



# CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

## **ENFERMAGEM: UM NOVO OLHAR!**

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

Por

Maria dos Anjos Oliveira Barbosa Moreno

PORTO, Março, 2011





# CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

## **ENFERMAGEM: UM NOVO OLHAR!**

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

Por Maria dos Anjos Oliveira Barbosa Moreno

Sob orientação de Professora Lúcia Rocha

PORTO, Março, 2011



## RESUMO

As crescentes necessidades assistenciais impelem o enfermeiro a adquirir e desenvolver competências específicas, capazes de dar resposta adequada aos problemas reais da Pessoa, através da procura de mais e melhor formação pós-graduada na busca de conhecimento científico que maximize os recursos disponíveis. Daí o meu interesse e motivação em iniciar a minha especialização na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Como estratégia de aprendizagem, o estágio constitui um momento de particular importância, para a aplicação de conhecimentos adquiridos no decorrer do Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Este Relatório pretende descrever e dar visibilidade às actividades e competências desenvolvidas de forma reflexiva no decorrer dos módulos de estágio em Enfermagem Médico-Cirúrgica. É constituído por introdução, onde refiro a importância da formação no processo de aquisição de competências, apresento os objectivos e as razões que me levaram a optar por um estágio na área do Controlo de Infecção Hospitalar e no Serviço de Urgência. Seguem-se as considerações gerais sobre o estágio na Comissão de Controlo de Infecção, as actividades realizadas, as competências adquiridas e desenvolvidas e o meu contributo na elaboração da norma "Prevenção da Infecção Respiratória". Num segundo capítulo, faço referência ao estágio realizado no Serviço de Urgência e apresento as actividades desenvolvidas, competências adquiridas na área da prestação de cuidados de enfermagem ao doente adulto e idoso com doença grave, onde a capacidade de análise e reflexão foi aprimorada e constante. Foi oportuno apresentar uma acção de formação sobre "Cuidados de Enfermagem ao doente com Síndrome Coronário Agudo" com vista a melhorar o atendimento do doente. Nas considerações finais, destaco a importância deste percurso na aquisição de competências e no meu desenvolvimento profissional e pessoal. Apresento ainda reflexões das actividades realizadas cientificamente fundamentadas a fim de permitir uma visão global do trabalho desenvolvido.

A metodologia adoptada foi o método descritivo e reflexivo, através da descrição, análise e reflexão das diferentes actividades desenvolvidas, onde mobilizei e integrei conhecimentos adquiridos, bem como a consulta de bibliografia pertinente para a fundamentação teórica e científica.

A sua elaboração, alicerçada na realização dos estágios, foi a oportunidade de demonstrar a capacidade em identificar situações, apresentar soluções, reflectir sobre as actividades realizadas e suas implicações éticas e sociais, e comunicar adequadamente as conclusões.

Destaco a importância do estágio e da elaboração deste relatório na concretização dos objectivos, para a aquisição de competências no âmbito da Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, que possibilitarão no futuro como enfermeira especialista desenvolver com autonomia, uma prática baseada em elevados padrões de qualidade e no conhecimento científico.



## **ABSTRACT**

The increasing care needs require from the nurses to acquire and develop specific skills, seeking more and better post-graduate training in order to maximize available resources and appropriately respond to the real problems on the individuals.

That's the reason for my interest and motivation to start my specialization in Medical-Surgical Nursing. As a learning strategy, the clinical practice is a moment of particular importance for the application of knowledge acquired during the Post-Graduation.

This report describes and gives visibility to the activities and skills developed in a reflective manner in the modules in the clinical practice in Medical-Surgical Nursing.

The report consists of an introduction, which refers the importance of training in the process of acquiring skills and presents the objectives and the reasons that led me to opt for a clinical practice in the areas of Hospital Infection Control and in the Emergency Rescue. A first chapter presents the general considerations on the clinical practice at the Infection Control Committee, describes the activities and skills acquired and developed my contribution in preparing the standard "Prevention of Respiratory Infection." In the second chapter, I refer to training held in the emergency department, I present the activities, skills acquired in the provision of nursing care to adult and elderly patients with severe disease, where the capacity of analysis and reflection was enhanced and steady. It was appropriate to present a training on "Care of the patient with acute coronary syndromes" to improve patient care. The final consideration, I emphasize the importance of this route in skills and in my professional and person. I present reflections of science-based activities to allow an overview of their work.

The method used was a descriptive method and reflective, through description, analysis and reflection of the different activities, which mobilize and integrate the knowledge acquired, and the consultation of relevant literature.

Its preparation (based on the achievement of clinical practice) was the opportunity to demonstrate the ability to identify situations, present solutions, reflect on the activities and their ethical and social implications, and communicate the findings appropriately.

Highlight the importance of stage and of writing the goals for the acquisition of skills in the Specialization in Medical-Surgery, which will enable the future as a nurse specialist to develop autonomy, a practice based on high standards of quality and in scientific knowledge.





## **AGRADECIMENTOS**

O presente relatório é resultado de um percurso que foi trilhado com perseverança, alternando momentos de desalento com a satisfação da obra conseguida, de que pude beneficiar no processo da sua elaboração. Não obstante, é fruto do contributo de muitas pessoas a quem profundamente agradeço.

À minha orientadora, Professora Lúcia Rocha, o meu profundo agradecimento pela disponibilidade, ensinamentos, exigência e também pela discussão de ideias e críticas estimulantes que contribuíram como marco no meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Agradeço em particular ao Zé, a imensa paciência e carinho com que a par e passo esteve sempre presente.

Às Enfermeiras Tutoras, pela partilha de experiências e de conhecimentos, o meu obrigado.

A todas as pessoas que, directa ou indirectamente, me apoiaram na realização deste trabalho, o meu mais sincero agradecimento.



## **ABREVIATURAS / SIGLAS**

ATB – Antibioterapia

CCI – Comissão de Controlo de Infecção

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

ECG – Electrocardiograma

EE – Enfermeira(o) Especialista

EEEMC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica

EFV – Enfermagem em Fim de Vida

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

EPI – Equipamento de Protecção Individual

HPH – Hospital de Pedro Hispano

HPP – Hospitais Privados de Portugal

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

ITU – Infecção do Trato Urinário

OTHB – Oxigenoterapia Hiperbárica

PAV – Pneumonia Associada ao Ventilador

PNCI – Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SCA – Síndrome Coronário Agudo

SCE – Serviço Central de Esterilização

SU – Serviço de Urgência

SUCH – Serviço de Utilização Comum dos Hospitais

UC – Unidade Curricular

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

VE – Vigilância Epidemiológica



# ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	7
1. ESTÁGIO NA COMISSÃO DE CONTROLO DE INFECÇÃO NA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS.....	11
1.1. Comissão de Controlo de Infecção – considerações gerais .....	11
1.2. Dos objectivos às actividades desenvolvidas e competências adquiridas.....	14
2. ESTÁGIO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA DOS HOSPITAIS PRIVADOS DE PORTUGAL – BOAVISTA .....	33
2.1. Hospitais Privados de Portugal – Boavista: considerações gerais.....	34
2.2. Dos objectivos às actividades desenvolvidas e competências adquiridas.....	35
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	55
BIBLIOGRAFIA.....	59
ANEXOS .....	63
Anexo I – Norma Infecção Respiratória Nosocomial.....	65
Anexo II – Flyer: Prevenção da Infecção Respiratória Nosocomial.....	91
Anexo III – Reflexão sobre a Medicina Hiperbárica: uma curiosidade .....	95
Anexo IV – Síndromes Coronárias Agudas .....	121
a) Síndromes Coronárias Agudas: Cuidados de Enfermagem .....	123
b) Plano de Sessão .....	153
c) Diapositivos de apoio .....	157
d) Posters .....	171
1. Definição das Síndromes Coronárias Agudas .....	173
2. Algoritmo do tratamento das Síndromes Coronárias Agudas .....	177



## INTRODUÇÃO

Atingir a excelência na assistência da Enfermagem apresenta-se como um caminho irreversível, caminho este que sinaliza a constante preocupação dos enfermeiros na busca do aperfeiçoamento, do conhecimento científico e da actuação profissional que maximize todos os recursos disponíveis. Busca-se também alavancar a qualidade nos serviços prestados e o alto grau de satisfação do doente e família, sem perder de vista o impacto final na sua saúde. O enfermeiro precisa de ter consciência de que as necessidades dos doentes mudaram, acompanhando uma série de alterações na vida quotidiana e no meio ambiente, bem como as contribuições advindas das ciências. A formação tem por função aumentar a consciência e favorecer a aquisição de conhecimentos e competências imprescindíveis ao profissional para que efectivamente actue como formador de opinião e como agente transformador da sua prática e do contexto em que se insere (Barbosa *et al.*, 2003).

As características peculiares da aprendizagem no ensino superior são o desenvolvimento da compreensão e a capacidade de aplicação de conhecimentos a situações práticas diversas, ou seja, o estudante passa de um sujeito passivo do ensino, para um sujeito activo da aprendizagem.

Um dos desafios do Processo de Bolonha diz respeito à mudança de paradigma de ensino-aprendizagem, que deve contribuir para o desenvolvimento de competências em diversas áreas científicas e profissionais e também de capacidades ao longo da vida, essenciais para que possam acompanhar e adaptar-se com maior versatilidade às constantes e rápidas mudanças de que vive o mundo contemporâneo. Esta declaração é catalizadora de um paradigma de ensino e de pedagogia centrado no aluno enquanto receptor activo do conhecimento e transformador do mesmo (Costa, 2004). Estamos perante a alteração do modelo de ensino: de um ensino de conhecimentos acumulados e sistematizados, para um ensino que valoriza a aquisição de competências, e que esta unidade curricular bem espelha.

A enfermagem dá especial primazia às aprendizagens, ao acesso à aquisição de competências e ao conhecimento científico, enquanto factores determinantes de uma adaptação às mudanças tecnológicas e sociais com que se depara, o que pressupõe uma aprendizagem ao longo da vida. Neves, *cit. in* Siteo (2006: 284) postula que a aprendizagem ao longo da vida é “toda a actividade de aprendizagem em qualquer momento da vida, com objectivo de melhorar os conhecimentos, as aptidões e competências, no quadro de uma perspectiva pessoal, cívica, social ou profissional”. Neste sentido, o estágio foi um importante contributo para esta aprendizagem, por permitir desenvolver e aprofundar conhecimentos científicos e técnicos e adoptar medidas que visaram melhorar a qualidade dos cuidados, bem como a aquisição das competências inerentes ao EEEMC, que serão uma mais-valia para agir de acordo com as orientações e as referências de práticas recomendadas, participando activamente na identificação de situações-problema, análise, reflexão e controlo de potenciais riscos num

contexto da prática circunscrita, tendo particular atenção à protecção dos grupos mais vulneráveis. Na busca da excelência, o Enfermeiro Especialista (EE) deve analisar com regularidade o seu trabalho, reconhecendo eventuais falhas que devam ser objecto de mudança de atitude, procurando adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa. Tem igualmente o dever de se manter actualizado, assegurando as condições de trabalho que permitam exercer a profissão com dignidade e autonomia, como fica claro no Artigo 88º do Código Deontológico do Enfermeiro (Ordem dos Enfermeiros, 2003). Este é o caminho a seguir: espelhar as competências reconhecidas ao enfermeiro especialista consagradas no nº 3 do artigo 4º do Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), que define o enfermeiro especialista como sendo alguém a quem é reconhecido competências técnico – científicas e humanas, capaz de prestar cuidados de enfermagem especializados na sua área de especialidade (Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro). Este curso em particular, visa proporcionar a aquisição, desenvolvimento e integração de saberes para a assistência de enfermagem avançada à pessoa adulta e idosa com doença grave e em estado crítico (ICS – UCP, 2009)

A realização deste relatório, pretende dar visibilidade às actividades desenvolvidas e experiências significativas, aos conhecimentos adquiridos e desenvolvidos, bem como ao desenvolvimento da capacidade de análise e reflexão, compreensão aprofundada, na área de especialização de Enfermagem Médico-Cirúrgica, na medida em que as experiências vivenciadas no contexto da prática visam proporcionar a aquisição, desenvolvimento e integração de novos saberes, bem como, o reconhecimento de competências técnico-científicas e humanas, que possibilitem a assistência de enfermagem avançada à pessoa adulta e idosa com doença grave e em estado crítico, ou seja, o reconhecimento de competências profissionais inerentes a uma prática especializada de enfermagem.

O presente relatório tem os seguintes objectivos: ilustrar o percurso efectuado durante o estágio na Comissão de Controlo de Infecção e no Serviço de Urgência, descrever e reflectir sobre as experiências vividas e actividades realizadas durante o estágio, demonstrar as competências adquiridas e desenvolvidas na área da especialização em enfermagem médico-cirúrgica e evidenciar o desenvolvimento da capacidade de reflexão ocorrido ao longo do estágio.

Na área da especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, o estágio é constituído por três módulos: um em Serviços de Urgência, outro em Unidade de Cuidados Intensivos/Intermédios e outro, em área Opcional.

Os módulos realizados foram respectivamente o Módulo I, no Serviço de Urgência dos Hospitais Privados de Portugal (Boavista) e o Módulo III – Opcional, na Comissão de Controlo de Infecção, da Unidade Local de Saúde de Matosinhos.

Foi concedida creditação ao Módulo II (Unidade de Cuidados Intensivos/Intermédios). Esta creditação teve em conta os 15 anos de experiência profissional, na Unidade de Cuidados Intensivos Coronários do Centro Hospitalar do Porto. Este percurso profissional, caracteriza-se



fundamentalmente pela prestação de cuidados de enfermagem diferenciados ao doente adulto e idoso com patologia cardíaca aguda, em particular, doentes com diagnóstico médico de Síndrome Coronário Agudo, Angina Instável, Arritmias graves, Insuficiências Cardíacas Agudas, Edema Agudo do Pulmão, Dissecção da Aorta, Choque Cardiogénico e todas as situações agudas associadas a instabilidade eléctrica e mecânica que colocam em risco a vida dos doentes e exigem uma intervenção de enfermagem específica e imediata, onde a avaliação inicial de enfermagem assume primordial importância, permitindo a implementação de intervenções de enfermagem ajustadas a cada doente com eficiência e rapidez. Desenvolveram-se competências técnicas através da participação activa na equipa de hemodinâmica, colaborando na realização de coronariografias e angioplastias, no Laboratório de Pacing na implantação de pace-makers provisórios de urgência e pacemakers definitivos, e cardioversor-desfibrilador implantável, nos testes de "Tilt" (exame que avalia o comportamento do ritmo cardíaco e da tensão arterial em resposta a uma variação postural corporal, sendo o exame específico para o diagnóstico da síncope neuromediada). Caracteriza-se ainda pelo desenvolvimento de competências relacionais e de comunicação com o doente e as famílias, nomeadamente na comunicação de más notícias, autocontrolo emocional em situações de grande tensão e autoconfiança, desenvolvendo o sentimento de segurança das capacidades e habilidades adquiridas, preocupação e solicitude em relação ao "outro", manifestando preocupação verdadeira pelas suas necessidades e bem-estar, actuação pautada pela responsabilidade profissional, social e ética que se assumiu para com a sociedade.

Considero o Hospital Pedro Hispano (Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE) um campo de estágio adequado para o desenvolvimento de conhecimentos e competências na área da Prevenção da Infecção Hospitalar, que proporciona oportunidade de aprendizagem, contacto com novas realidades, partilha de experiências e a possibilidade de integrar e mobilizar os conhecimentos teóricos inerentes ao grau de EEEMC.

O estágio nos Hospitais Privados de Portugal, facilitou o contacto com a dinâmica de um serviço de urgência privado, que me facultou o contacto com uma realidade nova, através de múltiplas situações vivenciadas, onde foi possível trocar experiências, partilhar e desenvolver conhecimentos, reflectir na e sobre a prática, o que favoreceu o desenvolvimento e aquisição de competências nesta área específica, constituindo um enriquecimento profissional e pessoal.

A metodologia adoptada para construção deste Relatório é o método descritivo e reflexivo, através da exposição das diferentes actividades realizadas durante o Estágio, análise e reflexão das actividades e competências desenvolvidas, onde se mobilizaram conhecimentos adquiridos e integrados, bem como a consulta de bibliografia pertinente.

O relatório é constituído por uma introdução, onde faço referência à importância da formação no processo de aquisição de competências, apresento os objectivos do mesmo, bem como, as razões que me levaram a optar por estágios nas áreas do Controlo de Infecção Hospitalar e no Serviço de Urgência. Segue-se a metodologia utilizada na elaboração do relatório e a estrutura do mesmo. Um primeiro capítulo onde apresento considerações gerais sobre o estágio na CCI,

a que se segue a descrição das actividades realizadas, competências adquiridas e desenvolvidas ao longo do mesmo. Num segundo capítulo, faço referência ao estágio realizado no SU dos HPP – Boavista, apresentando ainda as actividades desenvolvidas e as competências adquiridas na área da prestação de cuidados de enfermagem ao doente adulto e idoso em situação de urgência / emergência, onde a capacidade de análise e reflexão foi aprimorada e constante. No último capítulo, apresento as considerações finais, evidenciando a importância deste percurso académico no meu desenvolvimento profissional e pessoal como futura EEEMC. São apresentadas reflexões relevantes e que evidenciam as actividades desenvolvidas no estágio e a sua relação com os objectivos gerais e específicos traçados inicialmente e a sua contextualização com a componente científica adquirida e desenvolvida durante a fase teórica deste Curso. Termino o relatório com a bibliografia consultada.

## **1. ESTÁGIO NA COMISSÃO DE CONTROLO DE INFECÇÃO NA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS**

A pertinência deste estágio deriva da constatação de que a prestação de cuidados pode dar origem à transmissão de infecções, designadas por Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS). Estas, constituem um problema de abrangência mundial, sendo uma das principais causas de morbilidade e mortalidade, associadas a procedimentos clínicos, diagnósticos e terapêuticos, entre outros, prestados aos doentes (DGS, 2007).

Medidas de intervenção têm sido propostas para minimizar o risco e controlar a infecção nos hospitais, como foi o caso da criação das CCI, nas unidades de saúde públicas e privadas, integradas na rede nacional de prestação de cuidados de saúde através do Despacho do Director-Geral da Saúde de 23/10/96. O objectivo é conhecer a verdadeira dimensão do problema e promover as medidas necessárias para a prevenção da infecção, através da identificação e modificação das práticas de risco que envolvem todos os profissionais e utilizadores dos cuidados de saúde. Para tal, é imprescindível a cooperação de todos, o que pressupõe a existência de um investimento concertado por parte dos profissionais, em particular dos enfermeiros, mas também das organizações e da sociedade em geral.

É pensando criticamente a prática de hoje ou de ontem que se pode melhorar a prática futura (Freire, 2005). Sabendo que, dos enfermeiros especialistas são esperadas competências diferenciadas ao nível da concepção e gestão de cuidados, planeamento, supervisão de cuidados, assessoria, formação e investigação, considera-se ainda pertinente a aquisição de competências acrescidas, entendendo como sendo aquelas competências que permitem ao enfermeiro especialista dar respostas humanas aos processos de vida e problemas de saúde nesse domínio de forma dinâmica e responsável.

O desafio lançado ao Enfermeiro Especialista na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC) é tornar a prestação de cuidados de saúde mais segura, no âmbito do desenvolvimento e integração de saberes para a assistência de enfermagem avançada à pessoa adulta e idosa com doença grave e em estado crítico e o desenvolvimento de competências profissionais inerentes à enfermagem especializada, contribuindo desta forma para a segurança dos doentes.

### **1.1. Comissão de Controlo de Infecção – considerações gerais**

No passado, os hospitais eram considerados insalubres e restringiam-se à prestação de cuidados com uma abordagem mais humanitária do que propriamente científica. Com os trabalhos pioneiros de Semmelweiss, Lister e Florence Nightingale, foram desenvolvidos os

primeiros contornos da prevenção e controlo da infecção hospitalar, fundamentais ao pensamento moderno sobre a prestação de cuidados.

Florence Nightingale no final do séc. XIX, destaca-se, através da implementação de medidas para o controlo das infecções hospitalares, com preocupação voltada para os cuidados de higienização, o isolamento dos enfermos, atendimento individual, a redução de leitos no mesmo ambiente, especialmente as práticas higiénico – sanitárias que estabeleceu e que contribuíram para a redução das taxas de mortalidade hospitalar da época (Oliveira e Maruyama, 2008).

A existência de uma Comissão de Controlo de Infecção (CCI) é obrigatória desde 1996, como órgão de assessoria técnica da gestão de cada hospital público. No entanto, a infecção hospitalar foi abordada pela primeira vez em Portugal em 1930 (DGS, 2007) sendo por isso uma preocupação já antiga.

Em 2004 concluiu-se que, muito embora quase todos os hospitais tivessem uma CCI, estas careciam de profissionais de saúde com formação especializada em IACS (DGS, 2007). A estes constrangimentos associaram-se outros, tais como, a necessidade de um sistema de informatização padronizado dos laboratórios de microbiologia como contributo às actividades de vigilância epidemiológica, a inadequação de estrutura de descontaminação e esterilização centralizadas dos dispositivos médicos, bem como a inexistência de barreiras sanitárias e quartos de isolamento. Para melhorar progressivamente a dinâmica das CCI, tornou-se imperativo a implementação do Plano Nacional de Controlo da Infecção (PNCI), que tem como finalidade diminuir, a nível nacional, a incidência das IACS, conferindo-lhes assim às CCI's autoridade técnica inequívoca.

A CCI onde decorreu o estágio, está centralizada no Hospital Pedro Hispano e nasceu no antigo Hospital de Matosinhos; actualmente constitui um pilar fundamental no processo de melhoria contínua da qualidade, pelo papel que desempenha na gestão de risco da instituição, tanto ao nível dos cuidados hospitalares como dos cuidados primários. Esta comissão tem como função a definição de um conjunto de políticas, procedimentos e protocolos, de aplicação horizontal, que permitam atingir a efectividade e eficiência dos cuidados prestados. O papel da Comissão é o de ser facilitadora, fornecendo aos profissionais que cuidam dos doentes a informação epidemiológica e as recomendações que lhes permitam desenvolver as suas práticas à luz dos desenvolvimentos científicos mais recentes. A CCI está localizada no piso 1, no Departamento de Comissões e é constituída por uma equipa multidisciplinar em que a enfermeira especialista na área de EMC, adquire particular importância, cujo objectivo comum é planear, implementar e monitorizar um plano operacional de prevenção e controlo da infecção, de acordo com as directivas ministeriais e as características específicas da unidade de saúde conforme acima referido.

É da responsabilidade da Comissão: Implementar e monitorizar o programa de vigilância epidemiológica (VE), de acordo com o PNCI e as especificidades e necessidades da unidade de saúde; planear, implementar e monitorizar o programa anual de formação / informação que

abranja todos os grupos de profissionais da saúde, incluindo a formação dos profissionais em fase de integração e que contemple a formação / informação de utentes e visitantes; 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; Implementar um programa de auditorias internas regulares às práticas e estruturas mais significativas para a prevenção e controlo das infecções de forma a melhorar a prática clínica; reunir periodicamente e de acordo com as necessidades, com todos os seus membros, incluindo os membros consultivos e dinamizadores; participar activamente nas actividades e acções propostas pelo PNCI.

Segundo o PNCI (2007) é da responsabilidade de todos os profissionais de saúde:

Cumprir as normas e orientações emanadas pela CCI, na sua prática clínica, de forma a prevenir e/ou reduzir as IACS; Demonstrar interesse e participar na formação e informação nesta área. Da sua intervenção depende a real prevenção das IACS e a segurança clínica; Envolver-se na discussão das recomendações de boa prática, emanadas pela CCI e cumprir as mesmas; Conhecer e avaliar os riscos para os doentes e para si próprios de transmissão cruzada da infecção; Conhecer as medidas básicas de prevenção e controlo da IACS a aplicar em todas as situações; Colaborar em todas as actividades propostas pela CCI.

As IACS, não sendo um problema novo, assumem cada vez maior importância em Portugal e no mundo. À medida que a esperança de vida aumenta e que dispomos de tecnologias cada vez mais avançadas e invasivas e de maior número de doentes em terapêutica imunossupressora, aumenta também o risco de infecção. Segundo O PNCI (2007) estudos revelam que cerca de um terço das infecções adquiridas no decurso da prestação de cuidados são seguramente evitáveis e o compromisso é reduzir a incidência da infecção hospitalar.

Esta realidade preocupante da responsabilidade de todos merece atenção também da OMS ao reconhecer que as infecções associadas aos cuidados de saúde dificultam o tratamento dos doentes, sendo também causa importante de morbilidade e mortalidade, sendo a IACS entendida como uma infecção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados (DGS, 2008).

A implementação do PNCI pretende melhorar progressivamente a dinâmica das CCI, conferindo-lhes inequívoca autoridade técnica e ao disponibilizar um sistema de registo nacional, entre outras medidas, contribuirá, certamente, para a diminuição sustentada da taxa de incidência da IACS.

## **1.2. Dos objectivos às actividades desenvolvidas e competências adquiridas**

O estágio na área do Controlo da Infecção Hospitalar permitiu integrar as diversas áreas de atenção à saúde, facilitou a apropriação activa do saber científico integrado ao saber da experiência e possibilitou momentos de aprendizagem e partilha intensa, o que me permitiu atingir os objectivos propostos, concretizar as actividades planeadas e desta forma tornou possível a aquisição de competências intrínsecas ao EEEMC. Tendo presentes estas considerações, entende-se como pertinente, abordar as actividades desenvolvidas para prossecução dos objectivos traçados.

**Objectivo geral: Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão aprofundada na área de especialização em Enfermagem Médico – Cirúrgica**

Objectivo específico:

- Conhecer a estrutura física, orgânica e funcional da CCI.

Actividades / Estratégias realizadas:

- Observei a estrutura física orgânica e funcional da CCI;
- Identifiquei a equipa que constituiu a CCI;
- Percebi a articulação entre os serviços e o enfermeiro da CCI;
- Compreendi a importância da actividade e funções do EE na CCI.

O estágio teve início com a apresentação da enfermeira tutora, que apresentou as instalações da CCI situada no Piso 1. Fiquei assim a conhecer o espaço físico, recolhi informação sobre a estrutura e funcionamento desta Comissão. Esta actividade foi constante no decorrer do estágio, em que realizei a observação directa da dinâmica estrutural e funcional da Comissão. A apresentação à equipa que a constitui foi também contemplada, identificando-se o núcleo executivo, constituído por um Médico Infeciologista, um Técnico Superior, duas Enfermeiras, sendo uma delas EEEMC, e um Médico de Patologia Clínica, conta também com um Núcleo de Apoio Técnico e Consultivo constituído por oito elementos. Desde logo demonstrei interesse e motivação em colaborar com a equipa multidisciplinar em tarefas e projectos da Comissão. As informações partilhadas, o diálogo entre os diferentes elementos que constituem a CCI, o contacto com indivíduos diferentes, portadores de histórias e significados particulares, permitiu-me interacção, crescimento pessoal e profissional.

Apresentei o Projecto de Estágio à enfermeira tutora, que se mostrou disponível para colaborar na consecução dos objectivos propostos, salientando no entanto a especificidade deste estágio e da eventual de adaptação dos objectivos específicos nomeadamente o objectivo de “Realizar formação” que foi substituído pela revisão da norma “Prevenção da Infecção Respiratória Nosocomial”.

Na agenda de trabalho consta diariamente a visita ao Laboratório de Microbiologia, visita em que acompanhei a enfermeira tutora. A articulação efectiva e eficaz entre a Laboratório, e a Comissão (na pessoa da EEEMC) e os Serviços, permite gerar informação relevante para adequar as práticas, melhorando a qualidade dos cuidados e a segurança do doente. A finalidade da visita é a identificação dos casos de infecção e serviços envolvidos, através dos relatórios microbiológicos que o Laboratório emite diariamente e, face aos resultados de culturas positivos, monitorização da implementação de medidas de isolamento nos doentes e serviços em causa.

Compreendi como se processa a articulação da enfermeira especialista da CCI com o Laboratório e os Serviços, bem como, assimilei a importância das actividades competências e funções da EE desta Comissão. Desta forma, concretizei em pleno as actividades acima referidas.

O objectivo do Laboratório de Microbiologia é indicar, através da monitorização de populações microbianas, qual o perfil dos microrganismos que estão a interagir com o homem. Com essas informações, a equipe de saúde define quais os microrganismos que podem ser responsáveis pelo quadro clínico do doente e assim, propor um tratamento mais adequado. O laboratório de microbiologia possui uma estrutura que permite estabelecer informações sobre a melhor amostra biológica, reconhecer a flora normal, reconhecer os contaminantes, identificar microrganismos com propósitos epidemiológicos, obter resultados rápidos em casos de emergência e racionalizar o uso de anti microbianos. O objectivo é realizar com brevidade os resultados e manter uma educação médica contínua em relação aos aspectos da infecção hospitalar.

Uma das situações que identifiquei diz respeito a uma desarticulação entre o “alerta” que é lançado no sistema informático (que face aos resultados do antibiograma realizado, informa o médico do antibiótico sensível a determinado microrganismo) e a resposta médica, que por vezes não adopta essa orientação. Este é um dos problemas com que a EE se depara e que parece incontornável.

Segundo Santos (2004), o meio hospitalar constitui um vasto e excelente *habitat* para as bactérias adquirirem resistência aos antibióticos. De uma maneira geral, o doente internado, está sujeito a procedimentos e técnicas invasivas que o torna susceptível a adquirir infecção hospitalar. O impacto das bactérias resistentes é mundial e representa uma ameaça para a humanidade. Hoje, indubitavelmente, a resistência bacteriana adquirida pelos antibióticos é um problema grave dos hospitais. As instituições hospitalares são verdadeiras fortalezas de

bactérias resistentes aos antibióticos. Muitos destes agentes bacterianos são capazes de, rapidamente, dominarem a baixa resistência dos doentes, podendo por isso causar infecção.

Observa-se que, com a utilização dos antibióticos em grande escala, se promoveu o aumento da incidência das estirpes resistentes aos antibióticos, atingindo (sobretudo a nível hospitalar) valores preocupantes com o aparecimento de estirpes multiresistentes, o que dificulta as opções terapêuticas. O extraordinário sucesso da Penicilina, no controlo das infecções causadas por bactérias Gram positivas, levou à falsa concepção de que os antibióticos poderiam controlar e, eventualmente, erradicar todas as doenças infecciosas e criou uma falsa sensação de segurança, passando os médicos a usar o antibiótico de modo indiscriminado ou inadequado (Santos, 2004). Mas o improvável aconteceu! Surgiu entretanto, a bactéria *Staphylococcus Aureus*, resistente à penicilina. Desta forma a euforia da descoberta dos antibióticos, dá lugar ao desencanto diante do número crescente de amostras bacterianas que, rapidamente, adquiriram resistência.

Esta problemática tem intensificado estudos na busca de viabilizar efectivamente, junto dos profissionais de saúde (entre eles, médicos e enfermeiros) o uso correcto e eficaz das medidas de controlo de infecção hospitalar no sentido de consciencializar estes profissionais para a necessidade do uso prudente de antibióticos. Para que haja prevenção e controlo das infecções, é importante um programa de formação e educação permanente dos profissionais, o que exige uma produção constante de conhecimentos e sua divulgação, actividade que a EEEMC assegura (Azambuja, Pires e Vaz, 2004). Este conhecimento, quando aplicado na prática, ou seja, quando utilizado como saber operante e orientador nas e das acções, tende a gerar alterações de comportamentos e atitudes, as quais se podem reflectir na qualidade de assistência prestada, com visibilidade na redução das infecções hospitalares. O EE pode, através da divulgação das principais medidas básicas para o controlo das infecções, estimular a prática do uso prudente de antibióticos pela sensibilização dos médicos, para a necessidade de adopção de uma atitude responsável na sua prática assistencial.

O fenómeno da resistência bacteriana não é um problema individual, mas colectivo e mundial. Daí, ser primordial ter a noção de que o impacto deste fenómeno representa uma ameaça para a continuidade da vida humana no planeta Terra. O cuidar da vida presente e futura da humanidade é obrigação de todos, mas em particular dos profissionais de saúde.

As situações de infecção, causadas principalmente por "*Staphylococcus Aureus*", mereceram intervenção por parte da EE, uma vez que foi necessário implementar medidas de isolamento. Acompanhei a tutora e, uma vez identificado o microrganismo, o passo seguinte passou pela articulação desta informação, com os serviços e os enfermeiros designados como "elos de ligação da Comissão", monitorização da implementação das medidas de isolamento adequadas e conhecimento da eventual necessidade do Serviço de algum esclarecimento adicional da CCI. Localizei o doente e constatei que as medidas de isolamento de contacto estavam implementadas, mas verifiquei que o doente se encontrava na entrada da enfermaria



e não junto da janela. Sugeri que o referido doente, fosse colocado na unidade junto da janela, recomendação que foi aceite e colocada em prática pela equipe de enfermagem.

A oportunidade de realizar estas visitas, analisando e reflectindo cada etapa do processo, tornou possível o desenvolvimento de competências, no sentido em que demonstrei capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar, identifiquei situações problema com base em evidências científicas, sugeri alterações que foram posta em prática e desenvolvi a capacidade de observação para aspectos para os quais hoje estou mais desperta na aérea da IH, adquiri e desenvolvi capacidade de interpretação e resolução de problemas na área da EEMC.

Objectivo específico:

- Mobilizar e aprofundar conhecimentos teóricos e práticos obtidos no âmbito da Unidade Curricular “Controlo Infecção Hospitalar”.

Actividades / Estratégias realizadas:

- Realizei pesquisa bibliográfica abrangente, actual e pertinente, sobre a temática: “Prevenção da Infecção Respiratória Nosocomial”;
- Consultei a actual norma da instituição;
- Analisei outras normas vigentes em diversas instituições hospitalares;
- Elaborei a revisão da norma “Prevenção da Infecção Respiratória Nosocomial”;
- Revi conteúdos leccionados na componente teórica do Curso sobre o controlo infecção hospitalar.

O contributo dos conhecimentos adquiridos no Módulo Controlo de Infecção Hospitalar foi importante para a abordagem à problemática das IACS.

Verifiquei que a Comissão possui um Manual de Procedimentos, procedi à sua consulta e análise. O Manual de Prevenção da Infecção Nosocomial, reúne as instruções e práticas recomendadas para o cuidado dos doentes, constitui uma importante ferramenta. Devendo esse Manual ser actualizado e revisto pela CCI, de acordo com as mais recentes evidências científicas, a tutora, lançou o desafio de realizar a revisão da norma “Prevenção da Infecção Respiratória Nosocomial” em vigor, visto a actual ter sido elaborada e aprovada pela Comissão já em 2003.

Foi um trabalho que exigiu uma atitude e uma prática teórica de constante pesquisa, que define um processo intrinsecamente inacabado e permanente, que me levou ao encontro das evidências científicas mais recentes, nomeadamente às *Guidelines* sobre este tema. Um tema

de particular importância, visto que a infecção respiratória nosocomial constituiu a segunda principal causa de infecção hospitalar em particular, nos doentes ventilados. A pneumonia nosocomial associada ao ventilador (PAV) representa 8% a 38% de todas as infecções hospitalares (Amaral, Cortês e Pires, 2009).

A pesquisa bibliográfica não foi tarefa fácil. Foi uma actividade envolvente, para a qual disponibilizei muitas horas de trabalho e estudo, o que implicou analisar vários artigos nacionais e internacionais, recomendações científicas mais recentes, e posteriormente à elaboração da norma. Esta actividade proporcionou vários momentos de análise e reflexão com a enfermeira tutora. Foi possível contar também com o contributo dos elementos da Comissão. A leitura e análise do actual Manual não foram esquecidas, bem como a consulta da referida norma vigente noutras instituições, para reflexão e análise. A revisão da norma foi apresentada (Anexo I) e analisada pela EE e sujeita à aprovação da CCI.

Na sequência deste trabalho, um artigo da Sociedade Portuguesa de Pneumologia e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2007), despertou a minha atenção, acerca dos cinco passos que contribuem para a prevenção da infecção respiratória. A clareza da informação deste artigo, determinou a necessidade de realizar um “flyer”, uma vez que verifiquei que nos serviços não existia informação sobre este tema (Anexo II). A pertinência da elaboração deste “flyer” prende-se com o facto de conter informação importante, de fácil leitura para todos os profissionais de saúde, em particular dos enfermeiros, e de evidenciar os cinco passos que contribuem para reduzir a taxa de infecção respiratória nosocomial, quando aplicados na prática clínica. Após apresentação à enfermeira tutora, foi aprovado e distribuído pelos serviços.

Estas actividades permitiram-me adquirir e desenvolver competências, reflecti na e sobre prática de forma crítica, sobre a problemática das IACS e do papel importante que, como futura enfermeira na área de EEMC tenho, na melhoria da qualidade de cuidados prestados, por ser capaz de identificar na prática de forma adequada, informação proveniente da formação inicial e pós-graduada e da experiência profissional e de vida. As experiências adquiridas permitiram-me aprofundar conhecimentos nesta área específica da EEMC.

**Objectivo geral: Aplicar conhecimentos e capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a área de EEMC.**

Objectivo específico:

- Identificar situações-problema associadas à prestação de cuidados enfermagem.

Actividades / Estratégias realizadas:

- Observei as práticas envolvidas nas IACS na instituição hospitalar;
- Analisei e reflecti sobre situações-problema relacionados com a prestação de cuidados e fiz sugestões baseadas na evidência;
- Questionei os enfermeiros dos serviços de Medicina visitados sobre as suas necessidades de formação em relação à prevenção e controlo de infecção;
- Participei activamente nos projectos em vigor na CCI;
- Fiz visitas aos serviços e conheci o nível de informação e importância que os enfermeiros atribuem às IACS.

Para concretizar as actividades acima enunciadas, na visita realizada ao Laboratório de Microbiologia, observei a existência de contentores de corto-perfurantes destapados e com material que não estava adequado às dimensões do contentor. Foi necessário mobilizar os conhecimentos adquiridos na disciplina EMC I no Módulo III, os quais despertaram a consciência para este facto, sabendo que os contentores de corto-perfurantes devem ser fechados quando estiverem com cerca de 3/4 da sua capacidade total. Esta situação foi analisada com a tutora, apresentada a sugestão viável, que passou pela utilização de contentores de tamanho compatível ao tipo de material corto-perfurante, existente no serviço de aprovisionamento da instituição. Constatada esta situação, foram providenciados contentores com as dimensões adequadas ao material e na visita posterior constatei esta alteração.

Outra situação identificada foi a falta de condições físicas de um Serviço de Medicina visitado, onde verifiquei a presença de colchões para descontaminação na sala de pensos. O elo de ligação da Comissão admitiu o facto, referindo no entanto não haver outro sítio para colocar os mesmos. Esta situação foi analisada com a tutora, que perante tal facto concordou com a necessidade da instituição repensar a estrutura física dos serviços, para que estes reúnam condições efectivas, para assim ser possível contribuírem para a redução das IACS. A estrutura das unidades de saúde pode ter um papel muito importante na prevenção e controlo da IACS. Neste sentido, são decisivas a articulação e a comunicação eficazes entre a EE da CCI e os serviços, sendo que estes devem assegurar condições de trabalho que permitam a prestação de cuidados de qualidade, devendo ser comunicadas as deficiências que prejudiquem a qualidade dos cuidados. Realizei, em conjunto com a tutora, a notificação desta situação. Os padrões relativos às estruturas relacionam-se com a concepção de novas instalações ou remodelação das já existentes.

Cabe ao EEEMC promover a divulgação de informação pertinente, com o objectivo de garantir a melhor qualidade dos cuidados prestados, bem como, supervisionar e monitorizar as boas práticas de enfermagem; neste sentido, a CCI interage e trabalha em colaboração com a

Central de Esterilização no desenvolvimento e monitorização de políticas para limpeza e descontaminação material. Pela sua importância como elemento integrante na prevenção e controlo da infecção hospitalar, acompanhei a tutora numa visita à Central, sendo assim possível concretizar a actividade prevista, que se prendia com a realização de visitas aos serviços e conhecer a importância atribuída às IACS.

Esta unidade é dotada de autonomia técnica, de recursos humanos e materiais próprios, ou seja, garante a todos os serviços da Instituição as actividades relacionadas com o processo global dos materiais e dispositivos médicos reutilizáveis, quer sejam esterilizados ou desinfetados. Constitui, assim, uma unidade orgânica funcional de apoio clínico, tendo como finalidade assegurar o processamento dos dispositivos médicos reutilizáveis necessários à prestação de cuidados, bem como a sua distribuição, segundo normas que garantem a qualidade técnica, a optimização de recursos, tendo ainda a responsabilidade de limpar, descontaminar, testar, preparar para utilização, esterilizar e armazenar de forma asséptica todo o equipamento estéril do HPH.

Na dinâmica de trabalho da central de esterilização está presente um fluxo contínuo e unidireccional de artigos, evitando o cruzamento de material contaminado, com limpo e esterilizado. Verifiquei a existência de barreiras físicas, identificando três grandes áreas: área dos contaminados, área limpa e área dos materiais estéreis; identifiquei os indicadores químicos e observei os diferentes processos de esterilização do material, classificado em crítico, semi-crítico e não-crítico.

Com esta visita, compreendi a importância da central de esterilização na prevenção de controlo da infecção, mas também o papel e responsabilidade do enfermeiro nesta área complexa, que exige conhecimento específico, diversificado de grande responsabilidade, visto ser o garante da conformidade do material, no que diz respeito às normas de esterilização. Ele é responsável por supervisionar a utilização de diferentes métodos, quer físicos, químicos ou bacteriológicos, a fim de monitorizar o processo de esterilização e assegurar a manutenção técnica do equipamento de acordo com as recomendações do fabricante e os padrões nacionais; e em caso de qualquer defeito, “reportar” à CCI ou outros profissionais envolvidos. Com o aumento da complexidade da tecnologia dos materiais e equipamentos cirúrgicos, foi crescendo a procura pela implementação de novas formas de prepará-los e processá-los, que consequentemente exigiram que os enfermeiros se especializassem para atender à complexidade do processo de trabalho.

Segundo Cruz e Soares (2004), os avanços da ciência e da tecnologia, as mudanças qualitativas nos instrumentos, materiais, formas de organizações da produção e do processo de trabalho que interferem nas práticas cirúrgicas, constituem hoje um verdadeiro desafio para o enfermeiro que actua nestes sectores. Aprofundei conhecimentos nesta área específica da EMC, que visa essencialmente conhecer o processamento dos diferentes dispositivos reutilizáveis, segundo os requisitos legais e normativas aplicáveis. Assim, é possível garantir a gestão dos circuitos dos dispositivos médicos e material de consumo clínico, consoante o fim a

que se destinam, de modo a promover duma forma contínua, a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, colaborar com os serviços inerentes na prevenção e controlo da infecção, garantir a satisfação dos serviços utilizadores e melhorar a qualidade dos serviços prestados.

Dentro deste contexto, realizei também uma visita à Lavandaria, que no caso do HPH é o Serviço de Utilização Comum dos Hospitais (SUCH) que assegura a gestão integrada da roupa, de acordo com os métodos tecnicamente mais avançados e prosseguindo as boas práticas internacionais no tratamento asséptico do meio hospitalar. É garantido o tratamento total da roupa, assegurando a sua recolha, lavagem e distribuição.

Assim, fiquei a conhecer a complexidade destas instalações, a variedade, a origem, diferente utilização, sujidade e contaminação das roupas utilizadas no ambiente hospitalar. Verifiquei a existência de uma barreira física entre as áreas consideradas contaminada e limpa. A recolha da roupa é feita por uma área distinta e devidamente separada da área de saída e distribuição da roupa. A triagem da roupa hospitalar é classificada de acordo com o grau de sujidade e o processamento de acordo com a triagem. Após a lavagem, a roupa passa para a zona limpa, através de um sistema de recolha já na área limpa, que dá continuidade ao processo desde a secagem até à passagem da mesma. É embalada e distribuída para o hospital. A empresa “Somos Ambiente” (dos SUCH) assegura estes serviços e assume que actua diariamente no contributo da prevenção da infecção hospitalar e no seu controlo, monitorizando diferentes parâmetros como qualidade da água, entre outros, garantindo as melhores práticas e promovendo ambientes seguros. A EE da CCI assume a monitorização da qualidade do serviço prestado através de visitas periódicas, tendo sido este o objectivo desta visita.

Dando continuidade às visitas agendadas, acompanhei a tutora numa visita à Unidade de Medicina Hiperbárica do HPH, existindo a nível nacional apenas duas: esta, e a Unidade do Hospital da Marinha. A Medicina Hiperbárica, dedica-se ao estudo e tratamento das doenças susceptíveis de regredirem ou de melhorarem com a exposição dos seus portadores a elevadas pressões ambiente, de oxigénio molecular, por meio da inalação deste gás, de ar, ou de outras misturas gasosas respiráveis, no interior de compartimentos estanques hiperpressurizados (câmaras hiperbáricas). Engloba a terapêutica hiperbárica e a oxigenoterapia hiperbárica.

Segundo Fernandes (2009) a terapêutica hiperbárica mantém pertinência, na actualidade, relativamente ao tratamento das afecções causadas por êmbolos gasosos, como é o caso de certas formas de doença de descompressão e das embolias gasosas vasculares. A oxigenoterapia hiperbárica (OTHB) é uma modalidade de tratamento baseada na inalação de oxigénio puro, em ambiente hiperbárico, isto é, a uma pressão ambiente superior à pressão atmosférica medida ao nível do mar. Nesta unidade, as câmaras são multi-lugar e pressurizadas com insuflação de ar no seu interior, até se atingir a pressão ambiente de trabalho desejada e têm volumetria suficiente para acomodar simultaneamente 14 doentes, acompanhados por um EE no decurso dos tratamentos hiperbáricos. Uma vez alojados no seu interior e atingida a pressão de trabalho, os doentes inalam oxigénio puro (100%), ou outras

misturas gasosas respiráveis (exemplo: heliox ou nitrox), por meio de máscara buco-nasal, de tenda cefálica, ou de tubo endotraqueal, em circuito semi-aberto, isto é, o gás inspirado é conduzido através de uma traqueia munida de uma válvula unidireccional, os gases expirados são drenados directamente para o exterior da câmara, através de outra traqueia apetrechada com válvula de não retorno. Desta forma, não há contacto directo dos gases respirados pelo doente com o ar contido no interior da câmara, pelo que raramente as concentrações de oxigénio, excedem os valores de segurança recomendados (22,5%) estando assim minimizado o risco de incêndio e deflagração.

A duração e a pressão máxima de trabalho, das sessões rotineiras de oxigenoterapia hiperbárica, estão limitadas a 3 atmosferas absolutas e a 120 minutos, como forma de prevenção da ocorrência dos efeitos tóxicos da hiperóxia, neurológicos e respiratórios, respectivamente. A OTHB é sobretudo utilizada para tratamento de feridas crónicas de difícil cicatrização, surdez súbita, lesões da radioterapia e algumas infecções dos tecidos moles e ósseos em que o tratamento convencional não seja eficaz. Trata-se, portanto, de um tratamento adjuvante.

A visita a este serviço, constitui para mim uma mais-valia, e estimulou o meu interesse e vontade em adquirir mais conhecimentos sobre o tema, bem como, conhecer o papel do enfermeiro nesta área em expansão. Realizei pesquisa bibliográfica sobre o assunto, que considero ter sido um contributo para o meu desenvolvimento pessoal e profissional (Anexo III).

Desenvolvi competências que se prendem com a capacidade em avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspectiva académica avançada, bem como demonstrei capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área da EEMC.

Objectivo específicos:

- Aprofundar conhecimentos sobre situações clínicas, técnicas, fármacos e intervenções específicas da CCI.

Actividades / Estratégias realizadas:

- Colaborei na Vigilância Epidemiológica;
- Identifiquei os principais problemas inerentes ao controlo de infecção emergentes do contexto da prática clínica;
- Observei nas diferentes equipas o procedimento da lavagem das mãos.

São responsabilidades do EEEMC implementar e monitorizar o programa de vigilância epidemiológica, de acordo com o PNCI, as especificidades e as necessidades da unidade de

saúde. Neste sentido, fiquei a saber que o microrganismo-problema mais isolado nesta instituição é o " *Staphylococcus Aureus* " resistente à metilina (MRSA), que está presente na sua maioria nos doentes internados nos Serviços de Medicina e em Unidades de Cuidados Intensivos. Este agente multirresistente está associado a significativas taxas de morbidade e mortalidade, bem como à utilização de antibioterapia de largo espectro.

Consultei e analisei as recomendações emanadas da CCI para os doentes em que existe suspeita ou confirmação de colonização ou infecção por este agente, que passam pela implementação de medidas de isolamento de contacto. As recomendações vão desde a localização do doente (de preferência num quarto, ou em último caso, a sua colocação no local da enfermaria mais distante da entrada, com as cortinas corridas); a sinalização (colocar placa de "Precaução de Contacto" de cor amarela; registo em notas de enfermagem e clínicas e folha de "ALERTA DE MRSA" no processo); a higiene das mãos e utilização de EPI (antes e após contacto com doente ou entre procedimentos, não esquecendo a utilização de máscara tipo PCM 2000 ou cirúrgica, se o microrganismo for isolado nas secreções ou exsudado nasal); o equipamento (devendo ser individualizado sempre que possível, e se não for possível, descontaminado logo após utilização); a roupa (ao retirar evitar movimentos bruscos); a alimentação (entregar e recolher o tabuleiro em último lugar); a mobilidade do doente, (evitar permanência do doente nos corredores ou contacto com outros doentes); a educação do doente e visitas, (em que se explica a razão das medidas, a importância da higienização das mãos e da utilização correcta do EPI; a limpeza da unidade (que deve ser feita em último lugar) e, finalmente, no momento da alta ou transferência (na carta de alta do doente deverá existir referência ao isolamento de MRSA). Hoje, indubitavelmente, a resistência bacteriana adquirida pelos antibióticos é um grave e importante problema das instituições de saúde, que requer uma vigilância epidemiológica constante e exige também uma atenção redobrada de todos os profissionais de saúde, da administração hospitalar e em particular da EEEMC.

As infecções hospitalares ocorrem por diversas razões e existem muitos mecanismos que favorecem o seu aparecimento. Um deles é a transmissão de microrganismos pelos profissionais de saúde, que actuam como vectores, directa ou indirectamente, na transmissão de microrganismos patogénicos, a doentes vulneráveis. Acredita-se que um terço das infecções possam ser prevenidas com medidas de controlo de infecção; uma destas medidas é a adequada higiene das mãos (Rickard, 2004).

Um facto mundialmente conhecido, é que a lavagem das mãos é a medida mais simples e eficiente na prevenção de infecções nosocomiais. Afinal, as mãos são o principal meio de transmissão de infecções hospitalares e a sua lavagem deve ser realizada antes e após qualquer procedimento realizado ao doente (Center for Disease Control, 2002).

O contacto com esta realidade, permitiu-me observar que nem sempre os enfermeiros procedem à higienização nos cinco momentos essenciais em que é necessário fazê-lo. A manifestação de preocupação com a necessidade de higienização das mãos é antiga e remete-nos para Semmelweis, que no século XIX produziu a primeira evidência científica

demonstrando a importância da lavagem das mãos, para o controlo da transmissão da infecção hospitalar (Céline, 1998).

A importância da higienização das mãos na prevenção da transmissão da infecção hospitalar é baseada na capacidade da pele para abrigar microrganismos e transferi-los de um superfície para outra, por contacto directo ou indirecto, por meio de objectos (Larson, 1995). Apesar das campanhas para o controlo das infecções nos hospitais e de vários trabalhos levados a cabo pela CCI relativos à lavagem correcta das mãos, as mãos dos profissionais continuam a ser a fonte mais frequente de contaminação e disseminação de infecção.

No decorrer das visitas efectuadas aos serviços, e tendo em mente a importância da lavagem das mãos na prevenção das IH, observei que alguns enfermeiros lavavam as mãos de acordo com as suas necessidades, deixando de o fazer nos momentos recomendados, por exemplo, antes e após contacto com o doente, antes de iniciar a preparação de terapêutica, entre outras. Analisei esta problemática com alguns enfermeiros e constatei existir pouca sensibilidade para esta importante prática. Salientei a importância desta simples medida de prevenção e controlo da infecção hospitalar na redução da taxa de IACS. Lembrei a importância dos cinco momentos em que devemos lavar as mãos, pois observei que nem todos os enfermeiros lavavam as mãos antes da preparação e administração de terapêutica e entre o contacto com os doentes; todos assumem ter conhecimento teórico sobre a necessidade da lavagem das mãos, mas nem sempre aplicam na prática e parece existir um caminho ainda longo entre o “dever” e o “fazer”.

Na análise e reflexão que realizei sobre esta temática, constatei que a falta de adesão a esta prática está relacionada com a tríade que inclui: o rácio enfermeiro – doente, a elevada taxa de ocupação dos serviços e o elevado numero de procedimentos interferindo na higienização das mãos (Martín e Dall’Agnol, 2005), realidade que observei nesta instituição.

Ainda que estes motivos possam existir, não é possível pactuar com eles. Actualmente, o fascínio parece estar direccionado essencialmente para procedimentos técnicos de elevada complexidade, havendo mesmo uma super-valorização dos mesmos, tornando-se a razão de ser dos enfermeiros e confundindo-se os meios com os fins (Martini e Dall’Agnol, 2005). A visibilidade dos benefícios para o doente, para o enfermeiro mas também para o ambiente, da lavagem das mãos parece assumir menor importância do que qualquer técnica ou procedimento. Segundo Pedrosa e Couto (1999) dá-se, por vezes, prioridade a alguns procedimentos em detrimento de outros, embora se acredite que a negligência verificada com a lavagem das mãos não é intencional, mas sim resultado de uma cultura que não privilegia a actuação frente aos riscos.

É imperioso dar continuidade à divulgação desta importante medida. A influência que o EEEMC e cada um de nós pode ter na mudança de atitude dos pares, fará a diferença. Se cada um perceber a importância que tão simples medida tem, será mais fácil interiorizar que esta medida pode salvar vidas!



Analisei este assunto à luz do "Princípio da Responsabilidade", este está inerente ao papel assumido pelo enfermeiro perante a sociedade e segundo o CDE (2003:29), a responsabilidade é habitualmente usada referindo-se "à capacidade e obrigação de responder ou prestar contas pelo próprios actos e seus efeitos, aceitando as consequências". Certamente, não é desejável que seja imputada aos enfermeiros a responsabilidade de estarem indevidamente a contribuir para o aumento das infecções hospitalares, por não reflectirem sobre a importância da lavagem das mãos nos momentos certos.

É com base em conhecimentos específicos com evidência científica que o EEEMC promove e divulga as boas práticas e deve, através da identificação das necessidades dos seus pares, realizar acções de formação, procurando o envolvimento de todos os profissionais. Reflectir a prática apresenta-se com dois aspectos complementares. Por um lado, indica a necessidade de interferência, na prática, da sua modificação por um processo próprio, intrínseco à pessoa. Por outro lado, reflectir com os pares sobre a prática, é praticar a reflexividade, ou seja, dinamizar a vivência através de um processo criador, adoptando como perspectiva a possibilidade inerente de construção de um novo saber (Valente e Viana, 2009). Assim sendo, a reflexão é um acto voluntário e consciente e o acto de reflectir desperta o senso crítico, aclarando a realidade e integrando-se no pensamento pessoal e profissional. A reflexão leva à tomada de consciência da relação entre o que se pensa e o que se faz, entre a intenção e realização, aproximando a teoria da prática.

Considero que desenvolvi competências em gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da formação inicial, da experiência profissional e da formação pós-graduada. Desenvolvi a capacidade de análise e reflexão na e sobre a prática.

Objectivo específico:

- Identificar a importância atribuída pelos enfermeiros às recomendações da CCI.

Actividades / Estratégias realizadas:

- Analisei com os enfermeiros da Unidade de Cuidados Intensivos a norma "Prevenção da infecção Respiratória nosocomial";
- Analisei a conformidade entre a prática e a norma;
- Observei o cumprimento do Artigo 88º do Código Deontológico do Enfermeiro – Da excelência do exercício na prática clínica.

Foi motivo de interesse analisar com os enfermeiros da UCI, a conformidade da norma da aspiração de secreções, uma vez que este procedimento está directamente relacionado com a

norma que estava a ser motivo de análise reflexão e revisão, dando assim resposta as actividades acima propostas.

Verifiquei que este procedimento é frequente nesta unidade, e os enfermeiros realizam o mesmo, tendo em atenção as recomendações existentes no manual da CCI. Assim observei a aplicação do artigo 88º do Código Deontológico do Enfermeiro, no qual está implícita a necessidade em analisar o trabalho efectuado regularmente no sentido de se reconhecer possíveis falhas que sejam objecto de actualização ou mudança de atitudes.

Foi clara a importância que os profissionais atribuem às recomendações do manual da CCI e às recomendações que este órgão emana, estando os mesmos, receptivos a eventuais ajustes na forma como realizam os cuidados ao doente, em particular a norma de aspiração de secreções, no sentido de contribuírem directamente para que se alcance a finalidade do Programa Nacional de Prevenção e Controlo das IACS, que visa diminuir, a nível nacional, a incidência das IACS.

A responsabilidade de prevenir e controlar a IH é individual e colectiva. Sem a assimilação e implementação dos procedimentos correctos com base nas recomendações por quem cuida do doente, com a necessária integração com a equipa da CCI, o problema da IH será sempre um entrave na prestação de cuidados de saúde (Pereira *et al* 2005). De nada vale o conhecimento do fenómeno e das medidas preventivas, se quem presta cuidados não as adopta no seu “fazer” profissional. Todas as formas possíveis para mudar comportamentos dentro de qualquer organização, requerem a escolha de uma estratégia educacional conjugada num programa com objectivos bem definidos.

É necessário que os enfermeiros se libertem dos factores que os predispõem para comportamentos menos adequados para os doentes e para si próprios. Julgo ser importante, aumentar a auto-percepção acerca do problema, explicar valores, promover o envolvimento de todos, informação e competências necessárias para que se tomem decisões acertadas (Pereira *et al.*, 2005). Importa a mudança de comportamento, no sentido de racionalizar procedimentos e aprimorar normas, sendo necessário a motivação dos profissionais, continuando a promover debates e divulgar informação. As dificuldades não devem constituir factor impeditivo, mas sim impelir a busca de caminhos alternativos que avancem na perspectiva do controlo das infecções hospitalares. Muitas vezes as acções que se realizam na prática, sucedem-se de forma repetitiva, já mecanizadas, como se o processo de “fazer” ocorresse de forma dissociada do processo de “reflectir”. Acredito que o processo de reflexão – acção, isto é, que o “fazer reflectido”, conduzirá a uma realidade diferenciada no que concerne às IACS. Verifiquei que os enfermeiros foram receptivos à análise regular do trabalho efectuado, reconhecendo eventuais falhas que merecem mudança de atitude face à problemática das IACS, conforme observado no artigo 88º do CDE – Da Excelência de Exercício.

Considero que adquirir competências de comunicação de aspectos complexos do âmbito profissional e académico, a enfermeiros, tive oportunidade para desenvolver e produzir um

discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspectivas sobre os problemas de saúde com que me deparei.

**Objectivo geral: Integrar conhecimentos, lidar com situações complexas, desenvolver soluções, incluindo reflexões sobre implicações éticas e sócias que resultem dessas soluções.**

Objectivo específico:

- Identificar problemas éticos com que se deparam os enfermeiros na CCI.

Actividades / Estratégias realizadas:

- Observei as principais situações que constituem um problema ético para o EEEMC;
- Recolhi informação junto dos enfermeiros sobre a importância do “dever de informar”;
- Analisei as alternativas possíveis de acção que permitem resolver situações éticas com que se depara a equipa.

Nas visitas que realizei aos diferentes serviços, recolhi informação junto das equipas de enfermagem sobre o direito à informação clara, ao doente e família acerca do estado de saúde do doente. Pode-se inferir que isto implica também ser informado sobre doenças adquiridas no hospital, tais como a infecção hospitalar, um dano no seu estado de saúde sobre o qual ele tem igualmente o direito de tomar conhecimento.

Constatei que não é comum o doente ser informado sobre a ocorrência de infecção hospitalar durante o internamento, considerando-se que a aquisição deste dano pode decorrer de factores oriundos tanto do próprio paciente, quanto de procedimentos diagnósticos e terapêuticos, ou ainda do próprio ambiente hospitalar e de outros factores que levam às infecções hospitalares, os quais nem sempre podem ser controlados pelos profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros.

Sob a óptica dos princípios éticos, pode ocorrer violação dos princípios da não maleficência e da beneficência quando a infecção hospitalar tem como causa a negligência e/ou imprudência - por acção ou por omissão - da CCI, da equipe de saúde ou da instituição. Segundo Fontana e Lautert (2008), diante dos limitados recursos físicos de que dispõe o nosso sistema de saúde, não é justo um doente ocupar uma cama por infecção hospitalar, enquanto outro doente com patologia mais grave precisa desse leito; não é justo agravar um doente com mais diárias hospitalares, que poderiam ser evitadas, caso não tivesse ocorrido o episódio de infecção hospitalar.

Verifiquei que nem todos os enfermeiros tinham consciência desta problemática, e conclui que é necessário criarem-se condições para uma ambiência favorável aos enfermeiros, para que as suas acções, atitudes e autodeterminação se constituam num cuidado ético e solidário, comprometido com a responsabilidade social. As questões éticas envolvidas na prática dos enfermeiros devem ser analisadas reflectidas e aprofundadas de acordo com as necessidades vivenciadas no âmbito de cada Instituição hospitalar. Já em 1852, Florence Nightingale estava convencida de que, na maior parte das vezes, "os maus cuidados de enfermagem eram muito mais o resultado de uma falta de reflexão do que de uma falta de atenção aos outros, e assim o seu objectivo era ajudar as enfermeiras a adquirir por si próprias uma maior capacidade de raciocínio". Prossegue afirmando que o "instinto de caridade deve ceder o lugar a uma aproximação dos problemas sociais, apoiada na reflexão" (Colliere, 1989:212).

O respeito pela autonomia individual é hoje um princípio ético fundamental, sendo-lhe atribuído papel de destaque. É precisamente a partir do conceito de autonomia que a informação em Saúde assume uma importância capital, pois esta é indispensável à realização de escolhas e tomada de decisões de forma verdadeiramente livre e consciente (Martins, 2010).

À luz do artigo 84º do CDE (2003:71) – Dever de informar – o enfermeiro assume o dever de "informar o doente e família no que respeita aos cuidados de enfermagem", ou seja, cabe ao enfermeiro informar sobre possíveis complicações de determinados actos ou procedimentos. O doente informado e instruído sobre o que é, como se manifesta, quais são as probabilidades de adquirir uma infecção nosocomial, passa a participar no seu tratamento, entendendo que a infecção hospitalar não ocorre exclusivamente por culpa do hospital, mas por uma série de factores, exigindo, também, uma maior qualidade na assistência prestada por parte da equipe multidisciplinar (Alves e Évora, 2002). Informação é poder, pelo que, numa profissão que se preocupa com os doentes, a dimensão informativa é fundamental nos cuidados. Essa mesma dimensão também é importante porque o desrespeito pelo direito dos doentes à informação, deixa outros direitos vazios de sentido e de conteúdo, como o consentimento informado, a livre escolha, a participação e o exercício da cidadania (Martins, 2010).

São inúmeros os documentos nacionais e internacionais onde está consagrado o direito de o doente ser informado, como a Carta dos Direitos e Deveres do Doente (Ministério da Saúde, 1997) o Código Penal Português (Gonçalves, 1999), a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (UNESCO, 2005) entre muitos outros. Deste direito dos doentes à informação decorre para os enfermeiros o dever de informar, conforme referido no CDE, onde é clara esta obrigação. Neste sentido, devemos na prática clínica reflectir este tipo de atitude.

No cumprimento das minhas actividades, assisti à formação levada a cabo pela CCI com o tema "Resistência aos Antibióticos", acção de formação prevista no plano anual de formação da CCI. O objectivo desta formação era sensibilizar os profissionais de saúde para esta realidade preocupante.

Percebi que este assunto constitui um problema ético para os elementos da comissão, que se deparam com algo que foi decidido por um profissional de saúde e o que entende ser o melhor

interesse do doente. Ainda que não sejam os EEEMC nem a CCI responsáveis pela prescrição terapêutica, não significa que estes se coloquem à margem desta importante questão. Os profissionais de saúde devem reflectir sobre as graves consequências do uso indiscriminado de antibióticos e adoptem, com responsabilidade, na sua prática assistencial, a o uso prudente da antibioterapia (ATB).

Torna-se necessário superar o isolamento dos profissionais, em matéria e tomada de decisões que impliquem cuidados de saúde fornecidos por vários intervenientes no processo de cuidar, respeitando os limites impostos pela área de competência de cada um, trabalhando em articulação e complementaridade. A ética nas relações inter-profissionais na saúde exige uma atitude crítica do profissional, o que permite questionar as práticas. A ética na tomada da decisão diz respeito à abordagem dos diferentes problemas bioéticos vinculados ao começo, ao decurso e ao final da vida humana.

Identifiquei este problema, analisei-o com a tutora e sugeri reunir periodicamente com todos os profissionais de saúde implicados na problemática, a fim de monitorizarem a articulação das recomendações que o laboratório lança no sistema informático e a efectiva adequação da opção terapêutica, tendo em vista sensibilizar os mesmos para a necessidade de fazer escolhas terapêuticas adequadas.

Para que haja prevenção e controlo das infecções, é importante um programa de formação e educação permanente dos profissionais, o que exige uma produção constante de conhecimentos e sua divulgação, actividade que o EEEMC assegura (Azambuja, Pires e Vaz, 2004). Este conhecimento, quando aplicado na prática, ou seja, quando utilizado como saber operante e orientador nas e das acções, tende a provocar alterações de comportamentos e atitudes, as quais se podem reflectir na qualidade de assistência prestada, com visibilidade na redução das infecções associadas aos cuidados de saúde.

É necessário consciencializar os profissionais de saúde, para que adoptem com responsabilidade, na sua prática assistencial, as principais medidas básicas para o controlo das infecções hospitalares e estimular a prática do uso prudente de antibióticos. O fenómeno da resistência bacteriana não é um problema individual, mas colectivo e mundial. Daí ser primordial ter a noção de que o impacto deste fenómeno, representa uma ameaça para a continuidade da vida humana no planeta terra.

O cuidar da vida presente e futura da humanidade é obrigação de todos, mas em particular dos profissionais de saúde. Mas que influência ou intervenção pode ter o EEEMC nesta área? No consagrado artigo 78º – Princípios Gerais do CDE (2003: 21), pode ler-se: "As intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro". É claro o compromisso do enfermeiro especialista na defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana, e são valores inerentes à profissão o altruísmo e a solidariedade, em que o altruísmo resulta da acção realizada em função do interesse do outro, sendo por isso considerado um valor em benefício dos outros e está associado à solidariedade. Ser solidário implica respeito pelo outro, mas também implica "...a partilha de

conhecimentos e saberes, a promoção de valores e a interacção na busca de melhores cuidados...” (CDE, 2003:28). É esta interacção, na acção em função do interesse pelo outro, esta partilha de conhecimentos que se espera que o EE tenha junto da equipa multidisciplinar na procura da defesa dos doentes dando visibilidade ao compromisso já assumido para com o “Outro”. Ao adoptar esta atitude, provavelmente será possível mobilizar a equipa de saúde para um novo rumo, no que diz respeito ao uso indiscriminado de antibióticos.

Segundo Veiga (2006), os EE em particular assumem a responsabilidade sobre a gestão dos cuidados que são prestados aos doentes, mas também lhes é exigido que garantam a sua segurança, face à prática inadequada de outros profissionais. Embora a prescrição de terapêutica não esteja a cargo dos enfermeiros, a percepção desta realidade como futura EE suscitou grande preocupação e reflexão: até que ponto é possível sensibilizar os médicos para esta realidade? Segundo Santos (2004), a formação clínica de alguns médicos, das diversas especialidades, no que se refere à prescrição correcta do uso de antibióticos, é muito deficiente. Vai mais longe, ao ressaltar que cerca de 50% a 60% dos medicamentos utilizados no ambiente hospitalar são antibióticos e que a escolha do grupo de antibióticos para determinada infecção é muitas vezes inadequada.

Para Pereira *et al.* (2005), este é um problema com o qual o enfermeiro da CCI e a instituição se deparam, reconhecem o desafio e sofrem o impacto decorrente das dificuldades encontradas para sensibilizar os profissionais, para a utilização adequada dos antibióticos. Mas estas dificuldades não devem constituir factores impeditivos, antes, procurar caminhos alternativos que avancem na perspectiva do controlo das infecções.

No âmbito destas actividades, desenvolvi competências ao incorporar na prática os resultados de investigação válidos e relevantes no âmbito da EEMC, demonstrei compreensão quanto às implicações da investigação na prática baseada na evidência e desta forma zelei pelos cuidados prestados aos doentes.

**Objectivo geral: Ser capaz de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades.**

Objectivo específico:

- Desenvolver competências comunicacionais e relacionais com equipa multidisciplinar da CCI.

Actividades / Estratégias realizadas:

- Demonstrei capacidade para manter relações de trabalho construtivas com enfermeiros e restante equipa multidisciplinar;
- Promovi comunicação eficaz, utilizei uma linguagem técnico-científica com a equipa multidisciplinar,
- Adoptei uma atitude interventiva e disponível na aprendizagem.

Um dos projectos em vigor na Comissão em que a EE está envolvida, passa pela revisão e actualização da norma “Prevenção da infecção nosocomial urinária associada ao cateterismo vesical”. Neste sentido, assisti a uma reunião, onde uma estagiária, apresentou uma proposta para a implementação de uma *bundle* que pretende monitorizar a necessidade de um doente permanecer algaliado. De referir que as infecções relacionadas com a algaliação ocupam o topo na lista das infecções hospitalares, motivo preocupante para mim, uma vez que na minha prática clínica observo com frequência o recurso à cateterização vesical.

A infecção do trato urinário associada à cateterização vesical é a infecção nosocomial mais comum e representa cerca de 40% do total das infecções nosocomiais. A frequência com que os doentes são algaliados e o tempo de permanência do cateter vesical, determinam o risco de infecção. As práticas de algaliação, manutenção e remoção, também são relevantes do ponto de vista da prevenção e controlo da Infecção do Trato Urinário (ITU). A ITU constitui também uma causa importante de bacteriémia nosocomial, podendo contribuir para um aumento da mortalidade (Tambyah *et al.*, 1999).

Foi ocasião para adoptar uma atitude pró activa e interventiva, ao analisar com a equipa da CCI, o referido documento e colocar questões sobre a operacionalidade do mesmo, fornecendo contributos oriundos da experiência da prática profissional, dos conhecimentos adquiridos ao longo deste Curso e da consulta das recomendações para a prevenção da ITU do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (2004). O uso de algália deve ser limitado às necessidades clínicas que não podem ser resolvidas de outro modo. As algalias devem permanecer apenas o tempo estritamente necessário, isto é, enquanto houver indicação clínica (não deve ser considerado um tratamento para a incontinência). Para o efeito deve ser feita uma revisão diária da necessidade clínica do doente manter a algaliação – Categoria IB.

Este tipo de documento, pretende ser um instrumento de trabalho para os enfermeiros que, através dele, irão avaliar diariamente a necessidade do doente permanecer algaliado, o que nem sempre acontece, muitas vezes por ausência de um espaço de questionamento da equipa de enfermagem.

Foi também um dos momentos em que demonstrei capacidade para manter relações de trabalho construtivas, comunicar de forma eficaz utilizando uma linguagem técnico-científica com a equipa multidisciplinar. No decorrer de todo o estágio, desenvolvi um trabalho em equipa

onde estiveram presentes um conjunto de princípios e valores e onde dei ênfase ao desenvolvimento de competências profissionais, em particular na capacidade de comunicação, na colaboração e convergência em torno dos objectivos.

Desta forma, adquiri competências relacionadas com a capacidade de comunicar os resultados da prática clínica e de investigação aplicada a audiências especializadas; de igual forma, demonstrei compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência.



## **2. ESTÁGIO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA DOS HOSPITAIS PRIVADOS DE PORTUGAL – BOAVISTA**

A pertinência deste estágio, deriva da necessidade em compreender e conhecer a actividade de enfermagem no âmbito do SU. A actuação do EEEMC nos serviços de urgência e emergência envolve especificidades e articulações, indispensáveis à gestão dos cuidados a doentes com necessidades complexas, requer aprimoramento científico, tecnológico e humanização extensiva aos familiares, com representação expressiva no processo de trabalho desse profissional, assumindo importância não só devido à complexidade e particularidades de acções no cuidar, mas, também, pelos recursos materiais e humanos mobilizados, além da necessidade de interface com outros sectores do hospital. O SU, considerado agitado, imprevisível, em que o enfermeiro se vê constantemente confrontado com situações novas, diversificadas e imprevisíveis, obrigando-o a intervir com eficácia em situações de alto e médio risco, constitui um desafio. Espera-se que o enfermeiro, em particular o EEEMC, no seu exercício profissional apresente um perfil assente na responsabilidade, autonomia, competência, eficácia, segurança, detentor de conhecimentos teóricos práticos, especializados e actualizados, bem como, capacidade de tomada de decisão (Rocha, 1996).

Esta área de intervenção de enfermagem sempre me suscitou interesse e motivação, no sentido de me poder proporcionar oportunidades de aprendizagem, experiências significativas, diferentes do meu contexto da prática clínica, e constituir uma oportunidade de mobilizar e integrar na prática, conhecimentos teóricos adquiridos na componente teórica do curso.

A escolha da instituição e do serviço onde realizei estágio, teve como principal objectivo adquirir e desenvolver competências na área da prestação de cuidados de enfermagem ao doente adulto e idoso com doença grave, constituindo um importante contributo no meu desempenho pessoal profissional. A prestação de cuidados de enfermagem ao doente crítico obriga o EEEMC a uma constante articulação e mobilização de conhecimentos na interpretação de situações clínicas complexas que contribuem para uma tomada de decisão eficaz e rápida e afigura-se como domínio mais importante na aquisição de competências. A aprendizagem em contexto clínico é fundamental no desenvolvimento do futuro EEEMC, onde é através das experiências em situações reais que os significados são construídos e o conhecimento é consolidado. Neste processo construtivo indispensável à contextualização das experiências vividas, está a actividade crítico – reflexivo imprescindível à contextualização das experiências vividas e à consolidação do saber adquirido.

## 2.1. Hospitais Privados de Portugal – Boavista: considerações gerais

Os HPP, considerado um grupo de referência no sector da saúde em Portugal, distingue-se desde a sua fundação em 1998, por ter uma visão inovadora à qual alia um espírito de melhoria contínua, excelência e rigor. O seu objectivo é prestar um serviço centrado nas necessidades do doente, em que a política e qualidade consiste em garantir a satisfação das necessidades dos doentes, respeitando procedimentos éticos correctos.

Os HPP têm ao longo destes doze anos desenvolvido a sua actividade em diversos âmbitos de assistência, em que os três eixos fundamentais que orientam a sua estratégia e actividades residem na certeza de que a Saúde é um bem inestimável e um valor social inequívoco. Defendem que a sua missão é proporcionar bem-estar através de um serviço de elevada qualidade, tendo em conta as melhores práticas na prestação de cuidados de saúde e obtendo a confiança e o compromisso dos seus doentes. Desta forma a cultura dos HPP assenta em seis valores fundamentais ([www.hppsauade.pt](http://www.hppsauade.pt)):

- Compromisso – assegurando que o doente está em primeiro lugar, onde privilegiam a relação personalizada onde escutam e dão resposta às preocupações e necessidades, oferecendo sempre um serviço humanizado, fundado em elevados padrões de comportamento ético e respeito pelo próximo;
- Cultura – promovem o trabalho em equipa, a atenção ao detalhe, a responsabilidade individual, a capacidade de iniciativa, a inovação, a confiança, conseguindo assim um genuíno espírito de pertença, que se traduz na cooperação mútua e a participação de todos;
- Paixão e impulso para a melhoria contínua – onde defendem a importância de colocar paixão, inovação e criatividade em tudo o que fazem;
- Valorização das pessoas e com as pessoas – apostam no desenvolvimento pessoal e profissional dos seus colaboradores, capitalizando todo o conhecimento criado numa importante fonte de informação e diferenciação de todos;
- *Performance* – para alcançar de uma forma continuada melhores indicadores de forma a cumprirem a sua missão;
- Responsabilidade Social e ambiental – por respeitar o bem-estar e o futuro da comunidade onde estão inseridos, fomentando um espírito activo de responsabilidade social e ambiental.

A qualidade e atributos reconhecidos dos HPP fizeram aumentar o meu interesse em conhecer esta realidade, até porque me identifico com os seus valores.

## **2.2. Dos objectivos às actividades desenvolvidas e competências adquiridas**

As actividades a realizar pretendem concretizar os objectivos e culminar na aquisição e desenvolvimento de competências, sendo que por competência podemos entender um saber agir responsável e reconhecido, que implica mobilizar, integrar, transferir conhecimentos, recursos, habilidades, que agreguem valor à organização e valor social ao individuo (Cunha e Neto, 2006).

Assim, de seguida, enunciam-se os objectivos gerais e específicos propostos, bem como as actividades realizadas para a concretização dos mesmos e decorrente deste processo as competências adquiridas e desenvolvidas.

**Objectivo geral: Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão aprofundada na área de especialização em Enfermagem Médico – Cirúrgica, respectivamente na área do SU.**

Objectivo específico:

- Conhecer a estrutura física, orgânica e funcional do SU.

Actividades / Estratégias realizadas:

- Observei a estrutura física do SU e a dinâmica da prestação de cuidados com espírito crítico;
- Consultei os protocolos e normas de procedimentos existentes;
- Obtive informação junto da equipa de enfermagem que facilitou a compreensão da organização e dinâmica do serviço;
- Identifiquei as diferentes valências, recursos humanos materiais e técnicos;
- Identifiquei as técnicas, mais comuns, realizadas no SU;
- Observei o percurso efectuado pelo doente, desde a admissão/ internamento ou alta.

Comecei por observar a estrutura física do SU, que consta de uma sala de espera, onde os doentes que ali recorrem esperam pelo atendimento médico, a sala de enfermagem e a sala de observação, que acolhe os doentes. Esta dispõe de 4 cadeirões para os mesmos serem atendidos pelos enfermeiros, após terem sido observados pelo médico, que entretanto prescreve terapêutica. O SU, também dispõe de cinco boxes com equipamento de monitorização contínua, com sistema de vigilância na sala de enfermagem, onde os doentes

com critério de internamento ficam em observação até estabilização do quadro clínico e definição de diagnóstico médico que pode implicar o internamento. Aqui recebem cuidados de enfermagem personalizados, onde o enfermeiro assume papel determinante para a recuperação do doente no despiste precoce de possíveis complicações. Junto dos enfermeiros, procurei informação útil para compreender qual o circuito que o doente realiza desde que entra no SU até ao internamento ou momento da alta. Este dispõe também de uma sala de reanimação, que possui equipamento de alta tecnologia para o atendimento do doente crítico. Tem também uma sala de gessos e outra sala de pensos muito utilizadas, visto que prestam assistência a doentes vítimas de acidentes de trabalho, visto os HPP terem protocolos com seguradoras. Dispõem de uma sala de sujos e de um armazém com material de stock. Foi possível também analisar os protocolos e normas existentes no SU.

Verifiquei que em toda a estrutura física não existe um local específico para a transmissão de más notícias, daí a equipa de saúde recorrer a uma das boxes para transmitir más notícias.

O doente, quando admitido e com critérios de internamento, é transferido para o respectivo serviço, acompanhado pelo enfermeiro e assistente operacional. Acompanham o doente o processo clínico e os registos de enfermagem onde constam as intervenções de enfermagem, nomeadamente registo de terapêutica administrada, monitorização de sinais vitais e notas de evolução. Verifiquei que o processo de enfermagem, não reflecte os focos de atenção identificados, nem todas as intervenções de enfermagem. A preocupação com os registos escritos já constituía preocupação para Nightingale, que lhes atribuiu grande relevância, razão pela qual tecia críticas frequentes relativas à falta de informação, procurando informações sobre os doentes e pedindo que se fizessem relatos sobre a evolução e observações essenciais, descrições claras e avaliação dos resultados esperados do doente (Martins *et al.*, 2008).

Esta é uma realidade diferente da minha prática clínica, uma vez que a instituição onde exerço funções utiliza o SAPE. Esta temática mereceu análise e reflexão acerca da importância da utilização da CIPE, no sentido em que os registos de enfermagem têm vindo a revelar-se fonte de inúmeras preocupações, reflexão e debate nos nossos dias, pelo contexto e mudança da profissão. Os registos propõem melhorar a comunicação entre todos os que cuidam, proporcionando uma atenção comum para os problemas desta (Rodrigues, 1998). Constatei que os registos de enfermagem efectuados no SU, não reflectem os cuidados que foram prestados aos doentes, visto não tornarem possível planear os cuidados, não servindo desta forma de elo de ligação, nem de meio de comunicação efectiva, quer intra, quer inter equipas. O papel motivador e impulsionador que acredito como futura EEEMC posso ter junto dos pares, passa por julgar ser necessário que se desenvolvam esforços na tentativa de implementar e divulgar sistemas de informação e documentação em enfermagem, utilizando a CIPE, através do SAPE, que permitem a utilização de uma linguagem científica, facilitam os registos por parte dos enfermeiros, permitem avaliar os ganhos em saúde, documentar os cuidados, é uma questão de primordial importância para os enfermeiros. A este respeito, Castonguay (2001)

considera que a documentação dos cuidados é sinónimo dos próprios cuidados, pelo que para este autor, um cuidado não registado é um cuidado não realizado.

Como futura enfermeira na área de EEMC, considero que a minha actividade não pode ser meramente empírica, é necessário que justifiquemos todos os nossos actos que se prendem directamente com a Pessoa. Isto só é possível através do registo sistemático das nossas apreciações e decisões fundamentadas num modelo de cuidados de enfermagem, credível e internacionalmente aceite.

De acordo com o International Council of Nurses (2003) a existência de uma linguagem comum numa área do conhecimento, é uma das condições essenciais para que esse conhecimento seja considerado uma ciência, e para que essa ciência seja aceite no seio da comunidade científica. A mesma fonte acrescenta que a utilização de uma linguagem comum permite uma comunicação adequada entre todos os profissionais de saúde, facilita o desenvolvimento da investigação, dinamiza a formação e é essencial para o desenvolvimento da profissão.

Considero desta forma de primordial importância, sensibilizar todos os enfermeiros para a necessidade de utilização de registos sistematizados através da utilização da CIPE, pois estes contribuem seguramente para o planeamento, execução e avaliação dos cuidados prestados, tornando-os individualizados, contínuos e progressivos. Além disso, reforçam a autonomia e a responsabilidade da enfermagem, constituindo um forte contributo para a segurança e a qualidade e satisfação, quer de quem recebe cuidados, quer de quem presta os mesmos (Costa, 1994). Através da análise desta questão com os enfermeiros, transmiti argumentos expressivos da necessidade de evoluir, de forma a melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem, através da utilização de sistemas de informação.

Os registos são a base de toda a filosofia e metodologia do trabalho de enfermagem e é através deles que os enfermeiros podem dar visibilidade ao seu desempenho, contribuindo para o reforço da autonomia e responsabilidade profissional.

É imperativo valorizar e registar todas as intervenções que traduzam o cuidar, uma vez que estas são centrais no quotidiano dos enfermeiros, e contribuem não só para a melhoria dos cuidados prestados, mas também para elevar a visibilidade da enfermagem junto do doente e suas famílias. E quando falamos em visibilidade dos cuidados de enfermagem decorrente dos registos de enfermagem importa referir que, de acordo com Jesus (*cit. in* Simões e Simões, 2007) esta é reduzida nas estatísticas, nos indicadores e nos relatórios oficiais de saúde, o que impossibilita a descrição e a verificação do impacto dos mesmos, nos ganhos em saúde da comunidade.

A enfermagem constitui o maior grupo profissional da área da saúde, sendo por conseguinte o grupo que mais decisões toma, mais actos pratica e melhor conhece as necessidades dos doentes. Pela natureza e especificidade das funções que exercem, os enfermeiros são os que mais informações clínicas produzem, processam, utilizam e disponibilizam aos sistemas de

informação e de documentação sobre a saúde dos doentes. A importância desta informação só será efectiva se todos utilizarem na prestação de cuidados uma metodologia científica.

A dinâmica criada à volta da CIPE proporciona uma reflexão sobre o que é a Enfermagem, sobre a importância do cuidar, ajuda a compreender e aprofundar os cuidados de enfermagem, mas também permite desenvolver a prestação de cuidados de qualidade.

Tendo em conta o carácter privado deste SU, uma grande preocupação prende-se com o registo em sistema informático dos materiais utilizados para a prestação de cuidados. O programa informático utilizado contém todos os materiais existentes e disponíveis no sistema, e através do número do processo do doente é debitado todo o material que foi utilizado na prestação de cuidados. Tudo é registado, desde a compressa... à solução alcoolizada utilizada.

O contacto com esta realidade, relativamente aos registos dos consumíveis, constituiu uma novidade para mim, uma vez que a minha actividade profissional não reflecte esta preocupação. Depois de reflectir sobre o carácter empresarial desta instituição, foi possível perceber a importância desta actividade.

Este SU, recebe na sua maioria as situações clínicas de pequena e média gravidade. Recebe fundamentalmente doentes considerados não – críticos (embora no decorrer deste estágio tenha tido oportunidade de prestar cuidados a doentes críticos, como abordarei posteriormente), que recorrem por infecção respiratória, dispneia, hipertermia, náusea, vómitos, diarreia, dor (muscular, músculo-esquelética, por ferida, visceral, etc.), hipotensão ou hipertensão, infecção urinária, entre outras. Embora estas situações não sejam consideradas críticas, isto porque o doente crítico é considerado aquele que, por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência depende de meios avançados de monitorização e terapêutica (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008) o facto é que muitos dos doentes que recorrem ao SU se apresentam ansiosos, com necessidade de encontrar um profissional que escute as suas preocupações. Na minha actuação, realizei sempre a prestação de cuidados, tendo em conta a vulnerabilidade da pessoa doente e na satisfação das suas necessidades emocionais. Interagi com o doente e família demonstrando preocupação e disponibilidade para ouvir as suas preocupações.

Relativamente aos procedimentos e técnicas frequentes, está a preparação e administração de terapêutica, onde administração de componentes sanguíneos é frequente onde o enfermeiro é o garante da segurança transfusional confirmando todos os passos, desde nome do doente, grupo de sangue, monitoriza sinais vitais, despistando possíveis complicações como a hipotensão, hipotermia, alteração do estado de consciência; a colheita de sangue para espécimes, o penso cirúrgico, a monitorização não invasiva, administração e gestão de oxigenoterapia, inaloterapia, procedimentos realizados tende sempre presente o carácter único de cada doente a vulnerabilidade da pessoa humana, considerando-o como um parceiro no processo de saúde.

O contacto com esta realidade permitiu-me, adquirir competências relacionadas com a capacidade de demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, actuais ou novos, relacionados com o doente e família especialmente na área da EEMC, bem como, produzi um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspectivas sobre problemas de saúde com que me deparei.

**Objectivo geral: Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com situações complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem.**

Objectivo específico

- Desenvolver competências técnicas, relacionais e éticas na prestação de cuidados ao doente e família em situações complexas.

Actividades / Estratégias realizadas:

- Prestei cuidados ao doente crítico/emergente;
- Organizei os cuidados, geri eficazmente o tempo;
- Fundamentei os cuidados de enfermagem prestados;
- Promovi envolvimento da família como alvo do processo de cuidar;
- Efectuei de forma sistemática, apreciação quanto aos dados relevantes para a realização dos cuidados;
- Furneci informação de saúde pertinente para ajudar doente/família a atingirem níveis de saúde e de reabilitação;
- Garanti que o doente e família, recebam e compreendam a informação quanto ao consentimento informado.

Era objectivo desenvolver e melhorar competências técnicas, relacionais e éticas na prestação de cuidados ao doente e família em situações complexas. Neste sentido, realizei as minhas intervenções com uma séria preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana conforme o artigo 78º no CDE (2003). Prestei cuidados de qualidade, tendo sempre presente e garantindo, junto do doente, o consentimento informado para a realização de cada procedimento, explicando sempre todos os procedimentos a realizar, confirmando sempre a compreensão da informação fornecida, obtendo desta forma, o seu consentimento e a compreensão acerca do procedimento a realizar.

Empenhei-me em garantir que, se fosse vontade do doente, o familiar o poderia acompanhar neste processo de doença, através da sua presença efectiva junto do mesmo, promovendo assim o envolvimento da família no processo de cuidar.

Uma situação crítica com que me deparei, diz respeito a um doente que entrou no SU em pânico, por ter sofrido uma queimadura no trabalho. Este doente foi encaminhado de imediato para a sala de pensos. Segundo Cândido (2001), o enfermeiro constitui-se como uma peça fundamental para o tratamento do grande queimado e a avaliação de enfermagem serve como meio mais eficaz, para saber qual o grau de gravidade da situação. Junto do doente, procurei identificar o agente causador da queimadura.

Fiquei a saber que se tratava de uma queimadura eléctrica. Avaliei em conjunto com a equipa o doente, removemos a roupa para interromper o processo de queimadura, a área queimada foi molhada com soro fisiológico com o objectivo de promover o arrefecimento da área queimada (mão e membro superior direito). Um dos efeitos imediatos da lesão eléctrica é a contracção térmica dos músculos, podendo ocasionar fracturas e luxações como efeitos retardados da descarga eléctrica. As manifestações cardiopulmonares ocorrem logo após o acidente, sendo a anoxia e a fibrilhação ventricular as principais causas de morte, pelo que foi pedido de imediato a colaboração de Cardiologia, realizado o ECG, visto que as queimaduras eléctricas são produzidas pelo contacto entre o corpo e a fonte eléctrica, sendo que a gravidade é determinada pelo trajecto da corrente eléctrica através do corpo, podendo gerar lesões musculares, alterações eléctricas no miocárdio e lesões em outros órgãos vitais.

Realizei a avaliação inicial possível, visto o doente se encontrar muito queixoso, verifiquei as áreas do corpo atingidas, presença de flictenas, idade e peso do doente, qual a procedência do doente, questionei a imunização contra o tétano, monitorizei sinais vitais, avaliei a função neurológica através da escala de Glasgow, coloquei um acesso venoso periférico para analgesia (visto que o doente referia dor de grau 10 na escala numérica) e para reposição de volémia com Lactato de Ringer.

Na continuidade dos cuidados, realizei a limpeza e desbridamento da ferida, sendo posteriormente protegida com penso esterilizado. A prestação de cuidados de enfermagem a um doente queimado é essencial e em conjunto, foram prestados cuidados no sentido de garantir uma recuperação e reabilitação rápida, no sentido de reduzir a probabilidade de surgimento de sequelas para o doente. Os focos da prática de enfermagem que mereceram a minha intervenção foram a dor, a ansiedade e o medo. Furneci o apoio psicológico e emocional ao doente através de uma postura serena e segura.

Após estabilização do doente e enquanto esperava a transferência, perguntei se não tinha ninguém que o acompanhasse, ao que o doente respondeu afirmativamente. Como nesta área do SU não existe antena para determinadas redes de telemóvel, prontifiquei-me a vir fazer a chamada para o seu familiar. Ao promover o envolvimento da família, verifiquei que o doente ficou mais tranquilo. Quando o familiar chegou acompanhei-o até ao doente, mas antes esclareci algumas dúvidas e receios do familiar. Neste caso clínico, a privacidade do doente foi



preservada, como elemento básico para estabelecer uma relação de confiança com o doente. A manutenção da segurança do doente foi também a minha preocupação, cujo âmbito da acção foi desde a atenção às normas de controlo da infecção até à simples redução do ruído.

O método de trabalho foi pautado pela colaboração entre a equipa. Procurei demonstrar iniciativa e criatividade no atendimento ao doente e coloquei em prática um atendimento humanizado, demonstrando capacidade para ouvir e comunicar com o doente e família através do reconhecimento das palavras que o doente expressa, e de que nesse momento estamos presentes e solidários com o seu sofrimento.

Considero de primordial importância não ver o doente como mero objecto de intervenção técnica e não considerar perda de tempo ouvir as angústias, os medos e expectativas dos doentes e famílias. Todo o doente tem direito a um atendimento atencioso e respeitoso, à dignidade pessoal e ao sigilo profissional, à informação clara, numa linguagem acessível sobre o seu diagnóstico, tratamento e prognóstico, bem como, recusar o tratamento e ser informado dessa opção. A informação é então a base da fundamentação das decisões autónomas do doente, necessária para que o doente possa consentir ou recusar os procedimentos de saúde a ele propostos.

A minha actuação foi sempre pautada tendo em conta estes princípios na realização de todo e qualquer procedimento, seja considerado simples ou complexo, como a administração de terapêutica, realizado com o consentimento livre e esclarecido do doente, a partir da informação e esclarecimento do tipo de medicamento, indicação e modo de administração. Tive também a preocupação de sensibilizar a equipa, através da minha actuação, para estes aspectos importantes da prática de enfermagem.

Considero que demonstrei um nível aprofundado de conhecimentos na área da EEMC, desenvolvi uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao doente, bem como tomei decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às responsabilidades sócias e éticas. Demonstrei conhecimentos aprofundados sobre técnicas e comunicação no relacionamento com doente e família e relacionei-me com respeito pelas suas crenças e pela sua cultura e desta forma zelei pelos cuidados prestados na área de EEMC.

Objectivo específico:

- Identificar situações/problema relacionadas com o Controlo de Infecção associadas à prestação de cuidados enfermagem no SU.

Actividades / Estratégias realizadas:

- Observei os procedimentos que podem contribuir para as IACS no serviço;
- Analisei e reflecti sobre situações/problema relacionados com a prestação de cuidados e dei sugestões baseadas na evidência;

- Questionei os enfermeiros sobre as suas necessidades de formação em relação à prevenção e controlo de infecção;
- Integrei e mobilizei os conhecimentos adquiridos no módulo III – EMC I – Controlo de Infecção Hospitalar e no estágio da CCI

Através da observação, foi possível verificar algumas situações, em que nem sempre existe sensibilidade para a importância das IACS, e que o empenho em reduzir a incidências deste tipo de infecção é responsabilidade de todos, e todos são importantes neste processo.

Neste sentido, e de forma informal, apresentei um filme sobre a importância das infecções associadas aos cuidados de saúde, com o objectivo de procurar sensibilizar a equipa para esta realidade, no final, foi possível abordar esta temática, onde procurei dar visibilidade ao Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde 2007, com destaque para facto das IACS serem actualmente, uma das maiores preocupações dos gestores dos sistemas de saúde, e que cerca de um terço destas IH, podem ser prevenidas com medidas de controlo à infecção.

Um problema que identifiquei, diz respeito aos cadeirões dos doentes na sala de atendimento, pois constatei que, após a permanência dos doentes no cadeirão, raramente este era desinfectado. Lembrei que os doentes estão vulneráveis às múltiplas infecções que podem ser adquiridas nos locais onde ocorre a prestação de cuidados, sobretudo devido ao recurso a procedimentos invasivos como é o caso do cateterismo periférico e da punção venosa.

Neste contexto, assisti à recusa de um doente em ocupar um cadeirão, por serem visíveis vestígios de sangue. A situação particularmente embaraçosa, veio dar consistência à necessidade já por mim identificada, de se proceder sempre à desinfecção dos cadeirões entre cada doente. Esta situação, foi analisada com o enfermeiro tutor, onde apresentei os fundamentos da transmissão dos microrganismos que, de acordo com Santos (2002), os microrganismos em geral são transmitidos por contacto directo, por meio de gotículas de secreções respiratórias e pelo ar. O enfermeiro tutor prontamente deu indicações aos assistentes operacionais para que os cadeirões fossem desinfectados após cada utilização. Foi com agrado que observei o cumprimento desta medida, reforcei a ideia: - todos estão envolvidos nesta problemática.

Dando continuidade a esta sensibilização, sugeri a colocação de solução de base alcoólica em cada carro de punção, a fim de ser possível a sua utilização após cada procedimento, sugestão que foi posta em prática. Desinfectar as mãos antes e após palpação do local de inserção do cateter, bem como antes e após inserir, substituir, aceder ou otimizar um dispositivo intravascular, ainda não está completamente enraizado nos enfermeiros. Esta recomendação assume a categoria IA, ou seja, são medidas de adopção fortemente recomendadas e fortemente apoiadas por estudos epidemiológicos, clínicos e experimentais bem desenhados.

Os enfermeiros reconhecem a importância das IACS, mas referem que a carga de trabalho constitui um obstáculo, visto haver dias de grande afluência de doentes.

Outra situação identificada diz respeito à higienização das mãos. As infecções hospitalares ocorrem por diversas razões e existem muitos mecanismos que favorecem o seu aparecimento. Um deles é a transmissão de microrganismos pelos profissionais de saúde, que actuam como vectores, directa ou indirectamente, na transmissão de microrganismos patogénicos, a doentes vulneráveis. Acredita-se que um terço das infecções possam ser prevenidas com medidas de controlo de infecção, uma destas medidas é a adequada higiene das mãos (Rickard, 2004). As mãos são o principal meio de transmissão de infecções hospitalares e a sua higienização deve ser realizada antes e após qualquer procedimento realizado ao doente (Center for Disease Control, 2002). Verifiquei que alguns enfermeiros não procediam à higienização das mãos, nos cinco momentos recomendados, nomeadamente antes dos procedimentos; este “gesto que salva vidas” é delegado para segundo plano. Acredito ser necessário continuar a divulgar a importância desta medida simples, com grande impacto na prevenção e controlo das IACS. Procurei dar testemunho desta realidade, procedendo à higienização das mãos nos momentos recomendados, sempre que realizei prestação de cuidados.

Assim, foi possível incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências, demonstrei iniciativa e na interpretação e resolução de problemas na área da EEMC. Estas actividades permitiram desenvolver também competências relacionadas com a promoção e desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros.

Objectivo específico:

- Conhecer a actuação dos enfermeiros do SU face ao doente com dor.

Actividades / Estratégias realizadas:

- Identifiquei qual o instrumento de avaliação da dor existente no SU de forma crítico-reflexiva;
- Registei e promovi o registo da dor ao doente no SU no processo clínico;
- Demonstrei habilidades na adopção de medidas não farmacológicas no alívio da dor;
- Realizei pesquisa bibliográfica sobre a dor.

Ao longo deste estágio verifiquei que uma das razões que frequentemente leva os doentes a recorrerem a este SU, é a dor. Situação reiterada por Fontes e Jaques (2007), que transmitem a ideia de que a dor é actualmente uma das razões mais frequentes da procura de cuidados de

saúde e que, quando não controlada, é responsável pelo elevado número de complicações pós operatórias e pós traumáticas, com conseqüente prolongamento dos dias de internamento, bem como o aumento dos custos para a instituição, mas principalmente sofrimento e insatisfação do doente, devido ao facto de não ser devidamente valorizada, tratada e documentada, por causa da inadequada avaliação inicial dos profissionais de saúde, em particular dos enfermeiros.

A dor, como acima referi é uma das causas mais frequentes na procura de cuidados de saúde, considerada como o 5º sinal vital, que deve ser avaliado e registado utilizando as escalas da dor existentes. Verifiquei que a actuação de enfermagem, face a um doente com dor, se limita à preparação e administração de terapêutica analgésica prescrita pelo médico. Não é utilizado qualquer instrumento de avaliação da dor. Embora a folha de registo dos doentes que ficam em observação, contemple a avaliação e registo da dor, este registo nem sempre é efectuado. Na minha actuação, avaliei e registei a dor, utilizando a Escala Visual Numérica graduada de zero a dez (na qual zero significa ausência de dor e dez a pior dor imaginável), por se adaptar melhor ao doente, na altura da admissão, bem como, avaliei e registei a dor após medidas farmacológicas.

A ausência da utilização de uma escala da dor, impeliu-me a levar para o estágio como ferramenta de trabalho, a referida escala, que utilizei sempre. Avaliar e registar a dor é uma forma de melhorar a qualidade e vida do doente, pois a dor é um dos mais frequentes sintomas relatados pelos doentes que recorrem ao SU.

Compreendo que a implementação do 5º sinal vital implica uma mudança de comportamento, o que pressupõe a existência de acções de formação dirigidas aos enfermeiros e mudanças sistemáticas a nível organizacional, como afirma Mularski *et al.* (2006). Tornar a dor no 5º Sinal Vital é um processo que envolve esforço de toda equipa multidisciplinar.

Realizei pesquisa bibliográfica pertinente sobre a dor, levei para o serviço o Plano Nacional de Luta Contra a Dor, com o intuito de fundamentar esta temática, documento que espelha a importância da avaliação e registo da dor; conforme se pode ler: "O uso de registos, como rotina, encoraja quem cuida dos doentes a reavaliar continuamente o tratamento da dor e a corrigir, em tempo, as terapias inadequadas" (DGS, 2001:32). Para haver mudança, tem de haver uma força impulsionadora que enfrente e supere a inércia organizacional. Cabe, ao EEEMC mobilizar acções, que promovam a reflexão sobre a importância da avaliação e registo da dor, a fim de elevar a consciencialização, sensibilização dos pares para esta necessidade, como sendo tão importante, quanto a avaliação e registo dos outros sinais vitais. Ao promover a avaliação e registo da dor, procurei motivar a equipa (através da minha prática e da reflexão conjunta sobre a mesma prática e as suas vantagens) para a necessidade de efectivar esta avaliação e registo de forma sistemática.

Na perspectiva de futura enfermeira na área da EEMC destaco a importância das intervenções não farmacológicas para o controlo da dor, que compreendem um conjunto de medidas de ordem educacional, física, emocional comportamental e espiritual que podem ser instituídas e

que embora possam não eliminar a dor, são um importante contributo para amenizar o sofrimento por ela causado, podendo até mesmo reduzi-la. As diversas medidas não farmacológicas úteis para a prevenção e redução da dor, as quais constituem intervenções autónomas em enfermagem e que tanto são reclamadas por nós, abrem um caminho amplo para a actuação da enfermagem (Fontes e Jaques, 2007), no entanto pouco utilizadas. A medida não farmacológica que mais utilizei foi assegurar o conforto dos doentes através da redução de estímulos emocionais (ruído e luminosidade) temperatura do ambiente, o toque terapêutico e a disponibilidade para a escuta activa.

Não podemos esquecer que a dor continuará a ser uma experiência individual, influenciada por múltiplos factores pessoais, culturais, sociais, espirituais, expectativas e estados emocionais, entre outros. Por isso, cuidar de um doente com dor, exige mais que uma simples abordagem; exige uma intervenção muito mais complexa e abrangente, capaz de envolver todos estes componentes, onde o papel do EEEMC pode ser determinante, mobilizador e impulsionador da implementação na equipa, de boas práticas. A dor exige dos enfermeiros uma atenção extrema, uma aptidão e sensibilidade especial para a sua avaliação, contribuindo para a garantia de cuidados mais humanizados.

Como competências adquiridas, considero que produzi um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspectivas sobre os problemas de saúde com que se depara, que abordei questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na área da EEMC e demonstrei um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da EEMC.

**Objectivo geral: Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com situações complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem.**

Objectivo específico:

- Assegurar o respeito pelos princípios éticos e legais ao doente e família.

Actividades / Estratégias realizadas:

- Demonstrei respeito pela autonomia do doente;
- Demonstrei respeito pelo direito à privacidade do doente e família;
- Realizei cuidados tendo em conta a segurança e dignidade do doente;
- Promovi o respeito e protecção do direito ao consentimento informado;
- Promovi o direito do doente e família ao acesso à informação;

- Promovi o dever de sigilo profissional;
- Demonstrei respeito, por crenças e valores do doente e família.

Neste estágio, tive a oportunidade de realizar sempre os cuidados de enfermagem, demonstrando respeito pelo direito ao cuidado com responsabilidade, contribuindo para um atendimento em tempo útil, para que não se verifiquem atrasos no diagnóstico da doença e respectivo tratamento. A prestação de cuidados teve como princípio a identificação das necessidades do doente e família, onde participei na procura de soluções para os problemas de saúde detectados. Prestei cuidados tendo em conta a segurança e qualidade dos mesmos, informando sempre o doente, sobre os cuidados a prestar obtendo o seu consentimento, visto que qualquer intervenção no domínio da saúde, só pode ser efectuada depois da pessoa dar o seu consentimento de forma livre e esclarecida, respeitando sempre os seus valores e crenças, abstenho-me de fazer juízos de valor sobre o comportamento e opções do doente, não lhe impondo os meus próprios valores. Sempre que fornecia informações ao doente e família, procurei fazê-lo num local que garantisse a confidencialidade da informação e fosse apenas facultada a quem o doente entendesse, de acordo com a sua vontade, salvaguardando as situações em que o princípio da beneficência se sobrepõe (CDE, 2003).

O respeito pela autonomia do doente foi uma constante, demonstrei o reconhecimento de que o doente é livre e autónomo, capaz de decidir por si mesmo. A privacidade do doente é um direito a respeitar e sempre que prestei cuidados, protegi o doente utilizando os cortinados (a privacidade possível) falando num tom apenas audível para o doente.

A este SU, recorrem doentes que estiveram internados por acidentes de trabalho, o seguro garante a continuidade do tratamento no domicílio fornecendo terapêutica, entregue pelos enfermeiros. Colaborei e acompanhei a tutora nesta actividade e verifiquei que a entrega de terapêutica era feita na sala de espera, na presença de doentes que aguardavam atendimento médico.

Analisei e reflecti sobre esta situação, sugeri que esta actividade se realizasse, por exemplo, na sala de enfermagem, onde a informação fosse fornecida apenas ao doente. Esta atitude visa salvaguardar o dever de sigilo profissional, como forma de preservar um direito, visto que é pelo direito à confidencialidade, que se afirma o dever de sigilo aplicável também nesta situação (CDE, 2003). A enfermeira aceitou a sugestão; a partir daí sempre que era necessário fornecer terapêutica, o doente era chamado à sala de enfermagem.

Considero que desenvolvi competências no sentido de formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica. Abordei questões complexas de modo sistemático e criativo relacionado com o doente e família, especialmente na área da EEMC e zelei pelos cuidados prestados na área da EEMC.

Objectivo específico:

- Estabelecer uma relação terapêutica, com doente e família.

Actividades / Estratégias realizadas:

- Promovi o envolvimento da família ou convivente significativo no processo;
- Demonstrei visão do doente/família numa perspectiva holística;
- Apoiei o doente e família nas vivências de situações de prognóstico reservado;
- Estabeleci com doente e família uma relação de ajuda;
- Promovi uma atitude que constituiu um recurso para doente/família que enfrenta desafios;
- Demonstrei capacidade em utilizar a comunicação verbal e não verbal adequada a necessidades de doente e família;
- Demonstrei interesse efectivo e disponibilidade ao doente e família;
- Realizei escuta activa;
- Colaborei na informação relevante a ser apresentada de forma clara e apropriada;
- Acompanhei enfermeiro tutor de forma interventiva.

No contacto com o doente e família desenvolvi a escuta activa, demonstrando interesse e disponibilidade no sentido de promover uma relação de ajuda, permitindo que os intervenientes neste processo de interacção partilhassem, emoções sentimentos e angústias, não me limitando apenas à realização do procedimento, mas integrando no processo de cuidar estes aspectos de suma importância, com objectivo de ajudar o “outro” a viver esta fase do ciclo de vida de forma a minimizar o sofrimento, ajudando a atingir a sua capacidade máxima funcional o mais rápido possível.

Em nenhum momento foi descurada a importância da empatia, revelada como a capacidade de aceitar e compreender a realidade do doente, exprimindo compreensão por aquilo que foi transmitido e garantindo que o que expressou foi ouvido. Segundo Pessini e Bertachini (2004: XV), “humanização depende da nossa capacidade de falar e ouvir, depende do diálogo com os nossos semelhantes”, ou seja, sem comunicação não há humanização. Percebe-se que, inerente ao processo de humanização em saúde, a comunicação é uma das competências que deve estar presente na actuação do enfermeiro, a fim de expandir a habilidade de compreender as mensagens implícitas e explícitas, que permeiam a relação com o doente. A comunicação pode ser considerada como comportamento que objectiva a reflexão, o relacionamento, a troca de informações, de ideias, de imagens e de sentimentos visando o atendimento humano e ao exercício da influência intencional (Jesus e Cunha, 1998).

A prática de enfermagem envolve necessariamente uma relação interpessoal. Torna-se claro, portanto, a importância da comunicação como instrumento de enfermagem, uma habilidade indispensável ao desempenho profissional onde a comunicação possibilita o relacionamento terapêutico, enfermeiro – doente. A EEEMC pode ter um papel crucial, valorizando estes aspectos fundamentais, na relação que se estabelece com o doente, mostrando disponibilidade efectiva para ouvir o doente e família.

Na minha actuação como futura enfermeira na área EEMC realizei sempre cuidados de enfermagem, aproveitando o momento do cuidar, para ouvir o doente, esclarecer todos os procedimentos, dúvidas, receios, atribuindo sentido real ao facto de que humanizar o cuidado é também comunicar com o doente, explicando todos os procedimentos detalhadamente, certificando-me de que este, compreendeu a informação. Adoptei uma postura, que segundo Barlem, *et al*, (2008:1047) vai mais além: "é estar ali por ele e com ele", dando-lhe atenção efectiva, conseguida através de um olhar atento, pelo toque terapêutico, pela empatia, pela presença, e pelo respeito pelos silêncios. O grande desafio que a enfermagem vive actualmente, diz respeito à necessidade de romper as barreiras necessárias para implementar o cuidado integral e humanizado. Um dos principais dilemas para tornar o cuidado mais humanizado, passa pelo reconhecimento do doente como co-participante no seu processo de cura e reabilitação (Silva *et al.*, 2007). Todavia, as acções de Enfermagem só têm significado quando o cuidado é resultante de um processo interactivo, no qual a intencionalidade do agir e o conhecimento do que se espera de cada um no processo de cuidar sejam manifestadas.

Embora seja consenso que no SU, nem sempre é possível disponibilizar mais tempo para comunicar com doente e família, devido às suas características, os enfermeiros deste SU, estabelecem com o doente e família uma relação terapêutica, onde a humanização faz parte da filosofia da enfermagem e caracteriza-se pela capacidade do enfermeiro colocar a cabeça e o coração na tarefa desenvolvida, entregando-se sinceramente ao outro, sabendo ouvir com ciência e paciência as palavras e os silêncios.

O relacionamento e o contacto directo fazem crescer, e é neste momento de troca e partilha que acontece a humanização, por cada um de nós ser capaz de se reconhecer e de se identificar como pessoa e como ser humano (Oliveira, *cit. in* Bedin, Ribeiro e Barreto, 2004). A minha concordância com a opinião de Pessini é total: "... Quem cuida e se deixa tocar pelo sofrimento humano torna-se um radar de alta sensibilidade, humaniza-se no processo e para além do conhecimento científico, tem a preciosa oportunidade e o privilégio de crescer em sabedoria. Esta sabedoria coloca-nos na rota da valorização e descoberta de que a vida não é um bem a ser privatizado, muito menos um problema a ser resolvido nos circuitos digitais e electrónicos da informática, mas um dom, a ser vivido e partilhado solidariamente com os outros" (*cit. in* Bettinelli, Waskiewicz e Erdmann, 2003: 234).

Os momentos vividos na relação que desenvolvi com o doente e família através da humanização dos cuidados ficarão guardados na memória, farão parte de cada um e nunca serão apagados. Para que tal aconteça, é necessário que a enfermagem se deixe tocar pelas



vidas, sofrimento e alegrias, esperanças e desejos dos doentes, portadores de mistérios que transcendem a nossa capacidade racional (Assmann e Sung, 2000). A comunicação visa, pois, provocar mudanças esperadas no comportamento dos indivíduos, através do desenvolvimento de atitudes positivas em relação ao próprio desempenho, que culmina com a satisfação profissional.

Desta forma, demonstrei conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família desenvolvi a escuta activa demonstrei interesse e disponibilidade para ouvir o doente e família e relacionei-me de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura; produzi um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração as diferentes perspectivas sobre os problemas de saúde com que me deparei; zelei pelos cuidados prestados na área da EEMC.

Objectivo específico:

- Identificar os problemas éticos com que se deparam os enfermeiros no SU.

Actividades / Estratégias:

- Observei as principais situações que constituem um problema ético para os enfermeiros do SU;
- Recolhi informação relevante junto dos enfermeiros;
- Analisei as alternativas possíveis de acção, que permitam resolver problemas éticos com que se depara a equipa de enfermagem.

Na actuação diária, como enfermeira estagiária da EEMC, tendo em mente as situações que podem constituir um problema ético para os enfermeiros do SU, identifiquei junto dos enfermeiros, as suas preocupações relacionadas com esta temática. Um dos aspectos referidos pela equipa, diz respeito estrutura física da sala de observação, considerada inadequada, devido às suas reduzidas dimensões, o que compromete o respeito pelos direitos dos doentes. Em causa está por exemplo, o carácter confidencial da informação fornecida aos doentes devido à extrema proximidade uns dos outros. Nesta linha de pensamento, quando se menciona os direitos do doente, não se está a conceder à pessoa novos direitos, mas apenas a dar ênfase especial aos direitos que lhe são inerentes, uma vez que, por maior que seja a sua fragilidade e vulnerabilidade, nunca deixa de ser pessoa (Pacheco, 2002). É dever do enfermeiro “partilhar informação pertinente só com aqueles que estão implicados no processo terapêutico, usando como critérios orientadores o bem-estar, a segurança física, emocional e social do indivíduo e família, assim como os seus direitos” (CDE, 2003:81). As reduzidas dimensões da sala comprometem este direito, uma vez que a informação fornecida ao doente é facilmente ouvida por outros doentes. Sugeri que se usasse um tom de voz adequado, mais

baixo, que garantisse a comunicação oral enfermeiro/doente, mas não ser audível por parte dos outros doentes. Analisei e reflecti com o tutor, e a sugestão foi acolhida e posta em prática pelos enfermeiros, conforme observei em situações subsequentes.

Nesta mesma sala onde os doentes recebem cuidados de enfermagem, observei que os enfermeiros não fazem uso regular das cortinas, o que compromete a privacidade dos doentes. Para melhorar esta situação, procurei sensibilizar os enfermeiros para a necessidade em utilizarem as cortinas entre os cadeirões destaquei a importância do seu uso sistemático, bem como, o hábito de fechar a porta da sala, respeitando assim o dever do respeito pela intimidade. Realizei cuidados de enfermagem utilizando sempre as cortinas e fechando sempre a porta. Destaquei que mesmo face a alguns obstáculos, as intervenções de enfermagem adquirem particular importância, em que o papel do enfermeiro é essencial, no sentido de criar um clima seguro, acolhedor e de confiança, onde é imperativo e necessário integrar uma atitude interior de cuidar ético, para que o exercício competente das actividades de cuidar seja atingido.

Reflecti com a equipa sobre o sentido da acção do enfermeiro e a consequência final dos seus actos, despertando a consciência para a necessidade de tomar decisões assertivas e justas na observância de um humanismo fundamental. Promovi a necessidade de desenvolver uma atitude ética que tem como fim último, determinar o autêntico modo humano de ser e agir.

Foi possível gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da formação inicial e, da experiência profissional e de vida, e da formação pós graduada; formulei e analisei questões de maior complexidade relacionadas com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica.

**Objectivo geral: Ser capaz de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades.**

Objectivo específico:

- Participar no plano de formação de enfermagem do SU.

Actividades / Estratégias realizadas:

- Consultei o plano anual de formação do serviço;
- Identifiquei o enfermeiro responsável pela formação;
- Demonstrei interesse na formação do SU;
- Identifiquei as necessidades de formação dos enfermeiros do SU;

- Realizei acção de formação sobre:” Síndromes Coronárias Agudas - Cuidados de Enfermagem”
- Colaborei activamente no plano de formação em conjunto com enfermeiro tutor;

Procurei conhecer o Plano Anual de Formação e, em conjunto com o tutor, identifiquei as necessidades formativas dos enfermeiros do Serviço. Neste sentido, e tendo em conta o projecto deste SU de no futuro próximo implementar a Via Verde Coronária, a temática sugerida foi algo que estivesse relacionado com este projecto. As doenças do aparelho circulatório constituem a primeira causa de morte em Portugal, tendo sido responsáveis, em 2008, por 32,3% da mortalidade total (33 642 mortes). Tendo em conta esta preocupante realidade, em Agosto de 2007 foram implementadas as Vias Verdes para o Enfarte Agudo do Miocárdio e Acidente Vascular Cerebral. As Vias Verdes são estratégias organizativas que visam promover o atendimento de situações críticas, o mais atempadamente possível, no local mais adequado, com recursos e tecnologia especializada para o melhor tratamento: Unidades hospitalares de Intervenção Coronária – Angioplastia para o EAM e Unidades hospitalares de Acidente Vascular Cerebral. As Vias Verdes desempenham, assim, um papel fundamental na articulação entre a assistência pré-hospitalar (INEM) e as diferentes entidades prestadoras de cuidados de Saúde (Gabinete da Ministra da Saúde, 2010).

O HPP, tem como objectivo, implementar a Via Verde para o EAM, num futuro próximo e nesta área tornar-se uma unidade hospitalar, com competências específicas, para a rápida intervenção e tratamento, já que actualmente o doente que recorre a este SU com EAM, é transferido para o Hospital de São João ou para o Hospital Santo António. No seguimento deste objectivo, dada a importância da Doença Coronária e o papel crucial do enfermeiro na assistência do doente nesta fase crítica, realizei uma sessão de formação intitulada ”Síndromes Coronárias Agudas: Cuidados de Enfermagem” (Anexo IV). Esta sessão formativa teve como suporte teórico um trabalho de pesquisa realizado sobre o tema, foi realizada com apoio de um *datashow*. A sessão contou com a presença dos enfermeiros do HPP.

Na sequência deste tema foram elaborados e entregues ao serviço dois *posters*: o primeiro enquadrava as definições das Síndromes Coronárias Agudas e o segundo alusivo ao algoritmo do Tratamento das Síndromes Coronárias Agudas, recorrendo-se ao European Resuscitation Council (2010) como fonte bibliográfica. A pertinência da elaboração destes *posters* teve por base a ausência de informação sobre os algoritmos referidos, e como objectivo partilhar e fornecer à equipa, as mais recentes recomendações sobre a actuação de enfermagem nestas situações. Os *posters* foram apresentados à Enfermeira Directora, que se comprometeu a obter autorização para afixação dos mesmos.

Na continuidade deste objectivo, percebi que existe empenho em realizar formação aos enfermeiros, mas também, aos assistentes operacionais desta instituição. Assim, tive oportunidade de assistir e participar à formação:” Suporte Básico de Vida” destinado aos

assistentes operacionais. O meu contributo nesta formação, teve lugar no momento da avaliação prática, em conjunto com o tutor. Foi com agrado que me vi envolvida num programa de formação do hospital, no qual coloquei todo o meu empenho, conhecimentos e experiência profissional e pessoal.

A realização destas actividades permitiram incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências. Comuniquei os resultados da prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas, demonstrei um nível aprofundado de conhecimentos na área da EEMC, comuniquei aspectos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público geral e desenvolvi competências comunicacionais e relacionais com equipa multidisciplinar no SU.

Objectivo específico:

- Desenvolver competências comunicacionais e relacionais com equipa multidisciplinar no SU.

Actividades / Estratégias realizadas:

- Demonstrei capacidade para manter relações de trabalho construtivas com enfermeiros e restante equipa;
- Promovi comunicação eficaz, utilizei uma linguagem técnico – científica com a equipa multidisciplinar,
- Adoptei uma atitude pró-activa e disponível.

A comunicação entre a equipa e a relação que se estabelece com a mesma é de primordial importância. Neste sentido, desenvolvi relações de trabalho construtivas, por me apresentar sempre disponível para colaborar no plano de trabalho, demonstrando interesse e iniciativa no atendimento aos doentes.

Adoptei diariamente, uma atitude pró-activa na realização de actividades a cargo do tutor, nomeadamente na verificação diária da *cheklist* existente nas diversas áreas, que compreendem o armário-cofre da sala de emergência e cofre dos estupefacientes da sala de enfermagem. Procedi à respectiva reposição de material utilizado, fazendo o pedido de reposição no sistema informático; verifiquei a validade da terapêutica e semanalmente procedi à verificação e teste do equipamento nomeadamente, ventilador, desfibrilhador, saídas de oxigénio, entre outros.

Para que a equipa de saúde possa desenvolver as suas actividades, ou seja, prestar uma adequada assistência à saúde de indivíduos e comunidade, é necessário que os equipamentos existentes na unidade estejam em perfeito funcionamento, garantindo dessa forma não apenas

a assistência, mas também a segurança de quem utiliza o equipamento. Conferi diariamente o cofre dos estupefacientes e dos electrólitos procedendo à sua reposição.

Estas actividades são realizadas por enfermeiros especialistas, que fazem a gestão dos recursos materiais e equipamentos. São estes enfermeiros que têm uma maior percepção de suporte organizacional num modelo de gestão de unidades de saúde e que poderão contribuir para a eficiência, objectivando a Melhoria Contínua da Qualidade. Estas actividades foram de primordial importância na área da gestão, assegurando a qualidade e quantidade dos materiais necessários, para o desenvolvimento do processo de trabalho em Enfermagem, na perspectiva de uma assistência científica, participativa e humanizada, buscando integrar as potencialidades individuais e colectivas daquele que presta o cuidado, bem como daquele que o recebe (Honório e Albuquerque, 2005).

O HPP encontra-se em processo de certificação pela *Joint Commission*; daí que o rigor destas actividades constitua uma responsabilidade do enfermeiro responsável nas quais participei.

As relações estabelecidas foram construtivas e de partilha, entre os vários intervenientes resultando daí um ambiente propício para o desenvolvimento pessoal e profissional.

Demonstrei capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar e mantive de forma contínua e autónoma, o meu próprio processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional.



### 3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A enfermagem é uma profissão complexa, que pressupõe uma formação que permita ao profissional, desenvolver um conjunto de competências científicas e técnicas, sendo essencial reconhecer simultaneamente a importância das dimensões existenciais, relacionais e afectivas. A necessidade, de permanente actualização e aquisição de novos conhecimentos e de melhor preparação técnica e humana, pelo compromisso assumido com a comunidade no exclusivo intuito de promover ou restituir a saúde e suavizar o sofrimento, no pleno respeito pela dignidade da pessoa, motivou-me a realizar este mestrado. É objectivo da enfermagem prestar cuidados ao ser humano, ao longo do ciclo vital, onde o foco de sua atenção se centra na promoção dos projectos de saúde que cada pessoa persegue e vive (Ordem dos Enfermeiros, 2001). Cabe ao EEEMC orientar a sua actividade pela responsabilidade inerente ao papel que assumiu com a sociedade, o respeito pelos direitos humanos na relação com os doentes, a excelência do exercício na profissão e na relação com outros profissionais.

O estágio realizado na CCI do HPH, constituiu um importante contributo para a aquisição e desenvolvimento de conhecimentos e competências específicos nesta área. A sua realização permitiu de forma significativa, repensar a qualidade e segurança dos cuidados prestados, compreender a importância das IACS, através da análise e reflexão na prática e sobre a prática clínica, o que favoreceu a minha mudança de comportamento e de atitude, como pessoa e profissional. Senti necessidade de mobilizar saberes adquiridos na fase teórica do curso, proporcionando enriquecimento e renovação dos mesmos. Mudei comportamentos, atitudes, e adquiri competências. Atribui maior sentido às palavras inscritas no CDE (2003:99) "... O pano de fundo é a busca de excelência. Todavia, não se trata de uma procura ocasional... É expresso que se refere em todo o acto profissional, sem excepções, podendo aliar-se a procura contínua ao desenvolvimento de saberes e competências". Para a aquisição de competências é necessário desenvolver a capacidade de transformar conhecimentos e interesses em resultados práticos, perante uma situação concreta (Valente, 2005).

Na minha passagem pela CCI, foi possível dar o meu contributo ao realizar a revisão bibliográfica da norma "Infecção respiratória nosocomial" que constituiu também um marco importante na minha aprendizagem. Colaborei na vigilância epidemiológica, realizando visitas periódicas aos serviços.

Considero que desenvolvi e adquiri conhecimentos e competências específicas na área das infecções associadas aos cuidados de saúde, compreendi a importância da CCI na instituição hospitalar e na prevenção e controlo das IACS. Jonas (1995) incita-nos a agir de modo a que os efeitos da nossa acção não sejam destruidores da possibilidade da vida humana na terra. Foi neste sentido que pautei a minha actuação.

Na busca da excelência, como futura enfermeira na área da EEMC pretendo analisar com regularidade o meu trabalho mas agora com um novo olhar, ao procurar aplicar com afinco na

minha prática clínica os conhecimentos adquiridos e desenvolvidos, reconhecendo eventuais falhas que impliquem mudança de atitude, adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa. Manter-me actualizada, assegurando as condições de trabalho que permitam exercer a profissão com dignidade e autonomia, é um dever.

O estágio no HPP – Boavista, permitiu-me conhecer esta realidade e vivenciar situações reais em contextos diferenciados da minha prática clínica, tendo sido um importante contributo no desenvolvimento e aquisição de competências específicas nesta área. Prestei cuidados de enfermagem com responsabilidade profissional, ética e legal, ao promover boas práticas de cuidados, que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, assegurando sempre, a autonomia do doente no processo de doença, o direito à privacidade, a confidencialidade da informação e o consentimento informado.

No processo de cuidar, envolvi sempre que possível a família, como sendo parte integrante do cuidado. Identifiquei situações/ problema que mereceram a minha reflexão, como por exemplo, a necessidade do uso sistemático das cortinas, na prestação de cuidados bem como, destaquei a importância da higienização das mãos por parte dos enfermeiros. Os conhecimentos adquiridos e desenvolvidos na CCI, foram uma mais-valia na minha actuação no estágio do SU, no sentido em que fiquei mais desperta para a realidade das IACS, tendo sido capaz mobilizar para a prática, os conhecimentos adquiridos, identificando situações, que mereceram a minha intervenção na área da infecção hospitalar. O desenvolvimento de competências na área da formação foi plenamente concretizado, através da sessão de formação que realizei sobre SCA, onde partilhei conhecimentos adquiridos na componente teórica, mas também da minha experiência profissional. Reflecti com os enfermeiros sobre a segurança dos cuidados e suas implicações, dando desta forma o meu contributo pessoal e profissional neste estágio. As experiências significativas que surgiram, o contacto com doentes em contextos diferentes da minha experiência profissional, onde a singularidade de cada doente e a diversidade de respostas humanas a um problema de saúde ou aos processos de vida com que me deparei, contribuíram significativamente para aprofundar os meus conhecimentos, a minha aprendizagem, onde as intervenções e reflexões realizadas ao longo do estágio constituíram um importante marco para a aquisição de competências na área EMC. De acordo com o mandato social da profissão, desenvolvi a relação de ajuda ao utilizar uma metodologia eficaz na abordagem e assistência ao doente e família demonstrando interesse e disponibilidade para escutar os seus receios e medos.

A elaboração do Relatório permitiu uma retrospectiva e reflexão crítica das experiências vivenciadas, que culminou numa gratificante realização profissional e pessoal. A sua construção emanou do processo reflexivo e foi um contributo decisivo, para interiorizar as vivências que este estágio me proporcionou, para melhor enquadramento e percepção das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Médico-Cirúrgica, reflectidas no nº 3 do art.º 4 do REPE (Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro), onde é reconhecido que o "enfermeiro especialista é o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em



enfermagem (...) a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialização”.

A importância desta componente de formação foi inegável, para a consolidação de saberes, possibilitando a contextualização do conhecimento adquirido, bem como, a mobilização do mesmo. Ofereceu um contexto de aprendizagem que favoreceu um contacto com novas realidades, permitiu o desenvolvimento da capacidade crítico – reflexiva ao analisar a prática e repensar a mesma, proporcionando uma capacidade de adaptação em contextos diferenciados, numa perspectiva de uma prática avançada, e a caminhada para a identidade pessoal e profissional na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica como futura especialista. Esta aprendizagem não se limitou unicamente à componente instrumental das intervenções de enfermagem, mas à tomada de decisão como um processo, através da interiorização dos mecanismos necessários à produção do juízo clínico adequado, à prestação de cuidados de enfermagem diferenciados e de maior complexidade, baseando a praxis clínica especializada em padrões de conhecimento sólidos e validados. Como futura enfermeira especialista na área de EMC, a minha autonomia fica mais consolidada, sustentada não apenas em processo meramente instrumentais, mas cognitivos.

Não posso deixar de referir as implicações futuras no meu percurso profissional, o importante contributo que o Curso de Especialização em Enfermagem Médico – Cirúrgica me propiciou, ao tornar possível o meu crescimento como enfermeira e como pessoa, provendo mais e melhores recursos, fornecendo instrumentos de trabalho, que certamente me permitiram enfrentar e ultrapassar dificuldades e obstáculos, com que eventualmente me depararei ao longo do meu percurso de vida profissional e pessoal.

O percurso a seguir, é sustentado pelo desejo e motivação em dar continuidade à minha formação profissional, por participar em projectos de investigação que me permitam aplicar os saberes adquiridos, que contribuam para a melhoria da qualidade dos Cuidados de Enfermagem; ser responsável pela formação no meu serviço, continuar a colaborar na área da supervisão clínica, projectos estes, que não seriam exequíveis sem os conhecimentos, experiências e competências que este curso me proporcionou.

Este percurso permitiu repensar o futuro como EEEMC, e no importante papel que posso assumir como agente de mudança, no comportamento e atitudes dos pares. Acredito ser possível diminuir a lacuna existente entre a teoria e a prática.

No culminar deste trabalho, considero ter atingido os objectivos a que me propus, adquirido e desenvolvido conhecimentos e competências específicas inerentes à especialização em Enfermagem Médico – Cirúrgica, através de uma aprendizagem contínua que favoreceu a mudança de comportamento através da consolidação e aquisição de novos saberes, a tomada de decisão, pela reflexão na e sobre a prática e a ambição de melhorar continuamente, em prol da excelência profissional.

Considero que este percurso pode ser revisto nas seguintes palavras:

**"As provas podem ser mais duras do que se imagina. Mas são necessárias para a aprendizagem. E cada uma delas nos aproxima mais da concretização dos nossos sonhos" (Paulo Coelho).**

## BIBLIOGRAFIA

- Alves, D. C. I. e Évora, Y. D. M. (2002). Questões de ética desenvolvidas na prática profissional dos enfermeiros da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, vol. 10, nº 3, 265 – 275.
- Amaral, S. M., Cortês, A. Q. e Pires, F. R. (2009). Pneumonia nosocomial: importância do microambiente oral. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 35 (11), 1116 – 1124.
- Assmann, H. e Sung, M. J. (2000). Competência e sensibilidade solidária. Petrópolis: Vozes.
- Azambuja, E. P., Pires, D. P. e Vaz, M. R. C. (2004). Prevenção e controle da infecção hospitalar: as interfaces com o processo de formação do trabalhador. *Texto e Contexto Enfermagem*, 13, 79 – 85.
- Barbosa, M. A. et al. (2003). Considerações sobre a organização política da enfermagem. *Jornal da Associação Brasileira de Enfermagem*, vol. 45, nº 1.
- Barlem, E. L. D., Rosenhein, D. P. N., Lunardi, V. L. e Filho, W. D. L. (2008). Comunicação como instrumento de humanização do cuidar em enfermagem. *Revista Electrónica de Enfermagem*, vol. 10, nº 4, 1041 – 1049.
- Bedin, E., Ribeiro, L. B. M. e Barreto, R. A. S. S. (2004). Humanização da assistência em enfermagem em centro cirúrgico. *Revista Electrónica de Enfermagem*, vol. 6, nº 3.
- Bettinelli, L. A., Waskiewicz, J. e Erdman, A. L. (2003). Humanização do cuidado no ambiente hospitalar. *Revista Mundo da Saúde*, vol. 27, nº 2, 231 – 239.
- Cândido, L. C. (2001). *Nova abordagem no tratamento de feridas*. São Paulo: Senac.
- Castonguay, D. (2001). Nursing Documentation – how important is it. *Nursing News*. New Hampshire.
- Céline, L-F. (1998). *A Vida e a obra de Semmelweis*. S. Paulo: Companhia das Letras.
- Center for Disease Control (2002). Guideline for hand hygiene in health care settings. Recommendations of the healthcare infection control practices advisory committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.*, 52 (16), 1 – 45.
- Center for Disease Control and Prevention (2007). *Guideline for Isolation Precautions: Preventing transmission of Infections Agents in Healthcare Settings*. Disponível em [www.cdc.gov/incidod/dhqp/pdf/isolation2007.pdf](http://www.cdc.gov/incidod/dhqp/pdf/isolation2007.pdf). Consultado em 21/05/2010.
- Collière, M-F. (1989). *Promover a vida*. Lisboa, Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Costa, D. G. (1994). Registos de Enfermagem. *Revista Divulgação*, nº 31, 15 – 17
- Costa, J. V. (2004). Bolonha: uma reforma do esquema de graus ou um novo paradigma? *Revista do Snesup*, nº 13, 20 – 24.

- Cruz, E. A. e Soares, E. A. (2004). A tecnologia em centro cirúrgico e o processo de trabalho do enfermeiro. *Revista da Escola de Enfermagem Anna Nery*, vol. 8, nº 1, 109 – 115.
- Cunha, I. C. K. O. e Neto, F. R. G. X. (2006). Competências gerenciais de enfermeiras: um novo velho desafio. *Revista Texto e Contexto Enfermagem*, v. 15, nº 3, 479 – 482.
- Direcção-Geral da Saúde (2001). Plano Nacional de Luta Contra a Dor. Lisboa: Associação Portuguesa para o Estudo da Dor.
- Direcção-Geral da Saúde (2007) *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde*. Lisboa.
- Direcção-Geral da Saúde (2008). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde. Manual de operacionalização*. Lisboa.
- European Resuscitation Council (2010). *Guidelines for Resuscitation*. Conselho Português de Ressuscitação.
- Fernandes, T. D. F. (2009). Medicina Hiperbárica. *Acta Médica Portuguesa*, 22 (4), 323 – 334.
- Fontana, R. T. e Lautert, L. (2008). Aspectos ético-legais do controle da infecção hospitalar: algumas reflexões relativas ao enfermeiro. *Ciência e Cuidados de Saúde*, 7 (4), 546 – 550.
- Fontes, K. B., e Jaques, A. E. (2007). O papel da Enfermagem frente ao monitoramento da dor como 5º sinal vital. *Cienc cuid Saude* (suplemento 2), 481 – 487.
- Freire, P. (2005). *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 31ª Edição. S. Paulo: Paz e Terra.
- Gabinete da Ministra da Saúde (2010). Vias verdes para o enfarte do miocárdio e AVC salvam vidas.
- Gonçalves, M. M. (1999). *Código Penal Português*. 13ª Edição. Coimbra: Almedina.
- Honório, M. T. e Albuquerque, G. L. (2005). A gestão de materiais em Enfermagem. *Revista Ciência, Cuidado e Saúde, Maringá*, vol. 4, nº 3, 259 – 268.
- Hospitais Privados e Portugal – Boavista. Filosofia. Disponível: <http://www.hppsaude.pt/hpp.html> [01/21/11].
- Instituto de Ciências da Saúde – (2009) Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica: Enquadramento. Porto: Universidade Católica: Disponível em [www:http.ics.porto.ucp.pt](http://www.ics.porto.ucp.pt)..Consultado em 17.12.201
- Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (2004). *Recomendações para a Prevenção da Infecção do Trato Urinário. Algaliação de Curta Duração*. Programa Nacional de Controlo da Infecção.
- International Council of Nurses (2003). *Classificação internacional para a Prática de Enfermagem*. Associação Portuguesa de Enfermeiros, Lisboa.

- Jesus, M. C. P. e Cunha, M. H. F. (1998). Utilização dos conhecimentos sobre comunicação por alunos de graduação em Enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, vol. 6, nº 1, 15 – 25.
- Jonas, H. (1995). *Le Principe Responsabilité. Une éthique pour la civilisation technologique*. 3ª ed. .Traduit de l'allemand par Jean Greisch. Paris : Flammarion.
- Larson, E. (1995). APIC Guidelines for Hand washing and hand antisepsis in health-care settings. *J Infect Control*, 23, 251 – 269.
- Martini, A. C. e Dall'Agnoll, C. M. (2005). Por que lavar ou não as mãos? Motivos de um grupo de enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 26 (1), 88 – 101.
- Martins, A. et al. (2008). Qual o lugar da escrita sensível nos registos de enfermagem? *Revista Pensar Enfermagem*, vol. 12, nº 2, 52 – 61.
- Martins, J. C. A. (2010). Informação em saúde. Perspectiva Ética. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, nº 34, 18 – 21.
- Menegolla, M. e Sant'anna, I. M. (1993). Por que Planejar? Como Planejar: currículo – área – aula. 2ª edição. Petrópolis: Vozes.
- Ministério da Saúde (1996). Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro.
- Ministério da Saúde (1997). *Carta dos Direitos e Deveres do Doente. Comissão Nacional para a Humanização e Qualidade dos Serviços de Saúde*.
- Ministério da Saúde (2007). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde*.
- Mularski, R. A. et al. (2006). Measuring pain as the 5th vital sign does not improve quality of pain management. *Journal of general internal medicine*, 21(6), 607 – 612.
- Oliveira, R. e Maruyama, S. A. T. (2008). Controle de infecção hospitalar: histórico e papel do estado. *Revista Electrónica de Enfermagem*, 10 (3), 775 – 783.
- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de qualidade dos Cuidados de Enfermagem Enquadramento conceptual*. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros (2003). *Código Deontológico do Enfermeiro: anotações e comentários*. Lisboa.
- Pacheco, S. (2002). Os Direitos e Deveres da Pessoa Doente: Perspectiva do Profissional de Saúde. *Cadernos de Bioética*, nº 29. Coimbra: Centro de Estudos de Bioética.
- Pedrosa, T. M. G. e Couto; R. C.(1999). *Infecção hospitalar: epidemiologia, controle, gestão para a qualidade*. Rio de Janeiro: MEDSI.
- Pereira, M. S., Souza, A. C. S., Tipple, A. F. V. e Prado, M. A. (2005). A infecção Hospitalar e suas implicações para o cuidar da Enfermagem, 14, 2, 250 – 257.
- Pessini, L. e Bertachini, L. (2004). *Humanização e Cuidados Paliativos*. Edições Loyola, S. Paulo.

- Rickard, N. A. S. (2004). Hand Hygiene: promoting compliance among nurses and health workers, *Br J Nurs*, 13 (7), 404 – 410.
- Rocha, M. (1996). Enfermagem de Urgência: uma perspectiva de intervenção. *Revista Informar*, nº 7.
- Rodrigues, M. A. (1998). Das fontes de informação ao discurso científico. *Revista Referência*, nº 0, 41 – 48.
- Romero, E. *et al.* (1994). Proposta de um instrumento para classificação dos cuidados de enfermagem quanto ao grau de dependência. In: ENFTEC, 4, São Paulo, 1994. Anais. São Paulo, 482 – 485.
- Santos, A. A. M. (2002). Higienização das mãos no controle das Infecções em serviços de saúde. *Revista de Administração em Saúde*, vol. 4, nº 15, 10 – 14.
- Santos, N. Q. (2004) A Resistência Bacteriana no Contexto da Infecção Hospitalar. *Texto e Contexto Enfermagem*, 13, 64 – 70.
- Silva, A. M. F. (2007). O direito à privacidade do doente no Serviço de Urgência. Tese de Mestrado apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Silva, J. L. L., *et al.* (2007). Reflexões sobre a humanização e a relevância do processo de comunicação. *Revista Informe-se em Promoção da Saúde*, vol. 3, nº 2, 9 – 11.
- Simões, C. M. A. R. e Simões, G. F. F. L. (2007). Avaliação inicial de Enfermagem em linguagem CIPE segundo as Necessidades Humanas Fundamentais. *Revista Referência*, II série, nº 4, 9 – 23.
- Siteo, R. M. (2006). Aprendizagem ao Longo da Vida: Um conceito utópico? *Comportamento Organizacional e Gestão*, 12, 2, 283 – 290.
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos e Ordem dos Médicos (2008). *Transporte de Doentes Críticos: Recomendações*. Edição CELOM.
- Sociedade Portuguesa de Pneumologia e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2007). Documento de Consenso Sobre Pneumonia Nosocomial. *Revista Portuguesa de Medicina Intensiva*, 13 (3), 7 – 25.
- Tambyah, P. A. *et al.* (1999). “A prospective study of Pathogenesis of catheter-associated urinary tract infections”. *Mayo Clin Proc*, nº 74, 131 – 136.
- UNESCO (2005). *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos*.
- Valente, G. S. C. (2005): A formação do enfermeiro para o ensino de nível médio em Enfermagem: Uma questão de competências. Dissertação de Mestrado em Enfermagem. Escola de Enfermagem Anna Nery - UFRJ. Orientadora: Lígia de Oliveira Viana.
- Veiga, J. (2006). *Ética em Enfermagem*. Lisboa: Climepsi Editores.

## **ANEXOS**





## **Anexo I – Norma Infecção Respiratória Nosocomial**





# CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO  
Instituto de Ciências da Saúde

## **NORMA INFECÇÃO RESPIRATÓRIA NOSOCOMIAL**

Elaborado por:  
Márcia Morgado  
Maria dos Anjos Moreno

Junho, 2010



## ÍNDICE

<b>INFECÇÃO RESPIRATÓRIA NOSOCOMIAL .....</b>	<b>5</b>
1.1. População de risco .....	5
1.2. Causas da Infecção Respiratória Nosocomial .....	5
1.3. Agentes etiológicos .....	5
1.4. Factores de risco.....	6
<b>2. MEDIDAS DE PREVENÇÃO COMUNS.....</b>	<b>6</b>
2.1. Medidas Ambientais.....	6
2.2. Medidas para Pessoal Hospitalar .....	6
<b>3. INTERRUPÇÃO DA TRANSMISSÃO DE MICRORGANISMOS .....</b>	<b>7</b>
3.1. Copos Humidificadores de Oxigénio .....	7
3.2. Nebulizadores Pequeno Volume .....	7
3.3. Nebulizadores Ultrasónicos ou de grande volume.....	8
3.4. Ventimask .....	8
3.5. Dispositivos de uso Múltiplo ( <i>Inspirons</i> , sensores de oxigénio, capnógrafo e <i>Ambu</i> )8	8
3.6. Laringoscópio .....	8
<b>4. ASPIRAÇÃO DE SECREÇÕES.....</b>	<b>8</b>
4.1. Via Aérea Alta.....	9
4.2. Traqueostomias.....	9
4.3. Cuidados com a Sonda Nasogástrica .....	9
<b>5. IMPORTÂNCIA DO MICROAMBIENTE ORAL.....</b>	<b>10</b>
<b>6. PREVENÇÃO DA PNEUMONIA NOSOCOMIAL DO PÓS-OPERATÓRIO DO DOENTE NÃO VENTILADO .....</b>	<b>11</b>
<b>7. VENTILAÇÃO MECÂNICA .....</b>	<b>11</b>
7.1. Factores associados a risco maior da PAV:.....	12
7.2. Microrganismos isolados nas primeiras 72h (precocemente):.....	12
7.3. Microrganismos Isolados mais tardiamente são patogénios mais resistentes .....	12
7.4. Cuidados gerais ao doente ventilado: .....	12
7.5. Circuitos dos Ventiladores .....	13
7.6. Aspiração de secreções traqueo-brônquicas (doentes ventilados) .....	13
<b>8. RECOMENDAÇÕES.....</b>	<b>14</b>
<b>9. MEDIDAS RELACIONADAS COM O EQUIPAMENTO .....</b>	<b>15</b>
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>16</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>19</b>
Anexo A – Ventilator Bundle Checklist.....	20



## **I. INFECÇÃO RESPIRATÓRIA NOSOCOMIAL**

A Infecção Hospitalar é uma problemática que envolve uma pluralidade de acções, de entre elas, a aplicação de princípios e normas que cada profissional faz no exercício das suas actividades, a observação activa, sistemática e contínua da ocorrência da distribuição de tais infecções entre doentes hospitalizados ou não. Relativamente às condições que predispõem o risco das infecções, também devem ser observado minuciosamente com vista à execução oportuna das acções de prevenção e controlo.

Um tema de crescente actualidade e preocupação dos Profissionais de Saúde é a Pneumonia Nosocomial (PN). Esta revela-se a segunda infecção nosocomial mais frequente e a que apresenta maior mortalidade (após a infecção urinária). Admite-se um valor estimado entre 5 e 15 casos por cada 10000 admissões hospitalares que se traduz num aumento da duração do internamento entre 7 a 9 dias por doente, e uma mortalidade atribuível entre 33 e 50%.

Com este trabalho pretendemos fazer uma revisão bibliográfica sistematizada, nacional e internacional, em particular recorrendo às *guidelines* mais actualizadas. Optou-se por fazer referência apenas às evidências científicas mais fortemente recomendadas e fortemente apoiadas por estudos epidemiológicos, clínicos e experimentais bem desenhados ou clínicos e experimentais e por fundamentação teórica (Categoria IA e IB).

### **I.1. POPULAÇÃO DE RISCO**

Crianças, adultos com idade superior a 65 anos, doentes ventilados, doença grave subjacente, doentes imunodeprimidos, doentes com diminuição do nível de consciência.

### **I.2. CAUSAS DA INFECÇÃO RESPIRATÓRIA NOSOCOMIAL**

- Aspiração de bactérias colonizadoras da orofaringe e do trato gastrointestinal superior do doente;
- Inalação de aerossóis contaminados;
- Disseminação hematogénea de infecção à distância;
- Translocação de bactérias do trato gastrointestinal;
- Inoculação directa da mucosa nasal ou conjuntiva por mãos contaminadas dos técnicos de saúde (contaminação cruzada).

### **I.3. AGENTES ETILÓGICOS**

Geralmente as Pneumonias Nosocomiais são Polimicrobianas (40% dos casos)

- Bacilos Gram negativos
- *Staphylococcus Aureus*

- Bacilos Gram positivos

#### **1.4. FACTORES DE RISCO**

- Factores do hospedeiro;
- Factores que promovem colonização da orofaringe e/ou estômago para microrganismos;
- Factores que favorecem aspiração ou refluxo;
- Suporte de ventilação mecânica prolongada, com exposição potencial a equipamentos respiratórios contaminados e/ou contacto com mãos contaminadas ou colonizadas dos técnicos de saúde;
- Factores que impedem ou limitam uma limpeza das vias aéreas adequada.

Os factores de risco para Pneumonia Nosocomial por microrganismos multirresistentes incluem:

- Antibioterapia prévia nos últimos 3 meses
- Pneumonia tardia ou hospitalização  $\geq 2$  dias, nos 3 meses anteriores
- Ventilação mecânica invasiva por um período  $> 6$  dias
- Alta prevalência de microrganismos multirresistentes na comunidade, instituição de saúde e agregado familiar
- Doença estrutural pulmonar
- Imunossupressão
- Institucionalização
- Terapêutica endovenosa no domicílio
- Diálise há mais de 30 dias

## **2. MEDIDAS DE PREVENÇÃO COMUNS**

- Diminuição do risco de aspiração pelo doente;
- Prevenção da contaminação cruzada ou colonização através das mãos dos técnicos de saúde;
- Desinfecção apropriada ou esterilização dos equipamentos respiratórios;
- Recurso a vacinas disponíveis (sazonal, pneumococica);
- Educação dos profissionais de saúde e doentes.

### **2.1. MEDIDAS AMBIENTAIS**

- Evitar o levantamento de poeiras (usar o método de limpeza húmido)
- Não varrer
- Não sacudir a roupa

### **2.2. MEDIDAS PARA PESSOAL HOSPITALAR**

- Métodos Barreira  
Luvras



Bata/Avental

Máscara (NE 14683 – Máscara Resistente a Fluidos com viseira)

- Lavagem das mãos;

### 2.2.1. Lavagem asséptica das mãos

Objectivo: eliminar os microrganismos transitórios e reduzir os microrganismos residentes

- Agente de limpeza: sabão líquido e antimicrobiano
- Duração: 30 a 60 segundos

## 3. INTERRUPÇÃO DA TRANSMISSÃO DE MICRORGANISMOS

Todas as superfícies e equipamentos que se encontram na área circundante ao doente são considerados focos de possível transferência de microrganismos para outros e para o ambiente. Daí que devem merecer a nossa contenção.

### 3.1. COPOS HUMIDIFICADORES DE OXIGÉNIO

- Lavar as mãos
- Usar apenas água estéril
- Encher o copo apenas quando estiver vazio e até ao nível indicado
- Mudar de 72/72 h o copo
- Substituir todo o equipamento entre doentes
- Manter o copo sem água até ser utilizado
- Enviar o copo para a central de esterilização (desinfecção térmica).
- Drenar o líquido se que condensa no tubo.

### 3.2. NEBULIZADORES PEQUENO VOLUME

Os nebulizadores produzem aerossóis, partículas inferiores a  $5\mu$  que facilmente atingem os alvéolos pulmonares. Estas partículas podem ser veículo de transporte de microrganismos capazes de desencadear a infecção pulmonar.

- Lavar as mãos;
- Para cada doente usar um nebulizador novo;
- Devem usar-se apenas solutos estéreis. Os solutos não devem ser acrescentados mas substituídos na totalidade (Categoria IA);
- Substituir de 72h/72h;
- Evitar nebulização com oxigénio porque desidrata a via aérea e não humidifica as secreções traqueobrônquicas;
- Não reutilizar o conjunto (máscara, tubo e copo);
- Doente sentado ou semi-sentado;
- Entre utilizações no mesmo doente, devem ser submetidos a desinfecção de alto nível (Categoria IB);
- Se forem usados medicamentos multidoso manipular com técnica asséptica e armazenar de acordo com as instruções do fabricante (Categoria IB);

- No mesmo doente, sempre que necessário, uma simples lavagem com água e detergente é suficiente (Categoria II).

### **3.3. NEBULIZADORES ULTRASÓNICOS OU DE GRANDE VOLUME**

- Usar água estéril;
- Substituir a água de 24h/24h após lavagem e desinfecção do aparelho;
- Se usados para mais que um doente:
  - Tubuladuras individuais
  - Copos individuais

### **3.4. VENTIMASK**

- Substituir 72h/72h;
- Não reutilizar entre doentes.

### **3.5. DISPOSITIVOS DE USO MÚLTIPLO (INSPIRONS, SENSORES DE OXIGÉNIO, CAPNÓGRAFO E AMBU)**

- Entre doentes devem ser lavados e desinfectados.
- Os sacos e as máscaras de *ambu*<sup>®</sup> reutilizáveis devem ser esterilizados ou submetidos a desinfecção de alto nível, no seu uso entre cada doente (Categoria IA);
- O *ambu*<sup>®</sup> deve ser de uso individualizado (Categoria IB);
- Tanto a válvula como a superfície exterior do balão devem ser inspeccionados e sempre que necessário devem ser lavados e desinfectados com álcool a 70°C (Categoria IB).

### **3.6. LARINGOSCÓPIO**

- Desinfetar (submergir 10 minutos em álcool a 70°) ou, sempre que possível esterilizar entre utilizações em diferentes doentes (Categoria IA);
- Se possível, desmontar a lâmina e lavar imediatamente após a sua utilização (Categoria IB);
- O cabo do laringoscópio, no final de cada utilização, deve ser lavado cuidadosamente tendo em atenção as indicações do fabricante e desinfetado com álcool a 70°C (Categoria IB).

## **4. ASPIRAÇÃO DE SECREÇÕES**

Consiste na remoção das secreções traqueobrônquicas através da introdução de uma sonda estéril na nasofaringe, orofaringe, no tubo orotraqueal ou traqueostomia, através da utilização de um sistema de vácuo sempre que o indivíduo não tenha condições de as remover de forma autónoma.

#### **4.1. VIA AÉREA ALTA**

- Norma limpa;
- Lavar as mãos;
- Utilizar os equipamentos de protecção individual indicados (mascara, luvas);
- Posicionar o doente em Fowler ou Semi-Fowler (se o estado clínico o permitir);
- Auscultar sons pulmonares;
- Calçar luvas;
- Sonda uso único;
- Inserir a sonda pela boca/nariz durante a inspiração, com a mão dominante;
- Aspirar com movimentos rotativos durante 10 a 15 segundos;
- Deixar o doente descansar 3 minutos entre as aspirações;
- Líquido Estéril para lavar sonda, se esta voltar a entrar no doente; ou Eliminar a sonda sempre que muda de via ou esta fica obstruída;
- Lavar as tubuladuras entre cada sessão de aspiração com água destilada e proteger a extremidade;
- Remover as luvas;
- Auscultar sons pulmonares;
- Remover o restante equipamento de protecção individual;
- Lavar as mãos;
- Mudar o receptal<sup>®</sup> sempre que esteja 2/3 do volume total, ou entre doentes;
- Mudar tubuladuras entre doentes.

#### **4.2. TRAQUEOSTOMIAS**

- Efectuar a traqueostomia em condições estéreis (Categoria IB);
- Norma asséptica na aspiração e substituição;
- Substituição da cânula interna por outra do mesmo doente, devidamente lavada e desinfectada (enviar a suja para a esterilização);
- Lavar a cânula em solução de 1:1 de peróxido de hidrogénio e cloreto de sódio isotónico; enxaguá-la com cloreto de sódio isotónico; limpar o interior da cânula com compressa embebida no mesmo, ou de acordo com a norma do fabricante.

#### **4.3. CUIDADOS COM A SONDA NASOGÁSTRICA**

- Interrupção da alimentação entérica por tubo oro ou naso-gástrico, retirar os tubos de traqueostomia ou de alimentação entérica logo que a situação clínica do doente o permita (Categoria IB);
- Quando não houver contra-indicações específicas, elevar a cabeceira do doente entre 30 a 45° em doentes com alto risco de pneumonia de

- aspiração como, por exemplo, aos doentes em ventilação mecânica ou que estão com sonda entérica (Categoria IB);
- Verificar, por rotina, a posição do tubo de alimentação entérica (Categoria IB);
  - Avaliar, por rotina, a motilidade intestinal do doente (auscultando os ruídos intestinais do doente e medindo resíduo gástrico ou o perímetro abdominal) e ajustar o ritmo e volume de alimentação entérica de modo a evitar a regurgitação (Categoria IB);
  - Verificar a existência de conteúdo gástrico antes de alimentar. Um resíduo igual ou superior a 50% da quantidade administrada na refeição anterior, indica atraso no esvaziamento gástrico, pelo que deve ser feita uma pausa alimentar durante 1 a 2 horas. É aconselhável fazer a reintrodução do conteúdo aspirado, para evitar a perda de líquidos, electrólitos e enzimas;
  - Evitar velocidade excessiva de administração na alimentação por gavagem;
  - Lavar a sonda com água após administração de alimentação;
  - Cuidados orais frequentes sobretudo nos doentes incapacitados com sonda nasogástrica e/ou tubo naso e orotraqueal;
  - Descontaminação e limpeza orais: Utilizar Gluconato de Clorexidina para limpeza da cavidade oral em pacientes sob ventilação mecânica invasiva e entubação OT, com uma duração superior ou igual a 48 horas;
  - Fazer uma pausa na perfusão da alimentação entérica durante a aspiração de secreções.

## 5. IMPORTÂNCIA DO MICROAMBIENTE ORAL

A boca sofre colonização contínua, apresentando aproximadamente metade de toda a microbiótica existente no corpo humano, bem como a placa bacteriana serve de reservatório permanente de microrganismos podendo determinar infecções à distância.

Em adultos saudáveis o organismo predominante na cavidade oral é o *Streptococcus viridans* mas a flora oral dos doentes em estado crítico sofre modificações passando a ser predominantemente de organismos Gram negativos, isto é, uma flora mais agressiva.

A condição da higiene oral está relacionada com o número de espécies de bactérias presentes na flora da boca. Em doentes internados em UCI a higiene oral está comprometida, isto porque os doentes estão expostos a factores adicionais, tais como, a diminuição da limpeza natural da boca, promovida pela mastigação de alimentos duros e fibrosos; a diminuição da movimentação da língua durante a comunicação. Além disso, existe redução do fluxo salivar devido ao uso de alguns medicamentos, que contribuem para um aumento do biofilme, favorecendo a colonização oral por patógenos respiratórios.

Por outro lado, a presença do tubo orotraqueal impede que o doente feche a boca, o que propicia a desidratação da mucosa oral, aumenta o contacto com o ambiente, favorecendo ainda mais a colonização do biofilme.

## 6. PREVENÇÃO DA PNEUMONIA NOSOCOMIAL DO PÓS-OPERATÓRIO DO DOENTE NÃO VENTILADO

- Ensinar aos doentes no pré-operatório, principalmente aos de alto risco que, para além de tossirem frequentemente, façam inspirações profundas e se levantem o mais precocemente possível, após autorização médica. Os doentes de alto risco incluem aqueles que vão receber anestesia geral especialmente se a cirurgia for abdominal, torácica, da cabeça-pescoço, ou que tenham doença pulmonar prévia significativa, tal como DPOC, anomalia musculo-esquelética do tórax ou alterações das provas funcionais respiratórias (Categoria IB);
- Nos doentes acamados: posicionamento de 2/2h ou 3/3h; Incentivar e/ou promover levante precoce; Estimular a tosse; Cinesiterapia respiratória;
- Controlar a dor que interfira com a tosse ou com a respiração profunda no pós-operatório (Categoria IB);
- Uso de aparelhos de respiração com pressão intermitente positiva nos doentes de alto risco (Categoria IB).

Outras medidas de profilaxia da pneumonia:

- -Administrar a vacina anti-pneumocócica a doentes com alto risco de complicações de infecção pneumocócica, nomeadamente aqueles que têm mais de 64 anos de idade, com doença cardiovascular ou pulmonar crónica, Diabetes Mellitus, alcoolismo, cirrose ou fístula de liquor. Têm também indicação para a vacina, adultos ou crianças imunodeprimidos, asplenia anatómica, funcional ou infecção por HIV (Categoria IA);
- Não administrar, por rotina, antibióticos sistémicos para prevenir a pneumonia nosocomial (Categoria IA).

## 7. VENTILAÇÃO MECÂNICA

A Pneumonia Nosocomial pode incluir a Pneumonia associada a Cuidados de Saúde e a Pneumonia associada a Ventilador (PAV). A primeira, ocorre quando se verifica um dos seguintes critérios: doente que tenha estado internado 2 ou mais dias em enfermaria de agudos nos 90 dias precedentes; que resida numa instituição de cuidados prolongados; que tenha sido submetido a quimioterapia, terapêutica antibiótica endovenosa, tratamento de feridas ou a hemodiálise nos 30 dias precedentes; que conviva com infectado por microrganismo multirresistente. A segunda, refere-se a uma pneumonia que surge 48 a 72 horas após entubação orotraqueal (entubação OT).

A Taxa média incidência de Pneumonia Associada ao Ventilador (PAV) é de 7 casos por cada 1000 dias de ventilação. A PAV é a infecção mais frequente adquirida em UCI (37 a 60% dos doentes de UCI) e a sua taxa de mortalidade encontra-se entre 20 a 50%. O risco de desenvolvimento PAV tem o seu pico ao quinto dia de ventilação mecânica. Daí que se deve usar preferencialmente ventilação não-invasiva. Após 11 horas de entubação, desenvolve-se uma camada aderente à superfície da cânula,

altamente viscosa, formando um biofilme protector contra os agentes antimicrobianos e os mecanismos de defesa do hospedeiro.

Cumprindo as mais recentes designações, recorreremos à consulta de uma *bundle* que nos fornece de forma sistemática as indicações a reter para o doente ventilado (ANEXO A).

### **7.1. FACTORES ASSOCIADOS A RISCO MAIOR DA PAV:**

Extrínsecos:

- Tubo traqueal uma vez que facilita a colonização da árvore traqueo-brônquica. Microrganismos potencialmente patogénicos no decorrer da entubação podem ser arrastados para a traqueia;
- Decúbito Dorsal uma vez que facilita a colonização microbiana das vias aéreas inferiores, já que favorece o refluxo gástrico e a aspiração do conteúdo da orofaringe;
- Antibioterapia, uma vez que a prévia exposição a antibióticos aumenta o risco de colonização por microrganismos hospitalares.

Intrínsecos:

- Imunodepressão;
- Factores que impedem a libertação precoce do ventilador: Estado de nutrição; concentração da hemoglobina, Equilíbrio hidroelectrolítico e metabólico; função cardíaca; selecção dos fármacos para sedação; utilização de bloqueadores neuromusculares.

### **7.2. MICRORGANISMOS ISOLADOS NAS PRIMEIRAS 72H (PRECOCEMENTE):**

- *Staphylococcus Aureus*
- *S. pneumonia*
- *Streptococcus*
- *H. influenza*

### **7.3. MICRORGANISMOS ISOLADOS MAIS TARDIAMENTE SÃO PATOGÉNIOS MAIS RESISTENTES**

- *Pseudomonas Aeruginosa*
- *Staphylococcus Aureus Miticilinoresistentes.*
- *Acinetobacter sp*

Em pelo menos 50% das PAV'S estão envolvidos múltiplos microrganismos.

### **7.4. CUIDADOS GERAIS AO DOENTE VENTILADO:**

- Manter uma pressão adequada do *cuff* do tubo traqueal (categoria IB);

- Verificar pressão do *cuff* (20 a 30 cmH<sub>2</sub>O), após monitorização descontaminação do aparelho;
- Antes de desinfluar o *cuff* do tubo endotraqueal na preparação para e remoção ou reposicionamento do tubo, assegurar a limpeza das secreções acima do *cuff* (Categoria IB);
- Prevenção da colonização gástrica: Fazer profilaxia de úlcera de stress somente nos doentes de alto risco (Categoria IA);
- Se for necessária a profilaxia de hemorragia digestiva de stress num doente em ventilação mecânica, usar preferencialmente um agente que não eleve o pH gástrico (Categoria II);

Nota: Fármacos como os antiácidos e antagonistas dos receptores H<sub>2</sub>, aumentam a colonização bacteriana do estômago, uma vez que elevam o pH. Em caso de hemorragia digestiva, estudos revelam que o Sucralfato é o fármaco de eleição, uma vez que apresenta propriedades bacteriostáticas e previne a hemorragia sem alterar o pH gástrico. Deve-se evitar a administração de Sucralfato através de sondas posicionadas em posição pós-pilórica, pois não permite os efeitos preventivos desejados. É também de evitar a administração concomitante com outros fármacos: quinolonas, digoxina, teofilina e tetraciclina, porque o Sucralfato pode reduzir a absorção destes fármacos.

## 7.5. CIRCUITOS DOS VENTILADORES

- Esterilizar os circuitos reutilizáveis de acordo com as indicações do fabricante, entre doentes;
- Drenar o condensado que se forme nas tubuladuras, tendo o cuidado de não escorrer para o tubo endotraqueal do doente;
- Os “narizes” devem ser substituídos diariamente;
- Substituir os circuitos externos dos ventiladores entre doentes (Categoria IB);
- Não esterilizar ou desinfetar por rotina o mecanismo interno dos ventiladores (Categoria IA).

## 7.6. ASPIRAÇÃO DE SECREÇÕES TRAQUEO-BRÔNQUICAS (DOENTES VENTILADOS)

### Sistema aberto

- Norma Asséptica;
- Lavar as mãos;
- Posicionar o doente em Fowler ou semi-Fowler;
- Para aspirar o brônquio esquerdo posicionar a cabeça do doente alinhando o queixo com o ombro direito, proceder de forma inversa para aspirar o brônquio direito;
- Monitorização da pressão do *cuff*;
- Conectar o *Ambu* à fonte de O<sub>2</sub>;
- Aumentar o Fi O<sub>2</sub> para 100%;
- Luvas estéreis;

- Adaptar o *Ambu* ao tubo endotraqueal e insuflar;
- Sonda de uso único;
- Usar sonda de calibre inferior a 1/3 do calibre do tubo endotraqueal;
- Aspirar sempre que necessário com procedimento asséptico, atraumático, eficaz, num só movimento;
- Com a mão dominante introduzir a sonda sem corrente de aspiração, até encontrar obstáculo (Carina) exteriorizando ligeiramente e iniciando a aspiração;
- Limitar a aspiração a 10 a 15 segundos;
- Retirar a sonda com movimentos de rotação e com aspiração intermitente;
- Quando as secreções são muito viscosas e difíceis de aspirar pode-se, antes de aspirar, instilar 3 a 5 ml de SF pelo tubo ou pela cânula, ventilar durante uns segundos com *Ambu* e de seguida, aspirar novamente;
- Aspirar novamente, se necessário;
- Deixar o doente descansar 3 minutos entre as aspirações;
- Usar uma nova sonda sempre que mudar de via ou quando a sonda ficar obstruída;
- Retirar as luvas e lavar as mãos;

#### Outras considerações:

- Mudar o saco colector de secreções sempre que esteja 2/3 do volume total, ou entre doentes;
- Pressão de aspiração menor que 120mmHg no adulto e 60 a 80mmHg nas crianças;
- No adulto a sonda no tubo endotraqueal deve ser introduzida 45 a 55 cm, na traqueostomia introduzir 20 a 30 cm.

#### Sistema fechado

- Usar apenas em doentes infectados com agentes especialmente importantes na infecção nosocomial e nos doentes ventilados com Tuberculose Pulmonar, devido ao risco de transmissão, ou em doentes com patologia respiratória grave que não tolerem a desconexão do ventilador;
- Substituir a sonda se apresentar mau funcionamento ou se se encontrar visivelmente suja (categoria IB).

## 8. RECOMENDAÇÕES

- Cinesiterapia Respiratória;
- Levante Precoce;
- Diminuição da dor;
- Humidificação da via aérea e uso de filtros hidrófobos individuais;
- Para ser considerada uma prática de risco de infecção, a aspiração deve efectuar-se apenas quando a situação o exigir;
- Formação do Pessoal de Saúde relativamente à Pneumonia Nosocomial e aos procedimentos de controlo de infecção necessários à prevenção da sua ocorrência (Categoria IA);



- Estabelecimento de um programa de vigilância activa da Prevenção Bacteriana na UCI para determinar tendências e identificar problemas potenciais. Nos dados escolhidos deverão ser incluídos agentes causais e padrões de sensibilidade os dados deverão ser expressos com a taxa (por exemplo número de doentes infectados ou de infecções/100 dias de internamento na UCI ou por 1000 dias de ventilação) para facilitar as comparações inter-hospitalares e determinar tendências (Categoria IA);
- Não fazer por rotina culturas de vigilância de doentes, do equipamento; dispositivos usados em terapia respiratória, em testes de função pulmonar ou em aparelhos de inalação de anestésicos (Categoria IA).

## **9. MEDIDAS RELACIONADAS COM O EQUIPAMENTO**

- Todo o material que vai ser desinfectado ou esterilizado deve ser previamente lavado (Categoria IA);
- Esterilização ou utilização de desinfectantes de alto nível para equipamento ou dispositivos semi-críticos (tudo o que entra em contacto directo com mucosas do trato respiratório inferior). À desinfeção deverá seguir-se a secagem e empacotamento, tomando sempre o cuidado de não contaminar o material durante este processo (Categoria IB);
- Usar água esterilizada (e não água destilada, não estéril) para lavar o equipamento semi-crítico reutilizável de uso no trato respiratório, após ter sido quimicamente desinfectado (Categoria IB);
- Não reutilizar o material em relação ao qual existe indicação do fabricante que é de uso único (Categoria IB);
- Quando se usam Humidificadores de oxigénio de parede, devem seguir-se as instruções do fabricante para o ser uso e manutenção (Categoria IB);
- Deverão ser esterilizados os nebulizadores de grande volume que são utilizados para terapia inalatória, por exemplo, em doentes traqueostomizados ou então deverão ser sujeitos a desinfeção de alto nível entre doentes diferentes ou em cada 24 h no mesmo doente (Categoria IB).

**BIBLIOGRAFIA**

- Abecassis, P. Ética e Ventilação Mecânica. *Da Teoria à Prática. Revista Portuguesa de Medicina Intensiva*. [Em linha]. Disponível em <[www.spci.org/download.php?path=pdf&filename=RPMI...9\\_I\\_etica\[1\].pdf](http://www.spci.org/download.php?path=pdf&filename=RPMI...9_I_etica[1].pdf)>. [Consultado em 24/05/2010].
- Administração Central do Sistema de Saúde (2008). *Manual de Normas de Enfermagem. Procedimentos Técnicos*. Lisboa.
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária (2000). *Curso Básico de Controle de Infecção Hospitalar. Caderno E: Programa do Controle de Infecção Hospitalar*. [Em linha]. Disponível em <<http://www.cvs.saude.sp.gov.br/pdf/CIHCadernoE.pdf>>. [Consultado em 24/05/2010].
- Amaral, J. M. F. M. (2009). *Pneumonia Nosocomial no Centro Hospitalar da Cova da Beira. Avaliação Retrospectiva*. Dissertação de Mestrado em Medicina. Universidade da Beira Interior. [Em linha]. Disponível em <[http://www.fcsaude.ubi.pt/thesis/upload/118/787/joana\\_amaralpdf.pdf](http://www.fcsaude.ubi.pt/thesis/upload/118/787/joana_amaralpdf.pdf)>. [Consultado em 24/05/2010].
- Andrade, D. e Angerami, E. L. S. (1999). Reflexões acerca das Infecções Hospitalares às Portas do Terceiro Milénio. *Medicina, Ribeirão Preto*, 32, 492-497.
- Aragão, I. (2008). *Importance of ventilator bundles compliance on the outcome of ventilator associated pneumonia (VAP)*. [Em linha]. Disponível em <[http://www.reamondor.aphp.fr/pdf/javaporto09/Ventilator\\_Bundles.pdf](http://www.reamondor.aphp.fr/pdf/javaporto09/Ventilator_Bundles.pdf)>. [Consultado em 31/05/2010].
- Comissão de Controle de Infecção Hospitalar. Estado de Santa Catarina, Secretaria de Estado da Saúde. Hospital Infantil Joana de Gusmão. Comissão de Controle de Infecção Hospitalar. [Em linha]. Disponível em <<http://www.saude.sc.gov.br/hijg/servicos/Rotinas2007.pdf>>. [Consultado em 04/06/2010].
- Direcção-Geral da Saúde (2007). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde*. [Em linha]. Disponível em <[http://www.arslvt.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/SPublica/Controlo%20Infeccao/SP\\_ManualdeOperacionalizacao.pdf](http://www.arslvt.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/SPublica/Controlo%20Infeccao/SP_ManualdeOperacionalizacao.pdf)>. [Consultado em 03/06/2010].
- Direcção-Geral da Saúde (2008). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde. Manual de Operacionalização*. [Em linha]. Disponível em <[http://www.arslvt.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/SPublica/Controlo%20Infeccao/SP\\_ManualdeOperacionalizacao.pdf](http://www.arslvt.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/SPublica/Controlo%20Infeccao/SP_ManualdeOperacionalizacao.pdf)>. [Consultado em 31/05/2010].
- Doutel, L. L. A. P. (2003). *Infecção Nosocomial no Serviço de Cirurgia do Hospital Distrital de Bragança*. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública, área de especialização em Epidemiologia. Universidade do Porto. [Em linha]. Disponível em <[http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/10470/4/5185\\_TM\\_01\\_P.pdf](http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/10470/4/5185_TM_01_P.pdf)>. [Consultado em 24/05/2010].
- Froes, F et al. (2007). Documento de Consenso sobre Pneumonia Nosocomial. *Revista Portuguesa de Medicina Intensiva*, 13, 3, 419-486.
- Hospital de Egas Moniz, S. A. *Infecção Nosocomial / Hospitalar*. [Em linha]. Disponível em <<http://www.techna.pt/Downloads/Infeccao%20Nosocomial.pdf>>. [Consultado em 31/05/2010].

- Hospital de Santa Maria (2002). *Prevenção da Infecção Respiratória Nosocomial. Recomendação nº 08/2002*. [Em linha]. Disponível em <[http://www.chln.min-saude.pt/contents/pdfs/CCIH/Inf.\\_respiratoria.pdf](http://www.chln.min-saude.pt/contents/pdfs/CCIH/Inf._respiratoria.pdf)>. [Consultado em 31/05/2010].
- IHI (2005). *Ventilator Bundle checklist*. [Em linha]. Disponível em <[http://www.thesullivangroup.com/risk\\_resources/ToolBox/VentilatorBundleChecklist.pdf](http://www.thesullivangroup.com/risk_resources/ToolBox/VentilatorBundleChecklist.pdf)>. [Consultado em 28/05/2010].
- Institute for Healthcare Improvement. *Getting Started Kit: Prevent Ventilator-Associated Pneumonia. How-to Guide*. [Em linha]. Disponível em <<http://www.premierinc.com/safety/topics/bundling/downloads/03-vap-how-to-guide.pdf>>. [Consultado em 24/05/2010].
- Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (2002). *Prevenção de Infecções Adquiridas no Hospital. Um Guia Prático*. [Em linha]. Disponível em <[http://www.opas.org.br/gentequefazsaude/bvsde/bvsacd/cd49/man\\_oms.pdf](http://www.opas.org.br/gentequefazsaude/bvsde/bvsacd/cd49/man_oms.pdf)>. [Consultado em 28/05/2010].
- Ricci, M. (2005). *Incidência da Pneumonia Nosocomial em uma Unidade de Terapia Intensiva geral de Cascavel, Paraná*. Dissertação de Graduação em Fisioterapia. Universidade Estadual do Oeste do Paraná. [Em linha]. Disponível em <[www.cesumar.br/pesquisa/periodicos/index.php/saudpesq/article/.../1578](http://www.cesumar.br/pesquisa/periodicos/index.php/saudpesq/article/.../1578)>. [Consultado em 03/06/2010].
- Rutala, W. A., Weber, D. J. e Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (2008). *Guideline for Disinfection and Sterilization in Healthcare Facilities, 2008*. Department of Health Human Services. USA. [Em linha]. Disponível em <[http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/pdf/guidelines/Disinfection\\_Nov\\_2008.pdf](http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/pdf/guidelines/Disinfection_Nov_2008.pdf)>. [Consultado em 28/05/2010].
- Santana, L. M. e Gandin, R. B. R. (2007). *Manual de Normas e Rotinas do Serviço*
- Siegel, J. D., Rhinehart, E. Jackson, M. Chiarello, L. e the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (2007). *Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings*. [Em linha]. Disponível em <<http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/isolation/Isolation2007.pdf>>. [Consultado em 26/05/2010].
- Siegel, J. D., Rhinehart, E. Jackson, M. Chiarello, L. e the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (2006). *Management of Multidrug-Resistant Organisms In Healthcare Settings, 2006*. [Em linha]. Disponível em <<http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/pdf/ar/mdroGuideline2006.pdf>>. [Consultado em 24/05/2010].
- U. S. Department of Health and Human Services (1994). *Addressing Emerging Infectious Disease Threats: A Prevention Strategy for the United States*. [Em linha]. Disponível em <<http://www.cdc.gov/mmwr/PDF/rr/rr4305.pdf>>. [Consultado em 03/06/2010].
- U. S. Department of Health and Human Services (1998). *Preventing Emerging Infectious Disease Threats: A Strategy for the 21<sup>st</sup> Century*. [Em linha]. Disponível em <<http://www.cdc.gov/mmwr/PDF/rr/rr4715.pdf>>. [Consultado em 03/06/2010].
- U. S. Department of Health and Human Services. *HHS Action Plan to Prevent Healthcare-Associated Infections*. [Em linha]. Disponível em <<http://www.hhs.gov/ophs/initiatives/hai/5-hai-plan-prev-prioritized-recs.pdf>>. [Consultado em 26/05/2010].
- World Health Organization (2009a). *WHO policy on TB infection control in health-care facilities, congregate settings and households*. [Em linha]. Disponível em

<[http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598323\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598323_eng.pdf)>.

[Consultado em 26/05/2010

World Health Organization (2009b). *Infection-control measures for health care of patients with acute respiratory diseases in community settings. Trainee's guide*. [Em linha].

Disponível em

<[http://www.who.int/csr/resources/publications/WHO\\_HSE\\_GAR\\_BDP\\_2009\\_1a/en/index.html](http://www.who.int/csr/resources/publications/WHO_HSE_GAR_BDP_2009_1a/en/index.html)>. [Consultado em 26/05/2010].

World Health Organization (2009c). *Natural ventilation for infection control in health-care settings*. [Em linha]. Disponível em

<[http://www.who.int/water\\_sanitation\\_health/publications/natural\\_ventilation/en/index.html](http://www.who.int/water_sanitation_health/publications/natural_ventilation/en/index.html)>. [Consultado em 03/06/2010].

## **ANEXOS**

*ANEXO A – VENTILATOR BUNDLE CHECKLIST*

**VENTILATOR BUNDLE CHECKLIST**  
(Individual Patient)

Patient: (Paciente) \_\_\_\_\_

Admit Date: (Data de admissão) \_\_\_\_\_

**ICU Day (Dia na U.C.I.)**

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Head of the Bed 30° (Cabeceira da cama a 30°)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Daily Sedation Vacation (Interrupção diária da sedação)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Daily Assessment of readiness to wean (Avaliação diária para o desmame ventilatório)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Daily Spontaneous Breathing Trial (Teste / Tentativa diária de respiração espontânea)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. PUD Prophylaxis (Profilaxia da úlcera péptica)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. DVT Prophylaxis (Profilaxia da Trombose venosa profunda)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





## **Anexo II – Flyer: Prevenção da Infecção Respiratória Nosocomial**



## Prevenção da Infecção Respiratória Nosocomial



### A MENTE

**A - Acordar:** evitar sedação profunda e agentes paralisantes e promover períodos de suspensão diária de sedação;

**M - Mãos:** lavagem/desinfecção das mãos e cumprimento das medidas de assepsia.

**E - Elevação:** da cabeceira do leito a 30 – 45°;

**N - Nutrição:** de preferência entérica e contribuindo para prevenir a úlcera péptica;

**T - Tubos:** evitar entubar (ventilação não-invasiva, se possível), extubar e retirar outros tubos e acessos o mais cedo possível;

**E - Educação:** formação e envolvimento dos profissionais de saúde através de um programa de controlo de infecção hospitalar.

Fonte: Revista Portuguesa de Pneumologia, 2007, vol. 13: nº 3.

Realizado por: Márcia Morgado e Maria Anjos Moreno  
Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde  
Curso de Mestrado em Enfermagem - Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica



### **Anexo III – Reflexão sobre a Medicina Hiperbárica: uma curiosidade**





**MEDICINA HIPERBÁRICA – UMA CURIOSIDADE**





## **ABREVIATURAS E SIGLAS**

HPH – Hospital de Pedro Hispano

MH – Medicina Hiperbárica

OTHB – Oxigeno Terapia Hiperbárica



## ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	7
1. MEDICINA HIPERBÁRICA – EM PORTUGAL .....	9
1.1. Fundamentos da Medicina Hiperbárica.....	9
1.2. Efeitos terapêuticos da Oxigenoterapia Hiperbárica .....	11
1.3. Indicações Terapêuticas da OTHB.....	14
2. Cuidados de Enfermagem na OTHB.....	17
2.1. Cuidados de Enfermagem pré- OTHB .....	17
2.2. Cuidados de Enfermagem durante a OTHB .....	18
2.3. Cuidados de enfermagem pós OTHB.....	21
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	22
BIBLIOGRAFIA .....	23



## INTRODUÇÃO

A aquisição de conhecimentos que possibilite uma prática eficaz na prestação de cuidados constitui um dos objectivos primordiais do ensino clínico em enfermagem. A aprendizagem em contexto clínico afigura-se de essencial importância no desenvolvimento e crescimento do aluno, facultando a mobilização dos conhecimentos adquiridos, contextualizando-os na prática, permitindo a consolidação de saberes (Rua, 2009). É neste local onde o conhecimento se reconstrói de uma forma mais sustentada, onde a conceptualidade e a *práxis* se validam mutuamente, produzindo novos conhecimentos.

Dentro deste contexto, o estágio que efectuei na Comissão de Controlo de Infecção permitiu-me o contacto com uma nova realidade: O HPH é o primeiro hospital civil a implementar uma Unidade de Medicina Hiperbárica, inovando os cuidados de saúde a prestar aos seus utentes. Esta modalidade terapêutica tem conquistado um crescente protagonismo no tratamento de várias situações médicas e cirúrgicas, agudas ou crónicas. Este ramo da medicina, abrange tratamentos de diversas patologias num ambiente com pressão superior à atmosférica. A Medicina Hiperbárica (MH) agrupa em si a terapêutica hiperbárica e a oxigenoterapia hiperbárica (OTHB). A OTHB é um tipo de tratamento baseado na inalação de O<sub>2</sub> puro em ambiente hiperbárico, ou seja, uma pressão superior à atmosfera medida ao nível do mar (Fernandes, 2009).

A OTHB, iniciou-se há mais de cem anos, provenientes do tratamento de doenças de descompressão, mas nos últimos cinquenta anos, outras indicações terapêuticas tem vindo a ser propostas (De Laet *et al.*, 2008). Segundo os mesmos autores, a OTHB apresenta efeito anti-infeccioso, pró -cicatrizante, anti-isquémico e anti-edematoso.

Esta realidade motivou o interesse sobre este tema, pois trata-se de uma terapia que tende a ser muito útil no futuro, facilitando o processo de cura e tempo de recuperação de várias patologias, nomeadamente, intoxicações por monóxido de carbono, doença descompressiva, pé diabético, gangrena gasosa, infecções necrosantes das partes moles, isquemia traumática aguda, entre outras. É uma terapia que abrange em si várias áreas da saúde; daí que as equipas responsáveis por esta terapia sejam altamente especializadas e com necessidade de constante renovação de conhecimentos.

Com o objectivo de colmatar a lacuna que senti nesta área, realizei esta pesquisa a fim de aumentar os meus conhecimentos e assim dar continuidade ao meu processo de crescimento pessoal e profissional como futura enfermeira na área de EEMC.

## **I. MEDICINA HIPERBÁRICA – EM PORTUGAL**

Em Portugal, a Medicina Hiperbárica tem-se desenvolvido, essencialmente, por iniciativas da Medicina de Guerra Portuguesa e também do Centro de Medicina Hiperbárica do hospital da Marinha.

A primeira Câmara Hiperbárica em Portugal foi instalada em 1953, na Escola de Mergulhadores-Esquadrilhas de base naval de Alfeite, que se destinava a prestar apoio terapêutico aos acidentes e mergulho decorrentes da actividade operacional em meio hiperbárico subaquático, e que os tratamentos eram efectuados com ar. Só em 1968 teve início, no nosso país, a aplicação de OTHB com O<sub>2</sub> puro (Albuquerque e Sousa, 2006).

Em 2001, no Centro de Medicina Hiperbárica, é instalada uma câmara multi-lugar com capacidade para tratar doentes críticos, incluindo os que necessitavam de ventilação assistida, o que não acontecia nas câmaras anteriores e até 2006, era o único centro em Portugal que funcionava de acordo com as recomendações do European Committee for Hyperbaric Medicine, European Diving Technology Committee e do European Code of Good Practice for Hyperbaric Oxygen Therapy (Fernandes, 2009).

Em Junho de 2006, o Hospital Pedro Hispano, adquiriu uma câmara multi-lugar de 15 lugares. Assim, a Unidade de MH deste hospital é a segunda em Portugal Continental, que permite a cobertura deste tipo de tratamento ao Norte e Centro do País, com uma característica singular: está integrada num centro hospitalar com capacidade de tratar doentes em estado crítico.

### **I.1. Fundamentos da Medicina Hiperbárica**

A MH dedica-se ao estudo e tratamento das doenças susceptíveis de regredirem ou de melhorarem com a exposição dos seus portadores a elevadas pressões, ambiente e de oxigénio molecular, por meio da inalação deste gás, de ar, ou de outras misturas gasosas respiráveis, no interior de compartimentos estanques hiperpressurizados (câmaras hiperbáricas).

A MH engloba a terapêutica hiperbárica e a oxigenoterapia hiperbárica. A terapêutica hiperbárica inclui a inalação de ar e de misturas gasosas respiráveis hiperoxigenadas a

uma pressão ambiente superior à pressão atmosférica medida ao nível do mar, e foi precedida pela aeroterapia hiperbárica (inalação de ar atmosférico a pressões variáveis). A terapêutica hiperbárica mantém pertinência, na actualidade, relativamente ao tratamento das afecções causadas por êmbolos gasosos, como é o caso de certas formas de doença de descompressão e das embolias gasosas vasculares.

A oxigenoterapia hiperbárica (OTHB) é uma modalidade de tratamento baseada na inalação de oxigénio puro em ambiente hiperbárico, isto é, a uma pressão ambiente superior à pressão atmosférica medida ao nível do mar (Sousa, 2006). Para se atingirem tais propósitos, as sessões de OTHB são realizadas no interior de câmaras hiperbáricas, que são compartimentos estanques, habitualmente cilíndricos (para uma mais uniforme distribuição das pressões sobre a sua superfície interna), construídos com materiais resistentes a elevadas pressões.

Segundo Sousa (2006), as câmaras hiperbáricas dividem-se por várias categorias, de acordo com a sua capacidade, finalidade de utilização e potencial terapêutico:

- As câmaras de categoria 1 são multi-lugar e estão apetrechadas com meios adequados ao tratamento e monitorização de doentes em estado crítico (“advanced life support”);
- As câmaras de categoria 2 são do tipo multi-lugar e destinam-se ao tratamento de doentes em geral, exceptuando os em estado crítico (“basic life support”);
- As câmaras de categoria 3 são do tipo multi ou bi-lugar e destinam-se exclusivamente ao tratamento de acidentados de mergulho (“basic life support”);
- As câmaras de categoria 4 são do tipo monolugar (“basic life support”), sendo cada vez menos usadas porque, ao serem pressurizadas com oxigénio, comportam um risco acrescido de incêndio e deflagração, e devotam o doente a uma situação de isolamento e de incomunicabilidade, não permitindo que lhe sejam prestados cuidados médicos, no decurso dos tratamentos.

Nesta unidade do HPH, as câmaras são multi-lugar como já referi, pressurizadas com insuflação de ar no seu interior até se atingir a pressão ambiente de trabalho desejada



e têm volumetria suficiente para acomodar simultaneamente vários indivíduos, sendo assim possível o acompanhamento dos doentes por um enfermeiro especialista no decurso dos tratamentos hiperbáricos. Uma vez alojados no seu interior e atingida a pressão de trabalho, os doentes inalam oxigénio puro (100%), ou outras misturas gasosas respiráveis (heliox, nitrox, por exemplo), por meio de máscara buco-nasal, de tenda cefálica, ou de tubo endo-traqueal, em circuito semi-aberto, isto é, o gás inspirado é conduzido através de uma traqueia munida de uma válvula unidireccional, e os gases expirados são drenados directamente para o exterior da câmara através de outra traqueia apetrechada com válvula de não retorno. Desta forma, não há contacto directo dos gases respirados pelo doente com o ar contido no interior da câmara, pelo que raramente as concentrações de oxigénio, a este último nível, excedem os valores de segurança recomendados (22.5%) estando, assim, minimizado o risco de incêndio e deflagração.

A duração e a pressão máxima de trabalho, das sessões rotineiras de oxigenoterapia hiperbárica, estão limitadas a 3 atmosferas absolutas e a 120 minutos, como forma de prevenção da ocorrência dos efeitos tóxicos da hiperóxia, neurológicos e respiratórios, respectivamente. Contudo, é possível atingir pressões de trabalho mais elevadas e proceder a tratamentos hiperbáricos mais prolongados, recorrendo a misturas respiratórias hiperoxigenadas (heliox e nitrox), em vez de oxigénio puro, como no caso do tratamento de certos acidentes disbáricos embolígenos de mergulho (doença de descompressão e síndrome de hiperpressão intra-torácica, complicado com embolia gasosa arterial), como refere Sousa (2006).

## **1.2. Efeitos terapêuticos da Oxigenoterapia Hiperbárica**

A oxigenoterapia hiperbárica exerce seus efeitos terapêuticos através da alta concentração de oxigénio dissolvido nos líquidos teciduais. Segundo Iazzetti (2003), são quatro os principais efeitos da OTHB:

- **Proliferação de fibroblastos** – a OTHB, através do aumento de oxigénio dissolvido nos líquidos teciduais, permite a chegada de concentrações adequadas de oxigénio em tecidos pouco vascularizados favorecendo a cicatrização de feridas problemáticas;

- **Neovascularização** – durante as sessões de OHB, os tecidos recebem maior quantidade de oxigénio que o normal. Imediatamente após a sessão, os tecidos corporais são submetidos a uma hipoxia relativa (volta à concentração normal de oxigênio), efeito este responsável pela estimulação da neovascularização;
- **Actividade osteoclástica e osteoblástica** – a OHB, através do aumento de oxigénio dissolvido nos líquidos teciduais, permite a chegada de concentrações adequadas de oxigénio nos ossos, permitindo as actividades osteoclásticas e osteoblásticas, sendo indicado, desta forma, no tratamento adjuvante da osteomielite crónica;
- **Acção antimicrobiana** – a tensão de oxigénio desempenha um papel crítico no desenvolvimento de infecções. Várias condições patológicas, como lesões ou infecções podem diminuir notavelmente a tensão de oxigénio no sítio afectado, onde o fluído de lesões experimentais frequentemente apresenta valores inferiores a 10mmHg. Em infecções ósseas experimentais verifica-se reduções de 50% das tensões normais. Portanto, condições de considerável hipoxia ou mesmo anaerobiose são verificadas em tecidos orgânicos infectados, favorecendo o crescimento de bactérias específicas. Em princípio, é nestas infecções que a hipoxia hiperbárica apresenta maior potencial terapêutico. Vários mecanismos antibióticos foram identificados na acção directa da hiperoxia sobre bactérias em estudos de biologia molecular de microrganismos, tais como:
  - ✓ Inibição da biossíntese de aminoácidos - a OHB bloqueia a dihidroxi-ácido desidratase, favorecendo a proteólise e bloqueando o crescimento bacteriano;
  - ✓ Inibição de transporte em membranas – oxidação de proteínas de transporte que contenham o grupo sulfidril, efeito típico do ânion superóxido, também compromete a captação de substratos;
  - ✓ Inibição da síntese e degradação de DNA – lesões directas ao RNA e DNA da bactéria são induzidas por radicais activados do oxigénio. Favorecendo a acção microbicida e microbiostática directa do oxigénio, formando radicais livres e inibindo o metabolismo bacteriano;

- ✓ Radical livre – o oxigênio ao ingressar no organismo transforma-se em radical livre denominado superóxido; este pode ser inibido pela *superóxido desmutase* (SOD). A oxigenoterapia aumenta o SOD e diminui os radicais. Assim sendo, a OHB aumenta a formação de radicais livres e estimula a formação das defesas orgânicas através da produção de superóxido desmutase (SOD), resultando numa melhoria da carga oxidativa do organismo, diminuindo o envelhecimento celular.

A redução do volume e do diâmetro das bolhas de gás inerte, contidas no organismo humano, proporcionada pela elevação da pressão ambiente, a promoção da sua dissolução, pela criação de gradientes de pressão que promovem a difusão do gás inerte do interior dos êmbolos gasosos para os tecidos circundantes, e o aumento da quantidade de oxigênio ( $O_2$ ) molecular dissolvido no plasma, das tensões arteriais deste gás e da sua transferência para os tecidos, proporcionado pelo aumento da pressão parcial de oxigênio ao nível dos alvéolos pulmonares, resultante sua inalação, no estado puro, em ambiente hiperbárico, são os principais mecanismos fisiológicos que fundamentam o recurso à OTHB em determinadas situações patológicas.

Para além da maior quantidade e distância de difusão peri-capilar do  $O_2$ , causada pela elevação das suas tensões arteriais, o oxigênio livre, dissolvido em maiores quantidades no plasma sanguíneo, difunde-se para territórios inacessíveis às moléculas deste gás que são transportadas pela hemoglobina eritrocitária, fazendo com que no decurso de uma sessão de OTHB, realizada a duas atmosferas absolutas, os valores das tensões tecidulares de  $O_2$  ascendam aos 400 mmHg (cerca de 10 vezes superiores aos que se obtêm com inalação de ar ambiente ao nível do mar).

Tais mecanismos fisiológicos tornam esta terapêutica útil em situações resultantes de hipoxia ao nível dos tecidos, seja ela anémica (intoxicação pelo monóxido de carbono, com formação de carboxihemoglobina, com a subsequente diminuição da capacidade de transporte sanguíneo de  $O_2$ , por exemplo, com tensões arteriais de  $O_2$  normais e níveis de oxihemoglobina e tensões tecidulares de  $O_2$  diminuídos), citotóxica (intoxicação pelo monóxido de carbono e cianídrica, com inibição da “respiração” celular por bloqueio de cadeias enzimáticas mitocondriais, com tensões arteriais e tecidulares de  $O_2$  normais e níveis de oxihemoglobina inalterados), ou isquémica (por

arteriopatia obstrutiva, infecção e edema, com tensões arteriais de oxigénio e níveis de oxihemoglobina normais e redução das tensões tecidulares de O<sub>2</sub>, com hipoxia).

A OTHB não só garante um aumento significativo da disponibilidade do oxigénio molecular ao nível dos tecidos, como causa uma vasoconstrição hiperóxica, não hipoxemiante, selectiva, ocorrendo predominantemente, ao nível dos tecidos sãos com redução do edema e redistribuição da volémia periférica a favor dos tecidos hipóxicos. Este mecanismo fisiológico acentua os efeitos anti-isquémicos e anti-hipóxicos desta modalidade complementar de tratamento, ao nível das extremidades (Albuquerque e Sousa, 2002).

Segundo Sahni *et al.* (2004), o aumento da disponibilidade local de oxigénio molecular ao nível das lesões hipóxicas, promove, por sua vez, a sua cicatrização (aumento, quantitativo e qualitativo, do colagéneo fibroblástico, depositado ao nível da matriz extracelular de tecido conjuntivo estimulação da angiogénese local, e da reepitelização) e combate a infecção local (aumento da actividade fagocitária das bactérias e da sua lise ao nível dos granulócitos polimorfonucleares neutrófilos, sinergismo em relação a certos antibióticos, efeito bacteriostático e bactericida, este último em anaeróbios estritos).

### **1.3. Indicações Terapêuticas da OTHB**

Nos últimos 40 anos, a oxigenoterapia hiperbárica tem sido recomendada e usada numa grande variedade de doenças.

#### **Recomendação Tipo I**

Intoxicação por Monóxido de Carbono (CO)  
Síndrome de Esmagamento  
Prevenção da osteoradionecrose após extracção dentária  
Osteoradionecrose (mandíbula)  
Radionecrose de tecidos moles (cistite)  
Acidente Descompressivo  
Embolia Gasosa  
Infecções bacterianas por anaeróbios ou mistas anaeróbicas

### **Recomendação Tipo II**

Lesão do Pé Diabético  
Retalho de pele ou musculocutâneo comprometido  
Osteoradionecrose (outros ossos que não mandíbula)  
Proctite/enterite radio-induzida  
Lesões dos tecidos moles radio-induzidas  
Cirurgia e implante em tecidos irradiados (acção preventiva)  
Surdez súbita  
Úlcera Isquémica  
Osteomielite Crónica Refractrária  
Neuroblastoma Estádio IV

### **Recomendação Tipo III**

Encefalopatia Pós-anóxica  
Radionecrose Laríngea  
Lesão do Sistema Nervoso Central radio-induzida  
Síndrome de reperfusão pós-procedimento vascular  
Reimplantação de Membro  
Queimaduras de 2º grau em mais de 20% da superfície corporal  
Doenças oftálmicas isquémicas agudas  
Feridas seleccionadas de difícil cicatrização secundária a processos inflamatório  
Pneumatois cystoides interstriaes

*Indicações Recomendadas da OTHB (Fernandes et al., 2009)*

Das inúmeras patologias em que o tratamento através da OTHB pode ser útil, destacam-se:

#### Pé Diabético, Úlceras Isquémicas e feridas de difícil cicatrização

Estudos apontam para que um por cento da população dos países ocidentais sofrerá algum tipo de úlcera dos membros inferiores durante a sua vida. Com o envelhecimento progressivo da população ocidental, perspectiva-se que este número possa aumentar (Baker et al, 1991).

O papel fundamental do oxigénio na fisiologia da cicatrização de feridas está bem documentado (Hunt, 1988). Sabe-se que as feridas em diabéticos são frequentemente infectadas de forma polimicrobiana e com uma grande incidência de organismos anaeróbios, mas a infecção não é o único motivo pelo qual estas lesões são muito

difíceis de tratar (Lee *et al.*, 1997). A hipóxia tecidual, geralmente provocada por alterações circulatórias e agravada pela infecção concomitante, tem uma grande responsabilidade na etiopatogenia destas lesões. A hipóxia não só impede a cicatrização mas também pode prejudicar a capacidade bactericida leucocitária. Segundo Lavan e Hunt (1990), esta hipóxia e a infecção que muitas vezes co-existe, são a base racional para a aplicação da oxigenoterapia hiperbárica neste tipo de patologia, tendo em conta já referidos efeitos anti-isquémicos, prócicatrizantes, anti-infecciosos e anti-edematosos do oxigénio hiperbárico, actuando inclusive de forma sinérgica com a pentoxifilina na melhoria do fluxo sanguíneo.

### Surdez Súbita

A Surdez Súbita Neurosensorial Idiopática, com ou sem *tinnitus*, é comum e representa uma problema de saúde com efeitos significativos na qualidade de vida (Bennet, Kertesz e Yeung, 2005).

Trata-se de uma lesão do ouvido interno que surge bruscamente ou ao fim de umas horas, que se caracteriza por uma surdez de percepção geralmente unilateral e sem causa aparente; em mais de metade dos casos o défice de audição é permanente. Invocaram-se várias teorias acerca da sua origem: vírica, isquémica, traumática por rotura da membrana de *Reissner* e outras. Independentemente da origem do quadro, parece ser comum uma situação de anóxia/hipóxia das células ciliadas da cóclea, que têm um alto consumo de oxigénio e são muito sensíveis a variações do aporte de O<sub>2</sub> necessário para as suas funções fisiológicas (Francis e Mitchell, 2003).

A OTHB pode melhorar o fornecimento de oxigénio ao ouvido interno e assim resultar numa melhoria da audição e/ou numa redução da intensidade do *tinnitus*.

## **2. Cuidados de Enfermagem na OTHB**

Os cuidados de enfermagem a doentes submetidos a OHTB são prestados desde a chegada do doente ao serviço para tratamento, até à sua saída. Portanto, podem ser classificados (Alcantara *et al.*, 2010) em:

- Pré-OTHB: cuidados prestados ao doente antes de entrar na câmara hiperbárica para efectivo tratamento;
- Durante a OTHB: cuidados prestados ao doente durante toda a sua sessão de tratamento, ou seja, desde que se iniciou a pressurização até o final da despressurização;
- Pós-OTHB: cuidados prestados ao doente imediatamente após a sessão de tratamento até a sua saída do serviço.

Estes cuidados são realizados por enfermeiros que são responsáveis pelo controle interno e externo da câmara hiperbárica para a realização da sessão de tratamento (Uggueri e Barros, 2007).

### **2.1. Cuidados de Enfermagem pré- OTHB**

Os cuidados de enfermagem na fase pré-OTHB, tem por objectivo preparar o ambiente terapêutico e o doente, de modo a garantir segurança e conforto colectivo durante o tratamento. O enfermeiro “interno” é responsável por: promover um ambiente terapêutico limpo, organizado e confortável; verificar o funcionamento dos equipamentos de fonia e daqueles que controlam temperatura, humidade, iluminação e concentração de oxigénio no interior da câmara hiperbárica; prover meios de distracção para os doentes durante o tratamento; avaliar o material de composição das roupas dos doentes, permitindo apenas o uso de roupas confeccionadas a base de fibras naturais (algodão ou linho); conferir os objectos que são levados para dentro da câmara, não permitindo a entrada de doentes que possuam objectos que sirvam de fonte de ignição na presença de oxigénio; solicitar a remoção de materiais como, óleo, gordura, álcool e outros, caso estejam presentes na pele.

Executa cuidados especiais com artigos invasivos como: desinsuflar os cuffs dos tubos orotraqueais e de traqueostomia, preenchendo-os com água destilada; preencher drenos e cateteres com soro fisiológico 0,9% ou água destilada; esvaziar sacos colectores dos drenos ou dispositivos urinários. O enfermeiro ainda acomoda os doentes dentro da câmara hiperbárica, priorizando aqueles com dificuldade de locomoção.

Em relação às actividades do Enfermeiro externo à câmara hiperbárica, este identifica os doentes iniciantes para dar-lhes orientações inerentes à terapia hiperbárica e quanto ao uso, cuidados e responsabilidades com a máscara de OHB. Esta deve ser compatível com o tamanho do rosto do doente, de modo que haja conforto e não permita a fuga de oxigénio para a atmosfera da câmara, através de uma máscara inadequadamente para o tamanho do seu rosto, aumentando a concentração deste gás neste ambiente, para valores acima dos limites de segurança pré-estabelecidos. Da mesma maneira, não deve permitir a entrada de ar do ambiente terapêutico no seu interior, diminuindo a eficácia do método devido à diluição do oxigénio inalado.

O enfermeiro também avalia o estado clínico geral do doente, comunicando qualquer anormalidade ao médico, ensina o doente a comunicar imediatamente sintomas de desconforto como dor, tontura, cefaleias entre outros.

## **2.2. Cuidados de Enfermagem durante a OTHB**

Estes cuidados são realizados durante a sessão terapêutica, com o objectivo de viabilizar a adaptação do doente ao ambiente hiperbárico, permitindo que o mesmo cumpra o tempo da operação da câmara multi-lugar (para 2 ou mais doentes), enquanto que a câmara monolugar (para 1 doente) exige cuidados de enfermagem apenas de um enfermeiro, que, deste modo, acumula as funções e responsabilidades dos dois enfermeiros envolvidos na operação de uma câmara multi-lugar.

Os enfermeiros nesta etapa promovem a melhor adaptação do doente ao ambiente terapêutico, por meio das seguintes acções:



- Pressurizar e despressurizar a câmara com uma velocidade compatível com aquela necessária para que os doentes se adaptem, através das manobras de equalização, à variação de pressão que ocorre durante a pressurização;
- Observar e detectar sinais de dificuldade de compensação das cavidades aéreas por parte do doente, devendo, caso ocorram, orientá-lo prontamente, de modo a se obter a equalização destas cavidades. Simultaneamente, a pressurização da câmara deverá ser interrompida ou, caso persista o desconforto ou a dor manifestada pelo doente, deverá dar lugar a uma pequena despressurização do equipamento, até que o alívio destes sintomas ocorra;
- Informar o “enfermeiro externo” e solicitar ajuda do médico responsável caso observe a incidência de sinais e sintomas adversos ao tratamento;
- Proporcionar actividades de distração;
- Provêem um meio ambiente confortável e seguro, através da monitorização da temperatura e humidade relativa do ar atmosférico dentro da câmara, da boa acomodação dos doentes, de minimização dos ruídos ambientais com música ambiente neutra, promovendo, ao mesmo tempo, um clima de relaxamento nos doentes, além de se demonstrarem solícitos para que o doente se sinta à vontade para informar suas necessidades e queixas;
- Necessidade hídrica: oferecer água durante a sessão prevenindo a desidratação e facilitando a compensação do ouvido médio, cuja trompa de Eustáquio se abre durante a deglutição;
- Necessidade de mobilização/locomoção: auxiliar no melhor posicionamento do seu corpo com especial ênfase aos membros inferiores quando acometidos por feridas, por meio da utilização de bancos de apoio apropriados e quanto à prevenção de dores na região dorsal e lombar;
- Necessidade de eliminação: atender a essa necessidade respeitando os direitos de privacidade;
- Necessidade terapêutica: ajustar e posicionar a máscara facial no rosto do doente ou a tenda cefálica, para administração de oxigénio a 100%; administrar

no horário previsto a medicação de rotina ou a determinada pelo médico hiperbárico, por qualquer via;

- Necessidade de comunicação: mostrar-se solícito para esclarecimento de dúvidas e resolução de problemas que por ventura apresentem, além de permitir jogos, leitura de revistas e livros.

Realizam, quando necessário, cuidados de emergência. Para isto o enfermeiro, durante o emprego da câmara multilugar, deverá:

- Implementar o Protocolo se existir, de Cuidados de Emergência da Instituição;
- Identificar de forma imediata, sinais e sintomas adversos ao ambiente hiperbárico, apresentados pelos doentes.
- Comunicar imediatamente ao enfermeiro externo a intercorrência e solicitar orientação médica.
- Intervir prestando os cuidados básicos necessários, até que o médico interceda orientando -o, ou através da sua intervenção directa, quando ele se insere na câmara e passa a actuar no doente.

O enfermeiro externo assume as seguintes responsabilidades:

- Monitorização da sessão, a fim de garantir suporte ao enfermeiro interno .
- Controle da pressurização, não permitindo que ultrapasse a pressão equivalente a 45 pés de profundidade na água salgada (2,36 ATAS – Atmosferas Absolutas).
- Controle dos “tempos”, objectivando orientar o enfermeiro interno, caso se utilize a câmara multi-lugar, quanto aos períodos de interrupção no fornecimento de oxigénio aos doentes, quando estes passam a respirar ar comprimido, realizados periodicamente e ao término da sessão.

### **2.3. Cuidados de enfermagem pós OTHB**

São os cuidados de enfermagem prestados aos doentes desde o término da sessão de tratamento até o momento da saída da área física do serviço. Têm por objectivo garantir a assistência completa ao doente de OHB e permitir-lhe estabilidade geral para retornar ao seu local de origem.

O Enfermeiro auxilia os doentes na saída da câmara; verifica sinais vitais quando for necessário; atende solicitações dos doentes; auxilia, quando necessário, no transporte dos doentes que fazem uso de maca ou cadeira de rodas para o veículo de origem.

Estes cuidados são realizados durante a sessão terapêutica com o objectivo de viabilizar a adaptação do doente ao ambiente hiperbárico.

O papel do enfermeiro especialista nesta unidade é de primordial importância. Actualmente exige-se de Enfermeiro especialista não só o saber, saber fazer e saber ser enfermeiro, mas também saber “transformar-se”, no sentido de acompanhar a constante evolução que se observa, bem como saber pensar enfermagem, no que diz respeito à busca constante de respostas para as questões e soluções para os problemas observados e identificados, uma vez que de acordo com Collière (1989) a investigação oferece à Enfermagem caminhos novos, permite clarificar melhor os factores que facilitam ou dificultam o serviço prestado às pessoas e proporciona ainda a avaliação das distintas implicações que o Cuidar abrange no contexto sócio – profissional em que se desenvolve.

É importante salientar, que o EE deve possuir o conhecimento sobre a física relacionada ao mergulho, compreender as leis dos gases, e a aplicação destas leis e seus efeitos nos doentes submetidos à terapêutica. É importante salientar que na fase de orientação ao doente, o enfermeiro exerce também a função de educador, esclarecendo ao doente como será realizado o tratamento, orientações das rotinas da unidade (horário de chegada, adereços e adornos, perfumes e cremes e etc.), e os procedimentos dentro da câmara hiperbárica, reduzindo a ansiedade do doente, através da relação terapêutica que se estabelece.

### **3. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A oportunidade em visitar esta unidade, permitiu-me o contacto com uma realidade recente em Portugal na área da medicina, que considere ter constituído uma mais valia no processo de aquisição conhecimentos.

Esta modalidade terapêutica tem conquistado um crescente protagonismo no tratamento de várias situações médicas e cirúrgicas, agudas ou crónicas, como modalidade primária ou como adjuvante a outros tratamentos. Intoxicações por monóxido de carbono (incêndios, fumo das lareiras) e tratamento da doença de descompressão (mergulhadores) são as indicações mais conhecidas, embora a sua utilização se mostre eficaz no tratamento, por exemplo, de sepsis, isquemias pós-traumáticas, queimaduras térmicas e feridas de difícil cicatrização no caso de doentes diabéticos, tratando doentes em ambulatório, internados e inclusive doentes críticos.

O tratamento pela OTHB tem disponibilidade ainda restrita no país; entretanto, a amplitude de suas indicações aponta sua importância para a saúde (Kubagawa e Urasaki, 2002).

Acredito que a comunicação desta experiência possa favorecer a actualização dos enfermeiros, sobre os benefícios advindos dessa terapêutica para muitos doentes. Esforços devem ser envidados no sentido de que a actuação da enfermagem tenha visibilidade como um novo papel nesta área específica.

## BIBLIOGRAFIA

Albuquerque e Sousa, J. G. (2002). Inalação de Oxigênio em Meio Hiperbárico: Fundamentos da sua utilização no tratamento do pé diabético. *RPCCTV*, 9(22): 35-43.

Alcantara, L. M. *Et al.*, (2010). Aspectos legais da enfermagem hiperbárica brasileira: por que regulamentar? *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63 (2), 312-316.

Baker, S. R. *et al.* (1991). Epidemiology of chronic venous ulcers. *Br J Surg*,78:864-867.

Bennett, M. H., Kertesz, T. e Yeung, P. (2005). Hyperbaric oxygen for idiopathic sudden sensorineural hearing loss and tinnitus. *Cochrane Database Syst Rev*, 25;(1).

Collière, M-F. (1989). *Promover a vida*. Lisboa, Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

De Laet, C. *et al.*, (2008). Hyperbaric Oxygen Therapy : a Rapid Assessment. *Technology Assessment (HTA)*. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Center KCE Reports.

Fernandes, T. D. F. (2009). Medicina Hiperbárica. *Acta Médica Portuguesa*, 22 (4), 323-334.

Francis, T. J. R. e Mitchell, S. J. (2003). Pathophysiology of Decompression Sickness. In: *Bennett PB, Elliott DH. The physiology and medicine of diving*. 5th ed. Philadelphia: W.B. Saunders, 530-556.

Hunt, T. K. (1988). The physiology of wound healing. *Ann Em Med*, 17:1265-1273.

Iazzetti, P. E. (2003). Oxigenoterapia Hiperbárica em Feridas Crônicas ou de Alto Risco: Reestabelecimento e Potencialização da Regeneração em Lesões Refratárias Específicas. In: Jorge, A. S. e Dantas, S. R. P. E. *Abordagem Multiprofissional do tratamento de Feridas*. São Paulo (SP): Atheneu.

Kubagawa, L. M. e Urasaki, M. B. M. (2002). Hiperbárica: Informações Básicas para a Equipe de Enfermagem. *Rev Paul Enfermagem*, Maio-Agosto; 21(2): 168-74.

Lavan, F. B. e Hunt, T. K. (1990) Oxygen and wound healing. *Clin Plast Surg*, 17(3), 463-472.

Lee, S. S. et al (1997). Hyperbaric oxygen in the treatment of diabetic foot infection. *Chang Gung Med J*, 20(1):17-22.

Sahni, T. et al (2004). Recent Advances in Hyperbaric Oxygen Therapy. *The Association of Physicians of India*, 14, 632-639.

Sousa, J. G. A. (2006). A medicina hiperbárica. Uma especificidade da medicina naval. *Revista Militar*, 2455, Outubro.

Uggueri, C. J. R. e Barros, M. C. D. (2007). *Cuidados de enfermagem pré-trans e pós oxigenoterapia hiperbárica: relato de experiência em um serviço de medicina hiperbárica do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro. Universidade Gama Filho.

#### **Anexo IV – Síndromes Coronárias Agudas**

- a) Síndromes Coronárias Agudas: Cuidados de Enfermagem**
- b) Plano de Sessão**
- c) Diapositivos de apoio**
- d) Posters**





**a) Síndromes Coronárias Agudas: Cuidados de Enfermagem**





# CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMEGEM MÉDICO - CIRÚRGICA**

**SÍNDROMES CORONÁRIAS AGUDAS**

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM**

**PORTO, Novembro de 2010**





# CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO  
↳ Instituto de Ciências da Saúde

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO – CIRÚRGICA**

**SÍNDROMES CORONÁRIAS AGUDAS**

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM**

**Aluno:** Maria dos Anjos Moreno

**Sob orientação de:** Professora Lúcia Rocha

**PORTO, Novembro de 2010**



## **ABREVIATURAS E SIGLAS**

API – Angina de peito Instável

DC – Doença coronária

ECG – Eletrocardiograma

EM – Enfarte do Miocárdio

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

I-A – medidas de adoção fortemente recomendadas e fortemente apoiadas por estudos epidemiológicos, clínicos e experimentais bem desenhados.

I-B – medidas de adoção fortemente recomendadas, apoiadas por alguns estudos epidemiológicos, clínicos e experimentais e por fundamentação teórica.

I-C – Medidas preconizadas pelas recomendações de Associações ou Federações.

ICP – Angioplastia Primária

SCA – Síndrome Coronária Aguda

SCA-EST – Síndrome Coronária Aguda com supradesnivelamento do segmento ST

SCASST – Síndrome Coronária Aguda sem supradesnivelamento do segmento ST





## ÍNDICE

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>9</b>
<b>2. AS SÍNDROMES CORONÁRIAS AGUDAS .....</b>	<b>11</b>
2.1. Definição .....	11
2.2. Epidemiologia .....	13
2.3. Fisiopatologia das Síndromes Coronárias Agudas .....	13
2.4. Diagnóstico .....	14
2.5. Recomendações para o diagnóstico e estratificação do risco .....	15
<b>3. ESTRATÉGIA DE REPERFUSÃO NOS DOENTES COM ENFARTE DO MIOCARDIO COM SUPRA DESNIVELAMENTO DO SEGMENTO ST ....</b>	<b>17</b>
3.1. Terapêutica Trombolítica .....	17
3.2. Contra-indicações absolutas da trombólise .....	18
3.3. Contra-indicações relativas da trombólise.....	18
3.4. Efeitos adversos da terapêutica trombolítica .....	19
<b>4. CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO DOENTE COM EM SST .....</b>	<b>21</b>
<b>5. INTERVENÇÃO PERCUTÂNEA PRIMÁRIA .....</b>	<b>23</b>
<b>6. CONCLUSÃO .....</b>	<b>25</b>
<b>7. BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>27</b>



## **I. INTRODUÇÃO**

Actualmente as pessoas que vivem na sociedade ocidental, apresentam como principal causa de mortalidade e morbidade as doenças cardiovasculares. A doença coronária (DC) é a mais prevalente das patologias cardiovasculares (Chaves e André, 2008).

A doença cardiovascular (DC) constitui a causa principal de mortes prematuras na Europa surgindo associada à percepção pela pessoa de uma diminuição da sua qualidade de vida. Constitui uma causa importante de incapacidade e contribui significativamente para o aumento em crescendo dos custos dos cuidados de saúde.

Em Portugal a (DC), comparativamente com outros países da Europa, apresenta uma taxa de mortalidade inferior, mas o seu carácter multidimensional e as consequências para a pessoa e sociedade levou a Direcção Geral de Saúde 2006 a considerarem a (DC) como um dos problemas de saúde pública mais importantes (Chaves e André, 2008). Em Portugal, o Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) constitui a segunda causa de morte, (cerca de 12% dos óbitos em 1996), precedida do Acidente Vascular Cerebral (AVC), numa ordem inversa ao que acontece em países do Centro e do Norte da Europa e nos EUA. O internamento dos doentes nas Unidades de Tratamentos Intensivos Coronários (UTIC's), onde a monitorização contínua permite intervenções salvadoras, juntou-se, como rotina de tratamento precoce, a reperfusão coronária.

Para ser eficaz, a reposição da circulação coronária deverá efectuar-se no menor espaço de tempo após o início dos sintomas, não devendo ultrapassar a janela terapêutica das quatro a seis horas. Podendo ainda realizar-se até às doze horas, pensa-se que os benefícios dessa desobstrução coronária tardia far-se-ão ainda sentir na redução da dilatação ventricular esquerda, na menor ocorrência de arritmias e no maior desenvolvimento de circulação colateral.

A aterosclerose desenvolve-se de forma insidiosa ao longo de vários anos e normalmente encontra-se em estado avançado na altura em que ocorrem os sintomas.

A morte por DC ocorre muitas vezes de forma súbita e antes de serem prestados os cuidados da saúde, pelo que muitas das intervenções terapêuticas não são aplicáveis ou são paliativas.

A ocorrência da maioria das DC relaciona-se muito com os estilos de vida e com factores fisiológicos e bioquímicos modificáveis.

Os progressos tecnológicos no diagnóstico e no tratamento da DC deram um importante contributo para o alívio da sintomatologia e também para o prolongamento da vida em anos e em qualidade.

No sentido de contribuir para o melhor atendimento de doentes que recorrem ao hospital com este tipo de patologia, é de primordial importância a existência de uma equipa de saúde com conhecimentos e competências para actuar nestas situações agudas.

O conhecimento deste tema é crucial para a enfermagem, que tem como objectivo prestar cuidados ao doente em situação crítica, um conhecimento que permita uma avaliação e abordagem inicial rápida e objectiva apropriadas a uma doença que pode ser fatal para o doente.

## **2. AS SÍNDROMES CORONÁRIAS AGUDAS**

As diferentes apresentações das síndromes coronárias agudas (SCA) partilham um substrato fisiopatológico comum. O sintoma principal que desencadeia o processo de diagnóstico e a decisão terapêutica é a dor torácica, mas a classificação dos doentes é baseada no electrocardiograma (ECG).

As SCA são a causa mais frequente de disritmia maligna a que se pode seguir a morte súbita. O tratamento tem como objectivo a correcção da situação que coloca em risco a vida do doente, como a fibrilhação ventricular ou as bradicardias extremas e a preservação da função ventricular, a fim de minimizar a extensão da lesão do miocárdio. As recomendações actuais de acordo com o European Resuscitation Council (2010) centram-se no atendimento nas primeiras horas pós início dos sintomas.

### **2.1. Definição**

O termo Síndrome Coronária Aguda (SCA) é caracterizado por um desequilíbrio entre a oferta e a procura de oxigénio pelo miocárdio, surgiu para englobar três manifestações distintas de doença coronária: enfarte agudo do miocárdio com elevação do segmento ST (EM com SST) e reflecte geralmente uma oclusão coronária total aguda. O objectivo terapêutico é conseguir uma reperfusão rápida, completa e mantida através de angioplastia primária ou terapêutica fibrinolítica. Enfarte agudo do miocárdio sem elevação do segmento ST (EM sem SST) e a angina de peito instável (API). O enfarte do miocárdio sem supra de ST e a angina de peito instável associam-se geralmente sob a designação de SCA-EM sem SST. Estas duas situações fazem parte da mesma categoria porque a apresentação e a patofisiologia é considerada semelhante porém, de gravidade distinta. As principais diferenças apresentam-se na gravidade da isquemia e na sua capacidade de provocar lesões no miocárdio através da libertação de quantidades detectáveis de marcadores de necrose do miocárdio. A fisiopatologia comum às SCA, é a ruptura ou erosão da placa aterosclerótica. Ainda segundo as novas *guidelines* 2010, estas alterações dependem dos biomarcadores que podem surgir

ou só serem detectados algumas horas depois do doente ser hospitalizado. O electrocardiograma diferencia os EM com SST dos SCA – EM sem SST, ou seja, presença ou ausência de supra desnivelamento do segmento ST no electrocardiograma. Podemos dizer que os SCA – EM sem SST podem apresentar infra desnivelamento do segmento ST ou até um electrocardiograma normal.

O diagnóstico inicial da SCA sem elevação do ST (SCASEST), baseado na medição das troponinas, deverá ser posteriormente qualificado em EM sem elevação do ST ou angina instável (Figura 1).

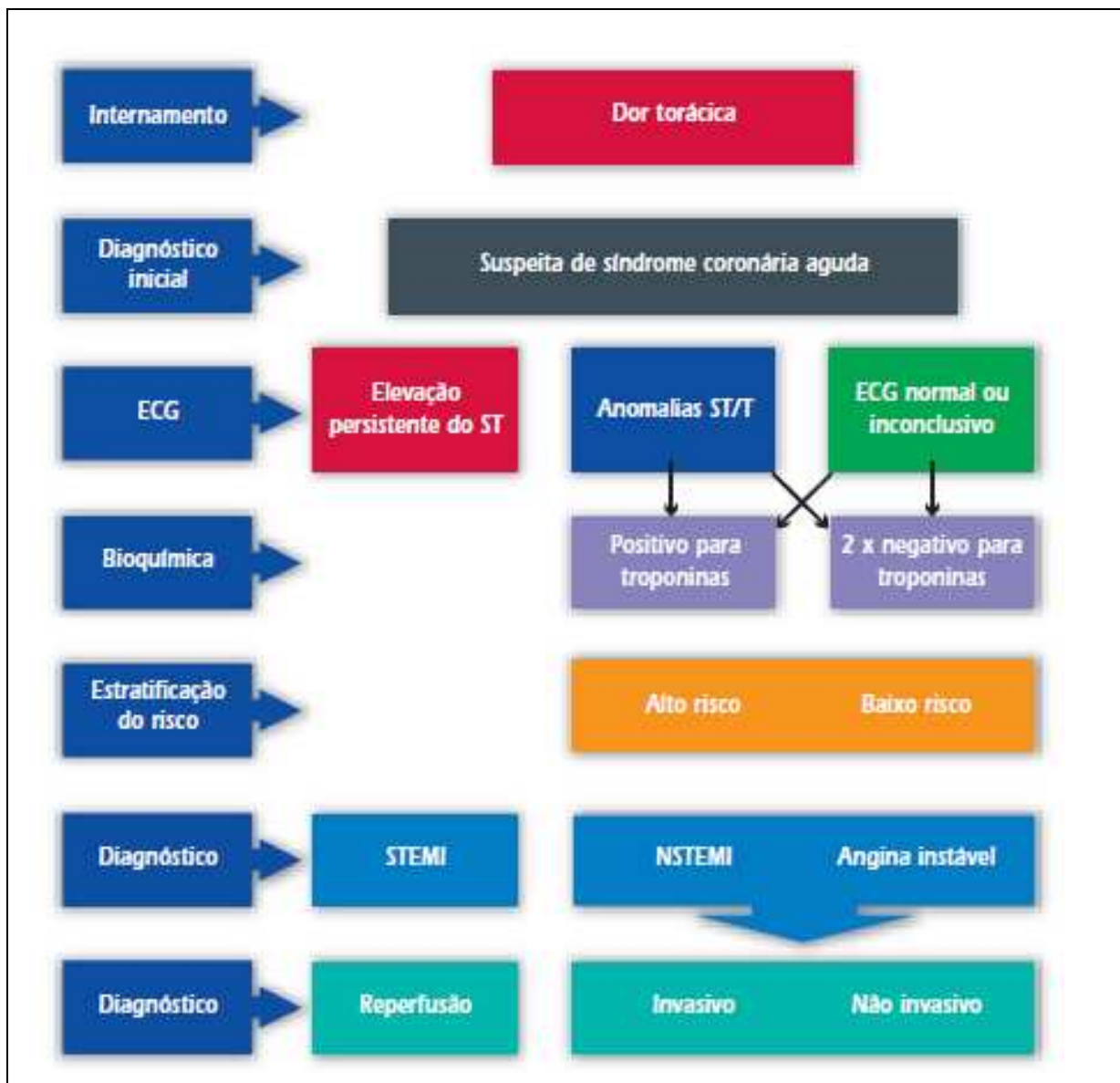


Figura 1 –

Fonte: Sociedade Portuguesa de Cardiologia (2007)

## **2.2. Epidemiologia**

Os dados existentes revelam, de forma consistente que a Síndrome Coronária Aguda Sem Supra desnivelamento do Segmento ST se tornou mais frequente do que a SCA com elevação ST. A mortalidade hospitalar é mais elevada em doentes com Síndrome Coronária Aguda com supra desnivelamento de ST do que nos que têm Síndrome Coronária Aguda sem supra do segmento ST (7% contra 5%, respectivamente), mas a 6 meses, as taxas de mortalidade são muito semelhantes para ambas as condições (12% contra 13%, respectivamente).

Esta diferença em termos de evolução a médio e longo prazo pode dever-se às diferenças de perfil dos doentes, uma vez que os doentes com Síndrome Coronária Aguda Sem Supra ST tendem a ser mais idosos e com mais co-morbilidades, especialmente a diabetes e insuficiência renal. A diferença também se pode dever à maior extensão da doença arterial coronária e vascular ou a factores persistentes de desencadeamento como a inflamação. As implicações ao nível terapêutico são as seguintes (Sociedade Portuguesa de Cardiologia, 2007):

- A Síndrome Coronária Aguda sem ST é mais frequente do que a Síndrome Coronária Aguda com supra do segmento ST.
- Ao contrário da Síndrome Coronária Aguda com supra desnivelamento de ST, em que a maior parte dos eventos ocorre antes ou pouco depois da apresentação, na Síndrome Coronária Aguda sem supra desnivelamento do segmento ST, esses eventos continuam durante dias e semanas.
- A mortalidade após 6 meses é semelhante.

Isto implica que as estratégias de tratamento, têm de ter em conta as exigências da fase aguda, bem como do tratamento a longo prazo.

## **2.3. Fisiopatologia das Síndromes Coronárias Agudas**

Na etiologia da maior parte dos casos da SCA encontra-se a trombose aguda de uma coronária principal, devido à rotura local da placa aterosclerótica e posterior formação de trombo. A SCA representa uma manifestação potencialmente fatal de aterosclerose

normalmente acelerada precipitada por trombose aguda, induzida por ruptura ou erosão de uma placa aterosclerótica, com ou sem vasoconstrição concomitante, provocando uma redução súbita e crítica do fluxo sanguíneo.

No complexo processo de ruptura da placa, a inflamação revelou-se como um elemento fisiopatológico chave. Em casos raros, a SCA pode ter uma etiologia não aterosclerótica, como arterite, trauma, dissecção, tromboembolismo, anomalias congénitas, consumo de cocaína e complicações do cateterismo cardíaco.

## **2.4. Diagnóstico**

**Sintomas clínicos:** O sintoma mais comum é a dor opressiva ou peso retroesternal, que pode irradiar para o braço esquerdo, pescoço ou maxilar inferior. Estas queixas podem ser acompanhadas de outros sintomas tais como diaforese, náusea, dor abdominal, dispneia e síncope. No entanto, não são raras manifestações atípicas. Estas manifestações podem incluir dor epigástrica, indigestão de aparecimento recente, dor torácica penetrante, dor torácica de características pleuríticas ou dispneia crescente. Apresentações atípicas são frequentemente observadas em doentes mais jovens (25 – 40 anos) e mais idosos (> 75 anos), em mulheres e em doentes com diabetes, insuficiência renal crónica ou demência.

**Exame físico:** Sinais de insuficiência cardíaca ou instabilidade hemodinâmica devem induzir o médico a proceder rapidamente ao diagnóstico, e iniciar o tratamento dos doentes. Um objectivo importante do exame físico é excluir as causas não cardíacas.

**ECG de 12 derivações:** O electrocardiograma (ECG) é uma imagem gráfica das forças eléctricas geradas pelo coração. A sua história remonta a 1920 (Lipman e Cascio, 2001). O ECG de 12 derivações é a chave na avaliação e diagnóstico das SCA visto que fornece informações úteis quando interpretado por profissionais treinados. Alterações do segmento ST e anomalias na onda T são indicadores no ECG de DC instável.



O número de derivações que apresentam depressão do ST e a magnitude da depressão do ST são indicativos da extensão e gravidade da isquemia e correlacionam-se com o prognóstico. Uma depressão do segmento ST > 0,5 mm (0,05 mV) em duas ou mais derivações contíguas, no contexto clínico adequado, sugere a existência de SCASEST e está ligada ao prognóstico. Em termos de prática clínica pode ser difícil medir uma depressão do ST reduzida (0,5 mm). Mais relevante é a depressão do ST > 1 mm (0,1 mV) que está associada a uma taxa de mortalidade e de EAM a 1 ano de 11%.

A depressão do ST > 2 mm traduz-se num risco de mortalidade cerca de seis vezes superior.

A depressão do ST combinada com uma elevação transitória do ST também identifica um subgrupo de alto risco. Uma inversão simétrica profunda das ondas T nas derivações torácicas está muitas vezes relacionada com uma estenose significativa proximal da artéria coronária descendente anterior esquerda, ou do tronco comum principal.

Um ECG completamente normal não exclui a possibilidade de Síndrome Coronária Aguda sem elevação do segmento ST.

## **2.5. Recomendações para o diagnóstico e estratificação do risco**

- O diagnóstico e a estratificação do risco a curto prazo da Síndrome Coronária Aguda sem elevação do segmento ST deveriam basear-se numa combinação de história clínica dos antecedentes clínicos, sintomas, ECG, biomarcadores e resultados da classificação do risco **(I-B)**.
- A avaliação do risco individual é um processo dinâmico que deve ir sendo actualizado à medida que a situação clínica evolui se desenvolve.
- Deve ser efectuado um ECG de 12 derivações no prazo de 10 minutos após o início dos sintomas **(I-C)**.
- O ECG deve ser repetido em caso de recorrência dos sintomas, passadas 6 e 24 h, e antes da alta hospitalar **(I-C)**.
- Deve ser imediatamente colhido sangue para análise de troponinas (cTnT ou cTnl). O resultado deve ficar disponível no prazo de 60 min **(I-C)**.

- A análise deve ser repetida após 6 – 12 h, no caso da análise inicial ter sido negativa **(I-A)**.
- Recomenda-se a realização de um ecocardiograma para incluir/excluir a possibilidade de diagnósticos diferenciais **(I-C)**.
- Em doentes sem recorrência de dor, ECG normal e testes de troponina negativos de troponinas, recomenda-se a realização de uma prova de sobrecarga para detecção de isquemia de esforço, não invasiva antes do momento da alta **(I-A)**.
- Indicadores clínicos: idade, frequência cardíaca, tensão arterial, classe de Killip, diabetes, EAM ou doença coronária previa;
- Marcadores do ECG: depressão do segmento ST.

### **3. ESTRATÉGIA DE REPERFUSÃO NOS DOENTES COM ENFARTE DO MIOCÁRDIO COM SUPRA DESNIVELAMENTO DO SEGMENTO ST**

A reperfusão do miocárdio tem demonstrado benefícios quanto à conservação da função cardíaca, tanto o curto, como a médio e a longo prazo.

Das duas técnicas possíveis para efectuar a desobstrução do lume coronário – trombólise ou angioplastia – nenhuma revelou superioridade de eficácia. Contudo, a trombólise é o método em maior expansão, nacional e internacionalmente, dada a sua maior exequibilidade e facilidade de reparação.

Nos doentes em que se confirme o Enfarte do Miocárdio com Supra desnivelamento do segmento ST a reperfusão deve iniciar-se o mais precoce possível nas primeiras 12 horas após o início dos sintomas. A reperfusão pode ser realizada com a fibrinólise ou angioplastia (ICP) ou a associação das duas (Van de Werf *et al.*, 2008).

A fibrinólise é particularmente eficaz nas primeiras 2 – 3 horas após o início dos sintomas. Os fibrinolíticos / trombólíticos devem ser administrados com segurança e compete aos enfermeiros a preparação e administração deste fármaco, no entanto os enfermeiros devem conhecer os riscos e contra indicações dos fibrinolíticos.

#### **3.1. Terapêutica Trombolítica**

Chama-se terapêutica trombolítica ou fibrinólise, à solubilização do coágulo de fibrina incluído no trombo que obstrui a artéria coronária. A terapêutica trombolítica pode reduzir a mortalidade por EAM entre 25 e 50%.

Essa lise do coágulo é efectuada pela acção de uma enzima específica, a plasmina, derivada da proenzima plasminogénio. É sobre o plasminogénio que actuam os fármacos utilizados neste processo, chamados “activadores do plasminogénio”. Evidentemente que, ao interferir com este sistema (plasminogénio-plasmina), paralelo e sinérgico com o da coagulação, provoca-se no organismo algum desequilíbrio no sentido de uma maior disposição hemorrágica, a que o enfermeiro deve estar atento.

A terapia de reperfusão tem como objectivo a restauração atempada do fluxo sanguíneo ao miocárdio para salvar o tecido cardíaco e diminuir a mortalidade.

Os primeiros fármacos empregues nesta terapêutica foram a estreptoquinase e a uroquinase (trombolíticos de 1ª geração), que ainda se mantêm como dos mais utilizados. Os fármacos mais recentes, desenvolvidos com recurso a engenharia genética (alteplase, reteplase...) são bastante mais caros do que a estreptoquinase, mantendo-se discussões quanto a possíveis benefícios diferenciadores (Brandão 2000). Em Portugal, dados do Grupo de Estudo de Trombose e Plaquetas, indicam que 35 % a 37% dos doentes hospitalizados por EAM são alvo de reperfusão coronária. A trombólise, segundo o mesmo autor, é o tratamento mais comum. A selecção dos doentes para trombólise está condicionada por algumas contra-indicações e precauções (Instituto Nacional de Emergência Médica, 2007).

### **3.2. Contra-indicações absolutas da trombólise**

- Hemorragia intra-craniana prévia;
- Lesão vascular estrutural cerebral;
- Neoplasia intra-craniana;
- AVC isquémico há menos de 3 meses;
- Traumatismo craniano ou facial há menos de 3 meses;
- Suspeita de dissecção da aorta;
- Hemorragia activa;
- Doença terminal.

### **3.3. Contra-indicações relativas da trombólise**

- Hipertensão grave;
- PA sistólica > 180 mmHg ou diastólica > 110 mmHg;
- Terapêutica anticoagulante oral;
- Gravidez e 1ª semana após o parto;

- Úlcera péptica activa;
- Cirurgia *major* há menos de 3 meses;
- AVC isquémico há mais de 3 meses;
- Reanimação cardiorespiratória traumática ou prolongada (> 10 min.);
- Endocardite infecciosa.

### 3.4. Efeitos adversos da terapêutica trombolítica

- **Hemorragias**, tanto *minor* como *major*, em que se inclui a temível hemorragia cerebral;
- **Reacções alérgicas**, particularmente quando se utiliza a estreptoquinase. Devido à sua proveniência (Estreptococo) a presença de anticorpos contra esse fármaco é um facto generalizado, perturbador do tratamento, principalmente nos casos de reenfarte previamente tratado com esse medicamento. Podem ocorrer febre, urticária, erupção cutânea e broncospasmo;
- **Hipotensão arterial** durante a administração do trombolítico, provavelmente devida à produção de bradiquinina.

Para além destas possíveis complicações imediatas da trombólise, verifica-se ainda a possibilidade de reoclusão, numa percentagem de 5 a 10%.



#### **4. CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO DOENTE COM EAM SST**

No dia a dia, perante as situações de saúde das pessoas é exigido aos enfermeiros o processo de tomada de decisão, que implica a utilização de capacidades cognitivas, competências e disposições afectivas. A sociedade e os outros profissionais que constituem a equipa multidisciplinar esperam a utilização de conhecimentos e capacidades dos enfermeiros. O processo de tomada de decisão é um factor importante para a enfermagem, que com as competências que foi desenvolvendo ao longo dos tempos, lhe permite reconhecer rapidamente sinais clínicos relevantes, identificar acções que são necessárias e os seus possíveis resultados. Sendo esta uma situação crítica onde a vida do doente está em causa, destaca-se a actuação e os cuidados de enfermagem ao doente com SCA, que será apresentado numa sessão de formação onde se evidenciam os “Cuidados de Enfermagem ao Doente com Síndrome Coronário Agudo”. Fazemos aqui referência apenas aos seguintes:

- Manutenção de vigilância e controle de A B C;
- Monitorização contínua;
- Transmissão de ECG 12 derivações;
- Colocar catéter venoso periférico para administração de terapêutica;
- Alívio da dor: nitroglicerina sl se PA sistólica > 90mmHg ± morfina de 3 a 5 mg até alívio da dor;
- Antiagregantes plaquetários: 160 a 325 de AAS, 75 a 600 mg Clopidogrel;
- Colheita de espécimes para análise;
- Administração de terapêutica trombolítica quando prescrita;
- Despiste de sinais e sintomas de possíveis complicações (hemorragias);
- Promoção de repouso físico absoluto;
- Observação das alterações do estado psíquico do doente;
- Pesquisa de glicemia capilar para despiste de diabetes;
- Preparação Pré e pós do doente, para coronariografia /angioplastia;
- Ensino ao doente e família;

- A administração e gestão de oxigénio (O<sub>2</sub>) suplementar deve decorrer da monitorização da saturação de oxigénio (SaO<sub>2</sub>), estes doente não necessitam de O<sub>2</sub> suplementar a menos que estejam hipoxémicos. O objectivo é ter uma SpO<sub>2</sub> de 94%-98%. O O<sub>2</sub> em altas concentrações pode ser prejudicial nos doentes com EAM.



## 5. INTERVENÇÃO PERCUTÂNEA PRIMÁRIA

Outro método para promover a reperfusão do miocárdio é a angioplastia coronária, que consiste na desobstrução mecânica da artéria ocluída. A angioplastia coronária, com colocação de próteses metálicas denominadas *stents*, tornou-se o tratamento de primeira linha nos doentes com EAM com SST, mas para que tal seja possível é necessário ter o laboratório de hemodinâmica próximo e disponível. Se imediatamente disponível a angioplastia (ICP) deve ser realizada em todos os doentes com elevação do segmento ST que se possa sujeitar ao procedimento no espaço de 90 minutos após contacto com médico. A realização da ICP no espaço de 12 a 24 horas após o início dos sintomas é razoável (Macedo e Rosa, 2010).

Como vantagens mais significativas da angioplastia primária, surgem a redução da mortalidade hospitalar e a obtenção de uma melhor permeabilidade coronária e a menor ocorrência de complicações hemorrágicas graves, nomeadamente cerebrais (Brandão, 2000).



## **6. CONCLUSÃO**

As síndromes coronárias agudas compreendem um amplo espectro de apresentações clínicas. Uma abordagem e atendimento adequado dos doentes que recorrem aos serviços de saúde em particular aos serviços de urgência com dor torácica, constitui um significativo impacto na morbidade, mortalidade destes doentes (Pesaro, 2007).

Os profissionais de saúde são os responsáveis pelo reconhecimento de eventos coronários, através da aquisição e desenvolvimento de competências que permitam identificar as diferentes formas de apresentação da doença coronária o que implica adquirir um elevado nível de conhecimento sobre o tema, onde o enfermeiro assume uma posição central, ao ter e desenvolver competências específicas que lhe permitam de imediato reconhecer o doente coronário agudo, e de acordo com indicação médica, iniciar o tratamento o mais rápido possível.

A avaliação de doentes com dor torácica ou outros sintomas sugestivos de isquemia do miocárdio ainda constitui um dos maiores desafios para os profissionais de saúde, ainda existe deficiência na padronização do atendimento destes doentes, o que por vezes pode gerar dificuldade no diagnóstico e atraso na instituição do tratamento. Dai que, é de primordial importância que a equipa de saúde no seu todo e em particular o enfermeiro, desenvolva conhecimentos e competências que lhe permita actuar de forma rápida e eficaz nestas situações críticas, numa corrida contra o relógio, em que tempo é músculo!



## 7. BIBLIOGRAFIA

Brandão, J. (2000). Enfarte do miocárdio – reconhecimento e actuação imediata.

Obtido em 12/11/2010 em

[http://csgois.web.interacesso.pt/MGFV001MASTER/textos/42/165\\_texto.html](http://csgois.web.interacesso.pt/MGFV001MASTER/textos/42/165_texto.html).

Booth, K. A., Deitos, P. e O'Brien, T. (2009). *Electrocardiografia para técnicos de saúde*. Lusodidata, 2ª edição. Loures.

Chaves, A. P. e André C. (2008). A Percepção da qualidade de Vida da Pessoa com Doença Coronária referenciada à Consulta de Cardiologia do Hospital de Santarém, EPE. *Revista HDSInFórum*, nº 24, 1 – 4.

European Resuscitation Council (2010). *Guidelines for Resuscitation*. Conselho Português de Ressuscitação.

Instituto Nacional e Emergência Médica (2007). Síndrome Coronário Agudo com Supradesnivelamento do segmento ST. Manual VMER, 1 – 10.

Lipman, B. C. e Cascio, T. (2001). *ECG. Avaliação e Interpretação*. Lusociência, Loures.

Macedo, A. e Rosa, F. O. (2010). Síndrome Coronário Agudo nos Cuidados de Saúde Primários - Artigo de revisão. *Acta Médica Portuguesa*, 23, 213 – 222.

Pesaro, A. E. P. et al. (2007). Síndromes Coronárias Agudas: como fazer m diagnóstico correcto na sala de emergência. *Avanços Médicos*, 5 (1), 80 – 84.

Sociedade Portuguesa de Cardiologia (2007). *Síndromes Coronárias Agudas sem elevação do segmento ST. Orientações para o diagnóstico e tratamento de síndromes coronárias agudas sem elevação do segmento ST*. Schering-Plough.

Van de Werf, F. et al. (2008). Management of acute myocardial infarction in patients presenting with persistent ST-segment elevation: the Task Force on the Management of ST-Segment Elevation Acute Myocardial Infarction on the European Society of Cardiology. *EUR Heart Journal*, 29, 2909 –2045.



## **b) Plano de Sessão**







## PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Tema: “Síndromes Coronárias Agudas – Cuidados de Enfermagem”	Data: 19 de Novembro de 2010   Hora: 15h30m   Duração: 30 minutos
Formador: Enfermeira Maria dos Anjos Moreno	Local: Hospitais Privados de Portugal – HPP
Destinatários: Enfermeiros dos HPP	Pré-requisitos: Não são necessários pré-requisitos

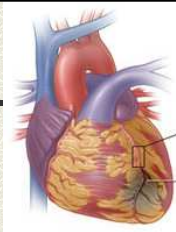
### CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS

Objectivos	Conteúdos programáticos	Metodologia	Recursos didácticos	Duração	Observações
<p><u>Objectivo Geral:</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>Rever conceitos sobre os SCA</li></ul> <p><u>Objectivos Específicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>Descrever as principais diferenças da SCA,</li><li>Revisar os principais sinais e sintomas das SCA</li><li>Revisar as indicações, contra-indicações e complicações da trombólise;</li><li>Sensibilizar para os cuidados de enfermagem nas SCA;</li><li>Apresentação de breves noções sobre electrocardiografia</li></ul>	<p><u>Introdução: (5 minutos)</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>Apresentação da formadora;</li><li>Finalidade da formação sobre SCA.</li></ul> <p><u>Desenvolvimento: (20 minutos)</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>Apresentação da definição da SCA ;</li><li>Principais sinais e sintomas;</li><li>Importância do ECG no diagnóstico;</li><li>Identificação das complicações;</li><li>Cuidados de enfermagem nas SCA.</li></ul> <p><u>Conclusão: (5 minutos)</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>Síntese das principais ideias;</li><li>Respostas a questões/discussão;</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Método expositivo</li><li>Avaliação da sessão será realizada através das respostas fornecidas às questões colocadas.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Datashow;</li></ul>	60 Minutos	



**c) Diapositivos de apoio**





## CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO DOENTE COM SÍNDROME CORONÁRIO AGUDO

Maria dos Anjos Moreno – Novembro 2010

## SUMÁRIO

- SCA
- Diagnostico
- A Dor e sua localização
- Antecedentes clínicos com maior probabilidade de SCA
- Alterações electrocardiográficas
- Cuidados de Enfermagem
- Estratégias de reperfusão
- Contra-indicações absolutas
- Contra-indicações relativas
- Como ler uma tira de ritmo
- Conclusão

Maria dos Anjos Moreno – Novembro 2010

## OBJECTIVO

Contribuir para a actualização dos enfermeiros dos Hospitais Privados de Portugal sobre a Síndrome Coronário Aguda

Maria dos Anjos Moreno – Novembro 2010

## SCA

Entende-se por Síndrome Coronária Aguda (SCA):

- Situação em que há instabilidade da placa aterosclerótica com consequente diminuição do lúmen do vaso e com repercussão isquémica para o músculo cardíaco.
- Portanto, o restabelecimento do fluxo é crucial para a recuperação deste músculo cardíaco, dessa maneira a expressão “Tempo é Músculo” pode ser usada para indicar a urgência do tratamento apropriado para melhorar os resultado para o doente.

Maria dos Anjos Moreno – Novembro 2010

Todos os anos, ocorrem cerca de 10 mil enfartes agudos do miocárdio (EAM) em Portugal. Trata-se de uma entidade clínica que, se não for tratada atempadamente, pode levantar sérias complicações, chegando mesmo a provocar a morte súbita.

Sabe-se que cerca de um terço dos casos de enfarte do miocárdio têm evolução fatal, sendo que cerca de 50% das mortes ocorrem na primeira hora de evolução do enfarte, antes da chegada ao hospital.

Maria dos Anjos Moreno – Novembro 2010

O desenvolvimento nacional da Via Verde Coronária irá permitir a melhoria do atendimento dos doentes em situação de doença cardíaca aguda, esperando-se que contribua, de forma decisiva, para a diminuição da mortalidade por doença cardíaca isquémica em Portugal.

Maria dos Anjos Moreno – Novembro 2010

Pretende-se, através desta estratégia:

- Promover a melhoria do acesso do doente vítima de dor pré-cordial
- A rápida confirmação diagnóstica
- A instituição da melhor terapêutica, mais adequadas às síndromes coronárias agudas.

Neste momento há 20 hospitais com Via Verde Coronária

Maria dos Anjos Moreno – Novembro 2010

O termo Síndrome Coronário Agudo (SCA) engloba três manifestações distintas de doença coronária:

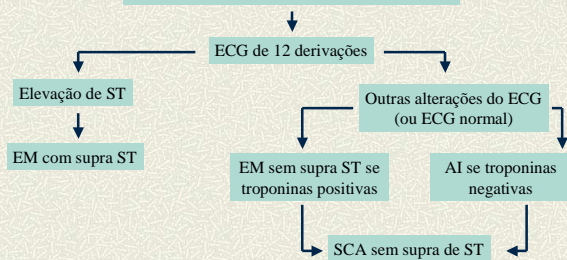
- ✓ Enfarte do miocárdio com supradesnívelamento de ST (EM com SST)
- ✓ Enfarte do miocárdio sem supradesnívelamento de ST (EM sem SST)
- ✓ Angina de peito instável (API)

SCA-EM sem ST

Maria dos Anjos Moreno – Novembro 2010

## DEFINIÇÕES DAS SÍNDROMES CORONÁRIAS AGUDAS

Paciente com sintomas e sinais clínicos de SCA



Maria dos Anjos Moreno – Novembro 2010

## DIAGNÓSTICO:

### SINAIS CLÍNICOS

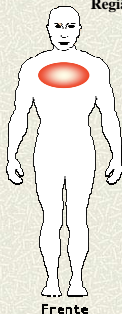
Apresenta-se tipicamente com:

- ✓ Desconforto retro-esternal, opressão, peso, ardor, pressão, habitualmente com mais de 30 minutos de duração
- ✓ Desconforto em um ou ambos os braços, no pescoço, na mandíbula, no dorso ou epigástro
- ✓ Dispneia
- ✓ Diaforese, náuseas e vômitos

Maria dos Anjos Moreno – Novembro 2010

## LOCALIZAÇÃO DA DOR

Região superior do tórax anterior



Frente

Maria dos Anjos Moreno – Novembro 2010

## LOCALIZAÇÃO DA DOR

Região retro-esternal com irradiação para pescoço e maxilar

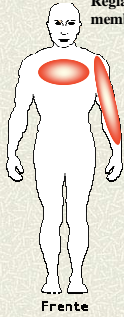


Frente

Maria dos Anjos Moreno – Novembro 2010

### LOCALIZAÇÃO DA DOR

Região retro-esternal com irradiação para o membro superior esquerdo

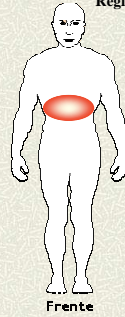


Frente

Maria dos Anjos Moreno – Novembro 2010

### LOCALIZAÇÃO DA DOR

Região epigástrica

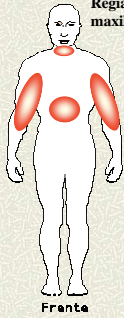


Frente

Maria dos Anjos Moreno – Novembro 2010

### LOCALIZAÇÃO DA DOR

Região epigástrica com irradiação para pescoço, maxilares e membros superiores



Frente

Maria dos Anjos Moreno – Novembro 2010

### LOCALIZAÇÃO DA DOR

Região do pescoço e mandíbula

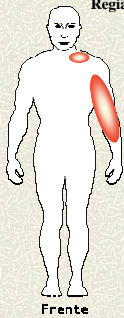


Frente

Maria dos Anjos Moreno – Novembro 2010

### LOCALIZAÇÃO DA DOR

Região do ombro e membro superior esquerdo



Frente

Maria dos Anjos Moreno – Novembro 2010

### LOCALIZAÇÃO DA DOR

Região intra-escapular



Costas

Maria dos Anjos Moreno – Novembro 2010

## DIAGNÓSTICO:

### ANTECEDENTES CLÍNICOS COM MAIOR PROBABILIDADE DE DIAGNÓSTICO DE SCA

- ✓ Idade superior a 70 anos
- ✓ Diabetes Mellitus
- ✓ Antecedentes de doença coronária – EAM, ICP ou cirurgia coronária
- ✓ Antecedentes de doença vascular extra-cardíaca: doença arterial cerebral e doença arterial periférica

Maria dos Anjos Moreno – Novembro 2010

## DIAGNÓSTICO:

### ALTERAÇÕES ELECTROCARDIOGRÁFICAS

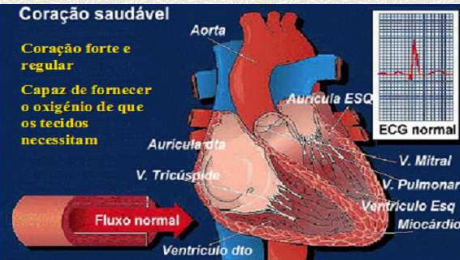
- ✓ Supra-desnívelamento do segmento ST em pelo menos duas derivações pré-cordiais
- ✓ Depressão do segmento ST
- ✓ Bloqueio completo do ramo esquerdo

Maria dos Anjos Moreno – Novembro 2010

## Coração saudável

Coração forte e regular

Capaz de fornecer o oxigénio de que os tecidos necessitam



Maria dos Anjos Moreno – Novembro 2010

## Coração com doença coronária (Aterosclerose)

A aterosclerose reduz o fluxo sanguíneo e consequentemente uma diminuição da saturação de oxigénio no miocárdio, o que pode levar a *angina*. (alteração no ECG)



Maria dos Anjos Moreno – Novembro 2010

## Coração com Enfarte (EAM)

A obstrução da artéria priva de oxigénio uma área do miocárdio, levando à sua morte. (alterando a sua condutibilidade eléctrica, produzindo alterações no ECG)



A isquemia miocárdica faz com que a onda T, no ECG, se torne, aumentada e simétrica

Maria dos Anjos Moreno – Novembro 2010

## DIAGNÓSTICO:

### MARCADORES DE NECROSE MIOCÁRDICA

- ✓ Valores alterados de CK (creatinofosfoquinase)
- ✓ Valores alterados de CKMB
- ✓ Valores alterados de Troponina

Maria dos Anjos Moreno – Novembro 2010

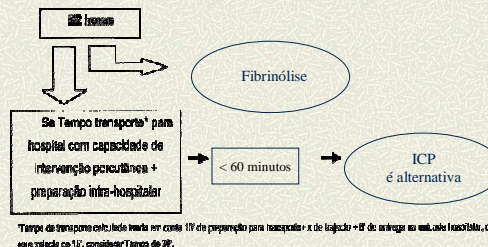


## ESTRATÉGIA DE REPERFUSÃO EM DOENTES COM EM COM SST

- Nos doentes com EM com SST, a reperfusão deve iniciar-se o mais depressa possível, nas primeiras 12 horas após o início dos sintomas.
- A reperfusão pode ser feita com fibrinólise ou angioplastia ou a associação das duas.
- A fibrinólise é especificamente eficaz nas primeiras 2 a 3 horas após o início dos sintomas.
- Os doentes devem ser sujeitos a fibrinólise logo que possível, a menos que haja disponibilidade para angioplastia em tempo oportuno.

Maria dos Anjos Moreno – Novembro 2010

## ESTRATÉGIA DE REPERFUSÃO EM DOENTES COM EM COM SST



\*Tempo de transporte estimado inclui tempo em casa 1/3 de preparação para transporte + x de trajeto + 1/3 de entrega no ambulatório local, ou seja para chegada ao ICI, considerar Tempo de 2P.

Maria dos Anjos Moreno – Novembro 2010

## Terapêutica Trombolítica

Chama-se terapêutica trombolítica ou reperfusão, à solubilização do coágulo de fibrina incluído no trombo que provoca a obstrução da artéria coronária. A terapêutica trombolítica pode reduzir a mortalidade por EAM entre 25 e 50%.

A terapia trombolítica/reperfusão tem como objectivo a restauração atempada do fluxo sanguíneo ao miocárdio para salvar o tecido cardíaco e diminuir a mortalidade .

Maria dos Anjos Moreno – Novembro 2010

## PRECAUÇÕES ESPECIAIS

### Contra-indicações ABSOLUTAS para a terapêutica trombolítica:

- ✓ Hemorragia intra-craniana prévia
- ✓ Lesão vascular estrutural cerebral
- ✓ Neoplasia intra-craniana
- ✓ AVC isquémico há menos de 3 meses
- ✓ Traumatismo craniano ou facial há menos de 3 meses
- ✓ Suspeita de dissecção da aorta
- ✓ Hemorragia activa
- ✓ Doença terminal

Maria dos Anjos Moreno – Novembro 2010

## PRECAUÇÕES ESPECIAIS

### Contra-indicações RELATIVAS para a terapêutica trombolítica:

- ✓ Hipertensão grave
- ✓ PA sistólica > 180 mmHg ou diastólica > 110 mmHg
- ✓ Terapêutica anticoagulante oral
- ✓ Gravidez e 1ª semana após o parto
- ✓ Úlcera péptica activa

Maria dos Anjos Moreno – Novembro 2010

## PRECAUÇÕES ESPECIAIS

### Contra-indicações RELATIVAS para a terapêutica trombolítica:

- ✓ Cirurgia major há menos de 3 meses
- ✓ AVC isquémico há mais de 3 meses
- ✓ Reanimação cardiorespiratória traumática ou prolongada (> 10 min.)
- ✓ Endocardite infecciosa

Maria dos Anjos Moreno – Novembro 2010

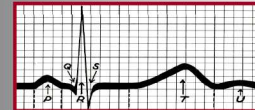
## O Electrocardiograma

- O ECG regista os impulsos eléctricos do coração no papel milimétrico;
- Os impulsos eléctricos são registados como ondas ou deflexões;
- Um batimento do coração é registado como agrupamento de ondas designadas P-QRS-T;
- A onda P representa actividade eléctrica das aurículas;
- O complexo QRS representa actividade eléctrica dos ventrículos.

María dos Anjos Moreno – Novembro 2010



## ECG Normal:



### Onda P

Despolarização auricular seguida de sístole auricular

### Complexo QRS

Despolarização ventricular seguida de sístole ventricular

### Onda T

Repolarização ventricular



María dos Anjos Moreno – Novembro 2010

## COMO LER UMA TIRA DE RITMO?

María dos Anjos Moreno – Novembro 2010



## QUAL A FREQUÊNCIA ?

- Para determinar a frequência ventricular conta-se o nº de QRS's durante um certo tempo, que nos traduz a frequência por minuto.
- Se contarmos o número de quadrados largos entre dois complexos QRS consecutivos e dividirmos 300 por esse número, obtém-se a frequência por minuto.
- Ou
- Se contarmos o número de quadrados pequenos e dividirmos 1500 por esse número obtém-se também a frequência por minuto.

María dos Anjos Moreno – Novembro 2010



## QUAL A FREQUÊNCIA ?

Dividir 300 pelo nº de quadrados grandes entre 2 QRS



Nº de quadrados grandes - 3  
⇒ Frequência cardíaca - 300/3 (100)

María dos Anjos Moreno – Novembro 2010



## QUAL O RITMO ?

### Para determinar o ritmo cardíaco:

Comparar o intervalo R-R em sítios diferentes do registo.

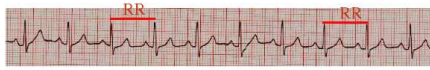
- Intervalos idênticos = ritmo regular
- Intervalos diferentes = ritmo irregular

María dos Anjos Moreno – Novembro 2010



## QUAL O RITMO ?

### Regular

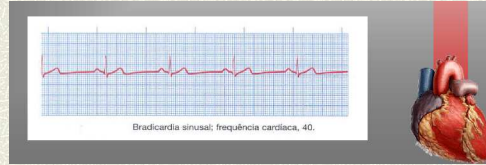


### Irregular



Maria dos Anjos Moreno – Novembro 2010

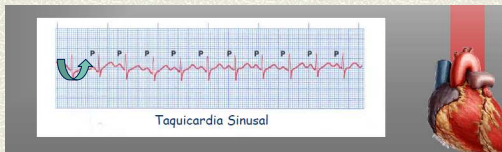
## BRADICARDIA SINUSAL



- Bradicardia sinusal com frequência inferior a 60bpm

Maria dos Anjos Moreno – Novembro 2010

## TAQUICARDIA SINUSAL



- Taquicardia sinusal com frequência igual ou superior a 100 bpm
- Presença de onda P

Maria dos Anjos Moreno – Novembro 2010

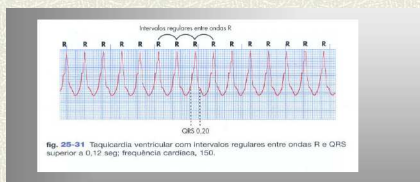
## FIBRILHAÇÃO AURICULAR



- Verifica-se contrações auriculares descoordenadas
- Uma frequência ventricular irregular

Maria dos Anjos Moreno – Novembro 2010

## TAQUICARDIA VENTRICULAR



- Frequentemente ,prelúdio da fibrilhação ventricular
- Distância entre R-R regulares
- Ausência normalmente de onda P
- Pode haver risco de vida

Maria dos Anjos Moreno – Novembro 2010

## FIBRILHAÇÃO VENTRICULAR



- Despolarizações ventriculares múltiplas
- Sem complexos QRS reconhecíveis
- Frequência e Amplitude irregulares

Maria dos Anjos Moreno – Novembro 2010

## FIBRILHAÇÃO VENTRICULAR

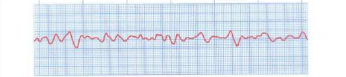
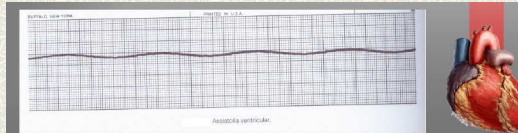


Fig. 25-33 Fibrilhação ventricular do traçado grosso; frequência cardíaca não mensurável.

- Actividade eléctrica descoordenada
- Fina / Grosseira
- Excluir artefactos:
  - Movimento
  - Interferência eléctrica

Maria dos Anjos Moreno – Novembro 2010

## ASSISTOLIA



- Ausência de actividade ventricular (QRS)
- Pode persistir a actividade auricular (ondas P)
- Raramente, uma linha isoelectrica
- Considerar FV fina

Maria dos Anjos Moreno – Novembro 2010

## Tipo de EM /Alteração no ECG/ artéria relacionada

DI, DII, DIII, AVR, AVL, AVF, V1, V2, V3, V4, V5, V6

Anterior	DI – AVL - V1 - V4	Artéria descendente anterior (DA)
Lateral	DI - AVL - V5 – V6	Ramo da circumflexa (CX) e DA
Inferior	DII – DIII – AVF	Artéria coronária direita (CD)

Maria dos Anjos Moreno – Novembro 2010

## Cuidados Enfermagem

- Considerando o potencial de instabilidade clínica na fase aguda da SCA, a vigilância contínua e a aplicação de cuidados básicos são fundamentais para a concretização de uma assistência de enfermagem adequada.

Maria dos Anjos Moreno – Novembro 2010

### Diagnósticos de enfermagem

### Intervenções de enfermagem

#### Dor

Monitorizar a dor através da escala da dor;  
Gerir ambiente físico (calmo e seguro);  
Gerir analgesia;  
Incentivar repouso ;  
Vigiar dor.

Maria dos Anjos Moreno – Novembro 2010

### Diagnósticos de enfermagem

### Intervenções de enfermagem

#### Dispneia

Monitorizar SatO2;  
Monitorizar frequência respiratória;  
Vigiar respiração;  
Manter repouso;  
Optimizar a ventilação através de técnica de posicionamento;  
Gerir oxigenoterapia;  
Elevar cabeceira da cama a 30-45;  
Optimizar mascara de oxigénio;  
Instruir sobre oxigenoterapia.

Maria dos Anjos Moreno – Novembro 2010

Diagnósticos de enfermagem	Intervenções de enfermagem
<b>Risco de arritmia</b>	Monitorizar a frequência cardíaca; Vigiar ritmo cardíaco através de monitor cardíaco; Manter repouso.

Maria dos Anjos Moreno – Novembro 2010

Diagnósticos de enfermagem	Intervenções de enfermagem
<b>Risco de hipotensão</b>	Monitorizar tensão arterial; Executar manobras posturais; Gerir terapêutica.

Maria dos Anjos Moreno – Novembro 2010

Diagnósticos de enfermagem	Intervenções de enfermagem
<b>Ansiedade</b>	Encorajar a comunicação expressiva de emoções; Encorajar o auto controlo: ansiedade; Escutar o doente; Promover o envolvimento da família.

Maria dos Anjos Moreno – Novembro 2010

Diagnósticos de enfermagem	Intervenções de enfermagem
<b>Risco de queda</b>	Assistir no levantar; Assistir na transferência; Assistir na deambulação; Monitorizar risco de queda através da "escala de Morse".

Maria dos Anjos Moreno – Novembro 2010

Diagnósticos de enfermagem	Intervenções de enfermagem
<b>Perfusão dos tecidos alterada</b>	Vigiar pele; Vigiar perfusão tecidual periférica; Massajar partes do corpo.

Maria dos Anjos Moreno – Novembro 2010

Diagnósticos de enfermagem	Intervenções de enfermagem
<b>Edema periféricos</b>	Monitorizar entrada e saída de líquidos (BH); Monitorizar peso corporal; Vigiar extensão de edema; Limitar ingestão de líquidos; Gerir terapêutica.

Maria dos Anjos Moreno – Novembro 2010

Diagnósticos de enfermagem	Intervenções de enfermagem
<b>Risco de hemorragia</b>	Monitorizar a frequência cardíaca; Monitorizar tensão arterial; Vigiar sinais de hemorragia; Supervisionar acção do doente.

Maria dos Anjos Moreno – Novembro 2010

Diagnósticos de enfermagem	Intervenções de enfermagem
<b>Bem-estar Alterado</b>	Escutar o doente; Promover aceitação do estado de saúde; Promover estratégias de adaptação. Facilitar suporte familiar;

Maria dos Anjos Moreno – Novembro 2010

Diagnósticos de enfermagem	Intervenções de enfermagem
<b>Risco de infecção</b>	Monitorizar temperatura corporal; Vigiar sinais de infecção; Instruir sobre auto-vigilância.

Maria dos Anjos Moreno – Novembro 2010

Diagnósticos de enfermagem	Intervenções de enfermagem
<b>Auto cuidado – Dependente: Higiene</b>	Assistir a pessoa no auto-cuidado higiene; Monitorizar a necessidade do doente de recursos de adaptação para higiene pessoal; Gerir ambiente físico; Organizar objectos pessoais;
<b>Ir ao sanitário</b>	Assistir a pessoa no auto cuidado: ir ao sanitário; Providenciar arrastadeira / urinol
<b>Vestuário</b>	Assistir a pessoa no auto-cuidado: vestuário.

Maria dos Anjos Moreno – Novembro 2010

Diagnósticos de enfermagem	Intervenções de enfermagem
<b>Ensino sobre precaução de segurança: Presença de cateter periférico</b>	Vigiar sinais inflamatórios no local de inserção do cateter ; Optimizar cateter periférico; Inserir cateter periférico; Trocar cateter periférico; Instruir auto-vigilância.

Maria dos Anjos Moreno – Novembro 2010

Diagnósticos de enfermagem	Intervenções de enfermagem
<b>Conhecimento sobre hábitos alimentares não demonstrado</b>	Ensino sobre hábitos alimentares saudáveis; Planear dieta; Ensino ao prestador de cuidados sobre hábitos alimentares; Incentivar hábitos alimentares saudáveis.

Maria dos Anjos Moreno – Novembro 2010

Diagnósticos de enfermagem	Intervenções de enfermagem
<b>Obesidade</b>	Monitorizar peso corporal; Monitorizar altura corporal; Monitorizar IMC; Ensino sobre complicações de excesso de peso.

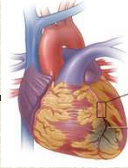
Maria dos Anjos Moreno – Novembro 2010

Diagnósticos de enfermagem	Intervenções de enfermagem
<b>Uso de hábitos tabágicos presente</b>	Ensino sobre complicações do uso de tabaco; Encorajar o abandono do consumo de tabaco; Planear com doente o abandono do uso de tabaco; Informar sobre terapias de substituição de nicotina; Promover o apoio da família e outras pessoas significativas; Reforçar crenças de saúde; Orientar para serviços de apoio /terapia de grupo.

Maria dos Anjos Moreno – Novembro 2010

Diagnósticos de enfermagem	Intervenções de enfermagem
<b>Adesão ao regime terapêutico</b>	Ensino sobre a importância dos tratamentos; Assistir a pessoa a identificar a razão para não aderir ao regime terapêutico; Facilitar a iniciativa para comportamentos de adesão; Encorajar a tomada de decisão; Incentivar adesão ao regime terapêutico; Elogiar tomada de decisão.

Maria dos Anjos Moreno – Novembro 2010



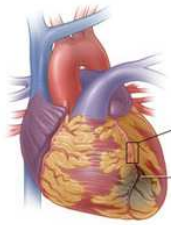
A prática baseada em evidências científicas fortalece a identidade da enfermagem como profissão, documentando a sua relevância social e a eficácia da prática dentro das várias dimensões da profissão.

O papel de enfermagem na abordagem do doente com EM é crucial;

Cabe ao enfermeiro fazer uma correcta abordagem do doente no momento de entrada na unidade hospitalar contribuindo para que não haja perdas de tempo desnecessárias, uma vez que a questão temporal é primordial!

**TEMPO É MÚSCULO!**

Maria dos Anjos Moreno – Novembro 2010



**“No tempo que temos, é certamente nosso dever fazer todo o bem que pudermos, para com todas as pessoas que pudermos, e de todos os modos que pudermos”**

William Barclay

Maria dos Anjos Moreno – Novembro 2010

### BIBLIOGRAFIA

Brandão, J. (2000). Enfarte do miocárdio – reconhecimento e actuação imediata. Obtido em 12/11/2010 em [http://csgois.web.interaccess.pt/MGEV001MASTER/textos/42/163\\_texto.html](http://csgois.web.interaccess.pt/MGEV001MASTER/textos/42/163_texto.html).

Booth, K. A., Deitos, P. e O'Brien, T. (2009). *Electrocardiografia para técnicos de saúde*. Lusodidata, 2ª edição. Loures.

Chaves, A. P. e André C. (2008). A Percepção da qualidade de Vida da Pessoa com Doença Coronária referenciada à Consulta de Cardiologia do Hospital de Santarém. EPE. *Revista HDSInFórum*, nº 24, 1 – 4.

European Resuscitation Council (2010). *Guidelines for Resuscitation*. Conselho Português de Ressuscitação.

Instituto Nacional e Emergência Médica (2007). Síndrome Coronário Agudo com Supradesnivelamento do segmento ST. Manual VMER, 1 – 10.

Lipman, B. C. e Cascio, T. (2001). *ECC. Avaliação e Interpretação*. Lusociência, Loures.

Macedo, A. e Rosa, F. O. (2010). Síndrome Coronário Agudo nos Cuidados de Saúde Primários - Artigo de revisão. *Acta Médica Portuguesa*, 23, 213 – 222.

Pesaro, A. E. P. et al. (2007). Síndromes Coronárias Agudas: como fazer diagnóstico correcto na sala de emergência. *Avanços Médicos*, 5 (1), 80 – 84.

Sociedade Portuguesa de Cardiologia (2007). *Síndromes Coronárias Agudas sem elevação do segmento ST. Orientações para o diagnóstico e tratamento de síndromes coronárias agudas sem elevação do segmento ST*. Schering-Plough.

Van de Werf, F. et al. (2008). Management of acute myocardial infarction in patients presenting with persistent ST-segment elevation: the Task Force on the Management of ST-Segment Elevation Acute Myocardial Infarction on the European Society of Cardiology. *EUR Heart Journal*, 29, 2909 – 2045.

Maria dos Anjos Moreno – Novembro 2010





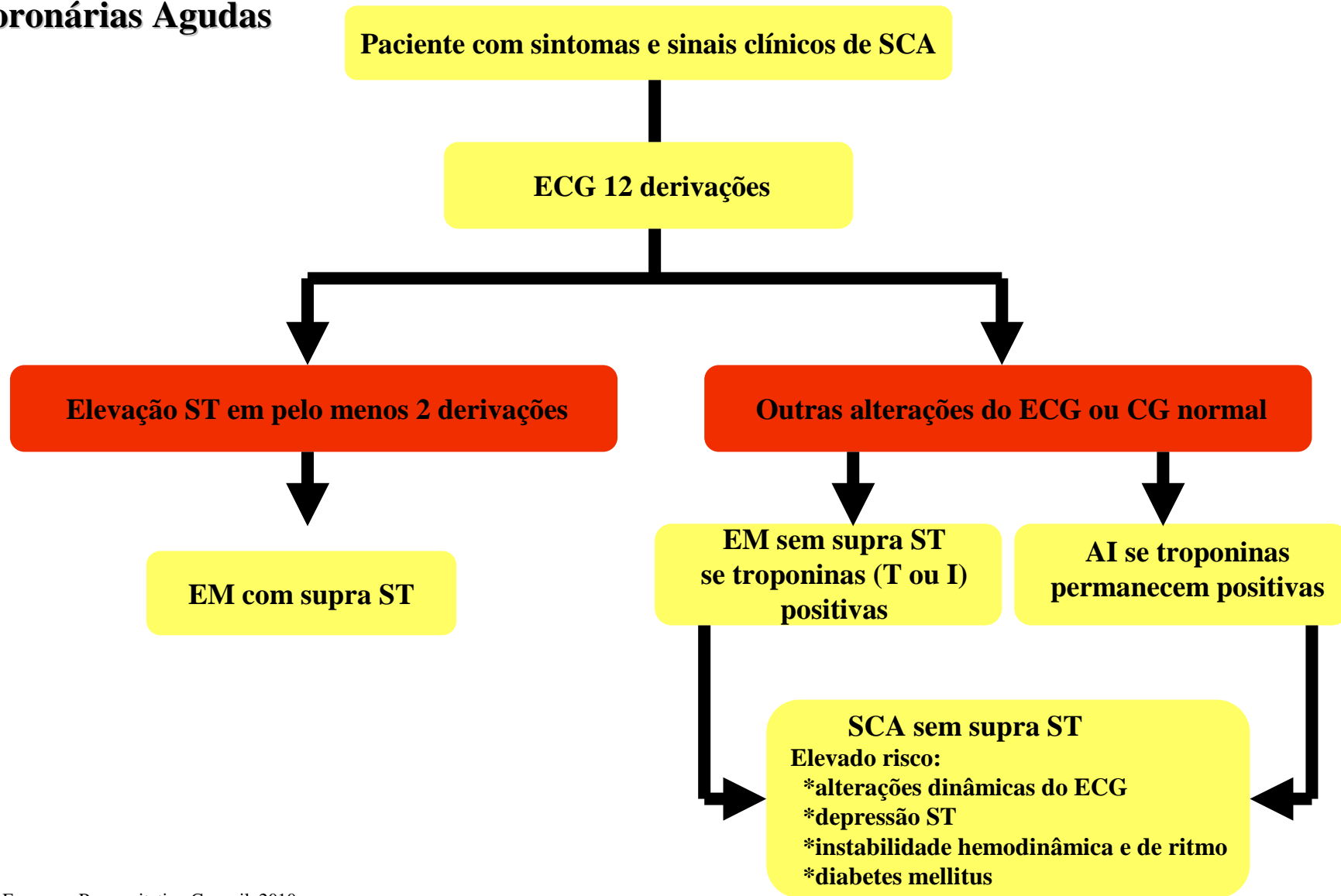
#### **d) Posters**



## **1. Definição das Síndromes Coronárias Agudas**



# Definições das Síndromes Coronárias Agudas



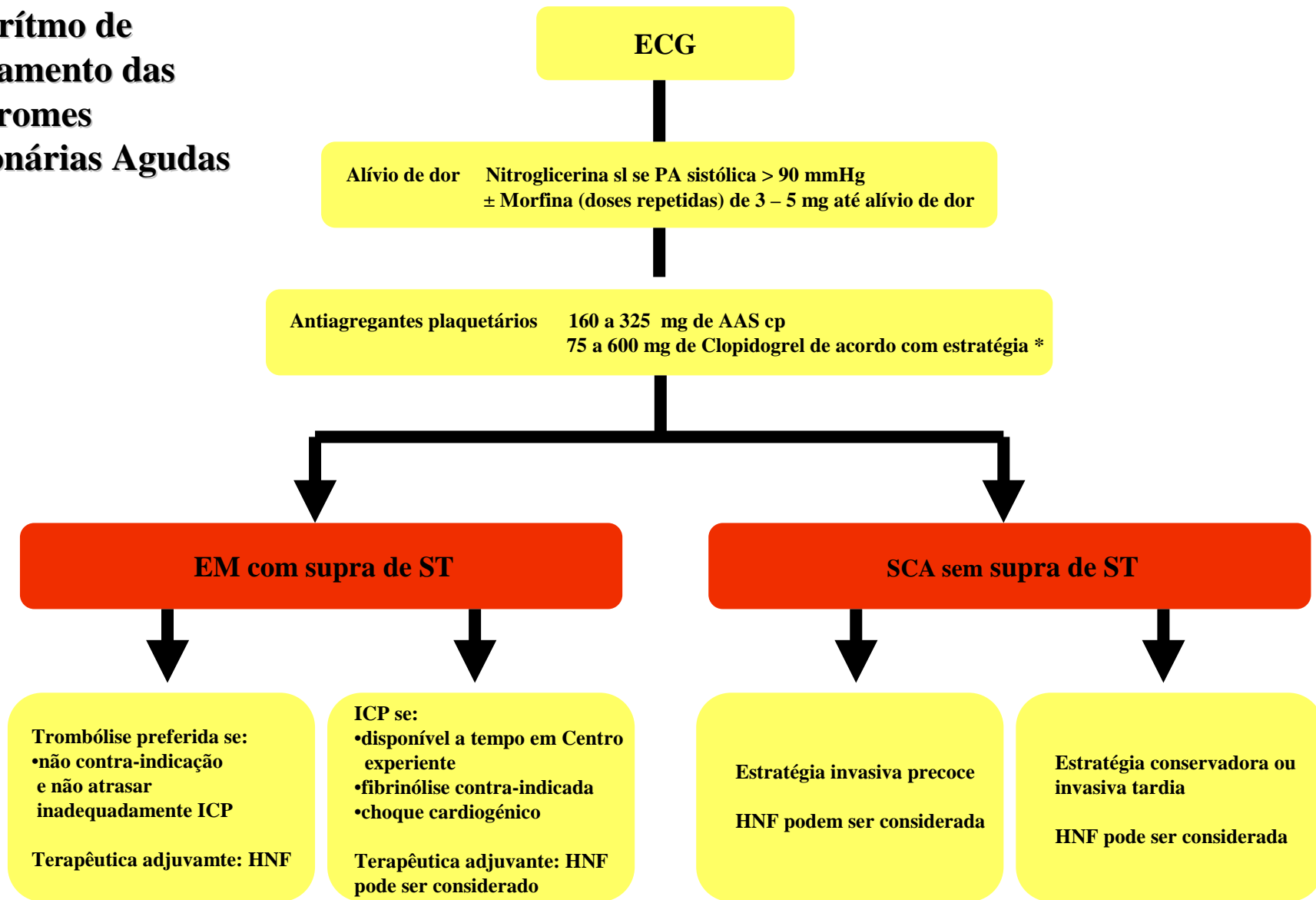


## **2. Algoritmo do tratamento das Síndromes Coronárias Agudas**





# Algoritmo de Tratamento das Síndromes Coronárias Agudas



\* De acordo com a estratificação de risco

Fonte: European Resuscitation Council, 2010

Realizado por: Maria Anjos Moreno

Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde

3º Curso de Mestrado em Enfermagem – Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica (2010)

