificultava a sua comunicação. Apercebi-me que se encontrava um senhor à porta extremamente nervoso, questionando a todos os profissionais que passavam sobre o paradeiro da sua esposa, ficando cada vez mais apreensivo por ninguém lhe saber dar a informação. Ouvi um nome que me soou familiar, e tratando-se da doente que acabara de prestar cuidados, dirigi-me junto deste e procurei ouvi-lo, adoptando uma postura afável tentando transmitir calma, informei-o que a sua esposa se encontrava em observação médica, e que assim que fosse possível o médico falaria com ele e poderia ir para junto dela. Este perante a minha atitude ficou mais calmo, embora ainda preocupado.

Perante esta situação tive mais uma vez oportunidade de desenvolver a relação de ajuda com a família /pessoa significativa do doente em estado crítico que dá entrada nas salas de reanimação, fomentando cuidados humanizados e diferenciados. Este tipo de situações aconteceram frequentemente, pelo que sempre que um doente entrava para a sala de reanimação, e depois da situação estar estabilizada procurava a família/pessoa significativa dando informações referente aos cuidados de enfermagem, promovendo contacto com o doente. Apesar dos doentes que dão entrada no SUC, terem direito a um acompanhante, conforme está legislado no DC-Lei nº 33/2009 de 14 de Julho, que regulamenta o *Direito ao acompanhamento dos utentes dos Serviços de Urgência*, estes são travados à entrada da sala de reanimação e SO aguardando ansiosamente por notícias acerca do estado de saúde do seu familiar do doente.

Utilizar a comunicação como ferramenta terapêutica foi de grande utilidade para estabelecer um clima de confiança, demonstrando empatia, apoiando, ouvindo e respeitando os seus valores. Pois esta é uma forma de promover a relação de ajuda e de confiança. PHANEUF (2005,p.17)

Esta iniciativa vem legislada pelo nosso código deontológico no artigo 89º ao referir que *“o enfermeiro deve dar atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e comunidade, criando um ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa”*. A humanização passa pela adopção de comportamentos e atitudes que renovam a relação com os outros. A prática dos cuidados de enfermagem inscrevem-se deste modo num encontro entre uma pessoa que é cuidada e as pessoas que cuidam, tendo como enfoque a relação interpessoal.

De modo a fomentar este espírito na equipa, procurei saber como funcionava as visitas no SO. Fui informada que os doentes tinham direito a visitas durante um curto período de tempo das 16-16.30h. Decidi acompanhar o período de visita para observar como este decorria, pude aperceber-me que o acolhimento à visita é feito pelo Assistente Operacional,

³ Via Verde do AVC, é acesso rápido às unidades hospitalares após a identificação de sintomas ou sinais suspeitos de AVC, através dos meios pré-hospitalares e a sua rápida orientação para as Unidades de AVC, permitindo uma intervenção mais rápida bem como a adopção de terapêuticas que diminuem as sequelas da doença

que orientava as visitas para junto dos doentes. À excepção de uma equipa, que era o enfermeiro responsável pelo SO que se dirigia à porta e recebia a família respondendo às suas questões.

Esta situação fez-me reflectir sobre a demissão da responsabilidade dos enfermeiros no que respeita à comunicação com a família. Embora a humanização dos serviços de saúde seja da responsabilidade de todos os profissionais, o enfermeiro deve aproveitar este momento de visita como uma óptima oportunidade para saber informações importante sobre o doente como os seus hábitos, problemas etc., bem como estabelecer um clima de confiança fomentando a relação de ajuda. Pois é através da nossa actuação junto da família que podemos marcar a nossa identidade profissional, tal como referiu Liberato (2004,p.20) ao citar Lima Bastos em (1997,p.24) " *a percepção de que se tem das/dos enfermeiras/os depende obviamente do que se vê ou sente (...) essa imagem parece depender do que os enfermeiros fazem*"

A família /pessoa significativa é também receptora de cuidados, eles requerem informação por parte dos enfermeiros de modo a reunirem as melhores condições para lidarem com a situação/problema. Uma família envolvida é necessariamente uma família mais tranquila, esclarecida e cooperante.

O Enfermeiro tem o dever de, *Informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem; e Atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo em matéria de cuidados de enfermagem* tal com está descrito no Código Deontológico dos Enfermeiros (1998) no Artigo 84.º, alínea a) e c). Nesta perspectiva deve caber ao enfermeiro acolher o familiar/pessoa significativa. Sabemos que a comunicação é uma competência que deve ser desenvolvida, porque sem ela este não consegue entrar em relação com doente /família/pessoa significativa. Só comunicando conseguimos perceber as necessidades expressas, quer por linguagem verbal ou não verbal, quer pelos comportamentos manifestados.

Como estratégia usada para sensibilizar os enfermeiros para a importância de serem eles a acolher a família/pessoa significativa no SO, foi conversando informalmente com os enfermeiros do SO sobre a possibilidade de serem eles a efectuar o acolhimento à família /pessoa significativa, uma vez que isso já era feito apenas por uma equipa, sugeri que esta boa prática fosse generalizada às todas as outras.

Encontrei algumas renitências por parte de alguns enfermeiros embora considerassem que a comunicação é muito importante. Justificaram a sua dificuldade pela grande rotatividade dos doentes neste sector e o seu elevado número, embora aceitassem que fosse o enfermeiro responsável pelo SO a ficar com esse papel. Uma vez que este está mais "disponível" pelo facto de não ter doentes atribuídos e centralizar toda a informação sobre os mesmos, (eventuais transferências, a realização de exames, a espera pela observação médica das diferentes especialidades), posteriormente encaminhar a família/pessoa significativa para o enfermeiro e o médico responsável do doente.

Atendendo a esta sugestão, elaborei uma *Norma de Acolhimento À Família/Pessoa Significativa no SO no Horário De Visita*, tendo como objectivos fomentar o acolhimento à família/pessoa significativa, e promover adopção de boas práticas de humanização ao utente/família/ pessoa significativa no serviço de urgência. (ANEXO X)

Apesar de a norma orientar para que seja o enfermeiro responsável do SO a receber as visitas e a encaminhá-las, foi apenas uma forma de dar início a uma mudança de atitudes, pois considero que o enfermeiro responsável pelo doente deve também assumir essa responsabilidade, pois é ele que está mais próximo do doente, e como tal é quem o conhece melhor, devendo respeitar o compromisso ético e deontológico de fazer o melhor para a pessoa de quem cuida. Tal como está descrito nos Estatutos da Ordem dos Enfermeiros no Artigo 79º o enfermeiro deve “*responsabilizar-se pelas decisões que toma e pelos actos que pratica ou delega*” e, por isso, necessita de assumir os seus actos mesmo quando interdependentes com outros profissionais.

A minha passagem pelo Serviço Urgência permitiu-me contactar com um novo sistema de registos através da aplicação informática, *ALERT@ER*.

Perante esta nova realidade, tive necessidade de pesquisar e perceber o funcionamento deste sistema de registos. Pois, estes são a base da filosofia e metodologia do trabalho dos enfermeiros, para além de conferirem protecção legal, garantem a continuidade e qualidade dos cuidados, representam o testemunho dos enfermeiros e dão visibilidade do seu desempenho, reforçando a sua autonomia e responsabilidade profissional. Foi muito útil conhecer as funcionalidades desta aplicação informática, para perceber a sua finalidade, que visa assegurar o registo, a interligação, a reutilização e a análise de toda a informação relacionada com os episódios de urgência do doente. Este sistema de registos encontra-se disponível para todos os intervenientes no serviço de urgência, apesar de cada utilizador pertencer a determinado perfil dependendo da sua área de actuação. Também o tipo de informação disponibilizada é adaptado às necessidades e competências dos diferentes profissionais. Durante o percurso que o doente faz na urgência irá ser alvo de registo por diferentes profissionais por ordem sequencial até à sua alta.

Para consulta do processo do doente e seu respectivo episódio existe um sistema de segurança que só poderá ser utilizado por quem esteja devidamente autorizado. Este procedimento contribui para protecção dos dados e segurança dos doentes.

Durante o meu estágio, apercebi-me que os enfermeiros subaproveitavam as potencialidades do sistema para efectuarem os seus registos. Por um lado, faziam duplicação de informação e por outro, não preenchiam os campos da aplicação que poderiam permitir aos enfermeiros dar visibilidade aos cuidados que prestam. Como pude constatar em alguns registos consultados, apenas se encontravam descritos aspectos técnicos, repetição de informação clínica do doente, verificando a ausência de notas do âmbito relacional.

Sendo esta uma área que espelha a vertente humana dos cuidados de enfermagem. Pois segundo Watson J. “ *o sistema de prestação de cuidados de saúde têm que ser baseados em valores humanos em preocupação pelo bem estar dos outros*” cit. por Neil (2002, p.169). Desta

forma os enfermeiros deverão encontrar meios para demonstrarem o modo como cuidam. Para Jean Watson num dos pressupostos que defende para a ciência do Cuidar em enfermagem, “ *o cuidar é mais promotor que a cura, a prática do cuidar integra conhecimentos biofísicos com conhecimentos de comportamentos humanos para gerar ou promover saúde e para prestar assistência aos que estão doentes. a ciência do cuidar é, portanto complementar à ciência do curar*”. NEIL (2002, p.169)

Constatei alguma preocupação e sensibilidade para com a família /pessoa significativa por parte de alguns enfermeiros, manifestada pela forma como lhes faziam referência durante as passagens de turno, mas isso apenas se verificava oralmente, não se encontrando qualquer registo fazendo alusão á família. Apesar de existir um campo na aplicação informática, destinado ao registo do contacto e a identificação da pessoa significativa do doente, esta na maioria das vezes encontrava -se por preencher. Exemplo disso foi um doente com Alzheimer que deu entrada por insuficiência respiratória, que se encontrava prostrado pouco reactivo à estimulação verbal, apenas reagiu á presença da filha, com abertura de olhos e dirigindo o olhar, esta era sua cuidadora informal. Esta informação apesar de importante foi dita oralmente mas não se encontrava descrita nos registos de enfermagem.

Partilhei esta minha preocupação junto da minha orientadora e da equipa de enfermagem procurando saber o porquê desta omissão de registos, fui informada que esta dificuldade já tinha sido também percebida por vários colegas nomeadamente por uma colega em estágio que estava a abordar a família/pessoa significativa do doente crítico com o objectivo de sensibilizar a equipa para a importância do seu registo na continuidade de cuidados.

Foi então que apresentei o conceito de “Escrita Sensível”, despertando na equipa curiosidade sobre esta nova concepção. Sugeri apresentar este conceito, como uma forma de demonstrar a sensibilidade nos registos e dar visibilidade da *humanidade* dos enfermeiros no serviço de urgência. Uma vez que A Escrita Sensível não é mais que “*uma escrita que singulariza, que diferencia que personaliza o doente e ou família/pessoa significativa, um registo que ousa falar de emoções, que confessa sentimentos, angustias e que dá visibilidade aos cuidados de enfermagem*”. HEESBEN (2007).

Perante esta reflexão e de acordo com uma necessidade sentida pelo responsável de serviço sobre a construção de um manual de temáticas, que estava a ser desenvolvido por outra colega em estágio, em que constava um capítulo sobre Notas de Enfermagem, foi solicitada a minha colaboração, para a qual me voluntariei de imediato com o objectivo de elaborar esse capítulo.

Assim, atendendo a essa necessidade elaborei um documento que veio a fazer parte do manual, onde abordei a finalidade dos registos, as suas características, o processo de enfermagem enquanto metodologia científica, utilizando como sugestão um tipo de escrita -”A *sensível*” adaptado ao sistema de registos do serviço (ALERT ®ER). (ANEXO XI)

A estratégia utilizada para chamar a atenção para a importância dos registos foi através de conversas informais com os enfermeiros, alertando para algumas funcionalidades da aplicação informática, no que se refere aos registos exclusivos de enfermagem, no sentido de

salvaguardar as recomendações dadas pela Ordem dos Enfermeiros (2007,p.5) sobre os sistemas de informação e documentação em enfermagem. Ao preconizar um resumo mínimo de dados de enfermagem que contemplem os seguintes elementos dos Cuidados de Enfermagem: *Diagnósticos de enfermagem; Intervenções de enfermagem; Resultados de enfermagem; Intensidade dos cuidados de enfermagem.*

Foi atendendo a estes princípios que alertei para o preenchimento de campos que dão visibilidade aos cuidados de enfermagem, nomeadamente *Avaliação de Enfermagem, Avaliação da Escala de Norton, Registo de Feridas e Posicionamentos* e ainda incentivando ao preenchimento do espaço livre para o registo das notas de enfermagem, contemplando o registo dos cuidados prestados, atendendo às fases do processo de enfermagem, bem como a inclusão da família/pessoa significativa. Pois, esta é parte integrante dos cuidados, e a sua referência nos registos dos enfermeiros permite dar evidenciar a atenção prestada, mostrando a sua sensibilidade nos seus registos.

Outra forma de sensibilizar os enfermeiros foi através da formação em serviço ao realizar uma acção de formação sobre *Escrita Sensível* (ANEXO XII), interligando este conceito com a importância dos registos para a visibilidade dos cuidados de enfermagem. Considerei que seria pertinente exemplificar este tipo de escrita, pelo que convidei a colega da especialidade em estágio, que também se debruçou sobre a importância da inclusão da família/pessoa significativa nos registos de enfermagem para participar nesta iniciativa. Assim, pretendeu-se que os Enfermeiros ao realizar as Notas de Apoio à Família e/ou Pessoa Significativa, utilizassem a *Escrita Sensível*. A sessão foi realizada no dia 17 de Novembro pelas 15.30H no serviço de Imagiologia, e contou com a participação de 22 enfermeiros.

Para a realização desta sessão foi necessário fazer pesquisa sobre registos estudar e treinar na aplicação informática *ALERT*, mobilizando conhecimentos sobre a escrita sensível, de trabalhos já realizados sobre o tema. Durante a sessão houve uma participação activa dos participantes com realização de um exercício prático.

Foi com muito agrado que pude verificar alguma preocupação por parte de alguns enfermeiros da equipa, alertarem para não se esquecerem de preencherem os campos que são sensíveis aos cuidados de enfermagem como os *Posicionamentos e os Registos das Feridas, bem com a Avaliação da Escala de Norton*. Embora tenha também encontrado alguma resistência por parte de alguns colegas, manifestando que estes registos ocupam muito tempo e que por vezes isso não é possível, além de que o sistema apresenta algumas lacunas que os levam ao não preenchimento desses campos, como o não deixar fazer várias avaliações no mesmo turno.

Perante esta situação, sugeri a criação de um grupo de trabalho que identificasse todas as lacunas desta aplicação e sugerisse alterações de melhoria atendendo ao que a OE preconiza face aos SIE, e que junto com o chefe do serviço se contactasse como a empresa responsável pela aplicação sugerindo alterações. Foi-me comunicado que já tinha sido feita esta tentativa e que isso trazia encargos financeiros, e como tal não seria possível. O processo de adaptação à mudança não é fácil, segundo Dias “*deve haver uma gestão de mudança muito*

cuidada, procurando desarmar mecanismos de resistência através da comunicação, de participação activa e da partilha de visão de futuro por todos os membros da organização, onde os gestores têm um papel fundamental.” (2004,p.68)

Tal como já tive oportunidade de mencionar anteriormente, fui convidada a colaborar na construção de um manual para os enfermeiros que visa a melhoria dos cuidados de enfermagem. Este projecto partiu de uma necessidade sentida pelo responsável do serviço, por considerar que possui uma equipa muito jovem, com algumas lacunas em procedimentos face a determinadas situações no serviço de urgência. Assim este servirá de guia orientador aos enfermeiros do SUC.

Apesar do responsável pelo serviço ter sugerido alguns temas, eu e as colegas em estágio achamos que seria importante ouvir a equipe de enfermagem sobre as suas necessidades, de forma que construímos um pequeno questionário que foi entregue aos enfermeiros chefes de equipa para que estes as pudessem identificar junto dos restantes elementos. Depois de analisado identificamos várias temáticas que gostariam de ver no manual, algumas coincidentes com as identificadas pelo responsável do serviço. (ANEXO XIII)

Perante as necessidades identificadas, seleccionei e elaborei dois temas, um sobre os Registos de Enfermagem, como já relatei anteriormente, e outro sobre Drenagens Torácicas. Estas foram identificadas como uma necessidade quer do responsável quer por uma equipa de enfermeiros. Esta temática desperta-me um certo interesse, uma vez que considero ser uma perita nesta área. Justificada por Benner ao considerar que uma perita (...) *tem uma enorme experiência, compreende de forma indutiva as situações e apreende directamente o problema, age perante uma compreensão profunda da situação.* (2001,p.60). Desde 1994 que trabalho com a especialidade de Cirurgia Torácica, lidando diariamente com este tipo de drenagens, identificando quais as dificuldades que os enfermeiros sentem face a estas. Diariamente supervisiono, ensino enfermeiros sobre os cuidados e os procedimentos relacionados com este tipo de drenagem.

De forma a consolidar a teoria e a prática realizei um trabalho de pesquisa bibliográfica sobre Drenagens torácicas, a selecção dos conteúdos baseou-se nas dificuldades que normalmente os enfermeiros referem ter.

Também pude aperceber-me pessoalmente durante um turno efectuado no SO, ao colaborar com uma colega na prestação de cuidados a um doente com drenagem torácica, a enfermeira, manifestou alguma insegurança no manuseamento e aspiração destas, pois tratava-se de uma colega recém formada, pelo que disponibilizei-me para a ajudar, explicando-lhe o seu manuseamento e funcionamento da técnica de aspiração da drenagem, uma vez que esta se encontrava em drenagem activa a baixa pressão. Perante esta minha observação, considero que a elaboração deste documento servirá de auxílio aos enfermeiros quando tiverem dúvidas sobre este tema, tal como. (ANEXO XIV)

Com o objectivo de Garantir boas práticas de cuidados ao doente em estado crítico, no âmbito da prevenção e controlo de infecção ao nível das precauções básicas, controlo

ambiental, material e equipamentos dirigido aos assistentes operacionais, implicou um olhar atento na dinâmica e organização do serviço.

Apesar das estruturas físicas não estarem adaptadas a reais necessidades do serviço, onde o espaço é pequeno para elevado número de doentes que por ele passam, não podemos descuidar as normas de prevenção e controlo de infecção. Temos que ser criativos para conseguir as estratégias de modo a garantir a adopção de boas práticas na prestação dos cuidados aos doentes.

Identifiquei algumas necessidades que não se aplicam apenas aos técnicos operacionais mas a toda a equipa.

Depois de ter participado na “Implementação da Estratégia Multimodal para a Melhoria da Higiene das Mãos” na minha instituição, estou mais sensibilizada para esta problemática, pude verificar que existiram pequenas iniciativas que contribuíram para mudar comportamentos que visam a prevenção das *Infecções Associadas aos Cuidados De Saúde* de forma eficaz.

Pelo que senti muita dificuldade em cumprir os 5 momentos para higiene das mãos durante a minha prestação de cuidados no SO. A ausência de soluções alcoólicas nas unidades do doente, implicava que cada vez que fazia um procedimento, deslocar-me até ao lavatório, situação que por vezes se tornava impossível, dada à urgência dos cuidados a prestar. Neste sentido sugeri ao responsável do serviço algumas estratégias a adoptar na prevenção das IACS, nomeadamente através do incentivo à higienização das mãos dos profissionais na sala de SO e/ou em outros locais onde possam permanecer doentes.

Atendendo às “Regras de ouro” para a higiene das mãos definida pela DGS onde contempla aspectos importantes como: deve ser efectuada exactamente onde se está a prestar cuidados ao doente, definido como o local onde ocorrem simultaneamente os 3 elementos: o doente, o profissional de saúde e o procedimento/tratamento.

A DGS propõe para a higiene das mãos a solução alcoólica, que deverá estar facilmente acessível ao profissional de saúde, estar tão perto quanto possível. No local de cuidados as soluções deverão estar acessíveis, sem que o profissional necessite sair da zona de atendimento / tratamento. Isto permite cumprir de forma rápida e fácil os Cinco Momentos de higiene das mãos. (1-Antes do contacto com o doente; 2-Antes de procedimentos assépticos; 3- Após o risco de exposição a fluidos orgânicos; 4-Após contacto com o doente; 5- Após o contacto com ambiente envolvente do doente.)

No SO apenas existem 3 lavatórios, as soluções alcoólicas encontram-se somente disponíveis junto dos mesmos, o que me parece não ser suficiente para promover a adopção de boas práticas face à higiene das mãos junto dos doentes durante os procedimentos conforme é definido pela OMS. Estamos perante um ambiente de cuidados com doentes vulneráveis exigindo cuidados permanentes, onde os profissionais se vêem obrigados a intervir com rapidez, onde o espaço entre as camas/ macas é pequeno, aumentando assim o risco de transmissão de microrganismos de doente para doente. O facto do profissional de saúde se deslocar até ao lavatório para higienizar as mãos, compromete a segurança do doente ao aumentando o risco de contraírem IACS.

Atendendo a estes princípios apresentei uma proposta por escrito ao responsável do serviço no sentido de incentivar a adopção desta estratégia (ANEXO XV). Este mostrou alguma receptividade e informou-me que iria pedir os suportes de cama para a colocação das soluções alcoólicas, no entanto avisou-me que isso seria difícil de conseguir. Voluntariei-me em contactar com a CCI desta instituição no sentido de esta reforçar o pedido junto dos serviços fornecedores, mas não obtive resposta face a esta proposta.

Esta situação fez-me reflectir na importância que os órgãos de gestão têm na promoção das boas condições de trabalho aos seus colaboradores. Segundo Oliveira existem recomendações internacionais que sugerem alguns princípios para a criação de sistemas seguros de prestação de cuidados tal como “ *promover a liderança efectiva ao assumir a segurança do doente como uma prioridade institucional e garantir a segurança dos cuidados como uma responsabilidade sentida por todos*” (2007, p.15)

Segundo a OE na tomada de posição face à segurança dos doentes afirma ainda que os enfermeiros têm

“O dever de excelência e, conseqüentemente, de assegurar cuidados em segurança e promover um ambiente seguro; a excelência é uma exigência ética, no direito ao melhor cuidado em que a confiança, a competência e a equidade se reforçam. Controlar os riscos que ameaçam a capacidade profissional promove a qualidade dos cuidados, o que corresponde a realizar plenamente a obrigação profissional” OE (2006,p.9)

Perante a falta de resposta à minha proposta, falei informalmente com a equipa no sentido de reforçar a importância da higiene das mãos, embora consciente das dificuldades, pois não estavam garantidas as condições para que isso acontecesse. Também procurei saber se existia um elo de ligação, infelizmente não consegui contactar com ele. Fica o sentimento de frustração pelo facto de não ter conseguido motivar suficientemente a equipa para se conseguir implementar esta estratégia de melhoria dos cuidados.

Face à necessidade de garantir as boas práticas dos assistentes operacionais ao nível da prevenção e controlo de infecção, supervisionei as suas práticas no sentido de verificar se estes cumpriam as normas de higienização e descontaminação do material e equipamento. Verifiquei algumas lacunas, por um lado a omissão dos procedimentos, e por outro a realização incorrecta de desinfectantes utilizados.

Perante este problema decidi intervir directamente, orientando para o cumprimento das boas práticas, sensibilizando para a importância das medidas de prevenção e controlo de infecção. Para solidificar esta sensibilização, elaborei uma lista de tarefas dirigida aos Assistentes Operacionais sobre as medidas de actuação na prevenção e controlo de infecção ao nível dos equipamentos e materiais, para a sala de reanimação e para o SO (ANEXO XVI)). Esta lista foi entregue ao responsável de serviço que ficou de implementar junto da equipa.

É nosso dever enquanto enfermeiros supervisionar os assistentes operacionais pois esta é uma forma de apoiar e encorajar a melhoria das práticas.

2.4- COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

O estágio no serviço de urgência permitiu uma abordagem ao doente crítico, tendo em conta a diversidade de situações revelou-se um campo de intervenção rico em experiências. O enfermeiro no serviço de urgência tem que estar apto a identificar rapidamente as necessidades dos doentes e intervir em conformidade, preocupando-se com a manutenção de da vida e identificando os focos de instabilidade e risco de falência orgânica. É-lhe exigido raciocínio rápido e capacidade de liderança e tomada de decisão.

Abordei o doente em estado crítico de uma forma holística prestando cuidados diferenciados e complexos integrando a equipa multidisciplinar e interdisciplinar. Para isso foi necessário demonstrar os conhecimentos teóricos e técnicos, e fundamentar cientificamente as minhas intervenções adoptando uma metodologia eficaz na assistência ao doente, verificada pela avaliação dos resultados dos cuidados prestados.

Também a prática adquirida ao longo da minha vida profissional na abordagem ao doente crítico, como por exemplo prestar cuidados as doentes com ventilação mecânica invasiva e não invasiva, nas diferentes especialidades (Cirurgia Torácicas, Cirurgia geral e Digestivo e Cirurgia Vasculard etc.), veio facilitar a minha intervenção, promovendo uma maior autonomia ao nível da prestação de cuidados.

O recurso a um espírito crítico e pensamento reflexivo foram igualmente fundamentais para desenvolver o meu poder de decisão em situações mais complexas. Durante a minha prestação de cuidados agi tendo em conta os valores éticos deontológicos e sociais.

Através da elaboração de dois capítulos do manual de temáticas para o Serviço de Urgência promovi o desenvolvimento profissional dos enfermeiros no serviço, através da formação ao fomentar a reflexão em torno da prática sensibilizando para uma prática reflexiva através do debate acerca da *Escrita Sensível*. Assim mobilizei novamente as competências na área da formação a semelhança do que aconteceu no estágio anterior.

A minha observação crítica permitiu detectar necessidades que visaram a melhoria dos cuidados como por exemplo, a construção da lista de verificação de material e equipamento para as salas de reanimação. Para além disso, esta actividade permitiu-me colaborar na gestão dos cuidados ao contribuir para uma melhor organização dos recursos materiais adaptadas às necessidades da equipa., promovendo uma eficiente utilização de recursos contribuindo para a qualidade dos cuidados prestados.

Desenvolvi competências comunicacionais quer com o doente e família/pessoa significativa ao estabelecer a relação de ajuda, utilizando técnicas de comunicação adequadas, em situações de comunicação de má notícias, aos familiares, e na promoção do contacto ente doente e família/pessoa significativa promovendo a diminuição da ansiedade e medo relacionados com o internamento súbito. Também utilizei um discurso técnico e fundamentado

ao comunicar com equipa multidisciplinar para abordar questões complexas inerentes ao estado do doente.

Foi extremamente importante a realização do primeiro módulo na CCI, pois permitiu-me a mobilização das competências traduzindo-se num olhar mais crítico no âmbito da prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde. Facilitando a supervisão da adesão da higienização das mãos de todos os profissionais no SUC, bem como a supervisão das práticas dos Assistentes Operacionais face à higienização e desinfecção do material e equipamento das unidades dos doentes quer no SO quer nas salas de reanimação.

Assim o estágio permitiu o desenvolvimento de competências, sendo este um ótimo meio para evidenciar a minha evolução como enfermeira especialista, traduzindo numa prestação de cuidados de qualidade aos doentes admitidos no serviço de Urgência.

3- CONCLUSÃO

No final desta etapa cujo objectivo foi chegar a Enfermeira Especialista em Médico Cirúrgica, é necessário reviver os aspectos que mais marcaram este desenvolvimento. Face aos objectivos delineados para cada estágio identifiquei focos de intervenção perante os quais encontrei estratégias de resolução de problemas, descritas pelas actividades desenvolvidas que permitiram adquirir competências.

Esta preocupação foi uma constante, pois não basta fazer, é necessário demonstrar uma prática reflexiva e crítica reflectindo um saber, saber estar e ser. Mais do que enriquecer conhecimentos, foi necessário aperfeiçoar a minha prática através da construção e validação de competências, técnicas, científicas, relacionais, éticas, e deontológicas que contribuíram para uma prestação de cuidados de qualidade, permitindo uma visão holística do doente e da sua família.

O contacto com a prática permitiu a construção e mobilização de competência já adquiridas ao longo do meu exercício profissional para dar assistência de enfermagem avançada ao doente adulto e idoso, especialmente dirigido para a assistência ao doente em estado crítico como Enfermeira Especialista em Médico Cirúrgica.

Os dois locais de estágio apesar das suas grandes diferenças foram promotores de aprendizagens atendendo a cada uma das suas particularidades. O contacto com realidades diferentes da minha, o convívio com outros colegas de profissão, permitindo a partilha de experiências e saberes foram um importante vector de conhecimento. Também o dinamismo, a disponibilidade e o olhar crítico dos tutores, objectividade, sugestões, e as experiências profissionais dos orientadores de estágio, ajudaram nos momentos em que me senti mais “perdida” reorientando-me de novo rumo aos objectivos delineados. As orientações de tutoria com a professora orientadora, e as discussões e partilha de experiências com as colegas foram também de extrema riqueza.

O Módulo Opcional na Comissão de Controlo de Infecção marcou positivamente o meu desenvolvimento profissional e pessoal, o facto de ser na minha instituição foi facilitador para a minha aprendizagem, porque para além de estar familiarizada com as políticas institucionais, conhecendo as normas, bem como os profissionais da instituição, facilitou o processo de adaptação e integração. Também por ter a oportunidade de mobilizar as minhas funções como elo de ligação da CCI na minha unidade permitiu solidificar competências como responsável pela formação em serviço. Com a ajuda da aplicação dos questionários bem como as auditorias realizadas possibilitaram o diagnóstico das necessidades de formação junto da minha equipa, permitindo uma constante intervenção, não só durante o decorrer do estágio mas continuamente, ao supervisionar os comportamentos dos meus pares e dos outros

profissionais do serviço, no cumprimento das medidas de prevenção e controlo das infecções associadas aos cuidados de saúde.

Com a minha participação na Campanha da Higienização das Mãos contribui para os ganhos em saúde dos doentes internados no HPV no sentido, em que incentivei os profissionais da minha instituição a adoptarem comportamentos que contribuem para a diminuição das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde, sendo considerado um indicador de qualidade.

A interligação deste estágio com a minha unidade, permitiu desenvolver um maior leque de competências, que se reflectiu no reconhecimento dos meus pares, ao me identificarem como uma referência, solicitando o meu contributo como enfermeira especialista com competências acrescidas na área da prevenção e controlo de infecção.

Assim, apesar, do estágio ter terminado é com muita satisfação que vou poder continuar a colaborar junto da CCI na melhoria dos cuidados prestados na instituição ao desempenhar as minhas funções como elo de ligação.

O estágio no Serviço de Urgência foi um grande desafio, apesar da instituição pertencer ao mesmo Centro Hospitalar da minha, encontrei uma política institucional diferente, mais fechada. A dimensão do serviço e das equipas pelo elevado número de elementos revelou-se como obstáculo á minha integração no serviço. Também o elevado número de doentes com uma diversidade de situações complexas, exigindo cuidados urgentes e emergentes, associado às condições físicas do serviço, comprometeram esporadicamente a qualidade dos cuidados prestados nomeadamente ao nível da privacidade, e segurança dos doentes.

Foi difícil no inicio do estágio saber identificar os próprios profissionais, abalando a minha comunicação entre os diferentes membros da equipa, seja para com os enfermeiros, assistentes operacionais e equipa médica quer de Medicina quer de Cirurgia, que ao longo do estágio foi melhorando.

Apesar destes obstáculos, também estes foram promotores de crescimento, pois o saber enfrentar e contornar as dificuldades fazem parte do crescimento pessoal e profissional.

No serviço de urgência os enfermeiros estão demasiado imbuídos numa vertente mais técnica, onde se exige rapidez e perspicácia na identificação dos problemas e assertividade na tomada de decisão. Deixando de lado a vertente mais humanizada dos cuidados de enfermagem.

Perante a identificação desta problemática, direcionei o meu campo de intervenção para a relação de ajuda com o doente e sua família/ pessoa significativa, promovendo uma comunicação efectiva, e uma humanização dos cuidados, que são essenciais e determinantes para um sucesso terapêutico onde marquei a diferença enquanto enfermeira especialista. A par disso, sensibilizei a equipa de enfermagem para uma prática mais reflexiva ao sugerir um novo conceito de escrita.

Foi muito enriquecedor colocar-me como enfermeira especialista e servir de modelo para a equipa ao demonstrar conhecimentos técnicos e científicos, capacidades e atitudes de nível avançado, promovendo o ensino e orientação dos enfermeiros no serviço de urgência. Os

momentos de reflexão entre a equipa, bem como as minhas observações face aos cuidados prestados contribuíram para o desenvolvimento profissional dos enfermeiros.

Para o meu crescimento pessoal e profissional foi importante poder transpor para o serviço de urgência as competências desenvolvidas no anterior estágio, nomeadamente ao nível minha intervenção na Prevenção do Controlo de infecção.

Infelizmente, fui confrontada com algumas limitações, ao não conseguir atingir um dos meus objectivos, relativamente á aquisição de mais suportes para a colocação de soluções alcoólicas, que visavam facilitar a adesão da higienização das mãos pelos profissionais no SO. Contudo, com a minha persistência em falar no assunto espero ter sensibilizado para essa necessidade e que a minha sugestão venha ainda a ser concretizada.

No entanto, ainda ao nível da prevenção e controlo de infecção, tive oportunidade de intervir como enfermeira especialista junto dos Assistentes Operacionais, pois estes são uma classe profissional que requer alguma atenção e supervisão. Estes colaboram na prestação de cuidados, e muitos deles carecem de formação no âmbito da saúde, como tal precisam de ser orientados e ensinados, tendo em conta as suas funções. Assim, junto deles fui sensibilizando-os para a adopção de boas práticas ao nível da higienização e desinfeção de material e equipamento. Este processo permitiu o seu desenvolvimento profissional e pessoal.

A mobilização de algumas competências adquiridas ao longo do meu exercício profissional, foram um grande contributo para o bom desenvolvimento de ambos os estágios. Nomeadamente, na área da formação, na área da gestão de cuidados e de serviço, supervisão das práticas bem como, ao nível da coordenação da equipa no serviço onde exerço funções facilitaram a minha tomada de decisão.

As limitações sentidas ao longo deste desenvolvimento profissional remetem-se para o tempo disponível para a realização dos estágios, no sentido em que não houve dispensa do serviço implicando um esforço pessoal e profissional acrescido, comprometendo a disponibilidade para pesquisar, fazer leituras que são determinantes para a fundamentação das reflexões. Também o tempo de estágio no serviço de urgência revelou-se para mim insuficiente, no sentido em que não pude verificar a aplicabilidade do meu trabalho aí produzido. Como por exemplo, ao nível da monitorização dos registos, aplicação da norma de relação de ajuda à família/pessoa significativa, bem como o cumprimento da lista de tarefas aos assistentes operacionais.

Também a pouca adesão dos enfermeiros à formação nomeadamente no estágio de CCI, sobre a *Prevenção da Infecção associadas aos cuidados de saúde. Estratégia multimodal para melhoria da higiene das mãos*, faz-me reflectir sobre a importância que os órgãos de gestão poderão ter na motivação da adesão à formação. Esta situação, em particular é apenas um exemplo da ausência dos enfermeiros nos momentos formativos mais formais. A opção passaria ou pela obrigatoriedade da presença dos profissionais, dispensando-os do serviço, ou então planear este momentos formativos dentro dos próprios serviços, de forma mais informal envolvendo todos os profissionais. Nesta situação concreta reforçando o papel dos elos de ligação.

Como sugestões gostaria de salientar a importância do estágio na Comissão de Controlo de Infecção, atendendo aos riscos dos doentes em estado crítico contraíram IACS é elevado e o Enfermeiro Especialista em Médico Cirúrgica deverá contribuir para proteger os doentes desta incidência. Pelo que a sua ligação com as CCI é de primordial importância para aplicarem as directrizes do Plano Nacional de Controlo de Infecção. Esta é uma área que é aplicável a qualquer unidade hospitalar, logo o Enfermeiro Especialista em Médico Cirúrgica independente a seu local de actuação deverá saber aplicar as competências nesta área. Como tal sugiro este estágio como obrigatório.

Assim considero que atingi todos os objectivos inicialmente propostos, chegando mais além, na medida em que aproveitei todos os momentos de aprendizagem e ultrapassei obstáculos. Como Enfermeira Especialista revelei ser uma profissional com conhecimento técnico científicos relacional, dando resposta aos problemas complexos do doente em estado crítico, demonstrando elevados níveis de julgamento clínico e tomada de decisão, através das competências adquiridas ao nível da formação, gestão, supervisão e práticas de cuidados.

4- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 📖 ALARCÃO I, RUA M.- **Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento De competências** Texto Contexto Enferm 2005 Jul-Set; 14(3): 373-82 [Em linha]. [Consult. 11 Mar. 2009]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n3/v14n3a08.pdf>
- 📖 ALERT@ER- **Caderno de Formação Enfermeiro**. s/d
- 📖 AMARAL M.^a, MOREIRA M^a, RIBEIRO D.- **O Papel Do Supervisor O Desenvolvimento Do Professor Reflexivo - Estratégias de Supervisão**. 89-122 p. In ALARCÃO I. Formação Reflexiva De Professores - Estratégias De Supervisão. Porto: Porto Editora. 1996.189p. ISBN 972-0-34721-X
- 📖 BENNER, P. - **De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem**. Coimbra: Quarteto Editora, 2001. 294p. ISBN 972-85835-97-X.
- 📖 DIAS José Manuel - **Formadores que desempenho?** Loures: Lusociência, 2004. 197p. ISBN: 972-8393-75-4
- 📖 DEODATO Sérgio- **Responsabilidade Profissional em Enfermagem: Valoração da Sociedade**. Coimbra: Almedina.2008. 194p. ISBN 978-972-40-3401-0
- 📖 DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE- INFARMED- **Circular Informativa N.º 131/CA Reprocessamento e Reutilização de dispositivos médicos destinados a um “uso único ” (02/12/2005) 4p.**
- 📖 DIRECÇÃO-GERAL de SAÚDE. **Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde**. Programa Nacional de Controlo Infecção. 2007, 20p. [Consult. 10 Abril 2009] www.dgs.pt (microsite do controlo de infecção).
- 📖 DIRECÇÃO-GERAL de SAÚDE - **Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde - Manual De Operacionalização Do PNCI**. Lisboa. 2008. 82p. [Consult. 30 Abril 2009] www.dgs.pt (microsite do controlo de infecção).
- 📖 DIRECÇÃO-GERAL de SAÚDE -**A estratégia nacional para a melhoria da higiene das mão em 10 perguntas** [em linha]. Lisboa 2008. 16p. [Consult. 30 Abril 2009] <http://www.somos.pt/publicdocs/acampanhanacionaldehigienedasmaosem10perguntas.pdf>

- 📖 DIRECÇÃO-GERAL de SAÚDE- **Guia De Implementação Da Estratégia Multimodal Da Organização Mundial Da Saúde Para A Melhoria Da Higiene Das Mãos Nas Unidades De Saúde.** Lisboa 2008 110p. www.dgs.pt (microsite do controlo de infecção).
- 📖 DIRECÇÃO-GERAL de SAÚDE. **O manual para os observadores um guia para a observação da prática da higiene das mãos nas Unidades de Saúde portuguesas.** Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associados aos Cuidados de Saúde. Lisboa. 2009.37p.
- 📖 DUTCH WORKINGPARTY INFECTION PREVENTION- **Nebulizers and humidifiers.** Published: August 2003 Changed: December 2003 Revision: August 2008
- 📖 GÂNDARA Manuela- - Dilemas éticos e processo de decisão — In Neves M. , Pacheco S.- **Para Uma Ética Da Enfermagem . Desafios.** p.401-416. Coimbra: G.C.-Gráfica de Coimbra 2- publicações Lda. 582p ISBN: 972-603-326-8
- 📖 GOLAR SD, SUTHERLAND LL, FORD GT.- **Multipatient use of prefilled disposable oxygen humidifiers for up to 30 days: patient safety and cost analysis.** *espir Care.* [Em linha] Calgary General Hospital, Alberta, Canada.1993 Apr;38 (4):343-7 [Consult. 23 Abril 2009]
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10145893?itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_RVDocSum&ordinalpos=20
- 📖 HENDERSON D. et Al. -**Prolonged and Multipatient Use of Prefilled Disposable Oxygen Humidifier Bottles: Safety and Cost** [Em linha] *Infection Control and Hospital Epidemiology*, Vol. 14, No. 8 (Aug., 1993), pp. 463-468 [Consult. 23 Abril 2009]
Published by: [The University of Chicago Press](http://www.jstor.org/stable/30145518) Stable URL: <http://www.jstor.org/stable/30145518>
- 📖 HESBEEN, Walter. – **Dire et écrire les savoir faire d’infirmière- Colóquio-Bruxelas « Ecriture Fonctionnelle, Écriture sensible deux modalité, quelle(s) finalité (s)?».** 7 e 8 de Novembro de 2007.
- 📖 LIBERATO, João. A informação aos familiares e acompanhantes - Avaliação do grau de satisfação. **Sinais Vitais.** Coimbra. ISSN-0872-8844. Nº52 (2004). p.19-24
- 📖 LOPES José Carlos- **Relação enfermeiro – Instituição** — In Neves M. , Pacheco S.- **Para Uma Ética Da Enfermagem . Desafios.**(2004) p. 109-125. Coimbra: G.C.-Gráfica de Coimbra 2- publicações Lda. 582p ISBN: 972-603-326-8
- 📖 MACPHAIL Estelle- **Panorâmica da Enfermagem de Urgência.** 3-16. In SHEEHY’S enfermagem de Urgência. Da Teoria à Prática.4ª Edição. Loures: Lusociência, 2001. 877p. ISBN: 972-8383-16-9

- NEIL Ruth M.- **Jean Watson Filosofia e Ciência do cuidar** -163-184- In TOMEY Ann M., ALLIGOOD Martha R.- Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra. (Modelos e teorias de enfermagem). 5ª Edição, Loures: Lusociência. 2002. 750p. ISBN: 972-8383-74-6
- OLIVEIRA Jacinto - **Intervenções da Ordem dos Enfermeiros para a segurança dos cuidados.** 13-17p.- In **Ordem dos Enfermeiros** - Segurança dos cuidados VII Seminário do conselho Jurisdicional. Nº 24 – Fevereiro 2007 52p.. ISSN 1646-2629
- ORDEM DOS ENFERMEIROS- **Competências do enfermeiro de cuidados gerais-** Divulgar Outubro 2003
- ORDEM DOS ENFERMEIROS- **Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros** DEC LEI n.º 104/98, **D.R. I SÉRIE-A** 93 (21/4/98) 1739
- ORDEM DOS ENFERMEIROS- **Tomada De Posição Sobre Segurança Do Cliente** Decorrente da preparação e da realização do 2º Ciclo de Debates, sob a temática «**Cuidados Seguros**» [Em linha] Maio de 2006 [Consult. 12 Dezembro 2009]
[http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/sededestaques/Tomad aPosio_segurancadoente\(1\).pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/sededestaques/Tomad aPosio_segurancadoente(1).pdf)
- ORDEM DOS ENFERMEIROS- **Sistemas de informação de enfermagem (SIE) Princípios básicos de arquitectura e principais requisitos técnico – funcionais.** 2007. 1-8p.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS- **Um Novo Modelo De Desenvolvimento Profissional Certificação De Competências E Individualização De Especialidades Em Enfermagem** -Suplemento da Revista Número 26. 24p. Junho 2007, ISSN 1646-2629
- PHANEUF, Margot – **Comunicação, Entrevista, Relação de Ajuda e validação.** Loures: Lusociência, 2005. 360p. ISBN 972-8383-84-3.
- PFETTSCHER Susan A.- Florence Nightingale: Enfermagem Moderna. 73-93p. In TOMEY Ann M., ALLIGOOD Martha R.- Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra. (Modelos e teorias de enfermagem). 5ª Edição, Loures: Lusociência, 2004. 750p. ISBN: 972-8383-74-6
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. DEC LEI nº18 459/2006, **D. R. II. Série** 176 (12/09/06) 18 611
- PORTUGAL- Ministério da Saúde. Despacho n.º 14 178/2007. **D. R. II. Série.**127 (4/07/07) 19 007.
- PORTUGAL- Ministério Da Ciência, Tecnologia E Ensino Superior. Decreto-Lei nº. 74/2006.**D.R. I A SÉRIE.** 60 (24/03/06) 2242

- 📖 PORTUGAL- Portal de saúde pública da União europeia. **Segurança dos doentes** [Em linha] [Consultado em 2010-1-11] http://ec.europa.eu/health-eu/care_for_me/patient_safety/index_pt.htm
- 📖 PORTUGAL- DEC LEI Lei n.º33/2009 D.R I série — N.º 134 — (14/072009) 4467.
- 📖 PORTUGAL- DEC LEI Lei n.º 106/2009 D R I série — N.º 178 — (14/09/09) 6254.
- 📖 SALE Diana- **Garantia Da Qualidade Nos Cuidados De Saúde – Para Os Profissionais Da Equipa De Saúde**. 1ª Edição Lisboa: Principia. 2000.158p. ISBN 972-97457-6-5

ANEXOS

ANEXO I
ACÇÃO DE FORMAÇÃO SOBRE O ACINETOBACTER
BAUMANNII

ANEXO II
RECOMENDAÇÕES PARA A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS A
DOENTES COLONIZADOS /INFECTADOS COM
ACINETOBACTER

ANEXO III

SESSÃO DE FORMAÇÃO NO SERVIÇO IMAGIOLOGIA HPV

ANEXO IV

QUESTIONÁRIO AOS PROFISSIONAIS “PERCEPÇÃO E CONHECIMENTO SOBRE A HIGIENE DAS MÃOS E SUAS IMPLICAÇÕES NAS INFECÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE”

ANEXO V
FORMULÁRIO DE OBSERVAÇÃO

ANEXO VI

INSTRUÇÕES PARA A UTILIZAÇÃO DO “ *TRAINING FILMS*” NA FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E OBSERVADORES

ANEXO VII

FORMAÇÃO AOS PROFISSIONAIS “PREVENÇÃO DA INFECÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE ESTRATÉGIA MULTIMODAL PARA A MELHORIA DA HIGIENE DAS MÃOS”

ANEXO VIII
CURSO DE FORMAÇÃO INFECÇÃO NOSOCOMIAL EM
CUIDADOS INTENSIVOS

ANEXO IX

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE MATERIAL E EQUIPAMENTOS **DAS SALAS DE REANIMAÇÃO**

ANEXO X
NORMA DE ACOLHIMENTO À FAMÍLIA /PESSOA
SIGNÍFICATIVA NO SO

ANEXO XI

TRABALHO SOBRE REGISTOS DE ENFERMAGEM NO SERVIÇO DE URGÊNCIA NO HOSPITAL DE SANTA MARIA

ANEXO XII

ACÇÃO DE FORMAÇÃO SOBRE “ ESCRITA SENSÍVEL”

ANEXO XIII
QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE NECESSIDADES

ANEXO XIV
TRABALHO SOBRE DRENAGENS TORÁICAS

ANEXO XV

PROPOSTA DE COLOCAÇÃO DE SUPORTES PARA SOLUÇÕES ALCOÓLICAS

ANEXO XVI

LISTA DE TAREFAS PARA OS ASSISTENTES OPERACIONAIS NAS SALAS DE REANIMAÇÃO E SO

