



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Centro Regional das Beiras—Pólo de Viseu

**MESTRADO EM ENFERMAGEM
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**

Relatório de Estágio

Helder Filipe Fernandes Patrício

VISEU, 2010



UNIVERSIDADE
CATÓLICA | INSTITUTO DE
PORTUGUESA | CIÊNCIAS DA SAÚDE

Centro Regional das Beiras—Pólo de Viseu

**MESTRADO EM ENFERMAGEM
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**

Relatório de estágio

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências de Saúde para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica, sob orientação do Mestre Olivério Paiva Ribeiro.

Helder Filipe Fernandes Patrício

VISEU, 2010

RESUMO

A Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica surge numa perspectiva de formação profissional contínua, tão necessária ao suporte das actividades inerentes à prática clínica dos enfermeiros.

Este relatório encontra-se dividido em duas partes correspondentes a dois estágios diferentes, o primeiro no Serviço de Urgência Geral (SUG) e o segundo na Comissão de Controlo da Infecção (CCI), ambos do Hospital São Teotónio EPE, pretendendo-se retratar os dois momentos.

Na primeira, é feita uma caracterização descritiva do espaço físico e do funcionamento do referido serviço, descritos os meus objectivos pessoais já inseridos no guia de estágio, finalizando como uma breve reflexão do estágio em si assim como uma descrição das actividades desenvolvidas.

A segunda, inicia-se com a caracterização da CCI, descrevem-se os objectivos pessoais que coincidem com as áreas de intervenção da CCI, terminando-se com a análise crítica e reflexiva das actividades desenvolvidas e o concretizar dos objectivos.

No que concerne aos objectivos propostos para cada um dos estágios, penso tê-los atingido com sucesso, tal como foi sendo referenciado no decorrer deste relatório.

Palavras chave: Enfermagem; Médico-Cirúrgica; CCI; Urgência Geral.

ABSTRACT

The Specialization in Medical Surgical Nursing arises from a perspective of a continuous vocational training so necessary to support activities related to the clinical practice of nurses.

This report is divided in two parts corresponding two different traineeships, the first one in the General Emergency Department (GED) and the second one in the Infection Control Committee (ICC), both from Hospital São Teotónio EPE, intending to describe those two moments.

Thus, in the first part, a descriptive characterization of the physical space and operation of the GED is made, are outlined my personal goals already included in the traineeship guide, concluding with a brief reflection about the traineeship itself as well as a description of the developed activities.

The second part begins with the characterization of the ICC, are described the personal goals that coincide with the intervention areas of ICC, finishing up with a critical and reflective analysis of developed activities and achievement of objectives.

Regarding the proposed objectives for each traineeships I think having them achieved successfully as being referenced throughout this report.

Keywords: Nursing; Medical Surgical; GED; ICC.

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	13
I – MÓDULO I – SERVIÇO DE URGÊNCIA.....	15
1.1 – CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO	16
1.2 – OBJECTIVOS PESSOAIS.....	18
1.3 – ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS E ANÁLISE CRÍTICA	19
1.3.1 – Reflexão	19
1.3.2 – Actividades específicas	24
2 – MÓDULO III – COMISSÃO DE CONTROLO DA INFECÇÃO (CCI)	31
2.1 – CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO	32
2.2 – OBJECTIVOS PESSOAIS.....	33
2.3 – ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS E ANÁLISE CRÍTICA	33
2.3.1 – Vigilância epidemiológica.....	34
2.3.2 – Elaboração e monitorização do cumprimento de normas e recomendações de boas práticas	36
2.3.3 – Formação e informação a profissionais de saúde, utentes e visitantes	40
CONCLUSÃO	43
BIBLIOGRAFIA	45

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo I – Planta do SUG

Anexo II – Guia de Acolhimento a Alunos de Enfermagem

Anexo III – Apresentação em Power Point do Guia de Acolhimento

Anexo IV – Gestão de stocks

Anexo V – Apresentação em Power Point da “Pertinência da Punção Venosa com Cateter”

Anexo VI – Guia de Boas Práticas para Assistentes Operacionais (Elos de Ligação à CCI)

Anexo VII – Panfletos

Anexo VIII – Poster

SIGLAS

ATLS – Advanced Trauma Life Support

CCI – Comissão de Controle da Infecção

CDC – Centers for Disease Control

EV – Endovenosa

HST EPE – Hospital São Teotónio E.P.E.

IACS – Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

MRSA – *Staphylococcus aureus* resistente à meticilina

PC – Plano de Contingência da Gripe

PNCI – Plano Nacional de Controlo da Infecção

SAG – Serviço de Atendimento à Gripe

SO – Serviço de Observação

SUG – Serviço de Urgência Geral

SUGO – Serviço de Urgência Geral Obstétrica

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes

UDC – Unidade de Decisão Clínica

UCE – Unidade de Central de Esterilização

VE – Vigilância Epidemiológica

VRE – *Enterococcus spp* resistente aos glicopépticos

INTRODUÇÃO

A Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica surge numa perspectiva de formação profissional contínua, tão necessária ao suporte das actividades inerentes à prática clínica dos enfermeiros.

Com esta especialização pretendo, especificamente, adquirir competências para a assistência de enfermagem avançada ao doente adulto e idoso com doença grave, sendo especialmente dirigida para a assistência ao doente em estado grave que necessite de intervenções mais diferenciadas. Visa ainda, a aquisição de algumas competências na área da gestão, formação dos pares, assim como adquirir competências na área do controlo de infecção hospitalar.

No sentido de dar continuidade e complementar o período de aprendizagem teórica na área de especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica, (da Universidade Católica Portuguesa – Polo das Beiras, Viseu) foram realizados dois, dos três estágios a que corresponde o curso. Assim, o estágio correspondente ao módulo I foi realizado no Serviço de Urgência Geral (SUG) do Hospital São Teotónio E.P.E. (HST EPE) e o estágio opcional, respeitante ao módulo III, na Comissão de Controlo da Infecção (CCI) do mesmo Hospital. No que respeita ao estágio correspondente ao módulo II (Cuidados Intensivos/ Cuidados Intermédios) não foi realizado visto ter equivalência ao mesmo. Esta equivalência acontece pelo facto de ter exercido funções como Enfermeiro mais de três anos no serviço de Neurocirurgia do Hospital São Teotónio E.P.E., o qual integrava uma unidade de cuidados intermédios composta por quatro camas, permitindo manter doentes em polimonitorização, em suporte ventilatório, dispondo ainda de meios de vigilância e tratamento mais diferenciados. Nesta unidade eram internados os doentes mais críticos, os que sofreram graves acidentes, os que beneficiaram de intervenções cirúrgicas mais diferenciadas ou que por motivos vários necessitem de vigilância mais atenta.

Cada estágio teve a carga horária de 180 horas, distribuídas por nove semanas. O estágio no Serviço de Urgência decorreu durante a segunda quinzena de Setembro e nos meses de Outubro e Novembro de 2009, enquanto o referente à Comissão de Controlo de Infecção decorreu durante os meses de Dezembro de 2009, Janeiro de 2010 e a primeira semana de Fevereiro do mesmo ano.

A opção pelos campos de estágio foi uma escolha pessoal tendo em conta as perspectivas e objectivos pessoais a atingir. A escolha pelo Serviço de Urgência do HST EPE prende-se com o facto de esta ser uma urgência polivalente e de ter, diariamente, um afluxo elevado de doentes, que me proporcionou diversas e aprofundadas aprendizagens. O facto de este serviço estar integrado no Hospital onde exerço a minha actividade profissional e de achar importante conhecer as dinâmicas do mesmo, já que contacto assiduamente com ele, foram também factores decisivos para a minha escolha.

No que concerne à opção pelo campo de estágio da CCI, prendeu-se com o facto de esta ser uma área desconhecida para mim, na qual eu tinha necessidade de adquirir competências a fim de melhorar as minhas práticas diárias, contribuindo de uma forma decisiva para a segurança do doente e para a melhoria contínua dos cuidados.

Com a elaboração do presente relatório pretendo reflectir sobre a prática de enfermagem no serviço, toda a actividade profissional e relatar a vivência e experiências adquiridas. Neste sentido, a sua finalidade consiste em:

- Conhecer os locais de estágio, estrutura e organização;
- Descrever o meu percurso de aprendizagem durante o estágio, nomeadamente as actividades por mim desenvolvidas;
- Analisar e avaliar a consecução dos meus objectivos e competências adquiridas.

O presente relatório é constituído por duas partes, sendo a primeira referente ao SUG e a segunda à CCI.

Na primeira, é feita uma caracterização descritiva do espaço físico e do funcionamento do referido serviço, descritos os meus objectivos pessoais já inseridos no guia de estágio, finalizando como uma breve reflexão do estágio em si assim como uma descrição das actividades desenvolvidas.

A segunda, inicia-se com a caracterização da CCI, descrevem-se os objectivos pessoais que coincidem com as áreas de intervenção da CCI, terminando-se com a análise crítica e reflexiva das actividades desenvolvidas e o concretizar dos objectivos.

I – MÓDULO I – SERVIÇO DE URGÊNCIA

O funcionamento dos Serviços de Urgência tem sido, ao longo dos anos, uma preocupação constante do Serviço Nacional de Saúde, visto estes serem uma porta de entrada no mesmo.

Neste momento, os Serviços de Urgência Geral Hospitalar são divididos em dois níveis, consoante os seus recursos humanos e materiais: Serviços de Urgência Médico-Cirúrgica e Serviços de Urgência Polivalente. Do HST EPE faz parte um Serviço de Urgência Polivalente, apesar de não ter todas as valências durante todos os dias do ano (Portugal, 2001).

Segundo a Direcção Geral de Saúde, Serviço de Urgência é todo o serviço de saúde equipado para avaliar e tratar situações de doença de início recente e de gravidade tal que o cidadão comum, possuidor de uma cultura média e de conhecimentos mínimos de saúde, entenda necessitar de ser observado por um médico em consulta urgente não programada (Costa *et al*, 2001).

No que respeita à enfermagem de urgência, esta é definida como a prestação de cuidados a indivíduos, de todas as idades, que apresentem alterações de saúde física ou psíquica, percebidas ou reais, não diagnosticadas ou que necessitem de outras intervenções. A enfermagem de urgência é um misto complexo de capacidades, experiência e saber personalizado. Em nenhuma outra área de enfermagem se espera do enfermeiro tantos conhecimentos “do berço ao túmulo”, sobre a fisiopatologia da doença, inovações tecnológicas mais recentes de equipamento, monitorização, tratamento e simultaneamente um papel de defensor do doente e família (Sheehy’s, 2001).

Assim, a extraordinária dinâmica e complexidade de um serviço de urgência, tal como as suas características próprias, obrigam a períodos de constante actualização de conhecimentos e períodos de reflexão relativos à prática diária, daí a importância deste estágio para o meu crescimento profissional.

Este estágio foi realizado no serviço de Urgência do HST EPE, distribuído por 9 semanas, correspondendo a 180 horas. Decorreu com a realização de turnos de manhãs e tardes, conforme os horários praticados pelos enfermeiros tutores.

Durante a minha permanência neste campo de estágio, foi possível usufruir de rotatividade por todos os sectores que constituem este serviço, levando deste modo a uma aprendizagem mais generalista, que permitiu obter uma visão mais ampla sobre a realidade de um serviço de urgência hospitalar.

1.1 – CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO

O Serviço de Urgência Geral (SUG) situa-se no 2º Piso do HST EPE e dá assistência aos seus utentes durante as 24 horas de cada dia. Tratando-se de uma Urgência Polivalente a área de abrangência é bastante alargada servindo o distrito de Viseu e os distritos contíguos.

No que respeita às valências médicas existentes, são as seguintes: Cirurgia, Clínica Geral, Medicina Interna, Neurocirurgia, Neurologia, Oftalmologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Urologia, Nefrologia, Oftalmologia, Psiquiatria, Cardiologia, Pneumologia, Cirurgia Vascolar.

Este SUG encontra-se dividido em diversos sectores que passo a descrever (para uma melhor visualização dos mesmos pode ser observada a planta do serviço devidamente legendada, no Anexo I):

- **Triagem (1)** – constituída por duas unidades separadas, podendo ser triados dois utentes em simultâneo, sendo orientados e encaminhados de forma rápida e eficiente e de acordo com a prioridade obtida através da triagem de Manchester;
- **Sala de Emergência (2)** – constituída por cinco “boxes” destinadas à prestação de cuidados mais diferenciados, emergentes e de curta duração, aos utentes que dão entrada neste serviço em estado crítico, com ou na eminência de compromisso de uma ou mais funções vitais;
- **Sala de Cuidados de Enfermagem menos Urgente (3)** - é a área para onde são encaminhados os utentes que deambulam a pé ou em cadeira de rodas, e que necessitam de cuidados menos urgentes;
- **Sala de Pequena Cirurgia (4)** – onde são observados e cuidados os utentes que apresentam feridas, bem como vítimas de acidentes que apresentam ferimentos (sem compromisso das funções vitais);
- **Sala de cuidados de enfermagem (sala aberta, sala de inalo/imunohemoterapia, sala de gessos e especialidades) (5)** – destina-se à

vigilância e prestação de cuidados de enfermagem aos utentes em maca, cadeira de rodas ou a pé que tenham sido triados para qualquer uma das especialidades disponíveis. Envolve cuidados técnicos como colheita de sangue para análise algalizações, entubações oro/nasogásticas, enemas de limpeza, administração de terapêutica, inaloterapia, apoio às especialidades cirúrgicas e médico, bem como a prestação de cuidados de higiene e conforto;

- **Unidade de Decisão Clínica (UDC) (6)** - corresponde à área para onde são encaminhados os utentes que necessitam de monitorização e vigilância permanente, enquanto aguardam uma decisão clínica;
- **Sala de Observação (SO) (7)** - Dispõe de 9 camas, destinando-se ao internamento temporário de utentes que requerem uma vigilância atenta e continuada para estabilização clínica, enquanto aguardam uma decisão clínica. O seu destino poderá ser um serviço de internamento ou alta clínica;
- **Oito gabinetes médicos (8)** – destinados à observação dos utentes pelos médicos das diversas especialidades;
- **Quatro gabinetes médicos (9)** – destinados à observação não especializada dos utentes;
- **Um gabinete para ECG's (10)** – Destinado à realização de electrocardiogramas por um técnico especializado para o efeito.
- **Serviço de Atendimento à Gripe (SAG)** – Criado durante o período em que eu já me encontrava em estágio, com o objectivo atender todos os utentes com sintomas de Gripe.

Relativamente aos recursos humanos, o SUG é dotado de funcionários próprios quer a nível de enfermagem, administrativo e assistentes operacionais.

Da equipa de enfermagem fazem parte 69 elementos dos quais um é Enfermeiro Chefe e quatro são Enfermeiros Especialistas, que se dividem por seis equipas. O Enfermeiro Chefe pratica horário fixo (de segunda a sexta feira 08 – 16 horas), os especialistas asseguram manhãs e/ou tardes (não fazendo noites) e os restantes elementos praticam o horário de roulement. Em cada uma das 6 equipas existe um responsável que é denominado de “chefe de equipa”, cabendo-lhe a responsabilidade de resolver conflitos dentro da sua equipa, de fazer chegar as recomendações do enfermeiro chefe à mesma e vice-versa, ou seja, é um elo de ligação entre o enfermeiro chefe e a sua equipa. Cada turno corresponde a

8 horas de trabalho, e em cada um deles a distribuição de enfermeiros acontece da seguintes forma:

- 00 - 08horas (turno da noite) – 9 enfermeiros (5 no SUG, 2 no SO e 2 no SAG);
- 08 -16horas (turno da manhã) – 13 enfermeiros (9 no SUG, 2 no SO e 2 no SAG);
- 16 - 24horas (turno da tarde) – 13 enfermeiros (9 no SUG, 2 no SO e 2 no SAG).

1.2 – OBJECTIVOS PESSOAIS

Com o ensino clínico no Serviço de Urgência Geral ambicionei assimilar competências científicas, técnicas, humanas, culturais e de gestão adequadas à prestação de cuidados de enfermagem especializados na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Para isso, os objectivos específicos foram seleccionados do guia de estágio, sendo os seguintes:

- (1) Gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da formação inicial, da sua experiencia profissional e de vida, e da sua formação pós-graduada.
- (2) Comunicar aspectos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral.
- (4) Manter de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional.
- (8) Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da Especialização em Médico Cirúrgica Enfermagem.
- (10) Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionados com o cliente e família, especialmente na área da Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica.
- (11) Reflectir na e sobre a sua prática, de forma critica.
- (13) Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área da EEMC.
- (15) Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidencias científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas.
- (16) Demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura.

- (17) Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar.
- (25) Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros.
- (26) Realizar a gestão dos cuidados na área da Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica.
- (27) Identificar as necessidades formativas na área de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica.
- (28) Promover a formação em serviço na área de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica.
- (29) Colaborar na integração de novos profissionais.

1.3 – ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS E ANÁLISE CRÍTICA

Este sub-capítulo divide-se em duas partes, na primeira temos uma reflexão do que foi a minha permanência no SUG, nomeadamente no que respeita aos diversos sectores do mesmo, na segunda encontra-se uma descrição das três principais actividades desenvolvidas, apresentando uma análise, sempre que for pertinente, dos objectivos escolhidos.

1.3.1 – Reflexão

A primeira fase do estágio, destinada à integração na equipa, ao espaço físico, bem como ao conhecimento das dinâmicas do Serviço de Urgência, decorreu sem incidentes e de uma forma muito natural. O que me fez sentir, desde cedo, um elemento da equipa de enfermagem, contribuindo de uma forma decisiva para o aumento da minha motivação.

Durante a minha permanência neste campo de estágio, foi-me possível passar por todos os sectores que constituem este serviço, permitindo-me obter uma visão mais ampla de um serviço de urgência hospitalar, proporcionando o atingir do objectivo “*1 - Gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da formação inicial, da sua experiência profissional e de vida, e da sua formação pós-graduada*”.

No que respeita ao funcionamento global do Serviço de Urgência, e contrariamente à minha opinião inicial, pude constatar que estamos perante um serviço organizado, principalmente no que concerne às actividades desenvolvidas pela equipa de enfermagem.

No que concerne aos locais onde se prestam cuidados de enfermagem, os que mais me fascinaram foram a “Sala de Emergência” e a “Sala de Pequena Cirurgia”. Este fascínio poderá ser justificado pelo meu interesse relativamente à abordagem ao politraumatizado bem como às actividades relacionadas com a área da pequena cirurgia.

Enquanto que na “Sala de Emergência” tive oportunidade de adquirir competências na abordagem ao doente crítico, compreendendo as prioridades de actuação, através de uma avaliação rápida, sistematizada e precisa das suas necessidades (ABCDE), na “Sala de Pequena Cirurgia” desenvolvi competências na realização de pensos complexos, a suturar e a instrumentar a equipa médica.

No que respeita à “Unidade de Decisão Clínica” e ao “Serviço de Observações”, deparei-me com a vigilância apertada de todos os parâmetros vitais e monitorização electrocardiográfica, realização de balanços hídricos entre outras actividades fundamentais para o restabelecimento do funcionamento mais adequado dos diversos sistemas do corpo humano. Penso que estas duas áreas do SU trouxeram um contributo fundamental para o meu crescimento profissional como Enfermeiro de um serviço de internamento.

A “Sala de cuidados de enfermagem menos urgentes” destina-se a doentes independentes ou em cadeira de rodas que tenham sido triados com as cores de Azul, Verde ou Amarelo. Nesta área, gostaria de destacar a quantidade enorme de doentes que vem ao SU de forma inapropriada, podendo, na maioria das vezes, resolver a sua situação com o recurso a outros serviços de saúde públicos como por exemplo as Unidades de Saúde Familiares e outras unidades de cuidados de saúde primários, visto que muitas vezes a sua queixa é crónica e não aguda. Desta forma, congestionam o serviço, comprometendo a qualidade do atendimento dos doentes realmente urgentes e em fase aguda. Esta é uma situação difícil de resolver, no entanto o aumento do investimento na formação, informação e sensibilização da população em geral poderia ajudar.

A “Sala de cuidados de enfermagem urgentes” destina-se a doentes que estão atribuídos às especialidades médicas e cirúrgicas. Nesta sala efectua-se todos os cuidados e procedimentos de enfermagem inerentes aos mesmos.

Gostaria ainda de fazer referência ao espaço designado de “Sala aberta”, que se destina a ser um ponto de espera para os doentes que se encontram em maca. Este espaço é

exíguo, dificultando a mobilidade dos mesmos para as outras áreas do SUG. É minha opinião que, para benefício dos doentes, o SUG deveria ser constituído por mais salas abertas e menos gabinetes, de forma a que, para a observação dos doentes e execução dos diversos procedimentos, os profissionais se desloquem até aos mesmos e não o contrário, que é o que acontece actualmente.

A actividade que constituiu, para mim, o maior desafio foi a Triage, através do recurso à aplicação informática “Triage de Manchester”. Justifico este sentimento porque se tratou de uma situação nova para mim, para a qual eu não tinha qualquer formação específica. No entanto, apesar da curta permanência na realização desta actividade, devo referir que foi muito gratificante para o meu crescimento profissional, tendo sido fundamental para o meu processo de aprendizagem neste campo de estágio. Penso ainda que este é um local fundamental para toda a dinâmica do Serviço de Urgência, tendo a capacidade de influenciá-la positiva ou negativamente, visto ser o primeiro contacto que o doente e/ou familiar tem com um profissional de saúde, podendo interferir com o seu comportamento daí para a frente. Neste sentido, o Enfermeiro que realiza a triagem deve estar sensível para esta realidade, pois é um elemento decisivo em todo este processo.

No início deste estágio, questionei-me como seria a privacidade dos doentes de um Serviço de Urgência e, embora sabendo que não se trata, de todo, de um serviço de internamento, penso que a privacidade e o respeito pelo pudor devem estar sempre garantidos. Isto, porque não se pode ignorar que, ao tocarmos e ao expormos um corpo estamos a invadir a privacidade de alguém, mesmo que ele não questione essa invasão, até porque muitas vezes pensa que é necessária para sua observação e recuperação (Pupulin & Sawada, 2002). Assim, e após este estágio, constatei que esta questão também era uma preocupação da generalidade da equipa aquando da prestação dos cuidados. Dou como exemplo a “Sala de cuidados de enfermagem urgentes”, onde os doentes eram colocados de forma cuidadosa dentro das “boxes”, tendo em atenção a sua posição relativamente à porta e a outros doentes, sendo expostos apenas quando as cortinas estivessem fechadas.

No que respeita à qualidade dos cuidados prestados no Serviço de Urgência, surge hoje como uma exigência de todos os envolvidos nos cuidados de saúde, sendo vista como um dos seus atributos essenciais. Do ponto de vista de muitos autores, existe qualidade sempre que os cuidados prestados estão de acordo com aquilo que se pensava que deveria

ter sido prestado, o que significa que a qualidade varia de acordo com a perspectiva de cada um dos intervenientes nos cuidados (Pisco, 2001). Desta forma, penso que os cuidados prestados no Serviço de Urgência são bastante bons, nomeadamente na perspectiva da equipa de enfermagem, principalmente se considerarmos o elevado número de doentes que todos os dias ocorrem a este serviço, comparativamente com o número reduzido de Enfermeiros existentes em cada turno. Este facto é traduzido pelo reduzido tempo de espera por parte dos doentes relativamente aos cuidados de enfermagem, comparativamente com as outras classes profissionais.

No entanto, para que a nossa classe continue a evoluir no caminho da excelência, não deve descorar a educação, cordialidade e a atenção que deve ser dada ao processo de cuidar. Só assim ela se distinguirá de todas as outras no que respeita à melhoria da satisfação dos doentes, já que nunca nos podemos esquecer que este é um parâmetro fundamental da avaliação da qualidade dos cuidados em Saúde.

No que respeita ao objectivo específico, “2 – *Comunicar aspectos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral*” e ao objectivo “16 - *Demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura*”, foram atingidos através da forma objectiva e clara com que transmiti a informação clínica aos meus colegas e a outros profissionais, ou aquando da comunicação com os familiares dos utentes através da utilização de vocabulário adequado ao seu nível de literacia.

A aquisição de competências, levada a cabo com este objectivo, relativamente ao processo de comunicação é fundamental para a “construção” do enfermeiro especialista. Vários autores têm documentado a repercussão dos níveis de stress, ansiedade e angústia na evolução e prognóstico de um doente, bem como no âmbito familiar (Riley, 2004; Doyle et al, 2004; Ahlberg et al, 2004).

Na perspectiva do doente que necessita de ser hospitalizado esse processo é premiado pelo medo do desconhecido, como a utilização de recursos tecnológicos, muitas vezes invasivos, linguagem técnica e rebuscada, pela apreensão de estar num ambiente estranho, e ainda pela preocupação com sua integridade física (Riley, 2004). Deste modo, ao considerarmos que é o enfermeiro o profissional que permanece mais tempo ao lado do doente, este deve ser o elemento facilitador na promoção do seu bem-estar, utilizando a comunicação de uma forma sábia para o efeito. Assim, a comunicação é fundamental na

relação doente/enfermeiro, promovendo-a, devendo ser fomentada pelo enfermeiro especialista.

O objectivo “4 - *Manter de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional*”, foi conseguido através do crescente desempenho demonstrado no decorrer do estágio, do meu espírito de iniciativa e da minha vontade em aprender e adquirir competências na área, com a pesquisa bibliográfica efectuada, sempre que tinha dúvidas.

O “fazer” em enfermagem é complexo e exige tomada de decisões. A pesquisa bibliográfica possibilita que o profissional realize as suas acções baseadas em conhecimento científico, contribuindo para o seu auto-desenvolvimento. A pesquisa é fundamental para a melhoria da qualidade assistencial. Dessa forma, a prática baseada em evidências científicas fortalece a identidade da Enfermagem como profissão (Witt, 1981).

Saliento ainda que o meu desempenho, no decorrer destas 180 horas de estágio, foi de encontro aos objectivos “8 - *Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da Especialização em Médico Cirúrgica Enfermagem*” e “10 - *Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionados com o cliente e família, especialmente na área da Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica*” e “13 - *Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área da EEMC*”, visto ter sido capaz de reagir de forma adequada à abordagem ao politraumatizado e a outras situações urgentes com as quais me deparei. Para isso contribuiu o facto de eu sempre me ter interessado por esta área, tendo realizado já outros cursos de trauma e de, neste momento, ser coordenador de ATLS (Advanced Trauma Life Support) da Sociedade Portuguesa de Cirurgia.

No que respeita às questões que me foram colocadas, nomeadamente pelos meus orientadores, fui sempre capaz de responder acertadamente a todas elas, demonstrando assim o meu conhecimento na área da Urgência. O que revelou o meu empenho e o meu trabalho dentro e fora do serviço.

Com tudo isto, penso ter cimentado as minhas competências na abordagem ao doente crítico, assim como ter adquirido novas competências para reagir perante situações imprevisíveis que exijam um aprofundado nível de conhecimentos, na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Foi também sem dificuldade, como já referi, que me integrei na equipa desde cedo, tornando fácil o atingir do objectivo “17 - *Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar*”, sentindo-me um elemento participativo em todas as actividades desenvolvidas e coordenando-me facilmente com todos os elementos da equipa multidisciplinar. No que respeita ao trabalho em equipa, penso ser crucial que o Enfermeiro o compreenda, execute e promova de uma forma global, visto que nos dias de hoje nenhuma profissão, nomeadamente na saúde, pode viver isolada das outras pela complementaridade de papéis que cada uma delas apresenta. Só assim contribuiremos para a melhoria da qualidade dos cuidados que é cada vez mais global e envolve cada vez mais profissionais de diferentes áreas.

No que concerne ao objectivo “11 - *Reflectir na e sobre a sua prática, de forma crítica*”, este relatório constitui, por si só, um elemento de reflexão crítica sobre todo o meu estágio.

No entanto, por achar que reflectir sobre a prática é fundamental na minha profissão e só assim ser possível seguir no caminho da excelência, fiz da reflexão diária um instrumento de trabalho que me ajudou a progredir positivamente em todo o meu processo de auto-aprendizagem e desenvolvimento profissional e pessoal.

1.3.2 – Actividades específicas

Para além de todas as actividades e aprendizagens referenciadas anteriormente, no sentido de concretizar os objectivos a que me propus e para um melhor e maior crescimento pessoal e profissional, tive necessidade de realizar algumas actividades específicas.

Neste sentido e indo de encontro ao objectivo “27 - *Identificar as necessidades formativas na área de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica*”, realizei reuniões com o Enfermeiro Chefe, com a directora do Serviço de Urgência, assim como com os enfermeiros orientadores, tendo sido identificadas necessidades de serviço, para as quais foram planeadas actividades de forma a melhorar a qualidade assistencial.

Neste sentido, à primeira actividade proposta foi dado o nome de “**Guia de acolhimento a alunos de enfermagem**”. Esta, surgiu no sentido de participar e

colaborar na integração de alunos do curso de base, de cursos de pós-licenciatura e de novos profissionais que venham a integrar a equipa. Para tal, foi feita a adaptação do “Guia de Acolhimento a Alunos de Enfermagem” existente num formato “A4”, para um formato “A5”, bem como a sua informatização para o programa “Power Point” a fim de uma melhor visualização do serviço, respondendo assim ao objectivo “29 - *Colaborar na integração de novos profissionais*”. A informatização do referido guia, foi feita através de textos sintéticos que caracterizam o serviço, assim como de filmes das diversas áreas que compõem o SUG. Esta informatização, em Power Point, servirá para apresentar o serviço aos novos profissionais e/ou a alunos da Licenciatura em enfermagem, especialização e pós-graduações que realizarão o seu estágio neste SUG.

Por me encontrar a tirar uma especialização, é fundamental reconhecer a importância e pertinência deste objectivo, uma vez que este se integra nas funções de um enfermeiro especialista.

Um outro motivo, pelo qual aceitei este desafio, foi por acreditar que esta actividade poderia contribuir para uma melhor integração de novos profissionais e de alunos de enfermagem no SUG.

Uma adequada integração é fundamental para que os novos elementos de uma equipa se sintam motivados, menos ansiosos, mais seguros de si e mais aptos a novas aprendizagens. Neste sentido Sousa *et al* (2006), referem que embora os novos elementos de uma equipa estejam qualificados para o trabalho, quando passam por um processo de integração têm necessidade de compreender os procedimentos e as políticas da organização, o seu espaço físico e conhecer as pessoas com quem vão trabalhar. Ainda a este propósito Santos (1978) afirma que falhas na etapa da integração de um novo profissional, podem comprometer o exercício das suas actividades criando dificuldades no desempenho profissional.

No que concerne ao guia propriamente dito este encontra-se no anexo II e em formato A5. O anexo III corresponde à apresentação em Power Point supracitada e as imagens que se podem visualizar correspondem aos vídeos referidos anteriormente. Caso seja necessário comprovar a execução dos mesmos poderão ser solicitados e fornecidos noutra formato.

A segunda actividade específica, foi intitulada de “**Gestão de stocks**” e o interesse pela sua execução surgiu numa das reuniões com o Enfermeiro Chefe e com os meus

Enfermeiros tutores, onde foi abordado este tema, tendo sido sugerida a melhoria da contabilização do material existente no serviço facilitando o seu pedido.

Esta necessidade surge do facto do SUG ser um serviço em que o gasto de material é enorme e a forma de o pedir ser aleatória, dependendo do Enfermeiro Especialista que faz os pedidos, ou seja, o principal objectivo era uniformizar os pedidos. Assim, se nós conseguíssemos saber o que existe no serviço em cada momento e após a definição de stocks máximos, estaria facilitada esta tarefa, através de uma subtracção entre o stock máximo e o existente.

Assim, após pensar no que foi proposto e indo de encontro ao objectivo da gestão de stocks que, segundo Francischini *et al* (2002), envolve a determinação de três decisões principais que são o “quanto encomendar”, “quando encomendar” e “que quantidade de stock de segurança se deve manter para que cada artigo assegure um nível de serviço satisfatório” foi sugerida a realização de um programa informático de gestão de stocks, sendo para isso escolhido o Microsoft Excel para a construção da base da dados.

A estratégia adoptada para levar a bom termo esta actividade foi dividir a sua execução em várias fases:

- 1ª fase – construção do programa informático propriamente dito com diversos campos como: identificação do material; stock máximo; stock mínimo; quantidade existente; quantidade a repor; alertas. O campo “alertas” seria para alertar que determinada quantidade de material estava abaixo do stock considerado mínimo.
- 2ª fase – escolher, juntamente com os orientadores de estágio, a sala onde deveria ser testado o programa informático. Deste modo, o programa foi testado na sala de armazenamento de material da via aérea.
- 3ª fase – definição da quinzena de teste, feita contabilização de todo o material existente na referida sala, no primeiro dia, e registado em folha própria elaborada para o efeito. Nessa mesma altura, foi afixada, na referida sala, uma grelha destinada ao registo de qualquer saída de material.
- 4ª fase – contabilização de todo o material existente na sala de stock de via aérea e feita a relação entre o que foi registado na grelha de saída e o que de facto existia.

Apesar da informação e formação, sobre o preenchimento da grelha, ter sido feita aos elementos da equipa de enfermagem e assistentes operacionais e de estes terem, aparentemente, aceitado esta actividade, existiram incongruências nos resultados finais, já que as saídas efectivas foram superiores às registadas.

Mesmo assim, penso que esta actividade constituiu uma mais-valia para o SUG, visto que o programa informático ficou concluído e poderá ser utilizado no futuro, caso os responsáveis pelo serviço assim o entendam. Devo ainda acrescentar que o programa teve críticas bastante positivas do Enfermeiro Chefe e dos meus orientadores, aquando da sua apresentação.

As vantagens que este programa poderia acrescentar seriam inúmeras, como por exemplo (Reis, 2005):

- Contabilizar os gastos;
- Saber, em qualquer momento, a quantidade de material existente;
- Diminuir a quantidade de vezes com que se efectuam pedidos de material, fora dos dias recomendados;
- Assegurar que as entregas, por parte dos fornecedores sejam feitas atempadamente;
- Evitar rupturas de stock.

Esta actividade encontra-se no anexo IV e está dividido em três partes. A primeira mostra uma página da folha em Excel, referente ao mês de Janeiro com registos fictícios, onde podemos observar todo o material existente na referida sala, o stock máximo e mínimo de cada material, um exemplo do que foi registado como saídas no que respeita às cânulas de O₂, o que existe após os gastos (“existente”), a quantidade que deve ser reposta no campo “repor” e um alerta sob a forma de cardinal (“#”) do que deve ser repostado. De referir que os alertas só aparecem se o stock mínimo for atingido ou ultrapassado. Neste caso, tratando-se de um exemplo, o stock mínimo, assim como qualquer outro valor são fictícios.

A segunda parte do referido anexo é a apresentação em Power Point do que foi apresentado aos enfermeiros tutores e ao Enfermeiro Chefe, para além do programa em si com exemplificação prática.

Por fim apresento uma relação entre o que foi retirado efectivamente da sala e o que foi registado pelos profissionais que retiraram o material durante as duas semanas, onde podemos constatar o que já foi referido anteriormente, o registado é muito inferior ao que foi retirado efectivamente.

Após a construção deste programa informático, penso ter atingido o objectivo “26 - Realizar a gestão dos cuidados na área da Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica”, a que me propus no início do estágio.

No entanto, e ainda no que respeita a este objectivo, também tive oportunidade de acompanhar o Enfermeiro Especialista que orientou o meu ensino clínico nos pedidos de material ao consumo clínico e hoteleiro. Esta experiência levou-me a reflectir na complexidade desta responsabilidade e a corroborar da opinião de Accioly (2008) que refere que a gestão de stocks é uma área crucial para uma boa administração de qualquer organização. Visto que pedir os stocks do SUG de uma forma leviana e incorrecta pode fazer com que todo o serviço não funcione por falta de material, ou funcione de uma forma deficitária, podendo constituir uma fonte de conflitos dentro da equipa.

A terceira actividade foi intitulada de “**Pertinência da punção venosa com cateter, na sala de cuidados de enfermagem menos urgentes, em doentes com dor abdominal**” e foi motivada aquando da minha permanência na sala de cuidados de enfermagem menos urgente, onde me deparei com o facto de alguns enfermeiros puncionarem com catéter todos os doentes que eram encaminhados para essa sala para colheitas de sangue e outros que agiam de forma oposta, puncionando apenas se esses doentes, para além das colheitas de sangue, tivessem necessidade de fazer medicação endovenosa contínua. Ou seja, esta decisão dependia apenas do enfermeiro que estava na referida sala e não da condição do doente.

Após terem sido questionados alguns enfermeiros sobre o porquê da punção venosa com catéter por rotina, eles afirmaram que esta poderia ser necessária mais tarde e, desta forma, já estaria realizada.

No decorrer de uma das reuniões a fim de identificar as necessidades formativas da equipa, esta mesma questão foi colocada ao Enfermeiro Chefe do serviço que reagiu de uma forma muito interessada a um possível estudo sobre a pertinência da punção venosa com catéter, na sala de cuidados de enfermagem menos urgentes.

Desta forma surgiu a oportunidade de concretizar o objectivo “15 - Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas”.

Para concretizar esta actividade foi pensada a realização de um estudo, utilizando o programa informático SPSS com o objectivo de saber qual a percentagem de doentes que, tendo colheitas de sangue, necessitariam de punção com catéter venoso periférico.

Em primeiro lugar foi definida a amostra que foi constituída por doentes triados com o “fluxograma” “dor abdominal”, que após a triagem de Manchester lhes fossem atribuídas as pulseiras de cor “azul”, “verde” ou “amarela”.

Aquando da elaboração da base de dados tivemos grandes dificuldades, tendo sido dispendido mais tempo do que o inicialmente previsto. Esta dificuldade prendeu-se com o facto de ninguém no Hospital estar familiarizado com o actual programa informático que extrai dados do Alert®, contrariamente ao que foi informado no início do ensino clínico. No entanto, após uma mudança de estratégia na recolha dos dados, que se revelou mais morosa, esta actividade acabou por ser realizada com sucesso.

Assim, a amostra foi constituída por 93 doentes, 44 indivíduos do sexo masculino (47,3%) e 49 indivíduos do sexo feminino (52,7%), com idades compreendidas entre os 18 e os 80 anos, com uma média de 53,77 anos, um desvio padrão de 16,983 anos e um coeficiente de variação elevado (31,58%). No entanto, sem diferenças entre os sexos. A maior percentagem de doentes do sexo masculino concentra-se acima dos 55 anos, com 63,6% e, no sexo feminino, a maior percentagem de doentes encontra-se abaixo dos 56 anos com 59,2%.

A percentagem de doentes do sexo masculino puncionados é superior à do sexo feminino, com respectivamente 31,8% e 24,5% e a maior percentagem de administração de medicação EV contínua acontece acima dos 55 anos com 70,28%.

Dos 93 doentes, 88 foram puncionadas para colheitas de sangue, 62 foi administrada medicação endovenosa (EV) directa e apenas 26 necessitaram de administração de medicação EV continua.

Com isto conclui-se que dos 88 doentes que necessitaram de ser puncionados para colheitas de sangue, apenas 26 necessitavam de uma punção venosa com catéter (29,5%), enquanto que os restantes necessitavam apenas de ser puncionados com um butterfly para a colheita de sangue, seguindo-se a administração de medicação directa.

Como sugestão deste estudo, foi proposta a punção venosa com catéter, unicamente para os doentes que necessitassem de medicação EV contínua. Esta sugestão, foi alicerçada nos resultados do estudo e tendo em conta diversas desvantagens da colocação de catéter de forma injustificada, apenas por rotina, tais como: maior gasto de dinheiro; maior gasto de tempo; esquecimento de retirar cateter aquando da alta levando, muitas vezes, a reclamações escritas por parte dos utentes, segundo o chefe do serviço.

No que respeita à maior dor que o doente possa sentir com a colocação de catéter venoso periférico, comparativamente com uma punção com butterfly com o objectivo de colher sangue, poderá constituir outra desvantagem que eu não posso comprovar cientificamente, mas que deixo a sugestão como tema para um trabalho futuro.

O Power Point que descreve os resultados obtidos com este estudo encontra-se no anexo V.

As actividades 2 e 3 foram ainda utilizadas para a realização de duas formações em serviço e com isso atingir o objectivo “25 - *Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros*” e o objectivo “28 - *Promover a formação em serviço na área de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica*”.

Deste modo penso ter adquirido competências na área da formação em serviço e na promoção do desenvolvimento pessoal e profissional da equipa de enfermagem, pois tive oportunidade de usar o meu sentido crítico, questionando algumas práticas do SUG e contribuindo de uma forma activa para o desenvolvimento da equipa de enfermagem. Isto, porque foi fornecida mais informação para que possam decidir melhor relativamente à punção venosa com catéter na sala de cuidados de enfermagem menos urgentes e construída uma nova ferramenta de trabalho na área da gestão que se encontra pronta a ser utilizada em qualquer momento.

2 – MÓDULO III – COMISSÃO DE CONTROLO DA INFECÇÃO (CCI)

A Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS), anteriormente intitulada de infecção hospitalar ou nosocomial, é hoje um conceito alargado de infecção adquirida pelos utentes e profissionais, que se associa à prestação de cuidados, onde quer que estes sejam prestados, independentemente do nível de cuidados (agudos, reabilitação, ambulatório, domiciliários, entre outros).

Historicamente, cabe-me recordar que em 1930, surgiram as primeiras referências às IACS, mas só em 1979 a necessidade de prevenir e controlar a infecção é enfatizada através de uma Circular Normativa do Conselho Europeu. Em 1993 a Direcção-Geral dos Hospitais refere a necessidade de criar as Comissões de Controlo da Infecção (CCI), no entanto só em 1996 são definidas a estrutura e as funções das CCI. Em 1999 foi criado o Plano Nacional de Controlo da Infecção (PNCI) e em 2008 divulgado o Manual Operacional do PNCI da IACS (Direcção-Geral da Saúde, 2008).

A importância da formação e informação sobre as IACS é notória, dado que estas, acarretam um acréscimo considerável das despesas hospitalares, tornando-se um fenómeno preocupante e grave para a saúde da população.

Desta forma que, a Direcção-Geral da Saúde, consciente do esforço concertado que é necessário desenvolver para minimizar e controlar o efeito adverso das IACS, determina em Circular Normativa datada de 15 de Outubro de 2007, a constituição/operacionalização das CCI em todas as unidades de saúde públicas e privadas, dotadas de recursos humanos e logísticos necessários ao cumprimento das vertentes essenciais de um Plano Operacional de Prevenção e Controlo de Infecção, nomeadamente:

- Vigilância epidemiológica (de processo, de estrutura e de resultado);
- Elaboração e monitorização do cumprimento de normas e recomendações de boas práticas;
- Formação e informação a profissionais de saúde, utentes e visitantes;
- Consultadoria de apoio.

2.1 – CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO

Do ponto de vista dos recursos humanos, esta comissão, é constituída pelo representante do Conselho de Administração, Núcleo Executivo formado pelo coordenador e dois enfermeiros, Apoio Administrativo, Núcleo de Apoio Técnico, Núcleo de Elos de Ligação o qual engloba um médico e um enfermeiro de cada serviço, sector ou unidade, Núcleo Consultivo constituído por um elemento representativo dos Administradores, da Comissão de Farmácia e Terapêutica, do Aprovisionamento, Instalações e Equipamentos, da Gestão de Risco e do Gabinete da Qualidade e saúde Ocupacional/ Higiene e Segurança no Trabalho.

Inseridas nas atribuições gerais dos membros da Comissão de Controlo de Infecção (CCI), que constam no seu regulamento, inserem-se as do Núcleo Executivo de Enfermagem e as de Apoio Técnico de Enfermagem, que em colaboração com os restantes representantes cumprem com o Plano Operacional da CCI.

Cabe ao conselho de administração do HST EPE delegar na CCI o cumprimento das estratégias recomendadas pelo Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção associada aos Cuidados de Saúde.

As principais linhas estratégicas que o PNCI indica com vista à redução do problema das IACS são:

- Assumir a IACS como um indicador dos programas de qualidade e de segurança dos doentes;
- Estabelecer indicadores e objectivos claros para a prevenção e controlo da infecção. Desenvolver sistemas de vigilância epidemiológica (VE) que integrem os principais indicadores de qualidade de estrutura, de processo e de resultado;
- Incentivar e promover o ambiente seguro nas unidades de saúde e as boas práticas de higienização;
- Desenvolver políticas de racionalização na utilização de antimicrobianos (antibióticos, anti-sépticos e desinfectantes);
- Promover meios e recursos que permitam o isolamento de doentes nas unidades de saúde e a utilização adequada do equipamento de protecção individual.

2.2 – OBJECTIVOS PESSOAIS

Visto os objectivos que se encontravam previamente delineados para os campos de estágio não se enquadrarem com o mesmo, foram definidos os seguintes:

- Colaborar com a CCI, nas actividades programadas ou pontuais, relacionadas com a vertente vigilância epidemiológica (de processo, de estrutura e de resultado);
- Colaborar com a CCI, nas actividades programadas ou pontuais, relacionadas com a vertente elaboração e monitorização do cumprimento de normas e recomendações de boas práticas;
- Colaborar com a CCI, nas actividades programadas ou pontuais, relacionadas com a vertente formação e informação a profissionais de saúde, utentes e visitantes.

Esta reformulação de objectivos teve como finalidade facilitar a minha compreensão sobre as actividades desenvolvidas pela CCI, contribuindo de uma forma mais adequada para a melhoria do meu desempenho.

2.3 – ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS E ANÁLISE CRÍTICA

Após a apresentação e visita guiada pelo serviço da CCI e suas áreas de inter-ligação, procedi à consulta de documentação referente a organograma e regulamento da Comissão, com o objectivo de conhecer a sua organização, estrutura e dinâmica, com vista a facilitar uma boa e célere integração na mesma.

Em reunião com a minha enfermeira orientadora, tomei conhecimento das estratégias, responsabilidades e objectivos da Comissão, completando com a leitura e análise do seu plano operacional de actividades para o ano corrente, de modo a conhecer a articulação e papel da mesma com os serviços intra e extra hospitalares.

Após análise e discussão das estratégias de prevenção e controle da infecção, constantes no Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde, já referidas, fiquei conhecedor das áreas de intervenção da CCI para a concretização das metas propostas no intuito de prevenir e controlar as IACS.

Assim, passo a descrever as actividades desenvolvidas durante este período de estágio, de acordo com cada objectivo pessoal e cada vertente de intervenção da CCI. Cada sub-capítulo que se segue corresponde a um dos objectivos propostos.

2.3.1 – Vigilância Epidemiológica

A interacção do homem com o meio ambiente é muito complexa e dinâmica, envolvendo factores conhecidos ou não, que podem sofrer alterações ao longo do tempo, ou modificarem-se no momento em que se desencadeia a acção. Como o controle das doenças transmissíveis se baseia em intervenções que, actuando sobre um ou mais elos conhecidos da cadeia epidemiológica, são capazes de interrompê-la, as estratégias de intervenção tendem a ser aprimoradas ou substituídas. A evolução desses conhecimentos contribui, também, para a modificação de conceitos e de formas organizacionais dos serviços de saúde na contínua busca do seu aprimoramento.

O conceito de VE é também um exemplo dessa evolução. Originalmente, a vigilância epidemiológica significava a “observação sistemática e activa de casos suspeitos ou confirmados de doenças transmissíveis e dos seus contactos”. Tratava-se, portanto, da vigilância de pessoas através de medidas de isolamento ou de quarentena, aplicadas individualmente, e não de forma colectiva. Na primeira metade da década de 60 consolidou-se, internacionalmente, um conceito mais abrangente de vigilância epidemiológica. Assim, VE passou a ser definida como “o conjunto de actividades que permite reunir a informação indispensável para conhecer, a qualquer momento, o comportamento ou história natural das doenças, bem como detectar ou prever alterações de seus factores condicionantes, com a finalidade de recomendar oportunamente, sobre bases firmes, as medidas indicadas e eficientes que levem à prevenção e ao controle de determinadas doenças” (Ministério da Saúde, 2005).

Segundo a Direcção-Geral da Saúde, a VE consiste na recolha, registo e análise sistemática de informações sobre doentes e infecções, a fim de implementar medidas apropriadas de prevenção e controlo de infecção. O registo da infecção pode ser contínuo, activo, sistemático e/ou periódico, permitindo avaliar as taxas de infecção, estratificadas por níveis de risco para reduzir a incidência da infecção nas unidades de saúde.

Segundo a mesma fonte, a VE tem por objectivos: controlar directamente a doença, detectar modificação de padrões e permitir investigação precoce / medidas de prevenção,

identificar práticas que possam originar IACS, avaliar medidas de controlo, definir prioridades do Plano Operacional do Plano de Prevenção e Controlo da Infecção, aplicar uma abordagem científica e cumprir as determinações da tutela.

Assim e de acordo com o primeiro objectivo a que me propus, “*Colaborar com a CCI, nas actividades programadas ou pontuais, relacionadas com a vertente vigilância epidemiológica (de processo, de estrutura e de resultado)*”, foi-me possível fazer vigilância activa da Infecção Associada a Dispositivos Invasivos na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes (UCIP). Esta actividade é efectuada na UCIP, durante todo o ano, duas vezes por semana em reunião entre um elemento do núcleo executivo da CCI e os respectivos elos de enfermagem e médico, com o objectivo de reunir e analisar informação específica dos processos dos doentes internados, no que respeita a esta temática. Caso o elo de enfermagem não esteja presente é substituído pelo enfermeiro chefe do serviço ou pelo Enfermeiro que o substitui.

O propósito desta actividade é a vigilância das infecções associadas a dispositivos médicos invasivos, nomeadamente a quantidade de infecções respiratórias associadas ao ventilador e ao tubo endotraqueal, de infecções urinárias decorrentes da cateterização vesical e de infecções da corrente sanguínea associadas a cateteres centrais.

Para isto, é recolhida informação do processo de cada doente relativa à sua proveniência, diagnóstico de entrada, factores de risco associados, datas de inserção e retirada de tubo endotraqueal, de cateter central e de sonda vesical, assim como as datas de início e fim da ventilação mecânica.

Quando deparados com evidências de infecção, procede-se à determinação da flora microbiana e sua sensibilidade, sendo dada “especial atenção” à evolução do estado do doente no que respeita à infecção relacionada com os cuidados de saúde. O destino do doente após alta da UCIP também é relevante, tendo em vista o seu acompanhamento em termos de vigilância epidemiológica. Neste contexto é importante não só a protecção e segurança do doente, mas também dos restantes doentes e profissionais que possam contactar com ele.

Os objectivos desta vigilância são diminuir a prevalência das infecções associadas a dispositivos invasivos, identificar os factores de risco, calcular as respectivas taxas de infecção e avaliar a necessidade de alterar procedimentos ou propor outras medidas de protecção, sejam elas colectivas (preferencialmente) ou individuais.

Ainda dentro desta área de intervenção, tive oportunidade de colaborar na vigilância epidemiológica de microorganismos multirresistentes.

Esta vigilância é efectuada com base nos dados fornecidos diariamente pelo Laboratório de Microbiologia (Sistema Alerta), que emite os resultados das colheitas de espécimes dos doentes, registando-se os isolamentos de estirpes epidemiológicas significativas, numa página do programa informático Microsoft Word, nomeadamente:

- *Staphylococcus aureus* resistente à meticilina (MRSA);
- *Enterococcus spp* resistente aos glicopépticos (VRE);
- Bacilos Gram-negativos produtores de ESBL;
- *Pseudomonas aeruginosa* multirresistente;
- *Acinetobacter spp* multirresistente;
- Toxina de *Clostridium difficile*.

Pretende-se calcular a taxa de incidência destas estirpes, estratificada por serviços e por doentes de risco; detectar casos de infecção/colonização precocemente e evitar e/ou controlar situações de surto de infecção e observar a variação destes microorganismos (Comissão de Controlo da Infecção, 2009).

Nesta actividade colaborei na inserção dos dados no programa informático referenciado, sugerindo uma nova forma de registar esses mesmos dados que foi aceite pelo núcleo executivo da CCI. Tive ainda oportunidade de contactar com dois serviços no sentido de os alertar para a presença de um doente com uma infecção sinalizada, com o objectivo de saber o que já estava ser feito e de sugerir as recomendações necessárias para os casos em particular.

O facto de esta minha sugestão ter sido aceite foi fundamental para o meu crescimento durante este estágio, já que me fez sentir ouvido e com isso, um elemento da própria equipa.

2.3.2 – Elaboração e monitorização do cumprimento de normas e recomendações de boas práticas

No que respeita ao segundo objectivo proposto, “*Colaborar com a CCI, nas actividades programadas ou pontuais, relacionadas com a vertente elaboração e monitorização do cumprimento de normas e recomendações de boas práticas*”, foram-me propostas diversas

actividades, desde a elaboração de um guia de boas práticas para assistentes operacionais até à colaboração em auditorias que passo a descrever.

Como já foi referido, cada serviço do HST EPE, já tem um Elo de Ligação na sua equipa de enfermagem e na sua equipa médica, faltando a classe profissional dos assistentes operacionais. Esta já era uma ambição da CCI que estava planeada para o início de 2010 com uma reunião de integração para todos os Elos de Ligação, assistentes operacionais, que já haviam sido nomeados pelos respectivos chefes de serviço durante o ano de 2009.

Para uma melhor integração dos mesmos e com o objectivo de os motivar a Enfermeira Chefe da CCI pensou na elaboração de um guia de boas práticas dirigido para esta classe de profissionais. Após ter reunido com a minha orientadora, foi-me proposta a elaboração do referido guia que eu aceitei com grande entusiasmo.

Desta forma, pretendia-se que este funcionasse como um guia orientador e fornecesse um conjunto de padrões de referência para a execução de técnicas e procedimentos, permitindo a comparação entre o que se faz na prática e o que está preconizado pelos padrões de qualidade dos cuidados, de modo a detectar desvios em relação a esses padrões, com o objectivo último de melhorar as práticas, através da sua uniformização.

O guia intitulou-se “Guia de Boas Práticas para Assistentes Operacionais (Elos de Ligação à CCI)” e, tal como recomendado pelo Manual de Operacionalização do PNPCI, tem uma estrutura simples, um índice global e sub-índices para cada capítulo, facilitando a sua consulta.

A realização deste guia foi conseguida através da consulta bibliográfica de diversos documentos e manuais que se encontram descritos na bibliografia do guia, que pode ser verificado através da observação do anexo VI. A colaboração da equipa operacional da CCI, foi igualmente importante para a concretização desta actividade, através da sua experiência, sugestões e correcções sempre pertinentes.

Realizar este guia foi muito gratificante para mim como aluno e como profissional, visto que, desta forma, tive oportunidade de contribuir para a melhoria da qualidade assistencial em todo o hospital onde exerço funções. Neste momento, este guia encontra-se em todos os serviços e futuramente estará na intranet do HST EPE, o que é motivo de orgulho para mim, dando visibilidade ao trabalho por mim desenvolvido.

Tendo o meu estágio coincido com o período de Pandemia da Gripe, aproveitei a oportunidade para dar o meu contributo relativamente a esta problemática.

Foi disso exemplo a colaboração na elaboração de check-lists para monitorizar o cumprimento das acções contidas no Plano de Contingência existente no HST EPE.

Após algum tempo de existência do Plano de Contingência da Gripe (PC), foi necessário verificar se estava a ser cumprido pelos responsáveis do Hospital, pelos serviços de urgência e pelos serviços de internamento.

Assim foram elaboradas check-lists para o efeito, direccionadas para a “Estrutura para o planeamento e tomada de decisão”, “Desenvolvimento do Plano de Contingência” e para as “Medidas de prevenção de Infecção”.

Relativamente à “Estrutura para o planeamento e tomada de decisão” os indicadores avaliavam o plano em si, a sua existência e o trabalho efectuado pelo gabinete de crise, assim como pelo Concelho de Administração do Hospital.

No que concerne ao “Desenvolvimento do Plano de Contingência”, os indicadores avaliavam, a formação e informação para profissionais e visitas, as estratégia Institucional de divulgação do PC, as estratégia de divulgação sectorial do PC, a monitorização de casos nas Áreas de Atendimento à Gripe (AAG), a utilização correcta de EPI's ou não e a monitorização de casos nas áreas de internamento.

Por fim, no que respeita às “Medidas de controlo de Infecção”, era avaliada a utilização correcta de EPI's ou não, os circuitos de visitas nos serviços de urgência e no internamento, se estavam a ser cumpridos os pré-requisitos relativos à colocação de doentes nas áreas de internamento com gripe e se a limpeza e desinfeção ambiental dos espaços estavam a ser feitos correctamente.

No entanto, ou por não haver ordens para isso, ou por desaceleramento da onda pandémica, nunca se chegou a realizar nenhuma auditoria que tivesse por base as referidas check-lists

Para mim, esta acção revestiu-se de extrema importância pelo enriquecimento pessoal obtido, tendo em conta a minha inexperiência neste tipo de actividades.

Com esta actividade e através de uma leitura cuidada do referido plano, tive oportunidade de me aperceber da complexidade de um Plano de Contingência e de tudo o que ele envolve, nomeadamente o planeamento e as estratégias pensadas para todo o tipo de situações, desde o aumento da capacidade de doentes da UCIP, até ao planeamento do que fazer relativamente ao absentismo dos profissionais de saúde.

A auditoria à Unidade de Central de Esterilização (UCE) e serviços utilizadores foi outra das actividades novas para mim, tendo em conta a minha inexperiência relativamente a auditorias.

Esta auditoria foi solicitada à CCI pela enfermeira responsável pela UCE, com o objectivo de otimizar os seus recursos humanos, saber as condições de armazenamento e manuseamento nos serviços utilizadores, assim como o conhecimento de protocolos de utilização, por parte dos seus utilizadores.

Durante a minha permanência foi-me apenas possível colaborar no seu planeamento, nomeadamente na elaboração das check-lists, numa auditoria de teste com o objectivo de verificar a adequabilidade das mesmas.

A auditoria era dividida em duas partes, na primeira era avaliada a logística da UCE e dividida por seis padrões:

- Padrão nº 1 – Requisitos internos e externos da UCE;
- Padrão nº 2 – Recolha, transporte e distribuição de Dispositivos Médicos;
- Padrão nº 3 – Fardamento e Equipamentos de Protecção Individual;
- Padrão nº 4 – Zona de Inspeção após lavagem dos DM;
- Padrão nº 5 – Preparação e embalagem;
- Padrão nº 6 – Formação.

Na segunda parte era auditado o armazenamento dos dispositivos médicos desinfectados/estéreis nos serviços utilizadores e continha oito padrões:

- Padrão nº 1 – Higienização ambiental/condições físicas armazenamento;
- Padrão nº 2 – DM esterilizados fornecidos externamente;
- Padrão nº 3 – Unidade de esterilização centralizada;
- Padrão nº 4 – Procedimentos;
- Padrão nº 5 – Formação/Informação;
- Padrão nº 6 – Gestão de stocks;
- Padrão nº 7 – Recepção dos dispositivos médicos (DM);
- Padrão nº 8 – Procedimentos de segurança na utilização dos DM;

Na realização desta actividade, tive oportunidade de conhecer o funcionamento da UCE e aperceber-me que esta é responsável por todo o processo de tratamento do material e equipamento, abrangendo todas as fases (recolha, lavagem, desinfectação e esterilização

acondicionamento, transporte e entrega nos Serviços), devendo servir todas as áreas do Hospital e outras unidades de saúde da área de referência.

Na minha perspectiva, este tipo de auditorias são fundamentais como uma ferramenta contínua de monitorização da política de qualidade, visto que, segundo Barbier (1999), a ausência de controlos adequados expõe qualquer organização a inúmeros riscos, frequentes erros e desperdícios.

2.3.3 – Formação e informação a profissionais de saúde, utentes e visitantes

Os novos desafios e exigências que actualmente se colocam aos profissionais de saúde realçam a importância da formação contínua para a construção do perfil profissional que é constituído por um conjunto de conhecimentos, capacidades e de atitudes que um profissional deve possuir em relação à sua situação de trabalho. A sua formação contínua é um factor estratégico de mudança, combinando o desenvolvimento individual com o desenvolvimento da qualidade assistencial dos serviços de saúde (Nóvoa, 1992).

Nesta perspectiva, a formação deve ser encarada como processo dinâmico e global, orientado para o desenvolvimento pessoal, profissional e organizacional integrado, na medida em que deve preparar o indivíduo não só para agir, mas também para marcar a sua existência como entidade própria, tendo em vista uma maior autonomia e produção renovadas de uma entidade profissional e, ainda, a capacidade de participar nos processos de mudança (Figueiredo, 2004).

Neste sentido, com a finalidade de atingir o terceiro e último objectivo a que me propus, “*Colaborar com a CCI, nas actividades programadas ou pontuais, relacionadas com a vertente formação e informação a profissionais de saúde, utentes e visitantes*”, dei o meu contributo na formação de profissionais, utentes e visitantes.

No que respeita aos profissionais, aconteceu através da formação ministrada aos assistentes operacionais, durante três dias, onde foi apresentado o “Guia de Boas Práticas Para Assistentes Operacionais (Elos de Ligação à CCI)”, desenvolvendo competências nesta área.

Relativamente à Pandemia da Gripe A e reconhecendo que a minha presença poderia contribuir para esta temática, aproveitei esta oportunidade para elaborar um panfleto

intitulado “Informações aos acompanhantes - Área de Atendimento à Gripe (SUG & SUGO)” e colaborar na realização de dois panfletos intitulados “Informações às Visitas – Internamento de doentes sem Gripe A” e “Informações às Visitas – Internamento de doentes com Gripe A”.

Estes tinham como objectivo informar os doentes e os seus acompanhantes sobre medidas preventivas para evitar a transmissão cruzada do vírus referente à gripe A.

Aceitei e concretizei ainda o desafio de elaborar um poster dedicado ao programa de restrição de visitas, informando os visitantes sobre atitudes mais correctas a fim de protegerem os seus familiares e a si próprios.

Estas actividades estavam integradas no PC e serviam fundamentalmente para o esclarecimento das visitas e/ou acompanhantes dos doentes com e sem Gripe.

Os panfletos supracitados encontram-se no anexo VII e o poster no anexo VIII.

Concluo, afirmando a minha satisfação pela opção feita relativamente a este campo de estágio, tendo-me surpreendido pela positiva e superando as minhas expectativas iniciais. Revelou-se muito proveitoso, já que me deu oportunidade de adquirir novos conhecimentos numa área que me era pouco familiar.

Certamente que cresci pois fez-me reflectir, de uma forma construtiva, nas minhas práticas diárias, aperfeiçoando-as.

CONCLUSÃO

Depois de apresentado neste relatório todo o meu percurso ao longo dos estágios que realizei, importa fazer uma síntese e análise crítica dos principais aspectos e tecer algumas considerações sobre o processo de aprendizagem a que estive submetido e por consequência, às suas implicações futuras no meu desempenho profissional.

A sua redacção permitiu a reflexão sobre o trabalho e actividades desenvolvidas no decorrer do estágio, bem como a revisão global dos objectivos gerais programáticos.

Em termos críticos poderia destacar positivamente o acolhimento e disponibilidade que me foi dispensado pela equipa dos profissionais que integram as equipas multidisciplinares dos serviços em questão.

No SUG, realço a aquisição de competências no que respeita às prioridades de actuação na abordagem ao doente crítico, a instrumentação de procedimentos cirúrgicos na sala de Pequena Cirurgia e o tempo que passei a realizar triagem, uma vez que me forneceu uma parte do know-how necessário para, através de uma observação/avaliação rápida e eficiente, saber encaminhá-lo para os locais adequados, antecipando eficazmente todo o seu percurso no SUG. De todas as actividades desenvolvidas neste estágio, a que mais me enriqueceu foi a realização do programa informático “Gestão de Stocks”, porque é uma área que me motiva, tendo sido muito bem recebida e elogiada pelos meus orientadores e pelo chefe do serviço.

No que concerne ao estágio referente à CCI, realço a tomada de consciência relativamente ao contributo, fundamental, que o Enfermeiro pode ter nesta área e a todo o trabalho desenvolvido por este serviço. A actividade que mais gostei de realizar, neste capitulo de estágio, foi a elaboração do “Guia de Boas Práticas Para Assistentes Operacionais (Elos de Ligação à CCI)” e as respectivas formações, por um lado, por ter sido um projecto que abrangeu todo o hospital, onde a minha intervenção, decerto, contribuiu para a melhoria da segurança do doente e consequente melhoria da qualidade assistencial e por outro, pelo fascínio que a Formação nutre em mim.

Em nada me arrependo destas minhas escolhas, pois os estágios efectuados contribuíram de forma inequívoca para a minha realização pessoal e profissional, adquirindo competências específicas em ambas as áreas.

Não posso deixar de referir e salientar, a forma carinhosa demonstrada no acolhimento, orientação e ensino por parte dos tutores e orientadores dos dois campos de estágio. O apoio sentido foi sem dúvida relevante e motivador, pois deste modo senti-me como parte integrante das equipas onde estive inserido, estimulando o meu desempenho de forma a corresponder às solicitações, permitindo assim a realização dos objectivos pessoais propostos na sua plenitude.

Ao reflectir sobre as experiências vividas e interligando-as com o meu crescimento pessoal e profissional, concluo que ambos os estágios, pela sua especificação, contribuíram de forma clara e objectiva para a consolidação da minha aprendizagem,

No que concerne aos objectivos propostos para cada um dos estágios, penso tê-los atingido com sucesso, tal como foi sendo referenciado no decorrer deste relatório.

BIBLIOGRAFIA

A

Accioly, Felipe [et al] (2008). Gestão de Stocks. 1a ed. Rio de Janeiro: FGV Editora.

Ahlberg, K. et al. (2004). Fatigue, psychological distress, coping and quality of life in patients with uterine cancer. *Journal of Advanced Nursing*. Ano. 45, n. 2, p. 205-213.

B

Barbier, E (1999). Manual de Auditoria Interna. Mem Martins: CETOP.

C

Comissão de Controlo da Infecção (2009) – Prevenção e Controlo das IACS - Plano Operacional da CCI. Viseu : Hospital São Teotónio de Vseu.

Costa J. T. et. al. (2001). Serviço de Urgência e Serviço de Atendimento Permanente - Definição e requisitos mínimos. *Norte Médico*; n° 7:36-38.

D

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

Doyle, N. M. et al. (2004). Maternal stressors during prolonged antepartum hospitalization following transfer for maternal-fetal indications. *American Journal of Perinatology*. Ano 21, n. 1, p. 27-30.

F

Figueiredo, Abílio (2004). *Ética e Formação em Enfermagem*. 1ª ed. - Lisboa: Climepsi.

Francischini, Paulino G.; Gurgel, Floriano do Amaral (2002). *Administração de materiais e do património*. São Paulo: Thomson Pioneira.

M

Ministério da Saúde (2005). *Guia de vigilância epidemiológica / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde*. – 6. ed. – Brasília.

N

Nóvoa, António; Finger, Mathias (1992). *O método (auto)biográfico e a formação*. Lisboa: Ministério da Saúde.

P

Pisco, L. (2001). Instituto de Qualidade em Saude. *Ordem dos Enfermeiros*, 36-37.

Portugal (2001). Direcção-Geral da Saúde. Direcção de Serviços de Planeamento. *Rede hospitalar de urgência/emergência*. – Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

Pupulin, J; Sawada, N (2002). *O cuidados de Enfermagem e a Invasão da Privacidade do Doente: Uma questão ético-moral*. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* vol.10 no.3 Ribeirão Preto May/June.

R

Reis, Lopes (2005). *Manual de gestão de stocks : teoria e prática*. 1a ed. Lisboa : Presença.

Riley, J (2004). *Comunicação em Enfermagem*. 4ª Edição Loures: Lusociência.

S

Santos, O de B. (1978). *Orientação e desenvolvimento do potencial humano*. São Paulo: Pioneira.

Sheehy, S. (2001). *Enfermagem de Urgência - Da Teoria à Prática*. (4ª Edição). Loures: Lusociência.

Sousa et. al. (2006). *Gestão de recursos humanos métodos e práticas*. Manual Prático. Lisboa: Lidel 2006.

W

Witt, Aracy (1981). *Pesquisa em Enfermagem*. Lisboa: Assoc. Católica de Enfermagem e Profissionais de Saúde.

Anexos:

Anexo I - Planta do *SUG*

Anexo II - Guia de Acolhimento a Alunos de Enfermagem;

Anexo III - Apresentação em Power Point do Guia de Acolhimento;

Anexo IV - Gestão de stocks

Anexo V - Pertinência da punção venosa com cateter

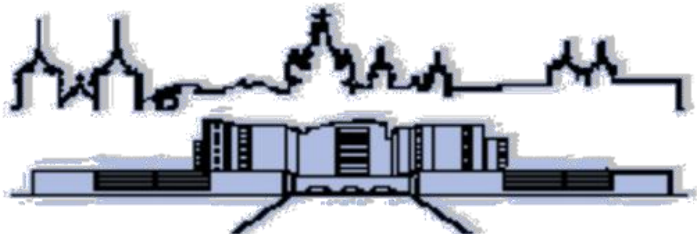
Anexo VI - Certificados das actividades realizadas na *CCI*

Anexo VII - Guia de Boas Práticas para Assistentes Operacionais
(Elos de Ligação à *CCI*)

Anexo VIII - Panfletos

Anexo IX - Poster

HOSPITAL SÃO TEOTÓNIO DE VISEU
SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL

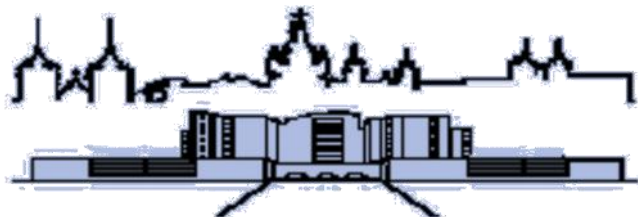


GUIA DE ACOLHIMENTO
A ALUNOS DE ENFERMAGEM

Aprovado a ___/___/___

Dezembro, 2008

HOSPITAL SÃO TEOTÓNIO DE VISEU
SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL



GUIA DE ACOLHIMENTO
A ALUNOS DE ENFERMAGEM

**Guia realizado no Serviço de Urgência do
Hospital São Teotónio, de Viseu, pela
Enfermeira Especialista Anabela Antunes**

Dezembro, 2008

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	5
1 – LOCALIZAÇÃO	5
2 – HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO	5
3 – CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA	6
3.1 – APRESENTAÇÃO DO S.U.....	6
3.2 – ÁREA DE INFLUÊNCIA	6
3.3 – ACTIVIDADE ASSISTENCIAL	7
3.4 – ESPAÇO FÍSICO	7
a)Triagem.....	7
b)Sala de Emergência/Reanimação	9
c)Sala de atendimento a doentes com prioridade pouco urgente e urgente.....	10
d)Sala de Pequena Cirurgia.....	11
e)Sala de Cuidados de Enfermagem.....	12
f)Unidade de Decisão Clínica	13
g)Sala de Observação	14
4 – ORGANIGRAMA	15
4.1 – SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL.....	15
4.2 – EQUIPA DE ENFERMAGEM	15
5 – EQUIPA DE ENFERMAGEM	16
5.1 – ORGANIZAÇÃO DOS CUIDADOS.....	16
6 – CONSIDERAÇÕES GERAIS/LEGISLAÇÃO	17
6.1 – CONTEÚDO FUNCIONAL DA CATEGORIA	17
6.2 – DEVERES DOS ALUNOS.....	17
6.3 – PLANO DE EMERGÊNCIA EXTERNA	17
6.4 – PLANO DE EMERGÊNCIA INTERNA.....	17
7 – CONCLUSÃO	18



INTRODUÇÃO

O Serviço de Urgência (SU) mostra uma outra dimensão dos cuidados de Enfermagem e exige dos profissionais muito dinamismo e responsabilidade.

Tem por base a prestação de assistência médica, urgente ou emergente, com carácter permanente, a todos os utentes e em qualquer situação perante a qual um atraso no diagnóstico ou terapêutica, pode acarretar risco ou prejuízo imediato para a vida do mesmo.

Assim a Enfermagem de Urgência, representa um misto complexo de capacidades, experiências, saberes e personalidade, desenvolvidas de acordo com as boas práticas, promovendo a qualidade e excelência dos cuidados.

Esperamos que este guia permita um melhor conhecimento e uma melhor integração neste serviço, bem como o esclarecer de dúvidas.

1 – LOCALIZAÇÃO

Situado em: 2º piso

Av. Rei D. Duarte -- 3500 Viseu

Telefone: 232 420500

2 – HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO

O SU funciona ininterruptamente 24/24 horas.



3 – CARACTERIZAÇÃO DO SU

3.1 – APRESENTAÇÃO DO SERVIÇO

A apresentação do serviço deve iniciar-se com uma visita guiada a todas as áreas de trabalho com as quais o aluno se irá relacionar, dando-lhe a conhecer a sua localização e as actividades que aí são desempenhadas.

Resumidamente, o Serviço de Urgências do Hospital de São Teotónio, constitui-se como um serviço com espaço físico próprio, dotado de funcionários próprios quer a nível de Enfermagem, administrativo ou auxiliar de acção médica. Os elementos da equipa Médica, são provenientes dos vários serviços do HST E.P.E, ou serão por este contratados (Regulamento do Serviço de Urgências, 1997).

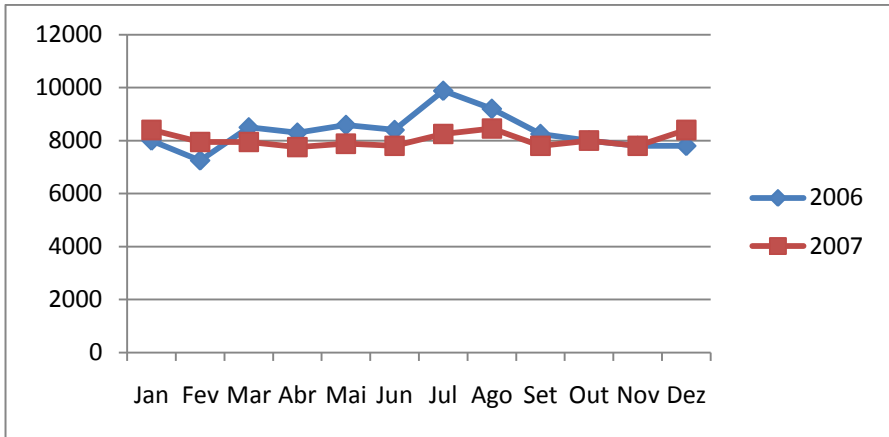
3.2 – ÁREA DE INFLUÊNCIA

A área de influência do SU do Hospital S. Teotónio (HST), abrange essencialmente a população do distrito de Viseu, nomeadamente os concelhos de Aguiar da Beira, Carregal do Sal, Castro Daire, Mangualde, Moimenta da Beira, Nelas, Oliveira de Frades, Penalva do Castelo, Penedono, São Pedro do Sul, São João da Pesqueira, Sátão, Santa Comba Dão, Sernancelhe, Tondela, Tabuaço, Vila Nova de Paiva e Vouzela, e esporadicamente também a Armamar, Cinfães, Gouveia, Fornos de algodres, Lamego, Mortágua, Resende, Seia e Tarouca.

3.3 – ACTIVIDADE ASSISTENCIAL

Em 2007: 94 489 episódios de urgência

Média diária 259 utentes



3.4 – ESPAÇO FÍSICO

O SU do HST compreende sete sectores bem definidos:

a) Triagem- É uma área de fundamental importância, onde são atendidos, orientados e encaminhados os utentes de forma rápida e eficiente, de acordo com as prioridades;



Segundo a Triagem de Manchester são atribuídas pulseiras de diferentes cores aos doentes, segundo as prioridades de atendimento, correspondendo designadamente:

- ✓ Azul - Não urgente;
- ✓ Verde - Pouco urgente;
- ✓ Amarelo - Urgente;
- ✓ Laranja - Muito urgente;
- ✓ Vermelho - Emergente.



b) Sala de Emergência/Reanimação- Destina-se à prestação de cuidados mais diferenciados, emergentes e de curta duração, aos utentes que dão entrada neste serviço em estado crítico, com ou na eminência de compromisso de uma ou mais funções vitais – Corresponde à pulseira **laranja ou vermelha** da classificação de prioridades segundo a Triagem de Manchester;





c) Sala de Cuidados de Enfermagem menos Urgente - É a área para onde são encaminhados os utentes que deambulam a pé ou em cadeira de rodas, e que necessitam de cuidados com menor complexidade - Corresponde à pulseira **azul, verde, ou amarela** da classificação de prioridades segundo a Triagem de Manchester;



d) Sala de Pequena Cirurgia – Onde são observados e cuidados os utentes vítimas de acidentes que apresentam ferimentos (sem compromisso das funções vitais), com outras feridas ou abscessos. As funções do Enfermeiro passam pela lavagem, desinfecção, drenagem de abscessos, realização de pensos e colaboração com o médico;





e) Sala de Cuidados de Enfermagem Mais Urgentes (Sala aberta, sala de inalação/imunohemoterapia, Sala de gessos e Especialidades)-

Destina-se à prestação de cuidados aos utentes em maca, cadeira de rodas ou a pé. Envolve cuidados técnicos como colheita de sangue para análise, algalias, entubações oro/nasogásticas, enemas de limpeza, terapêutica em perfusão intravenosa, inaloterapia, apoio às especialidades cirúrgicas e médicas... bem como a prestação de cuidados de higiene e conforto.





f) Unidade de Decisão Clínica (UDC)- É a área para onde são encaminhados os utentes que necessitam de monitorização e vigilância permanente, até que haja uma decisão clínica - Pode corresponder a **qualquer cor** da classificação de prioridades segundo a Triagem de Manchester.





g) Sala de Observação (SO)- Dispõe de 9 camas, e destina-se ao internamento de utentes que requerem uma vigilância atenta e continuada, para se definir a sua situação clínica, sendo posteriormente, transferidos para o respectivo serviço de internamento, ou tendo alta clínica - Pode corresponder a **qualquer cor** da classificação de prioridades segundo a Triagem de Manchester;



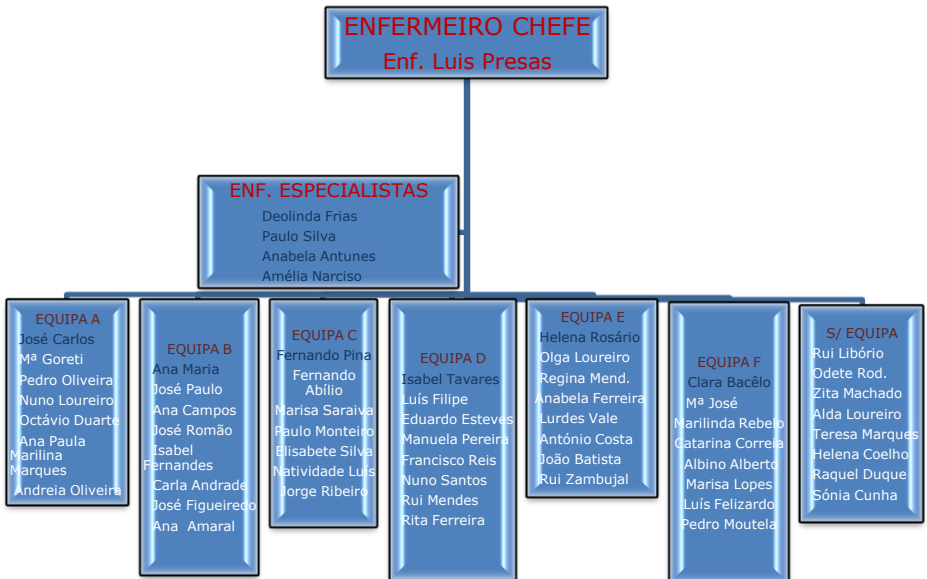


4 – ORGANIGRAMA

4.1 – SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL



4.2 – EQUIPA DE ENFERMAGEM





5 – EQUIPA DE ENFERMAGEM

5.1 – ORGANIZAÇÃO DOS CUIDADOS

No nosso tempo e na nossa sociedade a urgência é já uma excepção transformada em regra. Nas sociedades urbanas tudo é urgente. Esvaziou-se assim, a expressão do seu autêntico significado. *Se tudo é urgente, então nada é urgente.*

A equipa de Enfermagem do SU é constituída por 59 elementos, divididos em 6 equipas.

Normalmente estão presentes:

✓ **Turno da manhã (8-16h):** 11 Enfermeiros

- Triagem (1);
- Sala de Emergência/Reanimação (1);
- Sala dos Verdes/Azuis (1);
- Sala de Pequena Cirurgia (1);
- Sala Aberta (3);
- UDC (1);
- SO (2).

✓ **Turno da tarde (16-24h):** 11 Enfermeiros distribuídos de forma semelhante

✓ **Turno da noite (0-8h):** 7 Enfermeiros

- Triagem (1);
- Sala de Emergência/Reanimação + Peq. Cirurgia (1)
- Sala Aberta (2);
- UDC (1);
- SO (2).

O método de trabalho é misto, de Enf. Responsável e de Equipa, sendo os Enfermeiros previamente escalados para os vários sectores.



6 – CONSIDERAÇÕES GERAIS/LEGISLAÇÃO

6.1. CONTEÚDO FUNCIONAL DA CATEGORIA DE ENFERMEIRO:

(Ver Diário da República –I - Série -A; Decreto-Lei nº 437/91 de 8 de Novembro; Capítulo II- Artigo 7º

6.2 – DEVERES DOS ALUNOS:

Todas as actividades dos alunos se regem pelas normas instituídas no HST para os profissionais de Enfermagem:

- a) *Em relação ao estatuto:* devem trabalhar sempre com supervisão directa do profissional de Enfermagem;
- b) *Em relação ao respeito pela vontade dos utentes:* Os utentes podem recusar a sua participação na prestação de cuidados, enquanto alunos. A sua vontade deve ser respeitada;
- c) *Em relação à identificação:* Devem apresentar-se como alunos em qualquer circunstância, e ser portadores de cartão de identificação;
- d) *Em relação ao fardamento:* Deve ser utilizado o fardamento preconizado pela Instituição escolar.

6.3 – PLANO DE EMERGÊNCIA EXTERNA DO HST

(Ver Manual de Procedimentos – Capítulo 5 do Dossier de Responsável de Enfermagem)

6.4 – PLANO DE EMERGÊNCIA INTERNA (EVACUAÇÃO) DO HST

(Ver Manual de Procedimentos – Capítulo 6 do Dossier de Responsável de Enfermagem)



7 – CONCLUSÃO

A Enfermagem de Urgência é pluridimensional; especifica papéis, comportamentos e processos intrínsecos à sua prática e expressa características que lhe são próprias.

Assim, esperamos que as orientações contidas neste Manual sejam capazes de fornecer a informação essencial acerca da estrutura/organização do serviço, Equipa multidisciplinar, Legislação e Directivas, bem como Normas internas institucionalizadas. Da mesma forma, esperamos que para os Enfermeiros orientadores constitua um fio condutor de todo o processo.

Acolhimento no Serviço de Urgência



Acolhimento do Serviço de Urgência

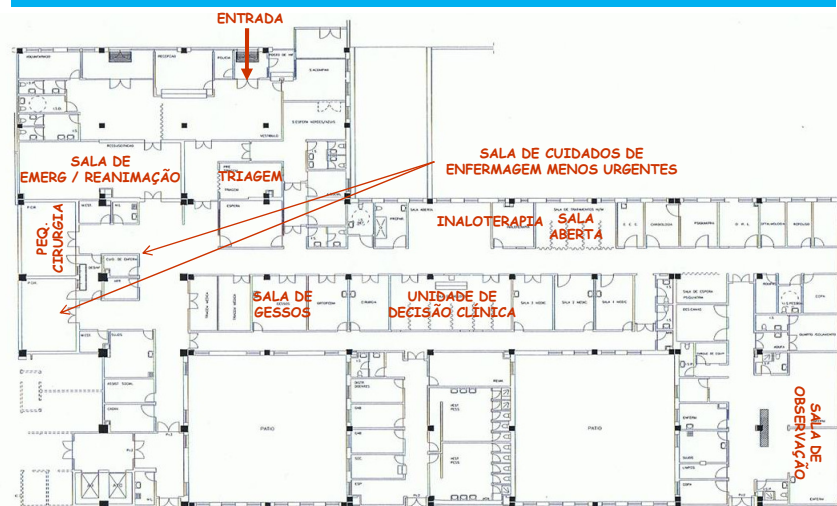


➤ Serviço de Urgências do Hospital de São Teotónio, constitui-se como um serviço com espaço físico próprio, dotado de funcionários próprios quer a nível de Enfermagem, administrativo ou auxiliar de acção médica.

➤ Os elementos da equipa Médica, são provenientes dos vários serviços do HST E.P.E, ou serão por este contratados (Regulamento do Serviço de Urgências, 1997).

➤ A área de influência do SU do Hospital S. Teotónio (HST), abrange essencialmente a população do distrito de Viseu

Acolhimento do Serviço de Urgência



Serviço de Urgência do HSTV EPE

2009

Acolhimento do Serviço de Urgência



➤ Assim, apresentámos os espaços físicos do Serviço de Urgência do HSTV EPE;

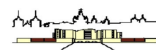
➤ De seguida os mesmos serão apresentados através de uma visita guiada.

Muito Obrigado !!!

Serviço de Urgência do HSTV EPE

2009

Acolhimento do Serviço de Urgência



TRIAGEM

➤ É uma área de fundamental importância, onde são atendidos, orientados e encaminhados os utentes de forma rápida e eficiente, de acordo com as prioridades

Azul - Não urgente;

Verde - Pouco urgente;

Amarelo - Urgente;

Laranja - Muito urgente;

Vermelho - Emergente.



Serviço de Urgência do HSTV EPE

2009

Acolhimento do Serviço de Urgência

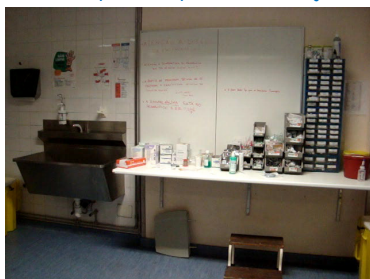


SALA DE EMERGÊNCIA/REANIMAÇÃO

➤ Destina-se à prestação de cuidados mais diferenciados, emergentes e de curta duração;

➤ A doentes em estado crítico, com ou na eminência de compromisso de uma ou mais funções vitais;

➤ Corresponde à pulseira laranja ou vermelha.



Serviço de Urgência do HSTV EPE

2009

Acolhimento do Serviço de Urgência



SALA DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM MENOS URGENTE

- É a área para onde são encaminhados os utentes que deambulam a pé ou em cadeira de rodas;
- Que necessitam de cuidados com menor complexidade;
- Corresponde à pulseira azul, verde, ou amarela.



Serviço de Urgência do HSTV EPE

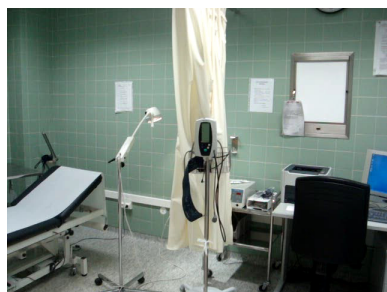
2009

Acolhimento do Serviço de Urgência



SALA DE PEQUENA CIRURGIA

- Onde são observados e cuidados os utentes vítimas de acidentes que apresentam ferimentos (sem compromisso das funções vitais), com outras feridas ou abscessos.



Serviço de Urgência do HSTV EPE

2009

Acolhimento do Serviço de Urgência



SALA DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM MAIS URGENTES



➤ Destina-se à prestação de cuidados aos utentes em maca, cadeira de rodas ou a pé;

➤ Envolve cuidados técnicos como colheita de sangue, algiações, entubações oro/nasogásticas, enemas de limpeza, terapêutica em perfusão intravenosa, inaloterapia, apoio às especialidades cirúrgicas e médicas... bem como a prestação de cuidados de higiene e conforto.



Serviço de Urgência do HSTV EPE

2009

Acolhimento do Serviço de Urgência



UNIDADE DE DECISÃO CLÍNICA (UDC)

➤ Área para onde são encaminhados os utentes que necessitam de monitorização e vigilância permanente;

➤ Pode corresponder a qualquer cor da classificação de prioridades.



Serviço de Urgência do HSTV EPE

2009

Acolhimento do Serviço de Urgência



SALA DE OBSERVAÇÃO (SO)

- Dispõe de 9 camas;
- Destina-se ao internamento de utentes que requerem uma vigilância atenta e continuada;
- Pode corresponder a qualquer cor da classificação de prioridades.



Serviço de Urgência do HSTV EPE

2009

Acolhimento do Serviço de Urgência



SALA DE GESSOS



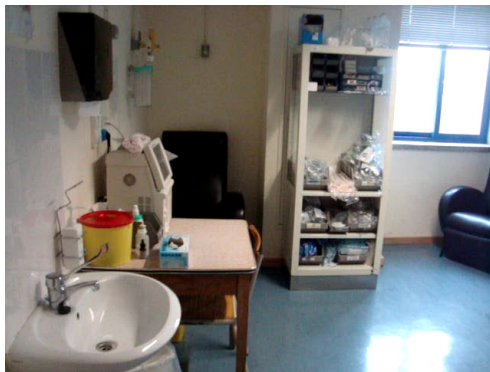
Serviço de Urgência do HSTV EPE

2009

Acolhimento do Serviço de Urgência



SALA DE INALOTERAPIA

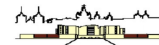


CÓDIGO	NOME COMERCIAL	ALERTAS	Stock mínimo	Stock Máximo	REPOR	EXISTENTE	1	2	3	4	5
	Cânulas de O2	#####	20	100	90	10	10		10	60	10
	Cânulas rígidas	FALSO	20	100							
	Filtros humidificadores	#####	20	100							
	Fios condutores	FALSO	20	100							
	Kits de nebulização	FALSO	20	100							
	Kits de nebulização em "T"	FALSO	20	100							
	Lâmina de laringoscópio nº2	FALSO	20	100							
	Lâmina de laringoscópio nº3	FALSO	20	100							
	Lâmina de laringoscópio nº4	FALSO	20	100							
	Máscaras de Alta Concentração	FALSO	20	100							
	Máscaras de Venturi	FALSO	20	100							
	Máscaras simples	FALSO	20	100							
	Narizes artificiais	FALSO	20	100							
	Sistemas de aspiração para cânula rígida	FALSO	20	100							
	Swivel	FALSO	20	100							
	Tubo endotraqueal nº6	FALSO	20	100							
	Tubo endotraqueal nº6,5	FALSO	20	100							
	Tubo endotraqueal nº7	FALSO	20	100							
	Tubo endotraqueal nº7,5	FALSO	20	100							
	Tubo endotraqueal nº8	FALSO	20	100							
	Tubo endotraqueal nº8,5	FALSO	20	100							
	Tubo endotraqueal nº9	FALSO	20	100							
	Tubo endotraqueal nº9,5	FALSO	20	100							
	Tubo de Oxigénio	FALSO	20	100							
	Tubo de Guedel nº2	FALSO	20	100							
	Tubo de Guedel nº3	FALSO	20	100							
	Tubo de Guedel nº4	FALSO	20	100							

Gestão de Stocks



Gestão de Stocks



INTRODUÇÃO

➤ Fazer com que um produto em stock esteja constantemente pronto a dar resposta a uma necessidade de utilização é uma boa definição para gestão de stocks.

➤ A sua boa gestão passa por satisfazer a exigência, satisfazendo também a componente económica.

(Accioly, 2008)

Gestão de Stocks



INTRODUÇÃO

- Gestão de stocks é uma área crucial para uma boa administração de qualquer organização;
- O objectivo da gestão de stocks envolve a determinação de três decisões principais:
 - quanto encomendar,
 - quando encomendar;
 - quantidade de stock de segurança que se deve manter para que cada artigo assegure um nível de serviço satisfatório.

(Francischini [et al], 2002)

Gestão de Stocks



OBJECTIVOS

- Facilitar os pedidos de material;
- Contabilizar os gastos;
- Precisar o material existente em stock, em qualquer momento;

Gestão de Stocks



CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA

➤ Todas as organizações, independentemente do sector de actividade, partilham a seguinte dificuldade:

Como efectuar a manutenção e controlo do stock??

➤ Apesar deste problema existir desde sempre, apenas no século XX se começaram a estudar e a desenvolver técnicas no sentido de lidar com esta problemática;

➤ Mas só após a Segunda Guerra Mundial, onde a incerteza era constante, se deram os primeiros passos na gestão de stocks.

(Tersine, 1988)

Gestão de Stocks



VANTAGENS DA GESTÃO DE STOCKS

➤ A existência de stock pode-se justificar apenas pela legítima preocupação em fazer face às variações de consumo, aumentando a segurança, visto que cria defesas contra as variações da utilização;

➤ Evita o incómodo de se fazerem pedidos mais frequentes;

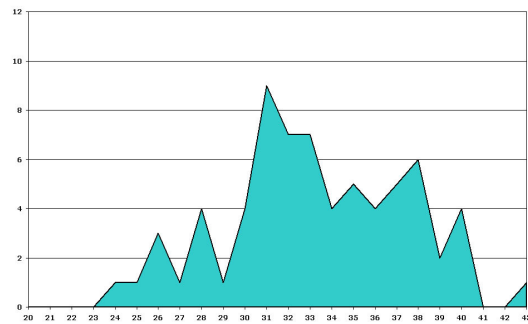
➤ Criar seguranças contra atrasos nas entregas por parte dos fornecedores;

(Reis, 2005)

Gestão de Stocks



Programa de gestão de stocks



Carlos Azevedo & Helder Patrício

2009

Gestão de Stocks



PRINCIPAL DIFICULDADE

➤ Pouca adesão da equipa aos registos do material retirado da sala de via aérea;



Carlos Azevedo & Helder Patrício

2009

Gestão de Stocks



BIBLIOGRAFIA

- Accioly, Felipe [et al] (2008). *Gestão de Estoques*. 1a ed. Rio de Janeiro: FGV Editora.
- Francischini, Paulino G.; Gurgel, Floriano do Amaral (2002). *Administração de materiais e do patrimônio*. São Paulo: Thomson Pioneira.
- Reis, Lopes (2005). *Manual de gestão de stocks : teoria e prática*. 1a ed. Lisboa : Presença.
- Tersine, Richard J.; Tersine, Michele G. - Inventory reduction: preventive and corrective strategies. *The International Journal of Logistics Management* [Em linha]. 1:2 (1990) 17-24. [Consult. 10 Nov. 2009]. Disponível em <WWW:<URL:http://ntlsearch.bts.gov/tris/record/tris/00576887.html>.

MATERIAL	CONTAGEM INICIAL	RETIRADO	PEDIDO
Cânulas de O2	226	47	
Cânulas rígidas	20		
Filtros humidificadores	40		
Fios condutores	18		
Kits de nebulização	234	72	120
Kits de nebulização em "T"	72	10	
Lâmina de laringoscópio nº2	0		
Lâmina de laringoscópio nº3	212		
Lâmina de laringoscópio nº4	152		
Máscaras de Alta Concentração	250	27	
Máscaras de Venturi	260	36	80
Máscaras simples	160	42	80
Narizes artificiais	41		
Sistemas de aspiração para cânula rígida	5		
Swivel	62		
Tubo endotraqueal nº6	16		
Tubo endotraqueal nº6,5	26		
Tubo endotraqueal nº7	20		
Tubo endotraqueal nº7,5	29		
Tubo endotraqueal nº8	28		
Tubo endotraqueal nº8,5	14		
Tubo endotraqueal nº9	0		
Tubo endotraqueal nº9,5	0		
Tubo de Oxigênio	185	27	
Tubo de Guedel nº2	98	3	
Tubo de Guedel nº3	150	1	
Tubo de Guedel nº4	74		

FINAL	CONTAGEM FINAL	SALDO
179	144	35
20	20	0
40	38	2
18	18	0
282	169	113
62	24	38
0	0	0
212	206	6
152	152	0
223	179	44
304	270	34
198	177	21
41	37	4
5	5	0
62	60	2
16	16	0
26	26	0
20	20	0
29	26	3
28	28	0
14	14	0
0	0	0
0	0	0
158	112	46
95	82	13
149	120	29
74	73	1

Pertinência da punção venosa com cateter, na sala de cuidados de enfermagem menos urgentes, em doentes com dor abdominal



Cateter venoso periférico. Sim ou Não?



DOR

- A dor é uma das experiências humanas mais importantes.
- Quase toda a gente sente dor, em várias situações, em vários graus, todos os dias. O processo que lhe dá origem é complexo e múltiplo.
- Afecta pessoas saudáveis e pessoas doentes.

Cateter venoso periférico. Sim ou Não?



DOR

A Associação Internacional para o Estudo da Dor
(Association for the Study of Pain - I.A.S.P.) define dor como:
"Uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada a lesão
tecidual potencial ou descrita em termos dessa lesão."

Silva, 2004

A definição clássica de Margo McCaffery de que "a dor é tudo o que a
pessoa, que a sente, diz que é, e existe sempre que a pessoa o diz" dá o
enquadramento mais útil para a enfermagem.

Sands, 1996

Cateter venoso periférico. Sim ou Não?



OBJECTIVO

Reflectir sobre a pertinência da colocação de
catéter venoso periférico em doentes com dor
abdominal, na sala de cuidados de enfermagem
menos urgentes.

Cateter venoso periférico. Sim ou Não?



MOTIVAÇÃO

➤ Académicas;

➤ Dualidade de critérios, por parte da equipa de enfermagem a quando da punção venosa periférica na sala de cuidados de enfermagem menos urgentes.

Cateter venoso periférico. Sim ou Não?



RECOLHA DOS DADOS

alert®



Cateter venoso periférico. Sim ou Não?



AMOSTRA



■ masculino
■ feminino

➤ 93 doentes, 44 indivíduos do sexo masculino (47,3%) e 49 indivíduos do sexo feminino (52,7%);

➤ Fluxograma de "dor abdominal";

➤ Sala de doentes menos urgentes.

Cateter venoso periférico. Sim ou Não?



**ANÁLISE DOS
RESULTADOS**

Cateter venoso periférico. Sim ou Não?



ANÁLISE DESCRITIVA

Quadro 1 – Caracterização do Grupo Etário dos doentes segundo o Sexo

IDADE		n	MÍN	MÁX	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	SK/ERRO	K/ERRO	CV	TESTE DE STUDENT
SEGUNDO SEXO	MASCULINO	44	18	80	57,16	15,101	-1,43	-0,43	26,42	t = 1,863
	FEMININO	49	19	80	50,73	18,127	0,25	-1,66	35,73	p = 0,066
TOTAL DA AMOSTRA		93	18	80	53,77	16,983	-0,844	-1,889	31,58	-----

➤ Idades compreendidas entre os 18 e os 80 anos, com uma média de 53,77 anos e um desvio padrão de 16,983 anos.

➤ Coeficiente de variação (CV) de 31,58%.

➤ Sem diferenças estatisticamente significativas entre sexos.

Cateter venoso periférico. Sim ou Não?



ANÁLISE DESCRITIVA

Tabela 1 – Caracterização do Grupo Etário dos doentes segundo o Sexo

GRUPO ETÁRIO	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
18 - 40 anos	8	18,2	15	30,6	23	24,6
41 - 55 anos	8	18,2	14	28,6	22	23,7
56 - 69 anos	14	31,8	8	16,3	22	23,7
70 - 80 anos	14	31,8	12	24,5	26	28,0
Total	44	100,0	49	100,0	93	100,0

➤ Maior percentagem de doentes do sexo masculino concentra-se acima dos 55 anos, com 63,6%;

➤ No sexo feminino a maior percentagem de doentes encontra-se abaixo dos 56 anos com 59,2%.

Cateter venoso periférico. Sim ou Não?



ANÁLISE DESCRITIVA

Tabela 2 – Caracterização dos utentes segundo os procedimentos efectuados no SU

	SIM		NÃO	
	n	%	n	%
Sangue	88	94,6	5	5,4
Bloco Operatório	2	2,2	91	97,8
Medicação PO	10	10,8	83	89,2
Medicação EV (fracionada)	62	66,7	31	33,3
Medicação EV (contínua)	26	28,0	67	72,0
Medicação IM	13	14,0	80	86,0
Medicação SC	1	1,1	92	98,9
Rx abdómen	44	47,3	49	52,7
Ecografia Abdominal	46	49,5	47	50,5
Ecografia renal	14	15,1	79	84,9
Ecografia vesical	1	1,1	92	98,9
TAC	1	1,1	92	98,9
RMN	0	0	93	100

>88 foram puncionadas para colheitas de sangue;

>62 foi administrada medicação EV directa;

>26 necessitaram de administração de medicação EV contínua.

>Apenas 2 pessoas necessitaram de intervenção cirúrgica;

>Apenas 1 fez TAC

>Nenhuma teve necessidade de realizar RMN

Serviço de Urgência do HSTV EPE

2009

Cateter venoso periférico. Sim ou Não?



ANÁLISE DESCRITIVA

Tabela 3 – Relação entre a medicação EV contínua administrada e o Sexo

SEXO	MEDICAÇÃO EV CONTÍNUA	SIM		NÃO		TOTAL	
		n	%	n	%	n	%
Masculino		14	31,8	30	68,2	44	100,0
Feminino		12	24,5	37	75,5	49	100,0

>A percentagem de doentes do sexo masculino puncionados é superior à do sexo feminino, com respectivamente 31,8% e 24,5%.

Serviço de Urgência do HSTV EPE

2009

Cateter venoso periférico. Sim ou Não?



ANÁLISE DESCRITIVA

Tabela 4– Relação entre a medicação EV contínua administrada e a idade

Idades	Medicação EV contínua		SIM		NÃO		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%
18 – 40 anos	6	26,09	17	73,91	23	100,0		
41 – 55 anos	3	13,64	19	86,36	22	100,0		
56 – 69 anos	7	31,82	15	68,18	22	100,0		
70 – 80 anos	10	38,46	16	61,54	26	100,0		

➤ A maior percentagem de administração de medicação EV contínua acontece acima dos 55 anos com 70,28%.

Cateter venoso periférico. Sim ou Não?



CONCLUSÃO

88 DOENTES QUE COLHERAM SANGUE

29,5% NECESSITARAM DE CATÉTER PERIFÉRICO

70,5% NÃO NECESSITARAM DE CATÉTER PERIFÉRICO

Cateter venoso periférico. Sim ou Não?



DESVANTAGENS DA COLOCAÇÃO DE CATETER

- Maior gasto de dinheiro;
- Maior gasto de tempo;
- Maior dor para o doente;
- Esquecimento de retirar cateter a quando da alta.

Cateter venoso periférico. Sim ou Não?



GASTOS

Tabela 5– Custos mensuráveis

PUNÇÃO VENOSA COM CATÉTER		PUNÇÃO VENOSA COM BUTERFLY	
Catéter	0,85 €	Buterfly	0,54 €
Penso opsite	0,14€	-----	-----
Adesivo	xxxx	Adesivo	xxxx
Compressa	xxxx	Compressa	xxxx
Cutasept	xxxx	Cutasept	xxxx
Total	0,99€	Total	0,54€

Cateter venoso periférico. Sim ou Não?



GASTOS

Quadro 2 – Quantificação dos gastos

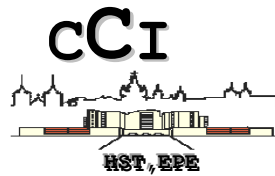
	COLOCAÇÃO OBRIGATÓRIA DE CATETER	SEM COLOCAÇÃO OBRIGATÓRIA DE CATETER	
	DOS 88 DOENTES	Gastos totais = 87,12€	Punção com cateter = 25,74 €
Gastos totais = 59,22€			

Cateter venoso periférico. Sim ou Não?



BIBLIOGRAFIA

- Sands, Judith K. [et al] (1996). Manual Clínico de Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e prática clínica. 3ª Ed. Lisboa. Lusodidacta.
- Silva, José Aparecido da - Psicofísica da dor. In: Psychologica. Coimbra. Nº 37 (Novembro/Dezembro 2004), p. 49-55.



Guia de Boas Práticas Para Assistentes Operacionais

(Elos de Ligação à CCI)

Janeiro de 2010

**GUIA DE BOAS PRÁTICAS PARA ASSISTENTES OPERACIONAIS
(ELOS DE LIGAÇÃO À CCI)**

Projecto Desenvolvido por:

Comissão de Controlo da Infecção

Autor:

Enf.º Helder Patrício, aluno do
curso de Pós-Licenciatura em
Especialização Médico Cirúrgica

Supervisão

Núcleo Executivo da CCI:

Enf.^a Chefe Judite Patrício

Enf.^a Especializada Teresa Borges

Núcleo de Apoio Técnico da CCI:

Enf.^a Especializada Elisabete Figueiredo

Revisto pelo Coordenador da CCI

Dr. Eduardo Melo

ÍNDICE GERAL

ENQUADRAMENTO	4
MISSÃO	5
INTRODUÇÃO	6
1 – HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS	7
2 – UTILIZAÇÃO DE EQUIPAMENTOS DE PROTECÇÃO INDIVIDUAL (EPI'S).....	9
2.1 – TÉCNICA DE COLOCAÇÃO E REMOÇÃO DE EPI'S	10
2.1.1 – Luvas	11
2.1.2 – Protecção facial e respiratória	12
2.1.3 – Batas e aventais	13
3 – HIGIENIZAÇÃO DO AMBIENTE.....	14
BIBLIOGRAFIA	19

ENQUADRAMENTO

As Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) são consideradas eventos adversos resultantes da prestação de cuidados. As Instituições de Saúde têm como meta, manter num nível elevado, a qualidade dos serviços prestados aos seus utentes/doentes através da criação de Padrões de Boas Práticas, que possam minimizar o risco de ocorrência dessas Infecções.

A Comissão de Controlo da Infecção (CCI) do HST EPE editou o seu 3º Manual de Boas Práticas, cujo conteúdo é transversal a todos os grupos de profissionais. Perspectiva-se, para o ano em curso, a edição actualizada do mesmo.

Este documento surge com a finalidade de facultar a consulta rápida de um conjunto de orientações relacionadas com as actividades dos Assistentes Operacionais, de forma a facilitar a sua aplicação.

Pretende-se que este grupo de profissionais colabore na concretização sectorial do Plano Operacional de Prevenção e Controlo de Infecção (POPCI) da CCI, desenvolvendo acções em serviço que direccionem o grupo para a segurança das práticas.

MISSÃO

Os Assistentes Operacionais têm por missão colaborar com o Enfermeiro, Elo de Ligação à CCI:

- Garantindo práticas seguras, através de uma comunicação efectiva e eficaz com os seus pares;
- Contribuindo para a elaboração das normas relacionadas com o seu conteúdo funcional;
- Colaborando em atitudes formativas.

INTRODUÇÃO

Este guia inclui um conjunto de ferramentas a ser utilizado pelos Assistentes Operacionais, que irão ser incluídas na quarta edição do “Manual de Boas Práticas” da Comissão de Controlo da Infecção do Hospital São Teotónio EPE.

Consideramos que o desempenho eficaz nas três áreas temáticas abaixo mencionadas, irá contribuir para elevar o padrão de qualidade assistencial.

- ✓ O 1º tema aborda aspectos importantes sobre Higienização das Mãos;
- ✓ O 2º tema expõe a correcta utilização dos Equipamentos de Protecção Individual (EPI's);
- ✓ O 3º tema salienta a Higienização do Ambiente inanimado como uma parte vital dos sistemas de qualidade hospitalar, compromisso com a melhoria contínua da qualidade.

1 – HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

Pontos-chave na Higienização das mãos

- Mãos visivelmente limpas: friccionar com Solução Anti-séptica de Base Alcoólica (SABA) durante 20 a 30 segundos.
- Mãos visivelmente sujas ou contaminadas com matéria orgânica: lavar com água e sabão durante 40 a 60 segundos;
- Não lave rotineiramente as mãos com água e sabão imediatamente antes ou depois de aplicar SABA;
- Não utilize água quente;
- Depois de friccionar com SABA ou lavar as mãos, deixe-as secar completamente antes de calçar luvas;
- Manter unhas curtas e limpas;
- Não são recomendadas unhas artificiais;
- Em caso de utilizar verniz, mantenha-o apenas enquanto estiver íntegro;
- As mãos devem estar livres de adornos;
- Evitar encostar-se ao lavatório, pelo risco de molhar ou conspurcar o uniforme;
- Aplique, pelo menos diariamente, um creme ou loção protectora.

As oportunidades de higiene das mãos são definidas de acordo com 5 momentos:



Fonte: OMS

QUADRO 1 – Os cinco momentos de higienização das mãos

1	ANTES DO CONTACTO COM O DOENTE	QUANDO?	Higienizar as mãos antes de tocar num doente enquanto se aproxima dele.
		PORQUÊ?	Para proteger o doente de microrganismos que transportamos nas mãos.
2	ANTES DE PROCEDIMENTOS ASSÉPTICOS	QUANDO?	Antes de qualquer procedimento envolvendo o contacto directo ou indirecto com mucosas, pele com solução de continuidade, dispositivo médico invasivo ou equipamentos.
		PORQUÊ?	Para proteger o doente de microrganismos que transportamos nas mãos e dos da sua própria flora.
3	APÓS RISCO DE EXPOSIÇÃO A FLUIDOS ORGÂNICOS	QUANDO?	Após qualquer procedimento que real ou potencialmente envolva a exposição das mãos a um fluido orgânico independentemente de se usarem luvas ou não.
		PORQUÊ?	Para proteger o profissional de saúde e o ambiente da disseminação de microrganismos do doente.
4	APÓS CONTACTO COM O DOENTE	QUANDO?	Higienizar as mãos imediatamente após ter contactado com um doente, quando deixa o ambiente envolvente do mesmo.
		PORQUÊ?	Para proteger o profissional de saúde e o ambiente da disseminação de microrganismos do doente.
5	APÓS CONTACTO COM O AMBIENTE ENVOLVENTE DO DOENTE	QUANDO?	Quando o profissional de saúde abandona o ambiente envolvente do doente após ter tocado em equipamento, pertences pessoais ou outras superfícies inanimadas, mesmo sem ter tocado no doente.
		PORQUÊ?	Para proteger o profissional e o ambiente da disseminação de microrganismos do doente.

2 – UTILIZAÇÃO DE EQUIPAMENTOS DE PROTECÇÃO INDIVIDUAL (EPI'S)

Definição: “Vestuário ou equipamento usado por um profissional para protecção de risco infeccioso”

EPI's de utilização no Hospital:

- Luvas – protecção das mãos;
- Máscaras e Respiradores – protecção da boca/nariz;
- Batas/Aventais – protecção da pele e vestuário;
- Óculos – protecção dos olhos;
- Touca – protecção do cabelo.


QUADRO 2 – Princípios de utilização de EPI's

Princípios de utilização de EPI's

- Reduzem, mas não eliminam o risco de transmissão;
- Só são efectivos se usados correctamente e em cada contacto;
- O seu uso não substitui as medidas básicas de higiene, nomeadamente a higienização das mãos;
- Utilizados nos doentes devem ser considerados de risco biológico e eliminados para autoclavagem, incineração ou método alternativo.

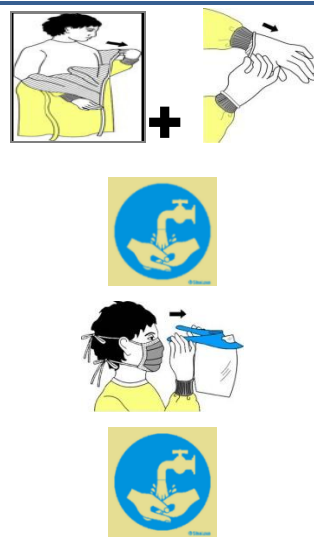
2.1 – TÉCNICA DE COLOCAÇÃO E REMOÇÃO DE EPI’S

QUADRO 3 – Como colocar o EPI

	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reunir o material necessário, assim como planejar as áreas de colocação e remoção do EPI 2. Colocar a bata 3. Colocar a protecção facial ou máscara e protecção ocular 4. Colocar a touca 5. Colocar as luvas
---	--

Fonte: CDC

QUADRO 4 – Como remover o EPI

	<ol style="list-style-type: none"> 1. Retirar bata e luvas enrolando-as de forma que a parte exposta fique para dentro; 2. Proceder à higienização das mãos; 3. Retirar touca; 4. Remover protecção facial ou protecção ocular e depois a máscara (tocando sempre nos elásticos e nunca na parte da frente); 5. Proceder novamente à higienização das mãos.
--	--

Fonte: CDC

2.1.1 – Luvas

Pontos-chave para o uso de Luvas

- Cobrir lesões da pele com adesivos impermeáveis antes de calçar as luvas;
- Mudar de luvas entre doentes e entre cuidados no mesmo doente (p.ex. Após manipulação de algália);
- A utilização de luvas não substitui a higiene das mãos;
- Substituir luvas se rasgadas ou perfuradas.

QUADRO 5 – Recomendações para o uso de luvas

<i>Indicado</i>	<i>Não indicado</i>
<ul style="list-style-type: none">• Manipulação e limpeza de materiais e equipamentos contaminados;• Em contacto com sangue, líquidos orgânicos, pus, fezes, secreções respiratórias ou exsudados de lesões cutâneas;• No esvaziamento de arrastadeiras, urinóis e sacos de urina;• Manipulação de desinfectantes;• Limpeza e desinfecção do ambiente;• Manipulação de resíduos.	<ul style="list-style-type: none">• Banho do doente acamado (excepto boca e períneo);• Mudar fraldas;• Vestir e despir o doente;• Fazer camas, deslocação do mobiliário do doente (cama, mesa de cabeceira...);• Utilização do telefone;• Transporte de doentes.

2.1.2 – Protecção facial e respiratória

Pontos-chave para o uso de Máscaras e Respiradores

- Acondicionar as embalagens em locais sem humidade nem poeiras;
- A máscara deve ser escolhida de acordo com a actividade a realizar;
- Retirar da caixa, a máscara ou respirador, com mãos limpas;
- Não tocar com as mãos na máscara ou no respirador (remover pelos atilhos ou elásticos);
- Não devem ser guardados no bolso;
- Não devem ser colocados ao pescoço.

QUADRO 6 – Recomendações para o uso de protecção facial e respiratória

<i>Máscaras</i>	<i>Respiradores</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Em parceria com o Enfermeiro em actividades com risco de salpicos (aspiração de secreções) ou exposição a fluidos (despejo de urina); • Em isolamentos respiratórios, em parceria com o Enfermeiro, para: <ul style="list-style-type: none"> ○ Posicionamentos; ○ Mobilizações; ○ Alimentação; ○ Cuidados de higiene; ○ Cuidados pós-mortem; ○ Higienização do ambiente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Em isolamentos respiratórios, em parceria com o Enfermeiro, em actividades geradoras de tosse ou aerossóis (aspiração de secreções); • Em isolamentos de doentes com Tuberculose Pulmonar (sempre que se entre no quarto do doente)

2.1.3 – Batas e aventais

Pontos-chave para o uso de batas e aventais

- As caixas com batas e aventais descartáveis devem ser guardados num local limpo e seco;
- As batas usadas sobre a roupa pessoal não são consideradas EPI;
- Utilizar bata limpa, não estéril;
- Se não houver tamanho adequado usa-se 2 batas: uma de trás para a frente e outra de frente para trás;
- Remover a bata antes de sair do ambiente envolvente do doente;
- Devem ser mudados entre doentes e entre cuidados no mesmo doente;
- Evitar tocar em superfícies que rodeiam o doente, para minimizar a transmissão cruzada.

QUADRO 7 – Recomendações para o uso de batas e aventais

Batas e aventais

Quando se prevê o contacto com:

- Fluidos corporais (secreções, excreções);
- Doentes com infecção, seu equipamento e ambiente próximo.

Em parceria com o Enfermeiro:

- No cuidado a doentes incontinentes (diarreia, colostomias ou drenagens de feridas que não se contêm em pensos);
- No banho a doente acamado;
- Situações em que há risco de contaminação das roupas dos profissionais (posicionamentos).

3 – HIGIENIZAÇÃO DO AMBIENTE

A limpeza e manutenção das superfícies estruturais do ambiente são medidas fundamentais para diminuir a transmissão cruzada de infecção, na medida em que a limpeza reduz significativamente o número e tipo de microrganismos presentes no ambiente e promove a ausência de humidade que é outro dos requisitos essenciais para manter o ambiente salubre.

Pontos-chave na Higienização do Ambiente

- Não limpar áreas onde estejam a decorrer outras actividades;
- Retirar resíduos sólidos existentes;
- Utilizar água quente na limpeza das superfícies;
- Efectuar a limpeza dos corredores de forma a permitir a circulação pela metade do corredor que não está a ser limpa;
- Limpar num único sentido, nunca em movimentos de vaivém;
- Limpar a húmido superfícies verticais e horizontais;
- Iniciar a limpeza das zonas mais limpas para as mais sujas;
- Iniciar limpeza de cima para baixo (dos tectos para as paredes);
- Começar o processo de limpeza do fundo da sala para a porta de saída;
- Fazer uma rápida remoção de derrames e salpicos de sangue e/ou de outra matéria orgânica;
- Fazer uma remoção rápida de materiais contaminados das unidades dos doentes;
- Os materiais de limpeza devem ser individualizados de acordo com cada área a limpar, assim como ser higienizados de forma correcta.

Tipos de Limpeza recomendados

- **Limpeza concorrente ou diária:** é o processo de limpeza diária, com a finalidade de remover a sujidade.
- **Limpeza terminal:** é o processo de limpeza e/ou desinfecção de toda a área hospitalar, incluindo todas as superfícies, mobiliários e equipamentos, com a finalidade de remover a sujidade e diminuir a contaminação ambiental.

Plano de higienização

Todos os serviços devem elaborar um plano de higienização e efectuar listas de verificação de procedimentos. Para realizar o plano com sucesso, é essencial compreender a natureza da sujidade que vai ser removida, saber escolher o método mais adequado para a sua remoção, assim como o método mais indicado para avaliar a eficácia do processo utilizado.

O plano de higienização é um documento que indica quais as acções que têm que ser tomadas para limpar e/ou desinfectar, de forma apropriada, as instalações e equipamentos do serviço/unidade.








O documento deve ser colocado em local acessível para ser usado como referência, procurando dar resposta a uma série de questões:

- *O que é limpo?*
- *Como é limpo?*
- *Quando é limpo?*
- *Quem limpa?*

QUADRO 8 – Identificação das áreas de higienização

<i>Zona A</i>	<i>Zona B</i>	<i>Zona C</i>	<i>Zona D</i>
Área sem contacto com doentes.	Área de doentes sem Infecções.	Área de doentes em isolamento.	Áreas específicas (BO, UCI's, Dialise, Neo...).
Proceder a limpeza doméstica normal.	Limpar por procedimento que não levante pó (mopa) e lavar com água e detergente.	Limpar por procedimento que não levante pó (mopa) e lavar com água e detergente. Aplicar desinfectante.	Lavar com água e detergente. Aplicar desinfectante.

QUADRO 9 – Identificação dos panos para higienização

<i>Cor</i>	<i>Tarefa a que se destinam</i>
	Unidade do doente
	Lavatório e azulejos do WC do doente
	Bordos da sanita e base do chuveiro, no WC do doente
	Copas
	Mobiliário das áreas de trabalho
	Lavatório e azulejos WC do pessoal
	Bordos da sanita WC do pessoal

Limpeza das Zonas de Contacto (para todas as áreas clínicas):

- Dar especial atenção à limpeza das superfícies mais tocadas pelo doente, como mesas-de-cabeceira, grades das camas, telefones, campainhas, comandos de TV, puxadores das portas, lavatórios, brinquedos...

Descontaminação de Equipamento Informático (áreas clínicas)

- Manipular os toalhetes com as mãos higienizadas;
- Utilizar 1 toalhete por computador (monitor e teclado);
- Fazer a higienização da área mais limpa para a mais suja, e descartar;
- Efectuar a higienização 2 vezes ao dia, em horário a estabelecer por Serviço/Unidade;
- O horário a estabelecer deve contemplar os momentos precedentes e logo após o pico de utilização;
- A higienização deve ser mais frequente, sempre que ocorram situações de registo de emergência, em que as boas práticas são quebradas, ou quando haja risco de maior contaminação ambiental;
- A tampa do dispensador deve estar encerrada após cada utilização.

Produtos utilizados para desinfeção de superfícies e equipamentos

São Substâncias químicas destinadas a ser usadas sobre material inerte, capazes de actuar sobre os microrganismos indesejáveis por acção directa, inactivando-os ou reduzindo-os a um nível não prejudicial.

QUADRO 10 – Utilização de desinfetantes

	<i>Indicação</i>	<i>Aplicação</i>
ANIOS	Para superfícies e equipamentos	<ul style="list-style-type: none"> • Pulverizar uniformemente sobre as superfícies a tratar; • O efeito de espuma após a pulverização é limitado no tempo; • Remover com papel e descartar.
LINGET - ANIOS	Para superfícies e equipamentos	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar os toalhetes na superfície a desinfetar; • Deixar secar; • Descartar toalhetes.
PRESEPT	Para superfícies	<ul style="list-style-type: none"> • De acordo com as necessidades das áreas ou instrumentos a desinfetar.
LIXÍVIA	Para superfícies	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar puro.
ÁLCOOL A 70°	Desinfecção de equipamentos depois de limpos e das células do ventilador.	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar puro e deixar secar.
ANYOXIDE	Desinfecção de material cirúrgico, médico e outros dispositivos médicos termossensíveis.	<ul style="list-style-type: none"> • Lavar e enxaguar o material antes da introdução no banho com ácido peracético.
OLYMPUS ANDODIS	Desinfetante de endoscópios flexíveis no sistema ETD.	<ul style="list-style-type: none"> • A máquina dispõe de sistema automático de doseamento.

BIBLIOGRAFIA

E

Equipa Operativa para a Pandemia da Gripe A (H1N1)v (2009). Plano de Contingência para a Pandemia de Gripe. Hospital São Teotónio EPE: Viseu.

F

Friedman, C. & Newson W. (2007). Basic Concept of Infection Control, International Federation of Infection Control. Ann Arbor: Michigan, USA e Cambridge: England UK

H

Henriques M. C. & Almeida, J. P. (2005). Manual de Prevenção de Infecções Nosocomiais, Comissão de Controlo da Infecção – Hospital São Teotónio, SA: 3ª Edição

L

Leça, A. *et. al.* (2008). Manual de Operacionalização – Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde. Direcção-Geral da Saúde: Lisboa.

P

Patrício, J; Borges, T; Andrade, A (2009). Utilização de Anti-sépticos e desinfetantes. Hospital de S. Teotónio, EPE - Comissão de Controlo da Infecção: Viseu.

Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (PNCI) da Direcção-Geral da Saúde, consultado no site <http://www.dgs.pt/ms/3/default.aspx?pl=&id=5514&access=0&cpp=1> em Janeiro de 2010.

S

Siegel, MD *et. al.* (2007). Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings 2007. US Government Printing Office: Washington DC.

W

World Alliance for Patient Safety (2006). Manual for Observers – Who Multimodal Hand Hygiene Improvement Strategy. World Health Organization: Geneve.



GRIFE A



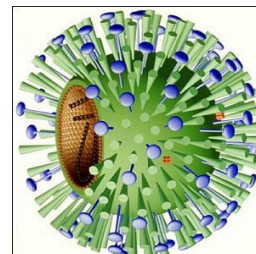
Colabore connosco

Contacto:

Urgência Geral - 232 420 540

Urgência Obstétrica - 232 420 539

HOSPITAL DE S. TEOTÓNIO E.P.E.



Informações aos acompanhantes

Área de Atendimento à Gripe (SUG & SUGO)

EQUIPA OPERATIVA PARA A PANDEMIA DA GRIFE A (H1N1)v

2009/2010

Para proteger os doentes e a sua própria saúde não esqueça:

Acompanhantes autorizadas

Antes do contacto com o doente: Higienize as mãos com água e sabão e coloque máscara de procedimentos.

Após o contacto: Higienize as mãos com água e sabão, durante 15 a 20 segundos e seque-as com toalhetes de papel.

Recomendamos ainda

- Limitar o toque em superfícies sujeitas a contacto manual frequente (maçanetas das portas, equipamentos, macas, suportes de soros, objectos pessoais do doente...);
- A roupa do doente ser-lhe-á entregue em saco encerrado, que deverá ser aberto aquando da sua lavagem, de preferência com água quente.



AAG - Área de Atendimento à Gripe
SUG - Serviço de Urgência Geral
SUGO - Serviço de Urgência de Ginecologia/Obstetrícia

Note bem:

1. Não são permitidas visitas nem acompanhantes na AAG;
2. Nas restantes áreas do SUG só são permitidos acompanhantes autorizados pelo Chefe de Equipa;
3. Respeite as indicações dos elementos da Empresa de Segurança que estão na entrada principal do SUG e no acesso à AAG;
4. Só serão prestadas informações sobre doentes atendidos na AAG, após o mínimo de uma hora de permanência do doente, nesta área;
5. Para pedir informações dirija-se directamente ao balcão da AAG, ou por via telefónica.



EVITE AS AGLOMERAÇÕES DE PESSOAS QUE
FACILITAM A PROPAGAÇÃO DO VÍRUS DA GRIPE.

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO...

HORÁRIO DAS VISITAS
Das 14 às 15 e das 19 às 20 horas
(de Segunda Feira a Domingo)

Contacto:
HST E.P.E. (232 420500)



HOSPITAL DE S. TEOTÓNIO E.P.E.

Informações às visitas

Internamento de doentes sem Gripe A

EQUIPA OPERATIVA PARA A PANDEMIA DA GRIPE A(H1N1)

2009/2010

Para proteger os doentes e a sua própria saúde não esqueça:

Dirija-se ao Serviço de Informações, no Átrio Principal para saber onde se encontra o doente a visitar.

Considerações gerais

1. Permaneça apenas na área do hospital onde se encontra o doente a visitar.
2. Se se sentir doente, fique em casa, não vá ao hospital;
3. Não leve consigo para o hospital crianças menores de 10 anos;
4. Respeite o nº de visitas. O doente usufrui da presença de um familiar/pessoa significativa como acompanhante e uma visita por turno;

Colabore connosco

- **Antes do contacto com o doente:** Higienize as mãos com água e sabão.

Recomendamos

- Não sentar na cama ;
- Não contactar com outros doentes;
- Limitar o toque em superfícies sujeitas a contacto manual frequente (maçanetas das portas, equipamentos, barras da cama, suportes de soros, objectos pessoais do doente...).

Após a visita: Higienize as mãos com água e sabão, durante 40 segundos e seque-as com toalhetes de papel.

Para proteger os doentes e a sua própria saúde não esqueça:

Antes da visita: Dirija-se ao enfermeiro responsável, que lhe dará informações e instruções sobre medidas a adoptar no contacto com estes doentes.

Colabore connosco

Antes do contacto com o doente:

Higienize as mãos com água e sabão e coloque máscara de procedimentos.

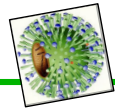
Recomendamos

- Não sentar na cama ;
- Não contactar com outros doentes;
- Limitar o toque em superfícies sujeitas a contacto manual frequente (maçanetas das portas, equipamentos, barras da cama, suportes de soros, objectos pessoais do doente...).

Após a visita: Higienize as mãos com água e sabão, durante 15 a 20 segundos e seque-as com toalhetes de papel.

Note bem:

1. Se estiver com gripe ou sintomas de gripe, adie a visita e proteja quem está internado;
2. Respeite o n.º de visitas. Apenas **uma por doente**;
3. Não leve consigo para o hospital crianças menores de 10 anos;
4. A roupa do doente ser-lhe-á entregue em saco encerrado, que deverá ser aberto aquando da sua lavagem;
5. Obrigatoriamente, durante o internamento, os doentes adultos devem utilizar a roupa hospitalar.



GRUPE A

EVITE AS AGLOMERAÇÕES DE PESSOAS
QUE FACILITAM A PROPAGAÇÃO DO VÍRUS
DA GRUPE.

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO...

HORÁRIO DAS VISITAS

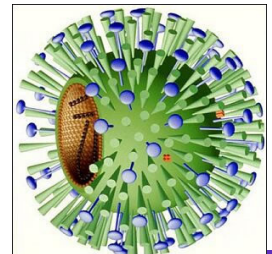
Das 14 às 15 e das 19 às 20 horas

(de Segunda Feira a Domingo)

Contacto:

HST E.P.E. (232 420 500)

HOSPITAL DE S. TEOTÓNIO E.P.E.



Informações às visitas

Internamento de doentes com Gripe A




EQUIPA OPERATIVA PARA A PANDEMIA DA GRUPE A (H1N1)v


2009/2010



(PANDEMI DA GRIPE A)

PROGRAMA DE RESTRICÇÃO DE VISITAS

 Respeite o número de visitas: apenas uma por doente;

 Não leve consigo, para o Hospital, crianças com menos de 10 anos;

 Circule apenas nos locais autorizados.



PROTEJA-SE A SI E À SUA FAMÍLIA!!!