



CATÓLICA PORTO
CIÊNCIAS DA SAÚDE

Relatório de Estágio

Desenvolver uma Enfermagem de Excelência

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

Ana Karina Ferreira da Rocha

Junho de 2015



CATÓLICA PORTO
CIÊNCIAS DA SAÚDE

Relatório de Estágio

Desenvolver uma Enfermagem de Excelência

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

Por Ana Karina Ferreira da Rocha
Sob orientação de Mestre Patrícia Coelho

Junho de 2015

*“A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte,
requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso,
quanto a obra de qualquer pintor ou escultor;
pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore
comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus?
É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes.”*

Florence Nightingale

Agradecimentos

Aos meus pais e irmãos, em especial à Mary, que sempre demonstraram disponibilidade e apoiaram, motivando-me constantemente, nesta etapa da vida.

Ao Mauro pela compreensão, que tornou este investimento profissional mais fácil.

À Mestre Patrícia Coelho pela partilha de conhecimento, orientação e preciosa ajuda neste percurso académico.

À Doutora Irene Oliveira pela colaboração prestada.

Aos colegas do 7º Curso de Pós-Licenciatura em Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica do Instituto Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa do Porto, pela partilha de experiências que enriqueceram a minha aprendizagem.

A todos os meus colegas de profissão que, apesar de todas as barreiras, quer estruturais, educacionais ou financeiras, procuram prestar cuidados de excelência demonstrando a Enfermagem não só como uma disciplina mas também como sendo a arte de cuidar!

Resumo

O presente relatório expõe o percurso efetuado ao longo da unidade curricular: Relatório, realizado no Instituto Nacional de Emergência Médica e no Serviço de Medicina Intensiva do Centro Hospitalar do Baixo Vouga – Unidade de Aveiro, preconizado no Plano de Estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica do Instituto Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Porto.

Este revela o crescimento pessoal e profissional enquanto futura Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, sendo que as grandes aprendizagens que se enaltecem deste percurso são: o aprimoramento da capacidade crítico-reflexiva, a maior consciencialização e operacionalização de medidas de prevenção e controlo da infeção, o aperfeiçoamento de habilidades relativas à supervisão clínica e o desenvolvimento de aptidões técnicas e humanas na assistência ao doente em estado crítico e família.

Como contributos desta escalada enfatiza-se a proposta de intervenção relativa à prevenção e controlo de infeção no pré-hospitalar, o procedimento de cuidados oftálmicos e a proposta de mudança estrutural do colutório de higiene oral do doente crítico, os artigos de opinião, referentes à chamada para o número 112, publicados em jornais locais, e a elaboração de uma revisão integrativa sob a forma de artigo científico acerca dos cuidados oftálmicos ao doente crítico.

O presente relato seguiu a metodologia descritiva e reflexiva e está estruturado por quatro capítulos no sentido de facilitar a sua consulta, demonstrando os ganhos obtidos no trajeto dos estágios. Destaca-se a reflexão das atividades desenvolvidas e competências adquiridas através da mobilização e operacionalização de saberes e exposição das aprendizagens profissionais.

Abstract

This report sets out the route made along the course: Report (held at the National Institute of Medical Emergency and Intensive Care Unit of the Hospital of the Lower Vouga - Unit of Aveiro), as recommended in the syllabus of the Master in Nursing with Speciality in Medical Surgical Nursing of Institute of Health Sciences of Universidade Católica Portuguesa, Porto.

This reveals the personal and professional growth while future Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing, and the great learnings that praise this course are: the improvement of critical and reflective capacity, increased awareness and implementation of measures about infection prevent and control, the skills improvement on clinical supervision and the development of technical and human skills in assisting the critically ill patient and his family.

As contributions of this climbing emphasize the proposal for intervention about infection prevent and control in the pre-hospital, the procedure of ophthalmic care and the proposal about a structural change of oral hygiene in critically ill patients, opinion articles, concerning the call to the number 112, published in local newspapers, and the development of an integrative review presented as a scientific article about the ophthalmic care to critically ill patients.

The report followed the descriptive and reflective methodology and is structured in four chapters to facilitate your query, demonstrating the gains made in the path of the intership. There is the reflection of activities and skills acquired through mobilization and operation of knowledge and exposure of professional learning.

Lista de Siglas e Abreviaturas

- AEM** - Ambulância de Emergência Médica
- AO** – Assistente Operacional
- CCI** – Comissão de Controlo de Infeção
- CHBV-UA** – Centro Hospitalar do Baixo Vouga – Unidade de Aveiro
- CI** – Cuidados Intensivos
- CLH** - Clorhexidina
- cm** – centímetro
- CODU** - Centro de Orientação de Doentes Urgentes
- CVC** – Cateter Venoso Central
- db** – decibel
- DGS** – Direção Geral de Saúde
- EEMC** – Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica
- EPI** – Equipamento de Proteção Individual
- HH** – Hospital da Horta
- IACS** – Infeção Associada aos Cuidados de Saúde
- INEM** – Instituto Nacional de Emergência Médica
- Lt/min** – Litros por minuto
- MEEEMC** – Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica
- MRSA** - *Methicilin Resistant Staphylococcus Aureus*
- NE** – Nutrição Entérica
- NEE** – Número Europeu de Emergência
- NP** – Nutrição Parentérica
- nº** - número
- OMS** – Organização Mundial de Saúde
- PAV** – Pneumonia Associada ao Ventilador

PH – Pré-Hospitalar

PMQCE – Projeto de Melhoria Contínua de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

PSP – Polícia de Segurança Pública

RAA – Região Autónoma dos Açores

SAV – Suporte Avançado de Vida

SIV – Suporte Imediato de Vida

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

SRPCBA – Serviço Regional de Proteção Civil e Bombeiros dos Açores

SU – Serviço de Urgência

TAE – Técnico de Ambulância de Emergência

TOT – Tubo orotraqueal

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCP – Universidade Católica Portuguesa

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

Índice

	Pág.
1. Introdução	15
2. Reflexão das Atividades Desenvolvidas e Competências Adquiridas	21
3. Aprendizagens Profissionais	65
4. Conclusão	71
5. Referências Bibliográficas	77
6. Anexos	87
<i>Anexo I: Proposta de Intervenção de Prevenção e Controlo de Infeção no Pré-Hospitalar.....</i>	<i>89</i>
<i>Anexo II: Proposta de Procedimento: Cuidados Oftálmicos ao Doente. Internado em Cuidados Intensivos</i>	<i>147</i>
<i>Anexo III: Proposta de Intervenção: Substituição do Cloridrato de Benzidamina por Clorohexidina nos Cuidados de Higiene Oral do Doente Crítico</i>	<i>177</i>
<i>Anexo IV: Certificado de comparência sessão formativa do INEM</i>	<i>199</i>
<i>Anexo V: “Diário de Bordo”</i>	<i>203</i>
<i>Anexo VI: Proposta de Intervenção: Chamada 112.....</i>	<i>223</i>
<i>Anexo VII: Artigo de jornal para sensibilização da população do território continental acerca da chamada 112, publicado no Jornal Diário de Aveiro</i>	<i>257</i>
<i>Anexo VIII: Artigo de jornal para sensibilização da população açoreana acerca da chamada 112, publicado no Jornal Incentivo.....</i>	<i>261</i>
<i>Anexo IX: Artigo de jornal para sensibilização da população açoreana. acerca da chamada 112, publicado no Jornal Ilha Maior.....</i>	<i>265</i>
<i>Anexo X: Revisão Integrativa sob a forma de artigo científico acerca dos Cuidados Oftálmicos ao Doente Crítico.....</i>	<i>269</i>

1. Introdução

*“I feel the capacity to care is
the thing which gives life
its deepest significance.”*

Pablo Casals

Cuidar é um ato inerente ao ser humano e à sua sobrevivência. Atualmente este ato considera-se a essência da Enfermagem, pressupondo que a assistência prestada pelo enfermeiro se baseia nos mais nobres princípios éticos e deontológicos assim como na evidência científica, operacionalizando-se com humanismo que dignifique o ser cuidado.

E cuidar é um processo que requer disponibilidade para facilitar, ajudar e respeitar. Para tal é importante que o enfermeiro se consciencialize de si mesmo e do seu papel e procure constantemente melhorar o seu desempenho objetivando a excelência dos seus cuidados ao outro.

A composição deste relatório surgiu na sequência da realização da unidade curricular: Relatório, inserida no Plano de Estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (MEEEMC) pela Universidade Católica Portuguesa (UCP) – Instituto Ciências da Saúde do Porto.

O Estágio realizado serviu de base para este relatório e para a aquisição de competências na área de especialização, e foi direcionado à prestação de cuidados ao doente crítico adulto e idoso, e sua família, contemplando três módulos, cada um de 180 horas de contato. O primeiro ocorreu no Serviço de Urgência (SU) correspondendo ao módulo I, segundo em Cuidados Intensivos

(CI), ou Intermédios ao módulo II e o terceiro, módulo III opcional, que realizámos em contexto de Assistência Pré-Hospitalar (PH).

Nesta escalada formativa fomos acompanhados por honrosos profissionais que tutoraram o percurso e pela Mestre Patrícia Coelho que, no papel de orientadora, prestou o apoio necessário nas diferentes fases de desenvolvimento académico rumo à Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Uma vez que desempenhamos funções no SU do Hospital da Horta, EPE (HH), localizado na Ilha do Faial, desde março de 2009 e operando a partir de uma compreensão profunda, desenvolvemos competências de perito na assistência ao doente crítico (BENNER, 1982) e o módulo I, em SU, foi creditado.

Ao exercermos no SU do HH cuidamos de modo eficiente e com rapidez todos os doentes que necessitem de cuidados urgentes ou emergentes; estabilizamos os doentes emergentes com lesão aguda ou doença súbita, consoante a gravidade da condição clínica e dos recursos existentes na instituição; abordamos o doente de um modo definitivo ou, na sua impossibilidade, providenciamos a transferência após estabilização clínica; asseguramos as funções vitais e evitamos a lesão secundária e, apoiamos os doentes e/ou família que vivenciam situação de crise. Desta forma manifestamos competências específicas na assistência ao doente crítico, definidas pela Ordem dos Enfermeiros (REGULAMENTO Nº124/2011 de 18 de fevereiro do Ministério da Saúde, 2011).

Também somos elementos responsáveis de turno gerindo o serviço, os matérias e equipamentos, os recursos humanos e assim, a prestação de cuidados, e desenvolvemos um Projeto de Melhoria Contínua de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (PMCQCE) no âmbito da prevenção e controlo de infeção no SU do HH, demonstrando responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade e da gestão dos cuidados, (REGULAMENTO Nº122/2011

de 18 de fevereiro do Ministério da Saúde, 2011) aperfeiçoando, sucessivamente, aprendizagens profissionais.

O Módulo II, em CI, decorreu entre os dias 15 de setembro e 8 de novembro de 2014, no Serviço de Medicina Intensiva (SMI) do Centro Hospitalar do Baixo Vouga – Unidade de Aveiro (CHBV-UA).

O SU e a Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) do HH foram fundidos e atualmente decorre a integração dos enfermeiros nos novos serviços. Familiarizar-se com a realidade dos cuidados intensivos facilitará a integração neste serviço. Escolhemos efetuar o módulo de estágio no CHBV-UA por uma questão económica, uma vez que possuímos residência em Aveiro.

O SMI do CHBV-UA é uma unidade polivalente quanto ao tipo de doentes que admite, e, aberta quanto à infraestrutura. Tem presença física de médico permanente e um rácio enfermeiro/doente de 1 / 2, com capacidade máxima para seis doentes internados.

Quanto ao Módulo III, elegemos a área de assistência PH tendo decorrido no período de 28 de abril e 28 de junho de 2014, nos meios da Delegação Norte do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), por protocolo da UCP.

A escolha pela área de assistência PH vem de encontro a uma auto análise das necessidades profissionais. O reforço pré-hospitalar, nomeadamente a integração de viaturas de Suporte Imediato de Vida (SIV) e o *call center* implementados na Região Autónoma dos Açores (RAA), visto que ainda não funcionam em pleno. E a preparação dos enfermeiros para a SIV não decorreu conforme planeado quanto à componente prática, provocando sentimentos de frustração e insegurança, pelo que pretendemos adquirir novas competências que nos auxiliem neste novo projeto profissional.

À disposição da Delegação Norte do Instituto estão meios INEM, meios de reserva e meios não INEM. Apesar de ter tido a oportunidade de conhecer mais meios, o módulo de estágio decorreu em dois não medicalizados, a Ambulância de Emergência Médica (AEM) e a Ambulância SIV e, em um medicalizado, a Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER).

As AEM destinam-se à estabilização e transporte assistido de doentes. São tripulados por dois Técnicos de Ambulância de Emergência (TAE). Os seus recursos matérias e humanos visam medidas de Suporte Básico de Vida e Desfibrilhação Automática Externa.

As ambulâncias SIV, à semelhança das AEM, estão na dependência direta do Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) e são tripuladas por um TAE e um enfermeiro. Este meio visa a estabilização e transporte primário e/ou secundário acompanhado uma vez que possuem na sua carga material e equipamento que garante a prestação de cuidados de saúde mais diferenciados.

As VMER são os veículos que transportam a equipa médica (um médico e um enfermeiro) diretamente ao local onde se encontra a vítima. Possuem na carga equipamento e material adicional que possibilita realizar Suporte Avançado de Vida (SAV).

A análise reflexiva das aprendizagens provenientes deste percurso, que será explanada ao longo deste documento, permite-nos identificar as competências alcançadas.

O curso de MEEEMC respeita o preconizado pelo Processo de Bolonha, pelo que estamos envolvidos no nosso próprio percurso de desenvolvimento de aprendizagens, ao delinear os objetivos, demarcando assim, a evolução do sistema de ensino superior europeu (DIREÇÃO GERAL DO ENSINO SUPERIOR, 2008). Partindo desse princípio, os objetivos definidos para realização deste

relatório foram: desenvolver capacidade de reflexão demonstrando pensamento crítico quanto às atividades realizadas, transmitir as aprendizagens potenciadas ao longo deste trajeto no âmbito da humanização dos cuidados ao doente crítico, evidenciando as competências que daí brotaram.

A metodologia utilizada na conceção deste relato foi descritiva e reflexiva. E no sentido de facilitar a consulta este está estruturado por: introdução, onde consta o motivo para a frequência neste curso, o enquadramento do relatório no curso e uma breve descrição dos módulos de estágio; o primeiro capítulo de desenvolvimento que explana uma reflexão das atividades desenvolvidas com base nos objetivos de estágio, e consequentes competências adquiridas, expondo situações problema detetadas e as estratégias propostas para a sua resolução; o segundo capítulo esboça as aprendizagens possíveis de projetar para o contexto profissional, a conclusão, onde se lê uma análise dos principais aspetos tratados, considerações finais e perspetivas de futuro, as referências bibliográficas e, finalmente, nos anexos, onde vigoram documentos elaborados no decorrer do estágio que emergem como contributos para os locais de estágio.

2. Reflexão das Atividades Desenvolvidas e Competências Adquiridas

*“Nursing care comes in many forms.
Sometimes it is the ability to make someone feel
physically comfortable by various means.
Other times it is the ability to improve the body's ability
to achieve or maintain in health.
But often it is an uncanny yet well honed knack to see beyond
the obvious and address in some way the deepest needs of the human soul.”*

Donna Wilk Cardillo

A formação em Enfermagem concilia duas vertentes estratégicas: a teoria e a prática. A mobilização dos saberes científicos, absorvidos em contexto teórico, para a realidade prática permitem, gradualmente, o desenvolvimento de capacidades e a estruturação de competências do Saber-Saber, Saber-Fazer e Saber-Ser enquanto enfermeiros.

Os estágios têm um elevado potencial de aprendizagem e visam um acompanhamento em que se articula a prática clínica, o desenvolvimento profissional e a construção de uma inteligência emocional possibilitando o “crescimento” e a “maturação” pessoal e espiritual, referidos por Jean Watson na Teoria dos Cuidados Humanos Transcendentais (ABREU, 2007).

A aquisição de competências profissionais no âmbito da assistência ao doente em estado crítico e família, nomeadamente, na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEMC) requer proficiência na prestação de cuidados holísticos ao doente em processos de saúde complexos, em elevado risco de vida e assistência aos seus familiares.

Este estágio em meios da Delegação Norte do INEM e no SMI do CHBV-UA foi norteado por objetivos e atividades previamente definidos. Todavia, como cada campo de estágio apresenta as suas especificações foi necessário adequar as atividades de maneira a tornar os objetivos exequíveis e potenciadores de aprendizagem.

A Ordem dos Enfermeiros (2007), referindo-se aos enfermeiros especialistas, distinguiu competências comuns de específicas. As comuns são independentes da área de especialização, demonstram-se pela distinta capacidade de realização, gestão e supervisão de cuidados e preconizam a formação e a investigação como fundamentais. As específicas decorrem da prestação de cuidados direcionados às necessidades em saúde dos doentes e família, para cada área de especialização.

A consulta dos documentos que auxiliam a integração de novos elementos (estagiários ou profissionais) fornecendo indicações da realidade profissional de cada local de estágio foi algo que nos prontificámos a fazer no início de cada módulo para apropriar a forma de agir.

Os objetivos de estágio, que se distinguem a negrito ao longo do texto, foram definidos com base no Guia de Estágio do Curso de MEEEMC da UCP, nas Competências Comuns ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, apresentadas pela Ordem dos Enfermeiros e aprovadas em Assembleia Geral, e no nosso interesse pessoal e profissional enquanto enfermeiros especialistas em enfermagem médico-Cirúrgica.

Ao longo deste capítulo serão explanadas as atividades desenvolvidas para atingir objetivos, relatando experiências vivenciadas em cada módulo como as situações-problema e as medidas estratégicas realizadas ou propostas para a resolução das mesmas e ainda, os contributos que elaboramos. Esta análise finaliza-se com a identificação das competências adquiridas decorrentes dessas

aprendizagens. Para otimizar essa percepção também se evidenciam os módulos a negrito.

OBJETIVO: “Reconhecer a importância da prevenção de possíveis infecções e controlo das já existentes no doente crítico”.

Já no século passado, Florence Nightingale, a pioneira na arte de cuidar dizia *“it cannot be necessary to tell a nurse that she should be clean, or that she should keep her patient clean, seeing that the greater part of nursing consists in preserving cleanliness”* (NIGHTINGALE, 1969, p.87).

Continua inegável a pertinência desta temática nos dias de hoje. A Organização Mundial de Saúde (OMS) emitiu a Declaração “Saúde para todos no ano 2000” referindo a necessidade de criar um sistema que regulamentasse e avaliasse a qualidade e definiu, que um serviço de saúde de qualidade é aquele que *“organiza os recursos eficazmente de forma a ir ao encontro das necessidades de saúde dos que mais precisam de cuidados preventivos e curativos, de forma segura e sem desperdício”* (MANSOIA, 2010, p.11).

A qualidade em saúde é assim indissociável do tópico infeção. E são as Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) uma das preocupações que emerge na atualidade. Estas são infeções adquiridas pelos doentes *“em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afectar os profissionais de saúde durante o exercício da sua actividade”* (DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE, 2007, p.4).

O facto de serem entendidas como um indicador de qualidade (SILVA, 2010; WILSON, 2003) e por um terço destas IACS se considerar evitável (DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE, 2007) salienta a importância de agir no sentido de desenvolver e implementar estratégias de prevenção e controlo.

Pelo próprio ambiente de abordagem e impossibilidade de manutenção da assepsia em determinadas circunstâncias, o controlo de infeção também é um desafio no contexto **PH**. Atender às recomendações para a redução da incidência das IACS ergue-se como um objetivo para os profissionais envolvidos.

Aquando da primeira *check list* no **PH**, em que colaborámos, pudemos verificar que não se encontrava, de forma acessível, uma solução alcoólica para desinfeção das mãos. Paralelamente, na higienização da célula sanitária os produtos disponibilizados não eram utilizados eficazmente, a separação de resíduos hospitalares não se constatava e a lavagem das mãos não seguia o modelo conceptual da OMS, os “Cinco Momentos” para a higienização das mãos.

Como tal, promovemos algumas destas medidas, lembrando aos elementos da equipa a sua importância e impacto na esfera da saúde pública, procedemos à lavagem e desinfeção das mãos sempre que a situação o permitiu, alertámos para a informação contida nos panfletos dispersos pelas bases, colaborámos nas rotinas de limpeza incentivando a adequação dos produtos aos equipamentos/materiais e lembrámos a separação dos resíduos discutindo e refletindo sobre a informação publicada nos *posters* da Direção Geral de Saúde (DGS), afixados nas bases.

Uma vez que este tema foi uma necessidade detetada, imediatamente, pelo grupo de estagiários, decidimos elaborar uma Proposta de Intervenção (Anexo I) que visou: sensibilizar os profissionais da emergência médica acerca deste desafio que é a prevenção e controlo de infeção no âmbito **PH**, como medida de qualidade. Este documento pretendeu informar objetivamente sobre as indicações dos produtos disponíveis no INEM para a higienização de superfícies e equipamentos. Para compilar a informação foram elaborados e propostos dois *posters* relativos ao tema, nomeadamente, o *poster* A: Folha de instruções de higienização da ambulância e materiais e, o *poster* B: Catálogo de produtos de higienização, para integrar nos meios INEM. Ambos os *posters* foram idealizados

também para harmonizar a gestão dos recursos materiais, uma vez que ao conhecerem os produtos e a sua forma de preparação e utilização, os profissionais minimizam ou erradicam eventuais desperdícios. Esta finalidade enfatiza a nossa preocupação relativa à gestão dos recursos. O Anexo I foi entregue à enfermeira responsável pela formação e por estágios, e à enfermeira responsável pela Comissão de Controlo e Infeção (CCI) da Delegação Norte do INEM, para implementação após aprovação.

As IACS também são um importante alvo de intervenção a nível intra hospitalar como comprovámos na realidade do **SMI**. Estudos realizados revelam que as IACS apresentam repercussões a nível pessoal (doente e família), profissional (equipa multidisciplinar envolvida) e institucional, aumentando o tempo de internamento e/ou os custos inerentes (WILSON, 2003).

Como tal, motivámos o cumprimento das recomendações vigentes no Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde a todos os elementos da equipa multidisciplinar (no **PH** e no **SMI**) que prestavam cuidados diretos ao doente.

Participámos ativamente nas Vigilâncias Epidemiológicas em curso no **SMI** auxiliando o médico, no preenchimento de formulários estatísticos e incentivámos a equipa para a adesão aos programas. A interpretação dos dados permitiu que, através de conversas e partilhas informais, se refletisse sobre a prática.

Os cuidados de higiene e conforto são um pilar basilar da enfermagem. Neste contacto, o enfermeiro deve tratar e cuidar, observando, ouvindo, vigiando, monitorizando, respeitando, facilitando, ajudando (MALLIK, HALL e HOWARD, 2009).

E assim emergiram dúvidas quanto às intervenções mais corretas para preservar a integridade ocular do doente em estado crítico, uma vez que não existia um procedimento instituído no SMI.

Demonstrando motivação para aprender e desenvolver-se profissionalmente, pesquisámos e elaborámos uma proposta de procedimento acerca dos cuidados oftálmicos a prestar ao doente crítico internado no **SMI** (Anexo II). Esta foi divulgada oral e informalmente à equipa, aos enfermeiros tutores e ao enfermeiro chefe. Até ao *terminus* do módulo de estágio, o documento mantinha-se em apreciação pela chefia.

A PAV é a IACS mais prevalente nas unidades de saúde (MATOS e SOBRAL, 2010) o que torna a sua prevenção um foco da prática e da investigação em enfermagem. Existem várias situações que desencadeiam esse processo infeccioso, como: a colonização da orofaringe, a colonização gástrica e a ventilação mecânica (BARRETO e VIEIRA, 2001). Deste modo a PAV revela-se alvo de medidas preventivas, em especial nos doentes críticos.

Para o controlo de infeção oral deve proceder-se à higienização da boca (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2009), preferencialmente com clorhexidina (CLH) (MATOS e SOBRAL, 2010; RELLO *et al.*, 2010). Uma vez que no **SMI** era utilizado Cloridrato de Benzidamina, apresentámos uma proposta, igualmente fundamentada na evidência atual, para a substituição deste colutório por CLH (Anexo III). Além de ter sido divulgada informalmente junto da equipa de enfermagem, entregámos aos enfermeiros tutores e enfermeiro chefe um exemplar para apreciação e ponderação para implementação no serviço. Devido ao elevado fluxo de doentes, foi-nos dito que essa apreciação só seria possível mais tarde, acabando por concluir-se, entretanto, o módulo de estágio.

Praticámos e promovemos a higienização das mãos, nos cinco momentos preconizados, junto dos colaboradores, tendo verificado uma mudança comportamental, principalmente, na equipa de Assistentes Operacionais (AO) e na de enfermagem. Inicialmente era frequente vermos o AO despejar os sacos coletores de urina de todos os doentes sem higienizar as mãos entre cada um

deles. Esta metodologia de trabalho aumentava o risco de infecção cruzada pelo que estimulámos, diariamente, a higienização das mãos entre cada ação.

A infecção por *Methicilin Resistant Staphylococcus Aureus* (MRSA) é um problema de saúde pública emergente, pela facilidade de transmissão, responsável por elevadas taxas de mortalidade, morbidade e custos institucionais (CENTRO EUROPEU DE PREVENÇÃO E CONTROLO DE DOENÇAS, 2011; DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE, 2014).

Apesar do AO solicitar a higienização das mãos às visitas antes de entrar na enfermaria, reforçávamos a sua importância junto dos familiares, explicando sucintamente o seu carácter preventivo. Neste sentido propusemos oralmente a elaboração de um *poster* para afixação nas salas de espera do CHBV-UA, direcionado aos familiares, relativo à higienização das mãos como prevenção e controlo de infecção provocada pelo MRSA. Tratar-se-ia de uma medida de sensibilização à comunidade. A ideia da elaboração e afixação de um *poster* relativamente a esta temática foi registada pelo enfermeiro chefe para posterior discussão em reunião de serviço com a equipa de enfermagem, visto não fazer parte do plano de formação anual do serviço.

A descolonização dos doentes com MRSA, com recurso a administração de Mupirocina nasal associado ao banho corporal com CLH, demonstra ser muito eficaz na eliminação da bactéria (AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, 2013; OLIVEIRA e PAULA, 2012). Desta reflexão e de investigação em bases de dados científicas emergiu uma proposta que transmitimos oralmente aos enfermeiros tutores e chefe, para que, em conjunto com a equipa médica, estipulassem um procedimento, fundamentado na evidência, que visasse a diminuição da incidência de MRSA nos doentes internados no **SMI**. O documento que fundamenta essa proposta foi entregue ao enfermeiro chefe para apreciação visando a redação de um procedimento interno e sua implementação no SMI, rumo à excelência dos cuidados.

Também com o intuito de atingir o objetivo e assim contribuir positivamente para a melhoria dos cuidados prestados no **SMI**, usámos e promovemos o uso dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI), adequando a sua utilização ao quadro clínico do doente a abordar e ao procedimento a realizar.

Existia na biblioteca do **SMI** um guia orientador acerca das máscaras de proteção facial, elaborado por um enfermeiro da equipa, recentemente, mas que vários elementos o desconheciam. Baseado na evidência atual, considerámos pertinente solicitar ao enfermeiro autor e aos enfermeiros tutores que se mantivesse esse guia no balcão de enfermagem temporariamente para que fosse mais facilmente acessado, permitindo a sua rápida leitura. Fruto da partilha informal de conhecimentos, entre a equipa, verificámos mudanças comportamentais em alguns elementos, pois, a partir daí, foi notória a preocupação em apropriar as máscaras à intervenção a realizar.

Propusemos oralmente a troca periódica dos contentores de corto perfurantes existentes no **SMI**, uma vez que estes apenas eram retirados quando se encontravam cheios ou quando o doente tinha alta da unidade. A propagação bacteriana no interior destes contentores aumenta a incidência de microrganismos junto do doente, no caso dos contentores das unidades de doente, e nos tabuleiros e bancada de preparação terapêutica. Neste contexto, sugerimos identificar no exterior do contentor a data de abertura e definir uma data de fecho/desperdício que seria igualmente identificada no exterior do contentor.

A proposta foi comunicada ao enfermeiro responsável incentivando a realização de um momento formativo no seio da equipa. Apesar de, no final do módulo de estágio, ainda não haver parecer do enfermeiro chefe, alguns elementos já identificavam a data de abertura do contentor na unidade do doente.

Todas as propostas apresentadas ao enfermeiro chefe ficaram para integrar após o *terminus* do módulo de estágio pois este, ao ser responsável por dois serviços

(SU e SMI), referia necessitar mais tempo para apreciar e desencadear as ações indispensáveis para implementar novos procedimentos ou mudanças.

Também os dispositivos endovenosos nos reportaram para o tema do controlo de infeção. Estes são indispensáveis no tratamento ao doente crítico permitindo a administração de fluidos, hemoderivados, suporte nutricional e a monitorização invasiva (WILSON, 2003). A sua colocação e manuseamento são ações muito frequentes.

A forma como se manipulam estes dispositivos tem consequências significativas para a incidência de IACS. Os microrganismos que colonizam a pele na periferia da inserção do dispositivo podem atingir a corrente sanguínea migrando pelo exterior do cateter. Ou seja, por descuro da assepsia pode desenvolver-se infeção no local de inserção, manifestado por eritema, pus ou outro sinal (WILSON, 2003).

No **SMI** os cateteres venosos centrais (CVC) eram preferencialmente inseridos na subclávia. Os introduzidos na veia jugular ou na femural estão mais frequentemente associados a colonizações e infeções pela proximidade com secreções e fluidos e pela ação mecânica dos movimentos e a dificuldade em fixa-los devido à sua localização (WILSON, 2003). A preparação da pele antes da colocação de dispositivos intravasculares foi essencial. No **SMI**, sempre que houve oportunidade colaborámos com a equipa médica neste tipo de procedimentos invasivos, explicámos o procedimento ao doente, providenciámos o material e preparámos o doente, posicionando-o e lavando e desinfetando a superfície cutânea com solução de CLH em *prol* da Iodopovidona ou do Álcool a 70º, sendo esta uma prática recomendada (AMORAS, 2013).

Ao promover a assepsia na realização de pensos de cateter venoso central, de cateter arterial, de cateter de diálise e a feridas, também otimizámos a prevenção e controlo de infeção (no caso de feridas infetadas). Para tal foi fulcral decidir

como e por que ordem iríamos abordar os pensos, criar estratégias como a preparação prévia de todo o material para junto do doente e o uso de EPI adequados.

No decorrer do estágio no **SMI** detetámos que para proceder à desinfeção de dispositivos como as torneiras e cateteres eram utilizadas compressas não esterilizadas e álcool (num recipiente que não era o original) acondicionados nos carros de apoio. Os recursos não eram indicados pois não garantiam assepsia e também não se encontravam nas unidades dos doentes, ou seja, individualizadas.

Após discutirmos e refletirmos em conjunto e em equipa, concluímos que não se tratava do melhor método de trabalho. O enfermeiro chefe prontificou-se a propor a aquisição de desinfetantes individualizados ao Serviço de Aprovisionamento e, com isto, a implementação de uma medida educacional e estrutural que vise a prevenção e controlo de infeção.

Ainda no campo do controlo de infeção, clarificámos algumas práticas incorretas como o posicionamento dos sacos coletores. A contaminação do exterior destes dispositivos pode acontecer quando são colocados em drenagem passiva, em contacto com o chão ou outra superfície horizontal. Tratando-se de uma má prática, dissuadimos quem praticava a tarefa erradamente explicando os benefícios em ajustar a intervenção para aquilo que se preconiza como correto. Instruímos e demonstrámos como executar a tarefa diminuindo o risco de infeção para o doente e sem provocar danos ergonómicos para o profissional.

A separação dos lixos é também uma estratégia igualmente importante na prevenção e controlo de infeção (MALLIK, HALL e HOWARD, 2009). No **SMI**, todos respeitavam as advertências defendidas pela DGS.

Neste sentido, adquirimos competência para agir de acordo com as recomendações para a prevenção e controlo de infeção relacionadas com os

cuidados de saúde, indispensável no desempenho de funções como Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

OBJETIVO: “Identificar intervenções da abordagem à vítima no contexto da assistência PH”.

A resposta a situações de urgência é diversificada, podendo ir desde um simples ensino ou orientação para saúde, à emergência isto é, à atuação médica avançada de uma equipa diferenciada. O atendimento pré-hospitalar em Portugal continental, tem sido da responsabilidade do INEM (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2012). Neste contexto e para facilitar a nossa integração propusemo-nos a assistir à 1ª Edição de Ciclo de Conferências e Debates do Centro de Formação INEM do Porto. Por uma questão de agenda apenas nos foi possível comparecer a uma sessão (Anexo IV). Desta destacamos a partilha de conhecimentos acerca de uma realidade diferente (assistência ao doente do foro traumatológico em Israel) e a aquisição de conhecimentos relativos à abordagem a vítimas em cenários com matérias perigosas.

Em contexto **PH**, os socorristas, como podem ser os enfermeiros, não devem expor-se a si ou a terceiros a maior risco do que o que corre a própria vítima. Avaliar as condicionantes é o primeiro passo da abordagem à vítima em contexto extra hospitalar, ou seja, não controlado.

É necessário “assegurar-se que a cena seja segura e considerar cuidadosamente a natureza da situação” (NATIONAL ASSOCIATION OF EMERGENCY MEDICAL TECHNICIANS, 2007, p.70) pois a segurança dos socorristas é prioritária. O fardamento refletor, o posicionamento defensivo do veículo, o EPI e questões relacionadas com violência ou matérias perigosos no local devem ser apreciadas e solucionadas primeiramente. Avaliar o cenário, contextualizando o tipo de ocorrência, o número de vítimas e a eventual necessidade de outros meios bem

como avaliar a impressão geral da vítima são também tarefas indispensáveis do socorrista.

Nesse sentido, para além de respeitar o fardamento vestindo sempre o colete refletor que também nos identificava como elementos estagiários, procurámos perceber o dinamismo de abordagem questionando regularmente temas como o posicionamento da viatura em determinados cenários. No decorrer do estágio e ao alertar o enfermeiro tutor da presença de duas viaturas a transportar cargas perigosas na proximidade de locais de acidente rodoviário e de um derrame de líquido desconhecido na também na periferia de um acidente rodoviário, aplicámos conhecimentos científicos na prática.

A abordagem inicial à vítima através do protocolo existente consiste na execução de um exame rápido que facilmente interiorizámos e aplicámos, recorrendo à mnemónica “AcBCDE” em que o “Ac” atende à permeabilização da via aérea com controlo e estabilização da cervical, o “B” à otimização da ventilação, o “C” à avaliação da circulação, o “D” ao despiste de disfunção neurológica e o “E” à exposição e ambiente com controlo da temperatura corporal. No exame secundário, que comporta o histórico e o exame físico detalhado (NATIONAL ASSOCIATION OF EMERGENCY MEDICAL TECHNICIANS, 2007) ressalvamos como intervenções técnicas que efetuámos em **PH** a entubação com máscara laríngea, a auscultação cardiopulmonar, a realização e interpretação de eletrocardiograma de 12 derivações e toda a dinâmica de atuação em SAV.

Apesar de exercermos funções diariamente em contexto PH, nomeadamente, na RAA, sob alçada do Serviço Regional de Proteção Civil e Bombeiros dos Açores (SRPCBA), procurámos inteirar-nos dos protocolos em vigor no INEM pois os definidos pelo SRPCBA diferem dos utilizados no território continental. Por isso, lemos e discutimos o modo de atuação em **PH** nos distintos cenários junto dos elementos das equipas e aplicámos vários protocolos como o de “Abordagem à Vítima”, “Sedação e Analgesia”, “Abordagem ao Traumatizado”, “Alteração do

estado de consciência”, “Cefaleias”, “Convulsões”, “Défice motor/sensitivo”, “Diabetes e alterações da glicemia”, “Dispneia”, “Disritmias”, “Dor torácica”, “Hemorragia”, “Obstrução da via aérea”, “Paragem cardiorrespiratória no adulto” e “Trauma das extremidades e tecidos moles”.

Recorrendo à metodologia de registo, fomos assinalando, ao longo do módulo de estágio, por tópicos, o que sumarizava as ocorrências onde participámos. Assim redigimos um, sucinto, “Diário de Bordo” referente às ativações no **PH** (Anexo V).

A abordagem à vítima de foro traumatológico reúne condicionantes que a tornam específica. O *Systematic Approach to Vital Emergency Response* é uma abordagem metódica do socorro emergente que tem definidas orientações fixas para todas as partes envolvidas no salvamento inclusive o apoio PH. O encarceramento, isto é, a situação em que a vítima de acidente está confinada a um espaço do qual não consegue sair pelos seus próprios meios carece da ação de equipas especiais, nomeadamente, de Salvamento e Desencarceramento. A prestação de cuidados de emergência pode efetuar-se simultaneamente. A estabilização da vítima em **PH** foi vital pois os trabalhos de desencarceramento eram prolongados e exaustivos mas o foco era sempre a vítima.

Abordar cenários em contexto **PH** com mais que uma vítima permitiu-nos estruturar a conceção sistematizada dos cuidados respondendo pronta e eficazmente.

Discutimos com as equipas de **PH** possíveis abordagens em cenários multivítimas, extrapolando a reflexão para o contexto profissional, uma vez que somos elementos destacados para procedimentos no terreno em situações de exceção e catástrofe na Ilha do Faial.

Assim, no âmbito do **PH**, garantimos a segurança da equipa descrevendo e aplicando os princípios essenciais da assistência PH, como a segurança dos

socorristas e a atuação por prioridades, aplicámos os princípios da cinemática do trauma à avaliação da vítima, identificámos potenciais ameaças específicas de cada cenário, como o derramamento de líquido desconhecido na periferia de um acidente de viação mencionado anteriormente, integrámos princípios de anatomofisiologia e dados de avaliação da vítima, do foro médico ou cirúrgico, na assistência por prioridades diferenciando vítimas prioritárias para transporte imediato e aplicámos protocolos eficazmente. Estas experiências permitiram-nos adquirir e desenvolver competência para abordar e dinamizar a resposta a situações de emergência com um ou mais vítimas em PH.

OBJETIVO: “Adquirir e desenvolver conhecimentos científicos, técnicos e humanos caraterísticos na assistência ao doente crítico”.

A prestação de cuidados ao doente crítico requer conhecimentos atualizados e aprofundados sobre quadros patológicos graves, ou seja, problemas de saúde.

No **SMI** para obter novos conhecimentos e aprimorar outros no campo de processos de doença complexos, colaborámos com a equipa médica em procedimentos específicos como, a entubação orotraqueal, a traqueostomia percutânea, a inserção de dreno torácico, CVC, cateter arterial e cateter de diálise. Demonstrámos habilidades em SAV e identificámos antecipadamente focos de instabilidade reagindo eficientemente. Também espelhámos capacidade de gestão nos diferentes e complexos protocolos terapêuticos existentes.

Cuidar também é prevenir. E cuidar doentes em estado crítico requer mais cautela pela sua instabilidade e/ou suscetibilidade. Complicações como a Pneumonia Associada ao Ventilador (PAV) são, infelizmente, muito recorrentes em CI (MATOS e SOBRAL, 2010). A evidência reporta para uma série de recomendações que minimizam a incidência desta IACS.

Com base nessas indicações e transpondo os conhecimentos científicos e teóricos para a realidade prática, posicionámos os doentes entubados, sempre que possível, com a cabeceira a 30º - 45º, vigiámos a presença de condensação no sistema removendo-a quando observada, higienizámos a orofaringe, aspirámos secreções com técnica asséptica e removemos filtros de calor-humidade a cada 48 horas ou quando saturados. Estas ações permitiram-nos desenvolver conhecimentos técnicos e humanos através do contacto direto com o doente.

A artificialização da via aérea por entubação orotraqueal remete também para a necessidade de prevenir lesões traqueais, como o edema, hemorragia, ulceração, estenose (PENITENTI *et al.*, 2010). Ao fixar / imobilizar corretamente o Tubo Orotraqueal (TOT), vigiar a mucosa e monitorizar a pressão do *cuff* do TOT acautelámos essas complicações no **SMI**.

A perfusão sanguínea ao nível da traqueia acontece quando a pressão local ronda os 25 – 35 mmHg por isso, a pressão do *cuff*, considerada segura, ronda esse valor (PENITENTI *et al.*, 2010). A correta monitorização necessita de um manómetro de pressão de *cuff*. Esta vigilância deve ser efetuada regularmente pois, quando a pressão é insuficiente, não ocorre selagem da via aérea, aumentando o risco de infeção por aspiração de secreções das vias superiores (MATOS e SOBRAL, 2010; PENITENTI *et al.*, 2010; WILSON, 2003).

Segundo a maioria dos enfermeiros do **SMI**, o manómetro de pressão de *cuff* era pouco empregue no SMI por não se encontrar na unidade do doente e sim, num carro de apoio aos cuidados, por existir apenas um e no momento em que necessitavam estava a ser utilizado na unidade do doente em isolamento e, por considerarem desnecessária a monitorização frequente. Por isso, para além de vigiarmos a balão do *cuff*, monitorizámos regularmente a sua pressão utilizando e incentivando o uso do dispositivo, no sentido de garantir uma boa prática e assim, a prestação de cuidados seguros e de qualidade.

A alimentação em CI é específica e requer habilidades por parte de quem manipula. O suporte nutricional não é simplesmente o fornecimento de energia é, reconhecidamente, um requisito essencial do plano terapêutico do doente crítico (BARRETO e VIEIRA, 2001; PEREIRA, 2013).

A alimentação oral em CI é rara. Normalmente os doentes estão condicionados pelo estado de consciência, sedação e outros fatores clínicos, que obrigam a artificializar a via para nutrir, remetendo-o para a Nutrição Entérica (NE) e/ou Nutrição Parentérica (NP). A finalidade da alimentação no doente crítico é evitar a desnutrição, depressão imunológica, agravamento da função metabólica e, simultaneamente, fornecer reservas que visam a manutenção da massa muscular (PEREIRA, 2013).

A NE é a via preferencial para alimentar o doente crítico, e em especial aqueles que desenvolvem uma resposta inflamatória grave, ou seja, os que apresentam insuficiência de pelo menos um órgão (MALLIK, HALL e HOWARD, 2009).

O suporte nutricional dos doentes no **SMI** é definido pelo médico assistente com o apoio de nutricionistas, que diariamente analisam as suas necessidades energéticas. Neste sentido, contribuímos para uma adequada alimentação confirmando a posição da sonda, verificando a existência de conteúdo gástrico que alertasse para a possibilidade de estase gástrica e monitorizando as suas características, mantendo a permeabilidade da sonda lavando-a periodicamente com água, vigiando a ocorrência de qualquer alteração do padrão gastrointestinal.

Quanto à NE, o facto de vigiar o seu aspeto antes da administração, permitiu-nos detetar um aspeto anormal, heterógeno mesmo após agitar levemente, levando-nos a verificar que se encontrava fora do prazo de validade. No sentido de otimizar uma prática segura e exercendo a gestão do serviço como competência inerente a Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, confirmámos o restante *stock* existente no **SMI**, que também se encontrava fora

do prazo de validade, e providenciámos a sua devolução ao Serviço de Nutrição para ser desperdiçado.

A associação de procinéticos, como a Metoclopramida e a Eritromicina, a doentes com intolerância ou estase gástrica, é também uma indicação da *European Society of Clinical Nutrition and Metabolism* (KREYMANN, 2010) que se cumpre no SMI. Apesar da prescrição terapêutica ser um ato médico, é importante que o enfermeiro compreenda que a finalidade desta administração, é provocar parte dos efeitos secundários descritos, no sentido de gerar motilidade gastrointestinal, pelo que se preconiza a administração de doses reduzidas.

Para evitar o erro clínico associado à administração de medicação no **SMI** sugerimos a realização de dupla confirmação de medicação. Esta medida poder-se-ia aplicar a todo o esquema terapêutico. Assim, a preparação de terapêutica estaria submetida a duas fases, ou seja, um enfermeiro prepararia (separando a medicação sem a diluir ou retirar de invólucros) e outro confirmaria. Embora os enfermeiros concordassem com os benefícios desta dupla confirmação alegaram que isso seria mais uma sobrecarga de funções, no entanto demos conhecimento da proposta ao enfermeiro chefe.

Preparar as bolsas de NP monitorizando possíveis sinais de instabilidade do conteúdo como a mudança da cor ou consistência, identificando os suplementos adicionados (vitaminas hidro e lipossolúveis e/ou oligoelementos) assim como a data e hora de preparação, foram estratégias que utilizámos para cooperar na administração de alimentação ao doente crítico no **SMI**.

O plano terapêutico é abrangente e, para além da alimentação, também aborda a problemática da privação do sono, como uma causa importante de agitação, ansiedade e delírio nos doentes de CI. Esta é considerada fator precipitante de *stress* e causa importante do prolongamento do internamento (VILELA e FERREIRA, 2006).

Promover o sono e relaxamento através de medidas de conforto como otimização do ambiente e gestão farmacológica foram intervenções que realizámos no **SMI**.

A musicoterapia ainda é um método alternativo pouco explorado no processo do cuidar em enfermagem. Apesar desta forma de expressão artística potenciar o relaxamento e a comunicação, o seu uso deve respeitar os direitos à autonomia e auto determinação do doente em desejar ouvir música, ou não, no seu espaço terapêutico (VALENÇA *et al.*, 2013).

O **SMI** não possui as melhores condições para associar a musicoterapia ao tratamento mas três unidades de doente têm colunas de som acopladas ao computador. No contacto com um doente e filha percebemos que este apreciava música e, que no seu quotidiano, disponibilizava regularmente tempo para desfrutar desse gosto pessoal. Após discutir o assunto com os enfermeiros tutores, otimizámos os recursos materiais necessários para proporcionar breves minutos de música diariamente.

Segundo a filha do doente, este apreciava música clássica. Ao aceder ao *site youtube*, via *internet*, pesquisámos “música clássica” e permitimos que esta se ouvisse a um volume baixo mas audível no leito do doente.

Apesar de não ter sido uma estratégia aceite e praticada por todos os enfermeiros, por não acreditarem no seu potencial efeito terapêutico, aquando da remoção gradual da sedação e retirada do TOT, percebemos o impacto que a música tinha tido no doente porque ele agradeceu.

Ainda no sentido de proporcionar conforto, otimizámos o ambiente durante o período noturno diminuindo a luminosidade da sala. Quando necessário, utilizávamos o “braço” com foco luminoso da unidade do doente. Diminuímos o volume dos instrumentos de monitorização, mantivemos e incentivámos a conversação entre os elementos em tom de voz baixo e gerimos as atividades a realizar de maneira a minimizar o ruído.

O nível limite de ruído recomendado para uma Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) é 45 dB durante o dia e de 35 dB durante a noite (VILELA e FERREIRA, 2006). Embora não exista forma de avaliar este parâmetro no **SMI**, a evidência revela que a média nas UCI é de 50 dB podendo atingir os 80 dB. Por esse motivo alertámos constantemente a equipa para a necessidade de minimizar o ruído sempre que possível, sendo que estes compreenderam a sua importância e acataram a recomendação verificando-se uma mudança de atitude na equipa.

A implementação de protocolos que visem a proteção do sono do doente é pertinente pois a agitação tem efeitos prejudiciais, nomeadamente, a dessincronização ventilatória, a instabilidade hemodinâmica, o aumento do consumo de oxigénio e a expectável retirada accidental de dispositivos intravasculares (VILELA e FERREIRA, 2006).

Esquemas inadequados de sedação ou analgesia podem desencadear alterações ou flutuações agudas do estado mental, como a desatenção, alteração do nível de consciência e do pensamento e desorganização do discurso, revelando formas de delírio (OLSON, 2012).

No **SMI** não se aplica qualquer escala de avaliação de delírio. Por isso propusemos informalmente aos enfermeiros tutores a sua implementação para melhoria dos cuidados a prestar. Até ao *terminus* do módulo de estágio ainda não havia parecer do enfermeiro chefe quanto à integração de uma escala mas, desde logo, manifestou interesse em incluir o tema no plano das próximas sessões formativas no seio da equipa. Apesar de não existir um protocolo estipulado, o Haloperidol é frequentemente utilizado no tratamento de sintomas sugestivos dos vários tipos de delírio (hipoativo, hiperativo e misto), corroborando com a evidência (OLSON, 2012; VILELA e FERREIRA, 2006).

Sob supervisão, recorreremos a esta medida farmacológica quando prescrita e quando todas as intervenções supra mencionadas, nomeadamente as não

farmacológicas, não diminuíram a agitação do doente, procedendo à posterior reavaliação.

Ainda no que respeita a aquisição e desenvolvimento de conhecimentos característicos da prestação de cuidados ao doente crítico no **SMI**, tivemos a oportunidade de assistir e colaborar em provas de confirmação de morte cerebral. E implementar medidas de intervenção dirigidas ao dador de órgãos como: alternância de decúbito regularmente reforçando os cuidados à pele, vigilância contínua dos sinais vitais inclusive da tensão arterial e débito urinário para reposição de volémia controlada, monitorização eletrocardiográfica para despiste de arritmias, manutenção da assepsia nos procedimentos preconizados para evitar a exposição do dador a microrganismos e acompanhamento da família envolvendo-a nos cuidados e preparando-os para o processo de luto.

Os cuidados com o dador vivo e a relevância da transplantação de órgãos foram temáticas alvo de reflexão, informal, que envolveu os estagiários do curso de EEMC e a equipa multidisciplinar. Nesse sentido propusemos a elaboração de um cartaz de sensibilização que enaltecesse a importância da doação de órgãos remetendo a um último ato de amor ao próximo. A proposta foi registada pelo enfermeiro chefe que colocou a hipótese de discutir, futuramente, o projeto com o Diretor do Serviço, Conselho de Ética, Gabinete de Comunicação e Serviço Religioso.

Quanto ao desenvolvimento de aptidões humanísticas, tanto em **PH** como no **SMI**, procurámos não as dissociar do desempenho técnico, porque sempre cuidámos de pessoas e nunca de objetos. A comunicação, a empatia e a assertividade podem ser difíceis de estabelecer mas são uma ferramenta essencial para quem cuida com afinco.

Face aos direitos do doente, promovemos a confidencialidade e a segurança da informação e a privacidade do doente e família. Porque envolvia a vida do ser

humano foi essencial manter uma postura o mais humana, holística e respeitosa possível face à dignidade do doente, como nos casos de distanásia.

Analisando à luz da Bioética e do Código Deontológico do Enfermeiro, fomos capazes de dominar os conceitos de distanásia e ortotanásia, através de pesquisas bibliográficas e partilhas informais com a equipa de enfermagem, para poder participar ativa e fundamentadamente na tomada de decisão e prestação de cuidados, uma vez que são os enfermeiros que detém maior contacto com os doentes e família (BIONDO, SILVA e SECCO, 2009).

No **SMI** presenciámos situações consideradas distanásia remetendo-nos para a reflexão acerca da dignidade humana e os princípios da bioética. A humanização dos cuidados deve incluir a suspensão dos tratamentos fúteis e prejudiciais (CARNEIRO, 2008). Na procura constante de premiar uma atuação solidificada na vertente humana não agimos sem refletir e incitámos à análise crítica das intervenções individuais e de grupo, no sentido da excelência dos cuidados.

A pesquisa bibliográfica efetuada de acordo com as dificuldades encontradas tanto no **PH** como no **SMI**, canalizada para a prestação de cuidados ao doente crítico e família, permitiram-nos consolidar conhecimentos científicos, técnicos e humanos, aperfeiçoando a forma de atuar. E assim alcançámos a competência de prestar adequadamente assistência avançada ao doente com doença grave e/ou em estado crítico.

OBJETIVO: “Conhecer técnicas/procedimentos específicos da assistência ao doente crítico”.

A participação proactiva e consciente, dentro do nosso campo de competência, em todas as atividades assistenciais ao doente crítico possibilitaram-nos a concretização deste objetivo.

Em CI os doentes críticos estão, continuamente, monitorizados, as arritmias são facilmente detetadas. Contudo estas podem, simplesmente, ser consequência de um desequilíbrio hidroeletrólítico (BARRETO e VIEIRA, 2001).

Para além das análises sanguíneas, também as gasimetrias permitem detetar parte desses distúrbios pois quantificam, não só os gases como os iões, numa amostra arterial ou venosa.

Apesar da revisão das análises sanguíneas não serem uma prática comum no seio da equipa de enfermagem do **SMI**, decidimos interpretar, sob supervisão da equipa médica e de enfermagem, os dados analíticos correlacionando-os com as medidas em curso, de maneira a melhor compreender o objetivo terapêutico definido para cada doente.

Também as técnicas de substituição renal são intervenções específicas dos CI. A escolha da modalidade depende do quadro clínico e das vantagens e desvantagens de cada técnica assim como da disponibilidade de recursos humanos e materiais (BARRETO e VIEIRA, 2001).

No **SMI**, sempre que presenciávamos o início da execução da técnica de substituição renal montávamos as linhas de forma a familiarizarmo-nos com o equipamento e preparávamos a medicação necessária (anticoagulantes, antibióticos), manuseávamos o cateter de diálise com assepsia e vigiávamos o doente no decorrer do tratamento para despiste ou rápida reação perante eventuais intercorrências.

Averiguar a operacionalidade do material e equipamentos não é uma intervenção específica da assistência ao doente em estado crítico mas assume um papel primordial pois em situação de instabilidade urge agir prontamente e para tal é importante ter disponíveis e funcionais todos os materiais e instrumentos de emergência.

Após a desinfecção da unidade, na sequência da transferência do doente, e imediatamente antes de receber novas admissões, indagar a operacionalidade de toda a unidade foi uma boa prática que realizámos pois detetámos irregularidades, como a incorreta montagem do circuito do ventilador, o desacerto na balança da cama e a falta de sondas de aspiração na unidade do doente no **SMI**. Assim, reforçámos a importância, junto da equipa de enfermagem, de verificar a operacionalidade da unidade do doente periodicamente, principalmente, depois dos AO concluírem a sua limpeza e desinfecção após a alta/transferência do doente e antes de admitir um novo doente naquela unidade. Ao fazê-lo sistematicamente e aludindo para a boa prática que esta intervenção demonstra ser, pensamos ter incutido esse princípio nas atitudes da equipa, uma vez que, a verificação de toda a unidade passou a ser uma intervenção constante.

Desta forma, adquirimos competência a executar técnicas específicas e a manipular adequadamente diferentes dispositivos de assistência ao doente crítico.

OBJETIVO: “Reagir perante situações complexas e imprevistas, gerindo os cuidados de forma segura e fundamentada na evidência científica”.

A complexidade dos quadros clínicos dos doentes críticos acarretam sempre ameaça para a vida e a estabilidade é imprevisível.

O **PH** caracteriza-se pela prestação de cuidados ao doente de forma eficaz, lidando com o imprevisto, a limitação de recursos, a imprevisibilidade das condições meteorológicas, por vezes, a difícil acessibilidade às vítimas, sem negligenciar as condições de segurança dos envolvidos (quer sejam profissionais como transeuntes no local) que rapidamente alteram.

Na variedade de situações abordadas, algumas das quais envoltas em pluripatologia complexa como em contexto de SAV e cuidados pós reanimação, o

objetivo é sempre melhorar a condição em que o(s) doente(s) se apresenta(m) ou impedir o agravamento do quadro clínico sem descuidar a assistência à família.

Durante a Paragem Cardio-Respiratória a circulação espontânea cessa e os órgãos vitais deixam de ser perfundidos. As compressões torácicas bem feitas possibilitam o fornecimento de fluxo sanguíneo até 30% (FEITOSA-FILHO *et al.*, 2009).

Normalmente delegámos as compressões torácicas a um TAE ou Bombeiro para que como elementos mais diferenciados estivéssemos disponíveis quer para liderar a situação quer para a execução de intervenções mais específicas. Pela importância que as compressões assumem é essencial que estas sejam realizadas corretamente. Assim, instruímos, demonstrámos e possibilitámos que elementos menos experientes, como recrutas de cooperação de bombeiros pudessem treinar, investindo na excelência da eficácia das mesmas. Essas atitudes demonstraram a nossa habilidade para gerir os cuidados de forma segura e fundamentada, conforme se idealiza e preconiza enquanto enfermeiros especialistas.

Em CI, a realidade da complexidade e imprevisibilidade também está presente e faz jus ao termo “intensivo”. A imprevisibilidade é iminente e está sobretudo relacionada com a possibilidade de haver uma admissão a qualquer momento e/ou a alteração ou agravamento do quadro clínico de um dos doentes internados (CORREIA, 2012). A admissão de um doente no **SMI** não é programada. Mesmo quando proveniente da enfermaria, é importante agir e gerir a situação. Para tal, planeámos as hipotéticas intervenções de forma a preparar a unidade para acolher a tipologia do quadro clínico, garantir a definição de prioridades e integrando a equipa pluridisciplinar.

Apesar da necessidade de agirmos rapidamente, o facto de termos constantemente presente o processo de enfermagem foi essencial, pois este é a

base da nossa prática, que permite que os cuidados prestados sejam direcionados às necessidades físicas, espirituais e relacionais do doente e família (AMERICAN NURSES ASSOCIATION, 2015).

Na admissão decorria a fase de pesquisa, em que através da colheita de dados identificámos os problemas reais e potenciais, definindo, normalmente vários diagnósticos que contemplavam tanto o doente instável como a família a vivenciar ansiedade e medo (fase de diagnóstico). Na seguinte fase, a de planeamento, estabelecemos metas exequíveis e mensuráveis sob a forma de um plano de cuidados que incluía a intervenção de toda a equipa multidisciplinar (incluindo o Serviço de Nutrição e o Serviço Social, por exemplo). A operacionalização desse plano verificou-se na fase de implementação, onde desenvolvemos intervenções que, posteriormente, nos levaram a reavaliar para averiguar a eficácia dos cuidados definidos e prestados comparando os dados iniciais com os obtidos. Sendo este um processo contínuo, pudemos remodelá-lo consoante as necessidades que foram sendo apontadas (AMERICAN NURSES ASSOCIATION, 2015).

A imprevisibilidade e complexidade próprias do estado de saúde/doença do doente crítico, obrigaram-nos, muitas vezes, a reajustar mentalmente as intervenções definidas no processo de enfermagem devido à celeridade que obriga a uma intervenção rápida e eficaz em tempo real para benefício e estabilização do doente.

Também a dor é contemplada no processo de enfermagem e pode revelar-se um problema complexo em CI. De forma geral ela é uma experiência habitual nos doentes, pelo que o enfermeiro deve estar atento e intervir no sentido de a aliviar (MALLIK, HALL e HOWARD, 2009; VILELA e FERREIRA, 2006).

O significado da dor tem influências culturais e espirituais tornando-o pessoal (MALLIK, HALL e HOWARD, 2009). A dor é uma experiência subjetiva, que deve

ser valorizada no plano terapêutico, considerando as expectáveis repercussões desta na progressão do estado clínico.

No **SMI** a avaliação da dor não segue um procedimento ou instrumento de avaliação, pelo que acaba por depender da interpretação individual do enfermeiro ou do médico, que se fundamentam em sinais como o gemido, a sudorese, parâmetros vitais sugestivos, a expressão facial, o comportamento ou postura involgar ou antálgica, o tónus muscular, a ansiedade, entre outros (VILELA e FERREIRA, 2006).

A gestão da dor exige trabalho em equipa. É importante identificar os fatores precipitantes e a intensidade, para poder agir em conformidade. A Circular Normativa nº11/DSCS/DPCD da DGS publicada a 18 de junho de 2008 (DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE, 2008) reforça o papel do enfermeiro no controlo do 5º sinal vital, a dor. A avaliação, registo, controlo e reavaliação devem ser contínuos para otimizar a titulação analgésica e conferir segurança aos cuidados prestados.

No **SMI** a dor é avaliada regularmente pelos enfermeiros, que consideram as auto avaliações feitas pelos próprios doentes, quando possível, e/ou o comportamento do doente. Para completar a correta e completa avaliação da dor sugerimos a implementação de uma escala validada como a Escala Verbal Numérica, a Escala Visual Analógica, a Escala Comportamental da Dor ou a Escala de Comportamentos Indicadores de Dor. No entanto este era um projeto já entregue a um grupo de enfermeiros do SMI, que após contacto referiu não necessitar de ajuda uma vez que o projeto estava finalizado e apenas necessitava do parecer das chefias. O objetivo desse projeto era implementar a Escala de Comportamentos Indicadores de Dor no SMI.

Quanto aos doentes que referiam dor, perante a ineficácia das medidas não farmacológicas, que variam desde o reposicionamento, o alívio de zonas de

pressão e a massagem, entre outros, necessitámos de recorrer a medidas farmacológicas. A gestão da analgesia é uma situação complexa pois pode interferir com o estado clínico, aliviando a dor mas induzindo dano significativo no doente, pois todos os medicamentos provocam efeitos secundários indesejáveis. Gerir a analgesia por indução química e adoção de medidas de conforto avaliando regularmente o efeito das suas ações, foram ações que realizámos para proporcionar alívio de dor aos doentes no **SMI**. Este é um dos exemplos de intervenção que requer mestria para cuidar em CI.

Resumidamente, o estabelecimento de prioridades e a planificação das respostas adequadas aos possíveis cenários, foram as estratégias que adotámos para gerir a imprevisibilidade das situações que surgiram no **PH** e no **SMI**. A reflexão conjunta com a equipa multidisciplinar também nos permitiu, identificar falhas e determinar medidas resolutivas para praticar em futuras situações. Assim, assevera-se que adquirimos competência para reagir perante situações complexas e imprevistas, gerindo eficazmente a prestação de cuidados.

OBJETIVO: “Desenvolver a capacidade de tomada de decisão perante situações urgentes / emergentes incluindo responsabilidade ética e deontológica”.

A tomada de decisão fundamentada face a problemas detetados é uma habilidade que o enfermeiro, que percorre o caminho da especialização, almeja.

Tanto no **PH** como no **SMI**, aceitámos com responsabilidade as críticas às nossas ações de forma a melhorar os cuidados que prestámos, partindo da reflexão construtiva. E reconhecemos os nossos limites de atuação, distinguindo o que era da competência da enfermagem e das restantes classes.

Sob supervisão, delegámos funções aos TAE's (no **PH**) e aos AO (no **SMI**), nomeadamente a recolha de lixo quando os depósitos se encontravam cheios e a

reposição pontual de material clínico na célula sanitária, malas, unidade do doente, entre outros, uma vez que estas atividades são proporcionais às suas capacidades e enquadram-se no âmbito da sua prática.

Autonomamente, gerimos a temperatura corporal dos doentes ao optar pelo arrefecimento externo ou pela colocação de cobertor na cama, programámos alarmes na amplitude aceitável para cada doente, posicionámos os doentes de acordo com uma avaliação holística dos mesmos, aspirámos secreções aos doentes ventilados sempre que entendemos que era essa a causa das pressões elevadas nas vias aéreas, realizámos higiene oral e trocámos nistros de fixação de TOT sempre que considerámos importante, mesmo não estando na hora definida para o efeito, propusemos ao médico a antecipação da administração de aerossol terapêutico em doentes que se apresentavam dispneicos e com tosse produtiva e decidimos abordar familiares em situação de crise ouvindo-os e encaminhando-os para serviços de apoio como o Serviço Social e o Serviço Religioso.

À *posteriori* pudemos constatar que as famílias obtiveram o apoio que necessitavam em determinada fase. Por exemplo, solicitámos a colaboração do Serviço Social aquando de uma visita, a fim de discutir a possibilidade de providenciar apoio domiciliário para o marido de uma doente internada no SMI, que era dependente em algumas Atividades de Vida Diárias. O casal não tinha mais familiares próximos pelo que era a esposa que assumia o papel de cuidadora. A imprevisibilidade do seu internamento levou à desorganização familiar. Ao aceitarem a ajuda proposta, fomos reavaliando junto da doente e seu marido e a situação reverteu-se, a doente já não se demonstrava tão preocupada e o marido já não revelava ansiedade face à sua dependência. Esta assistência permitiu-nos atenuar uma crise familiar. Os enfermeiros tutores enfatizaram a importância deste tipo de atitudes referindo-as como intervenções bem aplicadas.

A hospitalização, em especial em CI, representa uma rotura do quotidiano familiar, gerando preocupação. Por isso, durante o módulo de estágio no **SMI**, tomámos iniciativa de abordar os familiares, pois acreditamos que o cuidado de enfermagem se estende a estes.

O contacto com o familiar não se reduziu à colheita de dados relativos ao doente. Também possibilitámos a flexibilização do horário de visita e esclarecemos dúvidas e preocupações no sentido de fomentar e maximizar a relação terapêutica uma vez que atendemos às necessidades emocionais, sociais e ambientais dos familiares corroborando com a evidência (MEZZAROBA, FREITAS e KOCHLA, 2009).

Os familiares podem vivenciar ao lado do doente as fases do tratamento, demonstrando também eles, medo, angústia, dúvidas, frustração (AL-MUTAIR *et al.*, 2013; MEZZAROBA, FREITAS e KOCHLA, 2009) conforme foi dito anteriormente.

No **SMI**, preparámos previamente os familiares e acompanhamo-los no período de visita, estando presentes para escutar ativamente, explicar a diferença da sala aberta em CI relativamente às enfermarias, a existência de determinados equipamentos junto do doente, os cuidados realizados e as incertezas que os assolavam, o afastamento, o receio da morte e da perda de controlo da situação. Integrámos a família no foco da prática permitindo que se adaptassem à mudança, respeitando as suas decisões, porque isso significava transformar o Cuidar num processo mais humano (AL-MUTAIR *et al.*, 2013).

O enfermeiro deve participar ativamente, incluindo-se, no processo de tomada de decisão que visa a resolução de problemas que envolvam questões éticas e legais. Partindo dos Princípios da Bioética e do Código Deontológico do Enfermeiro, humanizámos a assistência ao doente crítico e família ajudando-os a equacionar os processos de doença e suas mudanças.

Resumindo, é aceite que o Enfermeiro apto e com competência para tomar decisões e executar determinados atos o faça, sob uma consciência ética, em *prol* do melhor para o doente. Com base nesta premissa, adquirimos competência para reagir e decidir, com base em princípios humanos, éticos e deontológicos.

OBJETIVO: “Comunicar conhecimentos do âmbito profissional à equipa multi/interdisciplinar, utilizando terminologia apropriada”.

Comunicar com a equipa multidisciplinar exige clareza e rigor. E a transmissão de dados impõe o uso de terminologia adequada.

Usar ou não usar termos técnicos corretamente não é uma mera questão semântica ou de irrelevância. Se se pretende transmitir oralmente ou por registo escrito, numa perspetiva construtiva, qualquer assunto (neste caso sobre os doentes) deve-se fazê-lo utilizando termos próprios que garantam a continuidade, a segurança e a qualidade dos cuidados prestados.

Tanto em contexto prático (**PH** e **SMI**) como nas reflexões individuais e coletivas adaptámos o discurso ao destinatário independentemente da sua categoria profissional, rumo ao alcance de uma comunicação eficaz.

E foram várias as partilhas informais com a equipa multidisciplinar, acerca de temáticas intrínsecas aos cuidados que prestámos.

No **PH**, refletimos sobre a atuação dos TAE's, que pareceu-nos cingir-se ao seguimento de protocolos, sem demonstração de capacidade de fundamentação nas ações que realizavam. Um exemplo prático presenciado em AEM foi a administração de oxigénio por máscara a 3 Lt/min em um doente que referia dispneia. Apenas foi avaliada a saturação periférica de oxigénio apresentando 91%. A abordagem efetuada pelos TAE's não incluiu a avaliação da frequência respiratória, o uso de musculatura acessória, presença de tiragem, nem

relacionou a coloração da pele ou compreendeu a relevância dos antecedentes pessoais. Esta arte de cuidar carece de juízo clínico que os TAE's não podem exercer por não possuírem formação que o permita. O doente em causa tinha Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica e acabava de discutir com o filho. Estaria polipneico ou dispneico? Pela ansiedade ou por agudização da doença? O oxigénio é considerado um fármaco, tóxico em determinadas dosagens, pelo que é importante saber titula-lo com precaução.

Também em contexto **PH**, refletimos acerca de algumas funções dos TAE's. Por exemplo, os TAE's administram Glucagon[®], via intramuscular, no âmbito do protocolo de "Hipoglicemia nas AEM". Serão estes profissionais capazes de avaliar o doente e elaborar o juízo crítico que assegure a segurança dos cuidados? Não no que consta à tecnicidade, já que a administração de injetável é facilmente assimilada através da prática. Aludimo-nos sim à capacidade de reagir perante as hipotéticas reações fisiológicas inerentes. Refletimos, questionámo-nos e discutimos, informalmente, com alguns elementos das equipas de emergência PH. De uma forma geral, discordam com o protocolo pois consideram que os TAE's, com a sua formação base, não têm alicerces conceptuais que viabilizem a realização dessas ações. No entanto referem que o objetivo é aproximar a metodologia de atuação dos técnicos europeus aos americanos pelo que o mais provável, num futuro próximo, será adaptar o plano de formação dos TAE's.

Compreendemos as vantagens da medicalização do **PH** na filosofia da Emergência Médica "*Stay and Play*" em detrimento da "*Scoop and Run*", e apesar de muito se debater acerca de qual será o melhor sistema, mantivemos a convicção de que estas ações que pretendem o melhor atendimento possível ao doente requerem formação específica, avançada e fundamentada (MATEUS, 2007).

Em Portugal está definido o modelo “*Play and Run*” que mantém as vantagens de ambos os modelos anteriormente referidos (MATEUS, 2007). Este tem como objetivo respeitar o conceito de “*Golden Hour*” mas inicialmente são sempre enviadas AEM que ao serem o primeiro meio de emergência **PH** a chegar ao local assumem a situação até a chegada de uma equipa mais diferenciada. Então porque não se transformam as AEM em ambulâncias SIV garantindo uma cobertura de cuidados PH por pessoal diferenciado? O atendimento PH mais do que um serviço prestado à comunidade, é um serviço que poderá fazer a diferença entre a vida e a morte, entre a recuperação total *versus* a recuperação com sequelas. Não obstante engrandecemos a dedicação dos TAE’s à profissão, ao Instituto e à comunidade.

Os TAE’s estão sempre disponíveis para aprender e evoluir, e são profissionais empenhados. No terreno pudemos constatar vários episódios de sucesso, como por exemplo, uma situação em que estávamos em SIV, e fomos ativados para assistir um adulto inconsciente que entretanto tinha entrado em paragem cardio-respiratória. Ao chegarmos ao local, um TAE, destacado para o Motociclo de Emergência Médica, inicialmente sozinho, socorreu a vítima eficazmente pois avaliou a vítima, seguiu um protocolo e oportunamente iniciou SBV com auxílio de DAE intercalando o pedido de ajuda diferenciado. À nossa chegada a vítima apresentava sinais de vida, foi estabilizada e transportada para a unidade de saúde destacada pelo CODU.

Mesmo assim os enfermeiros do PH manifestam alguma preocupação quanto a determinados protocolos definidos pelo INEM para os TAE’s, pois como mencionámos anteriormente, existem intervenções que obrigam a um juízo clínico que os TAE’s não conseguem executar porque não são enfermeiros.

Em especial no **SMI**, refletimos sobre o fim da vida em CI, sobre a evolução da Medicina e o constante investimento no doente, os direitos humanos e os

princípios da bioética inerentes. Esta análise e discussões informais no seio da equipa remeteu-nos para a temática do testamento vital.

Este é um documento onde a pessoa titular pode definir os cuidados de saúde que deseja ou não obter (suporte artificial das funções vitais, tratamentos experimentais, cuidados paliativos, entre outros) e também permite nomear um procurador de cuidados de saúde (LEI Nº25/2012 de 16 de julho da Assembleia da República, 2012).

Permitir o direito à auto determinação através das diretivas antecipadas de vontade é possibilitar ao doente a determinação autónoma do fim da sua personalidade, ou seja, da configuração da sua própria vida no momento da finitude (NIETO, 2013).

Também a reflexão acerca da comunicação com o doente e família permitiu-nos entender a importância de nos disponibilizarmos para escutar ativamente e obter informações relevantes para agir em conformidade privilegiando a continuidade dos cuidados, bem como de sermos assertivos nas nossas abordagens, tanto em contexto **PH** como no **SMI**.

Além destas e outras reflexões e conversas informais com a equipa também executámos o registo de todas as nossas intervenções bem como dos seus resultados, de forma clara, completa, adequada e precisa através do recurso a terminologia científica, atestando a transmissão de informação e promovendo a uniformização da mesma.

No **SMI** ao acompanhar uma aluna finalista do curso de licenciatura em Enfermagem procurámos transmitir conhecimentos da prática profissional e das aprendizagens decorrentes deste estágio, seguindo o mesmo princípio.

A pesquisa em bases de dados científicas e a exposição dos resultados à equipa, de forma informal, facilitaram o aperfeiçoamento da aptidão em comunicação em contexto profissional.

Deste modo, conquistámos competência para comunicar com profissionais de saúde, expondo temáticas complexas, de forma objetiva e perceptível.

OBJETIVO: “Comunicar assertivamente com o doente e/ou família que experienciam situação de crise”.

A comunicação é uma ferramenta terapêutica fulcral para o processo de cuidar que reforça a relação enfermeiro/doente/família. Para Paul Watzlawick, teórico que muito teceu acerca da pragmática da comunicação, esta era inevitável pois toda a nossa ação é comportamento, não existindo “não-comportamentos” e todo o comportamento subentende uma mensagem, pelo que não paramos de comunicar (BOLANDER, 1998).

Assim, a comunicação é um processo interativo que consiste no envio e recebimento de mensagens entre duas ou mais pessoas (RILEY, 2004).

A relação entre a tríade enfermeiro/doente/família é exemplo disso. O enfermeiro deve ser capaz de transmitir e de decodificar adequadamente as mensagens que o doente ou família emitem para melhor compreender e atuar perante eles. Contextualizando, a comunicação é o alicerce da relação terapêutica (MEZZARROBA, FREITAS e KOCHLA, 2009) e um indicador de qualidade dos cuidados prestados.

Assim, tanto no **PH** como no **SMI**, aperfeiçoámos constantemente a competência da comunicação com o doente e família que vivenciam uma mudança nos seus processos de saúde.

O comportamento assertivo é essencial para estabelecer uma comunicação eficaz entre enfermeiro e doente/família (RILEY, 2004). Deve transmitir-se assertividade por isso apresentámos um discurso objetivo e verdadeiro com mensagens congruentes, apelando à tomada de decisões, demonstrámos respeito e mantivemos uma postura calma, disponível e verdadeira evitando a falsa esperança.

A comunicação depreende a aquisição de competências no domínio cognitivo, afetivo e psicomotor. Por isso foi muito importante, possuir saberes que fundamentaram a forma como comunicámos, acreditarmos no valor e impacto da comunicação na promoção do bem-estar e implementarmos na prática, estratégias de comunicação assertiva e eficaz (RILEY, 2004).

No **PH**, a situação é que determina a estratégia a utilizar. Mas nas situações emergentes a comunicação está comprometida. O doente pode estar amedrontado, com dor e incapaz de se expressar, a equipa pode experienciar *stress* acrescido por “lutar contra o tempo” e a família uma ansiedade extrema. O canal de comunicação normalmente não é o ideal pois pode existir muito ruído num ambiente extra-hospitalar, ou seja, não controlado, como a rua, pelo que acresce a necessidade de concentração e empenho.

Ao explicar os procedimentos que pretendíamos efetuar ao doente, obtivemos a sua permissão para o fazer, o que conseqüentemente, potenciou a relação de confiança entre enfermeiro e doente aumentando a segurança de ambas as partes. A colheita de informação junto dos familiares também permite tranquiliza-los. Mas, no que respeita a comunicação, a transmissão de más notícias continua a ser a maior dificuldade dos profissionais de saúde.

As más notícias são aquelas que são consideradas desagradáveis para o doente e família. Embora se associe a morte ou doenças graves e terminais, também a abordagem a patologia menos dramáticas mas que obrigam a uma mudança no

quotidiano do doente e família, podem ser traumatizantes e, por isso, tratadas como más notícias (LINO *et al.*, 2011).

Em ambos os campos de estágio verificámos que não existia um procedimento estipulado. No **PH**, os médicos referiam que recorriam aos psicólogos do Centro de Apoio Psicológico e Intervenção em Crise do INEM, no sentido de partilhar experiências e delinear estratégias. No **SMI**, a equipa médica tinha definidas *guidelines* baseadas nos protocolos “SPIKE” (BAILE *et al.*, 2011) e “ABCDE” (RABOW e McPHEE, 1999). Nesse sentido, sugerimos informalmente, aos enfermeiros tutores e enfermeiro chefe, a estruturação de um procedimento interno que orientasse e uniformizasse a comunicação das más notícias.

Dar notícias difíceis é um processo gradativo que desencadeia reações emocionais e físicas no doente e/ou família. Porém a verdade deve prevalecer em todo o processo de saúde/doença para que os doentes exerçam o seu direito de autodeterminação e arbítrio (SILVA, 2012).

Ao disponibilizarmo-nos para escutar ativamente revelámos interesse. Mesmo os nossos momentos de silêncio foram tidos como forma de comunicar. Instruímos de forma simples e concisa para ajudar o doente/família a orientar-se, recorremos a comentários abertos que possibilitaram que o doente/família direcionassem a comunicação no sentido da resolução das suas necessidades, recapitulámos e clarificámos sempre o que foi dito para solicitar validação e compreender a mensagem recebida, delineámos juntamente com o doente/família as ações a desenvolver para reiterar o seu papel ativo neste processo de tratar e cuidar.

Foi essencial acolher o doente e família com calor humano, tratando-os com respeito e cordialidade, dar-lhes tempo para pensarem, demonstrar proximidade, congruência das atitudes e discurso, sermos empáticos e distinguirmos a queixa aparente, do problema real, enfatizando a mesma, para que a comunicação

terapêutica resulte com eficácia aumentando o potencial terapêutico da relação com os doentes e família (CERON, 2011; RILEY, 2004).

No que respeita ao relacionamento com o doente e família, deve manter-se a distância física apropriada, ou seja, respeitar o limite da zona social. E, na assistência ao doente, quando necessário ultrapassar esse limite, penetrando na zona familiar/pessoal ou até na íntima, solicitou-se autorização, respeitando a sua decisão (GRIFFIN, LEDBETTER e GLENN, 2014).

No **PH** e no **SMI**, adotámos uma postura serena que transmitiu confiança e usufruímos do toque terapêutico, pedindo feedback ou interpretando a reação do doente, para favorecer a relação de ajuda e consequentemente a comunicação entre prestador de cuidados e doente (O'LYNN e KRAUTSCHEID, 2011).

O facto de termos sido específicos, claros e objetivos tornou a nossa comunicação mais lógica e vantajosa, no **PH** e no **SMI**. E reconhecer a presença do doente e família, não apresentando conversas paralelas enquanto os abordámos foi essencial, demonstrando interesse e total atenção.

No **SMI**, a comunicação com o doente inconsciente não deve ser descurada. O doente inconsciente pode ouvir e está descrito que a estimulação auditiva induz reações neurológicas e fisiológicas (JESUS, SIMÕES e VOEGELI, 2013).

Por esse motivo também abordámos os doentes inconscientes pelo nome, cumprimentando-os e descrevendo os procedimentos de forma simples. Porque reconhecê-los como pessoas é reconhecê-los na sua dignidade incondicional (NEVES e OSSWALD, 2007). Estes não podem ser reduzido a um corpo, devem ser cuidados como pessoas.

O facto de se penetrar para além da zona social da pessoa sem receber permissão é uma falha na relação enfermeiro-doente. Não podendo obter

autorização do doente inconsciente é importante atuar conforme os princípios da beneficência, não maleficência e justiça como consta no *Principles of Biomedical Ethics*, e cuidar com respeito os mais vulneráveis (BEAUCHAMP e CHILDRESS, 2009).

A empatia é outra ferramenta muito útil no processo de comunicação. Ser empático é colocar-se no papel do outro reconhecendo perante este que sabemos o que é estar no seu lugar, sem emitir juízos de valor (RILEY, 2004). A empatia que estabelecemos foi crucial para os doentes saberem que tinham sido compreendidos e que não necessitavam esforçar-se para justificar os seus pontos de vista.

Para além de estarem na base de focos de intervenção de enfermagem, a espiritualidade e a religiosidade também podem ser ferramentas de comunicação. A espiritualidade é subjetiva e reporta a crenças e valores individuais na procura do sentido da vida. É indissociável do ser humano e, como tal, essa dimensão deve ser integrada na prática de cuidados de enfermagem. A religiosidade define-se como uma sistematização de rituais que determina a forma como as pessoas acedem ao plano divino/sagrado (PENHA e SILVA, 2012).

No **PH** e no **SMI**, ao compreendermos a espiritualidade como uma força interior que possibilita o reconhecimento profundo do sentido dos acontecimentos da vida, identificámos o sofrimento espiritual como um desequilíbrio a abordar e definimos um diagnóstico (NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION, 2010), intervimos incentivando à reflexão e procura de significado, escutando ativamente, permitindo o contacto com familiares e amigos se o desejasse, e fosse possível e recorrendo à escuta ativa, ao silêncio ou toque terapêutico (CALDEIRA, BRANCO e VIEIRA, 2011).

No plano da religiosidade, e sendo este um meio para atingir o bem-estar espiritual, depois de percebermos que tanto os doentes como a família eram

crentes e praticantes da religião cristã, questionámos se desejavam receber os sacramentos da Eucaristia, da Confirmação ou da Unção dos Enfermos, pelo que solicitámos algumas vezes a colaboração do Capelão Hospitalar no **SMI**.

Tanto no **PH** como no **SMI**, disponibilizámo-nos para ouvir e conversar, junto do doente ou não, fomos assertivos e instituímos a fé e a esperança no discurso relembrando que mante-las poderia facilitar a compreensão da complexidade do ser humano doente e assim, entender, aceitar e enfrentar o processo de cura ou reabilitação ou morte, por parte do doente e da família (CALDEIRA, BRANCO e VIEIRA, 2011; PENHA e SILVA, 2012).

E assim, obtivemos competência em comunicar com o doente e família que evidenciam perturbações emocionais como sentimentos de angústias, medo, frustração decorrentes da mudança do estado de saúde para doença ou perda.

OBJETIVO: “Desenvolver proficiência de trabalho em equipa no âmbito da prestação de cuidados ao doente crítico”.

No sentido de aperfeiçoarmos diariamente aptidões para um harmonioso e eficiente trabalho em equipa no **PH** e no **SMI**, aquando da prestação de cuidados ao doente em estado crítico, considerámos a coordenação entre os elementos da equipa de saúde (CUNHA, 2011) e a articulação entre diferentes equipas, como com os agentes da Polícia de Segurança Pública (PSP) no **PH** (LEI Nº48/90 de 24 de agosto da Assembleia da República, 1990), uma mais valia para a segurança no atendimento das vítimas.

A assistência pré-hospitalar eficaz está intimamente ligada ao bom funcionamento das equipas de saúde (AMARO, 2004). Tendo sido possível verificar essa premissa tanto no seio da equipa de **PH** como na do **SMI**, onde corrobóramos a sintonia de atuação entre os profissionais, como no relacionamento com outras entidades e serviços.

Em **PH**, sempre que foi possível e pertinente apresentámo-nos (nome e categoria) não só aos elementos que prestavam socorro médico como a todos os envolvidos nas ocorrências (responsáveis de escola, Bombeiros, agentes da PSP e/ou da Guarda Nacional Republicana). Mostrámo-nos proactivos e disponíveis para colaborar dentro das nossas limitações.

Com respeito pelos campos de atuação e com tenacidade na cooperação, a execução articulada de vários procedimentos em paralelo tornou o nosso atendimento ágil e rápido sem deletério para o doente. Concluímos que o essencial é que cada um individualmente reconheça as suas competências e limitações e aplique os saberes operando em cada situação com espírito de equipa.

O trabalho em equipa traduz-se em ganhos para a saúde. Equipas que definem metas são mais produtivas e eficazes (WHEELAN, BUECHILL e TILIN, 2003). E a evidência diz que as equipas de CI que reúnem esforços para desenvolver proficiência no trabalho em equipa ostentam menores taxas de mortalidade na sua casuística (WHEELAN, BUECHILL e TILIN, 2003).

Deste modo, o trabalho em equipa que desenvolvemos tanto no **PH** como no **SMI**, que compreendeu processos de comunicação, liderança democrática e participativa, coordenação e tomada de decisões também foi um indicador de qualidade dos cuidados de saúde prestados e permitiu a aquisição de habilidades e saberes neste domínio.

Para atingir o objetivo, no **PH** e no **SMI**, estabelecemos relações de trabalho construtivas com os enfermeiros e a restante equipa multidisciplinar através da comunicação, empatia e assertividade. Colaborámos ativamente na definição de estratégias, nas atividades desenvolvidas, na avaliação e reavaliação de intervenções e refletimos em conjunto sobre as ações realizadas.

No **PH**, ao passar pelo CODU deparámo-nos com as dificuldades sentidas pelos operadores na obtenção da informação prioritária via telefone. Por este motivo elaborámos um folheto informativo acerca da chamada para o número 112, o Número Europeu de Emergência (Anexo VI).

Este relembra sucintamente como se deve proceder e que dados devem ser fornecidos ao operador para melhorar o atendimento PH. Este documento foi entregue à enfermeira responsável pela formação e estágios da Delegação Norte do INEM. Após o seu parecer positivo, o folheto e informação anexa foram encaminhados para o Gabinete de Comunicação e Imagem do INEM para avaliação.

O trabalho em equipa não reduz o campo de ação para os departamentos de saúde, sendo importante dinamizar a partilha de informação com a população. A aliança com outros serviços permite chegar mais facilmente ao nosso alvo, a comunidade. Nesse sentido, redigimos um artigo de revisão que visa sensibilizar a população. O artigo foi publicado no Jornal Diário de Aveiro (cidade de Aveiro) (Anexo VII).

Como residente na Ilha do Faial e elemento da equipa SIV, considerámos que esta necessidade não é um problema que se verifique apenas a nível continental, sendo transversal a todo o país, inclusive o arquipélago. Assim, decidimos adaptar o artigo à realidade da região autónoma tendo sido publicado no Jornal Incentivo (Ilha do Faial) e no Jornal Ilha Maior (Ilha do Pico), como se pode confirmar nos Anexos VIII e IX, respetivamente.

O transporte intra-hospitalar de um doente do **SMI** também é exemplo de trabalho em equipa e gestão da mesma. Para tal foi indispensável a colaboração de um AO para providenciar o equipamento transportável, nossa e enfermeiros, e do médico, para acompanhar e liderar a equipa.

Como enfermeiros, gerimos a assistência ao garantirmos a monitorização cardíaca, a conexão ao ventilador e sua adaptabilidade, a manutenção da(s) perfusão(s) terapêuticas, a correta posição de drenos e proteção de dispositivos associados ao doente, entre outras tarefas. E juntamente com o médico, monitorizámos possíveis sinais de instabilidade do doente durante o transporte, revelando um trabalho em equipa proficiente e uma capacidade de gestão de recursos eficaz.

Também o trabalho em parceria com as CCI, tanto no **PH** como no **SMI**, possibilitaram-nos o desenvolvimento de capacidades no campo da proficiência em trabalho conjunto. Porém, como referido anteriormente, para que os resultados se verifiquem como equipa, é imprescindível que, individualmente, se desenvolvam os conhecimentos teóricos e práticos. Contudo, verificámos que, tanto no **PH** como no **SMI**, a motivação necessária para alicerçar a formação contínua bem como, a eficácia do trabalho em equipa nem sempre esteve presente por motivos que foram elencados pelas equipas como desmotivação, cansaço, exaustão psicológica e física, falta de descanso e momentos lúdicos para os próprios e para as suas famílias.

A conjuntura social e organizacional obriga os profissionais de saúde, inclusive os enfermeiros a um volume elevado de horas de trabalho sem reconhecimento do esforço de cada um. O *burnout* dos profissionais é uma realidade que dificulta a auto e/ou hétéro motivação, pelo desinteresse no trabalho (SIMÕES, 2012). Todos os profissionais de saúde, com quem partilhámos este percurso de estágio, consignaram o mesmo sentimento, a mesma queixa.

O *burnout* retrata um problema com repercussões ao nível da esfera pessoal, profissional e institucional (RAMOS e BRASILEIRO, 2013). Existem algumas medidas simples que podem dar início ao processo de prevenção do *burnout* (SIMÕES, 2012), pelo que incentivámos a discussão refletida acerca das divergências referentes ao local de trabalho para determinar consensos e

uniformizar procedimentos (no **PH** e no **SMI**) e a atualização do plano de formação em serviço para dar resposta às necessidades/dificuldades ditadas por cada um e pelo grupo (no **SMI**).

A prática de atividades lúdicas para favorecer o equilíbrio emocional também são benéficas no controlo de *burnout* pelo que propusemos um Jantar de Natal do **SMI**, que se agendou e realizou no início de dezembro, e um torneio de futebol para as equipas do **PH** da Delegação Norte do INEM, que apesar das equipas terem, aparentemente, aceite a sugestão, pois em algumas bases existiam equipas definidas, o torneio não se operacionalizou até à conclusão do módulo de estágio por falta de autorização para utilização de campo de futebol),

Desta forma, alcançámos com sucesso a competência para desenvolver proficiência de trabalho em equipa no âmbito da assistência ao doente crítico.

OBJETIVO: “Participar e promover a investigação no âmbito de EEMC”.

A investigação, que é promovida no Processo de Bolonha (DIREÇÃO GERAL DO ENSINO SUPERIOR, 2008) e por sua vez, no curso de MEEEMC, traz contributos essenciais que clarificam os campos de conhecimento.

Em nenhum local onde passámos estavam decorrer quaisquer estudos em que fosse possível a integração, contudo fizemos algumas propostas. Também pelo facto de já haver grupos de trabalhos definidos e uma vez que os períodos de estágio colidiram com épocas de férias e fim de ano civil, não foi possível a articulação ou desenvolvimento nos serviços.

No **PH**, para contextualizarmos procedimentos e esclarecermos dúvidas, realizámos várias pesquisas em base de dados científicas como a PubMed[®], a Cochrane Library[®], a IsiWeb of Science[®], a Scielo[®] e a Lilacs[®] entre outras. A

transmissão dos resultados de forma informal junto das equipas permitiu a reflexão e aperfeiçoamento da atuação.

Porém este objetivo foi atingido ao escrevermos um artigo científico no decorrer do estágio no **SMI**, após pesquisa em bases de dados científicas e compilação de uma revisão integrativa acerca dos cuidados oftálmicos ao doente crítico (Anexo X), que será publicado na Revista de Investigação em Enfermagem da Sinais Vitais em maio de 2015. Informámos a equipa quanto ao que a evidência dita acerca do tema e entregámos um exemplar aos enfermeiros tutores. Ainda desenvolvemos, como anteriormente mencionado, uma proposta de procedimento sobre o tema para integrar o Manual de Procedimentos do SMI.

No sentido de comunicarmos os resultados obtidos, em forma de produção científica e contributo deste estágio submetemos o artigo para avaliação pela Revista de Investigação em Enfermagem da Sinais Vitais, mantendo-se ainda em análise.

E assim adquirimos competência para participar e promover a investigação no âmbito da prestação de cuidados ao doente crítico.

3. Aprendizagens Profissionais

*“Your work is going to fill a large part of your life,
and the only way to be truly satisfied is
to do what you believe is great work.*

And the only way to do great work is to love what you do.”

Steve Jobs

As grandes aprendizagens que extraímos desta escada formativa são o aprimoramento da capacidade crítico-reflexiva, a maior consciencialização e operacionalização de medidas de prevenção e controlo da infeção, o aperfeiçoamento de habilidades relativas à supervisão clínica e o desenvolvimento de aptidões técnicas e humanas, na assistência ao doente em estado crítico e família.

O desenvolvimento do auto conhecimento, a assertividade e a operacionalização da prática especializada fundamentada em sólidos e válidos padrões de conhecimento espelham a aquisição de aprendizagens profissionais (REGULAMENTO Nº124/2011 de 18 de fevereiro do Ministério da Saúde, 2011).

Desenvolvemos constantemente a conceção de novos conhecimentos pesquisando temáticas, discutindo com as equipas, refletindo individual e coletivamente, compilando contributos para os locais de estágio. Esta metodologia de reflexão sobre e na ação foram uma das grandes aprendizagens que extraímos deste percurso efetuado no **PH** e no **SMI**.

Ao reconhecer os nossos limites pessoais e profissionais através da definição de horário, estipulação de objetivos e gestão das atividades desenvolvidas nos

campos de estágio do PH e do **SMI**, revelámos uma elevada consciência enquanto pessoas e enquanto enfermeiros prestadores de cuidados.

Participar na reflexão em equipa que tinha como meta definir respostas de abordagem aos doentes respeitando e utilizando as diferentes ideias de cada um, potenciou a competência de proficiência na prestação de cuidados em equipa e demonstrou a nossa capacidade em adaptarmo-nos à metodologia de trabalho estabelecida no **PH** e no **SMI**.

Ao conhecer a realidade das SIV não integradas (no **PH**) refletimos e compreendemos a importância de as agregar a outros serviços, como SU, de maneira a maximizar os recursos. No entanto, consideramos que os elementos destacados para a SIV não devem assumir setores mas sim colaborar em setores, para que a sua retirada repentina e ausência prolongada, não afetem o normal funcionamento dos serviços e coloquem em risco a continuidade dos cuidados aos doentes.

Ainda em contexto **PH**, tencionamos incentivar a integração de um momento de reflexão após cada ativação da SIV do HH no sentido de analisar as intervenções realizadas implementando assim uma prática que defenda a qualidade e excelência dos cuidados prestados.

A assistência ao doente crítico em **PH** e no **SMI**, associado ao próprio trabalho em equipa carece de aptidões como a capacidade de desempenho de funções sob pressão e de gestão de conflitos. Pelo que preconizamos a incorporação de ciclos de debate, baseados em casos reais ou empíricos, de conflitualidade na organização e no atendimento ao doente e família, no seio da equipa multidisciplinar.

A temática da prevenção e controlo de infeção estão presentes na nossa prática no SU do HH, no entanto ambos os módulos de estágio (**PH** e **SMI**)

proporcionaram diferentes visões da aplicabilidade desta missão. Assim, pretendemos manter e divulgar o nosso PMCQCE e instaurar novos procedimentos baseados na prevenção e controlo de infeção na SIV do HH e programas de Vigilância Epidemiológica na UCI do HH.

O acompanhamento realizado a estudantes do curso de enfermagem no **SMI**, potenciaram o nosso aprimoramento de habilidades do foro da supervisão clínica. Sendo esta uma área de grande interesse para nós, procurámos ser facilitadores da aprendizagem, criando um ambiente de colaboração, identificando necessidades, instruindo para a correta execução de procedimentos e assim obtendo destreza nas abordagens e avaliando o percurso no sentido de detetar focos de maior investimento formativo bilateral.

O módulo de estágio em **PH** permitiu-nos uma maior consciencialização das populações, da distância e acessos físicos destas aos serviços de saúde.

Aceder aos serviços de saúde no RAA é fácil e por vezes esse facilitismo induz à falta de civismo e incorreta utilização dos meios por parte da população. As taxas moderadoras são mais baixas e o transporte de ambulância não é pago, por estes e outros motivos, a população não sente necessidade de gerir prioridades deste bem comum a todos. Acreditamos que a educação e sensibilização para este assunto deve incidir-se nos jovens para inculcirem boas práticas/atitudes nos mais velhos e agirem assertivamente.

Em parceria com outras entidades, como a Escola, planeamos desenvolver um projeto que vise a formação relativa ao modo de atuação perante situação de doença súbita, como medidas de suporte básico de vida e a correta ativação do socorro PH, no que diz respeito à formalização da chamada para o Número Europeu de Emergência (NEE).

Almejamos propor-nos como colaboradores na reestruturação do Plano de Emergência e Catástrofe do HH uma vez que operamos no terreno, incluídos na equipa de resgate e detemos conhecimentos provenientes do módulo de estágio em PH que auxiliarão a sua redefinição.

Também ponderamos possíveis aplicações das aprendizagens no campo dos CI. Ao manusear equipamentos específicos no **SMI**, como ventiladores e dispositivos de tratamento de doentes com insuficiência renal aguda desenvolvemos destreza para aplicação prática no nosso futuro contexto profissional, a UCI do HH.

Aquando do módulo de estágio no **SMI**, ao refletir sobre o procedimento relativo aos cuidados oftálmicos ao doente crítico elaborado também pretendemos discuti-lo e implementá-lo no nosso serviço/hospital.

A comunicação das más notícias deve respeitar algumas questões como por exemplo, possuir um espaço físico apropriado, com mesa, cadeiras, cores neutras, que possibilitem a confidencialidade da informação e a privacidade do doente e família. Ao acompanhar o médico do **SMI** nestas intervenções refletimos sobre a sua importância e pretendemos recomendar a criação de uma sala para o efeito no SU, uma vez que não existe e a infraestrutura física do SU do HH irá sofrer obras de ampliação.

No **SMI** efetuámos práticas de administração de injetáveis seguras pois baseávamos a preparação em tabelas de (in) compatibilidades. Da reflexão dessa ação diária emergiu a ideia de completarmos as tabelas já existentes no SU e UCI do HH e adotarmos a estratégia de identificação dos sistemas de perfusão com etiquetas coloridas que indicam o tipo de medicamento em curso.

A análise crítica e a aplicação de conhecimentos na área da assistência ao doente crítico e família no **PH** e no **SMI**, revelaram uma prática especializada pela tomada de iniciativa regrada por políticas, recomendações e procedimentos

definidos por entidades competentes, pelo que pretendemos manter e enfatizar essa postura.

Ao atuarmos como dinamizadores de conhecimentos incentivamos a formação contínua e a investigação na área de EEMC, ao desenvolver competências na conceção de um artigo de revisão integrativa (no **SMI**) e ao divulgar e apresentar os resultados de forma informal e formal. Estes serão projetados no futuro em articulação com as chefias e respetivos elos responsáveis pela formação em serviço.

Apresentando motivação para continuar a investir na participação e promoção da investigação, preconizamos a redação de mais artigos científicos na área de EEMC.

4. Conclusão

*“Now this is not the end.
It is not even the beginning of the end.
But it is, perhaps, the end of the beginning.”*

Winston Churchill

Ao concluirmos esta análise reflexiva e detalhada das atividades desenvolvidas ao longo deste processo construtivo, importa tecer algumas considerações acerca das competências alcançadas.

Para a concretização de cuidados especializados na área de EEMC foi necessário obter aptidões científicas, técnicas e humanas na assistência ao doente em estado crítico e família, a vivenciar situação de crise. Conciliar saberes e aplicá-los em contexto prático perante a complexidade e imprevisibilidade dos processos de saúde ou falência orgânica, possibilitou-nos a aquisição de competências especializadas.

O empenho e zelo que atribuímos ganharam significado no caminho da excelência dos cuidados, e uma consciência crítica e reflexiva sobre a nossa prática permitiu-nos o aprimoramento pessoal e profissional.

Obtivemos competências de gestão ao atender às necessidades dos recursos materiais, humanos e de informação aquando da participação na gestão de serviços, principalmente na conjuntura atual.

Ao acompanhar estudantes do curso de licenciatura em enfermagem, em estágio de integração à vida profissional, no **SMI**, desenvolvemos aptidões ao nível da

supervisão clínica. Sendo esta uma área de interesse na qual tencionamos investir.

Em cada intervenção adotámos uma metodologia de trabalho apoiada em procedimentos organizacionais, recomendações internacionais e princípios éticos e deontológicos.

A desmotivação das equipas para a adesão a formação formal foi notória pelo que as substituímos por partilhas informais, reflexões e pesquisas, na procura de resoluções de problemas. Foi benéfico e enriquecedor, tanto para nós como para as equipas, pois consolidou-se saberes e alterou-se alguns comportamentos no sentido da melhoria e excelência dos cuidados.

A motivação e a liderança estão interligadas. Ao estabelecermos relações positivas entre as equipas, apelando à participação coletiva e incentivando as colaborações através do reforço positivo e a priorização de relação de confiança e clima harmonioso (MACHADO, 2013), demonstrámos competências, características do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, para gerir a equipa instituindo um estilo de liderança democrático e participativo (SOUSA e BARROSO, 2009).

E assim, afirmamos que também adquirimos competência de liderança, que se idealiza um recurso importante no processo de Cuidar (HIGA, ELZA e TREVIZAN, 2005), no seio da equipa ao coordenarmos intervenções que exigiram tomada de decisões para restabelecer ou manter funções vitais pois fomos importantes na interligação da equipa e execução de práticas seguras.

Ao contactar com a realidade do CODU percecionámos a falta de informação relativamente ao processamento da chamada para o NEE, o 112, e verificámos inclusive que tipo de dados devem ser fornecidos ao operador, pela população, para agilizar o mais rápido possível os meios necessários. Nesse sentido

elaborámos um folheto informativo direcionado à população que compreende este leque de informação e redigimos um artigo de sensibilização para as pessoas apelando ao civismo e correta utilização do NEE, que foi publicado no Jornal Diário de Aveiro, na cidade de Aveiro.

Por considerar que este problema se estende para além do território continental adaptámos o artigo à realidade do RAA, tendo sido publicado no Jornal Incentivo, da Ilha do Faial e no Jornal Ilha Maior, da Ilha do Pico.

Assumimos como um desafio a prestação de cuidados especializados ao doente crítico atuando na prevenção de complicações e manutenção da vida por meio de recursos tecnológicos avançados. O tecnicismo equivocadamente associado aos equipamentos de uma UCI foi desmistificado pela empatia estabelecida com os elementos da equipa do SMI que partilharam experiências facilitando o processo de aprendizagem.

O doente que experiencia uma mudança no seu processo de saúde pode sentir medo, angústia, ansiedade, e estabelecer comunicação com ele requer o recurso à empatia, assertividade e respeito. Pudemos, de igual forma, compreender a importância de comunicar com o doente inconsciente, dignificando-o como Ser Humano, e a relevância de integrar o doente consciente na prática dos cuidados.

Considerando a família como extensão do doente, intercedemos atendendo às suas necessidades sociais e psicológicas. A reflexão e operacionalização da comunicação assentiu que esta competência desenvolvida intensificasse a relação terapêutica que estabelecemos e trabalhamos diariamente.

A certificação de competências especializadas prevê a atuação ao nível da prevenção e controlo de infeção, como tal, todas as atividades desenvolvidas culminaram na análise crítica sobre a prática observada no PH e em CI no sentido de colaboramos na definição de medidas resolutivas. Deste modo, como forma de

contributo e corporalização de um processo de aprendizagem elaborámos uma proposta de intervenção relativa ao procedimento de higienização de superfícies e equipamentos nos meios do INEM e à manipulação dos produtos disponíveis na instituição.

A prevenção e controlo de infeção é uma meta transversal a todos os serviços que prestam cuidados de saúde, especialmente as UCI onde se encontram doentes em estado crítico. Prevenir a PAV nos doentes ventilados é um foco de importante relevo por isso, e considerando a evidência científica, preparámos uma proposta de intervenção que idealizava uma mudança estrutural no SMI, ou seja, a substituição do Cloridrato de Benzidamina por Clorohexidina nos cuidados de higiene oral ao doente crítico.

Ao cuidar de doentes que vivenciam processos de saúde complexos, como os internados em CI – grupo de risco quanto ao desenvolvimento de lesões da córnea – como constatámos no SMI, executámos um procedimento de cuidados oftálmicos que esquematiza a higiene ocular ao doente sedado, curarizado ou inconsciente. No decorrer dessa pesquisa e para desenvolver aptidões de investigação redigimos um artigo de revisão integrativa que culminou numa proposta de procedimento a ser integrada no Manual de Procedimentos do SMI.

Nas ativações no PH procurámos estar atentos para favorecer a assimilação da dinâmica de atuação. Ao aplicarmos esses conhecimentos desenvolvemos competência na prática da emergência PH garantindo a segurança dos intervenientes e qualidade dos cuidados. Para facilitar as reflexões críticas, à *posteriori*, elaborámos um sucinto “Diário de Bordo”.

Também promovemos a formação contínua como vantagem individual e grupal e pesquisámos sobre as áreas de interesse e necessidades produzindo documentos pertinentes que retratam os contributos para a valorização da Enfermagem.

Como dificuldades sentidas neste percurso realçamos o agendamento de turnos na Delegação Norte do INEM, apesar de compreendermos a complexidade em coordenar todos os estagiários. Assim como o facto de não possuímos viatura própria e estarmos dependente da rede de transportes públicos também limitou as nossas escolhas para campo de estágio ao Porto, Gondomar e Póvoa do Varzim, onde se encontravam os meios mais próximos para cumprimento de objetivos do módulo de estágio.

Apesar de utilizarmos dias de férias dos anos 2013, 2014 e 2015 em *prol* do curso (designadamente, para realização de exames e estágio), estes não foram suficientes e tivemos que equilibrar os turnos do estágio com o horário profissional no HH. Mesmo com a melhor gestão que nos foi possível, esta situação revelou-se também uma dificuldade acrescida, pelos encargos financeiros, acumulação de turnos (por troca) no local de trabalho e várias viagens para os Açores, evidenciando momentos de extremo cansaço. Porém a motivação para evoluir e concretizar o curso foi maior.

A transmissão de saberes e orientação promovida pelos tutores e orientador traduziram-se em grandes aprendizagens, promovendo o nosso crescimento e valorização profissional e o cumprimento dos objetivos estipulados inicialmente.

Resumidamente, a elaboração deste relatório revelou-se um instrumento de análise crucial para a nossa evolução holística.

A nível profissional planeamos desenvolver um projeto de sensibilização e educação da população jovem acerca da atuação perante situação de doença súbita, nomeadamente a implementação de medidas de socorrismo como as de suporte básico de vida e a correta ativação do NEE.

Tencionamos manter o PMCQCE na área da prevenção e controlo de infeção, divulgando os seus resultados em contexto intra e extra hospitalar e expandindo-o para a UCI onde desempenhamos funções.

Pretendemos também integrar a equipa de prestação de cuidados ao doente internado na UCI do HH, uma vez que o serviço contempla PH, SU e UCI. E ainda maximizarmo-nos como enfermeiros de referência para supervisão clínica de estudantes do curso de licenciatura ou especialização em enfermagem em ensino clínico/estágio.

A arte de cuidar, na perspetiva da disciplina de enfermagem, exige atualização e desenvolvimento perseverante de cada um. Mantendo o espírito de humilde aprendiz que ambiciona explorar campos do saber com a finalidade de crescer como enfermeiro, tencionamos continuar a investir no âmbito da formação e investigação.

Em suma, desejamos e estamos preparados para encetar, com responsabilidade e empenho, o caminho rumo ao Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

5. Referências Bibliográficas

ABREU, Wilson - Formação e Aprendizagem em Contexto Clínico. Fundamentos, teorias e considerações didáticas. Coimbra: Formasau, 2007.

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY – Universal ICU Decolonization: An Enhanced Protocol. [Em linha]. Agency for Healthcare Research and Quality, 2013. [Consult. 3 Fev. 2015]. Disponível em http://www.ahrq.gov/professionals/systems/hospital/universal_icu_decolonization/universalicu.pdf.

AL-MUTAIR, Abbas; PLUMMER, Virginia; O'BRIEN, Anthony; CLEREHAN, Rosemary – Family needs and involvement in the intensive care unit: a literature review. *Journal of Critical Nursing*. Vol.22 (2013) p.1805-1817.

AMARO, Leonor - Qualidade em Emergência Pré-hospitalar. Porto, 2004. Tese de Mestrado.

AMERICAN NURSES ASSOCIATION – The Nursing Process. [Em linha]. American Nurses Association, 2015. [Consult. 13 Mar. 2015]. Disponível em <http://www.nursingworld.org/EspeciallyForYou/What-is-Nursing/Tools-You-Need/Thenursingprocess.html>

AMORAS, Luciana – Uso da Clorexidina na Medicina: revisão de literatura. Piracicaba, 2013. Relatório de Especialidade.

BAILE, Walter; BUCKMAN, Robert; LENZI, Renato; GLOBER, Gary; BEALE, Estela; KUDELKA, Andrzej – Spikes – A Six-Step Protocol for Delivering Bad

News: Application to the Patient with Cancer. *The Oncologist*. Vol. 5 (2011) p.302-311.

BARRETO, Sergio; VIEIRA, Silvia - Rotinas em Terapia Intensiva. 3ª ed. São Paulo: Artmed, 2001.

BEAUCHAMP, Tom; CHILDRESS, James – Principles of Biomedical Ethics – 6ªed. New York: Oxford, 2009.

BENNER, Patricia - From Novice to Expert. *American Journal of Nursing*. Vol.82 – nº3 (1982) p. 402-407.

BIONDO, Chaiane; SILVA, Maria; SECCO, Lígia - Distanásia, eutanásia e ortotanásia: percepções dos enfermeiros de unidades de terapia intensiva e implicações na assistência. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. [Em linha]. Vol. 17, nº5 (2009). [Consult. 6 Fev. 2015]. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n5/pt_03.pdf.

BOLANDER, Verolyn - Enfermagem Fundamental. Abordagem Psicofisiológica. Lisboa: Lusodidacta, 1998.

CALDEIRA, Sílvia; BRANCO, Zita; VIEIRA, Margarida – A espiritualidade nos cuidados de enfermagem: revisão da divulgação científica em Portugal. *Revista de Enfermagem Referência*. III Série – nº5 (2011) p.145-152.

CARNEIRO, António - Cuidados Intensivos e Cuidados Paliativos. In «Bioética e Vulnerabilidade». Coimbra: Edições Medina, 2008. Cap. 19.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION – Water-related Hygiene. [Em linha]. Centers for Disease Control and Prevention, 2009. [Consult. 13 Mar. 2015]. Disponível em <http://www.cdc.gov/healthywater/hygiene/dental/>

CENTRO EUROPEU DE PREVENÇÃO E CONTROLO DAS DOENÇAS – Relatório epidemiológico anual 2011. [Em linha]. Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças, 2011. [Consult. 3 Fev. 2015]. Disponível em http://www.ecdc.europa.eu/pt/publications/Publications/1111_SUR_Annual_Epidemiological_Report_on_Communicable_Diseases_in_Europe.pdf.

CERON, Mariane – Habilidades de Comunicação: Abordagem centrada na pessoa. [Em linha]: Módulo Psicossocial. São Paulo: Universidade Aberta do SUS, 2011. [Consult. 13 Mar. 2015]. Disponível em http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_psicossocial/Unidade_17.pdf

CORREIA, Maria - Processo de Construção de Competências nos Enfermeiros em Cuidados Intensivos. Lisboa, 2012. Tese de Doutoramento.

CUNHA, Ana – Emergência Pré-Hospitalar – Um elo da cadeia. Porto, 2011. Tese de Mestrado.

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE - Plano Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde. [Em linha]. Lisboa: Direção Geral de Saúde, 2007. [Consult. 4 Nov. 2014]. Disponível em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008902.pdf>.

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE – Programa Nacional de Controlo da Dor, como 5º sinal vital. Circular Normativa nº11/DSCS/DPCD. [Em linha]. Lisboa: Direção Geral de Saúde, 2008. [Consult. 5 Fev. 2015]. Disponível em <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/6861126B-C57A-46E1-B065-316C0CF8DACD/0/ControlodaDor.pdf>.

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE – Portugal - Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos em números. [Em linha]. Lisboa: Direção

Geral de Saúde, 2014. [Consult. 3 Fev. 2015]. Disponível em <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-controlo-da-infecao-e-resistencia-aos-antimicrobianos-em-numeros-2014.aspx>.

DIREÇÃO GERAL DO ENSINO SUPERIOR – Processo de Bolonha. [Em linha]. Lisboa: Direção Geral do Ensino Superior, 2008. [Consult. 12 Mar. 2015]. Disponível em <http://www.dges.mctes.pt/DGES/pt/Estudantes/Processo+de+Bolonha/Processo+de+Bolonha/>

FEITOSA-FILHO, Gilson; SENA, Joberto; GUIMARÃES, Hélio; LOPES, Renato - Hipotermia terapêutica pós-reanimação cardiorrespiratória: evidências e aspetos práticos. *Revista Brasileira Terapia Intensiva*. Vol. 21 – nº 1 (2009) p.65-71.

GRIFFIN, Emory; LEDBETTER, Andrew; GLENN, Sparks – *A First Look at Communication Theory*. 9ª Ed. USA: McGraw-Hill Education, 2014.

HIGA, Elza; TREVIZAN, Maria – Os estilos de liderança idealizados pelos enfermeiros. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Vol. 13 – nº 1 (2005) p.59-64.

JESUS, Miguel; SIMÕES, João; VOEGELI, David – Comunicação verbal com pacientes inconscientes. *Revista Acta Paulista de Enfermagem*. Vol. 26 – nº5 (2013) p.506-513.

KREYMANN, Georg – New developments in clinical practice guidelines. *South African Journal of Clinical Nutrition*. Vol. 23 (2010) p. 529-532.

LEI Nº 48/90 de 24 de agosto da Assembleia da República. [Em linha]. *Diário da República: I Série*, Nº 95 [Consult. 30 jun. 2014]. Disponível em

http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?tabela=leis&artigo_id=&nid=1668&nversao=&tabela=leis&so_miolo=

LEI Nº 25/2012 de 16 de julho da Assembleia da República. [Em linha]. Diário da República: I Série, Nº 136 [Consult. 19 abr. 2015]. Disponível em <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/0B43C2DF-C929-4914-A79A-E52C48D87AC5/0/TestamentoVital.pdf>

LINO, Caroline; AUGUSTO, Karine; OLIVEIRA, Rafael; FEITOSA, Leonardo; CAPRARA, Andrea – Uso do Protocolo Spikes no Ensino de Habilidades em Transmissão de Más Notícias. Revista Brasileira de Educação Médica. Vol. 36 – nº 1 (2011) p.52-57.

MACHADO, Bruna – Liderança de Enfermeiros-Gerentes no contexto hospitalar. Santa Maria, 2013. Tese de Mestrado.

MALLIK, Maggie; HALL, Carol; HOWARD, David - Nursing Knowledge and Practice – Foundations for Decision Making. 3ª ed. Edimburgo: Elsevier, 2009.

MANSO, Ana - O Erro nos Cuidados de Enfermagem a Indivíduos Internados numa Unidade de Cuidados Intensivos. Lisboa, 2010. Tese de Mestrado.

MATEUS, António – Emergência médica pre-hospitalar, que realidade. Camarate: Lusociência, 2007.

MATOS, Artur; SOBRAL, Ana – Como eu, Enfermeiro, faço Prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica. Revista Portuguesa de Medicina Intensiva. Vol. 17 - nº 1 (2010) p.61-65.

MEZZARROBA, Rúbia; FREITAS, Vívian; KOCHLA, Kátia - O Cuidado de Enfermagem ao Paciente Crítico na Percepção da Família. *Cogitare Enfermagem*. Vol. 14 - nº 3 (2009) p.499-505.

NATIONAL ASSOCIATION OF EMERGENCY MEDICAL TECHNICIANS - Atendimento Pré-Hospitalar ao Traumatizado – Básico e avançado. *Prehospital Trauma Life Support*. 6ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.

NEVES, Maria; OSSWALD, Walter – *Bioética Simples*. Lisboa: Editorial Verbo, 2007.

NIETO, Doralice – *Testamento Vital: Diretivas antecipadas da vontade*. Curitiba, 2013. Tese de Bacharelato.

NIGHTINGALE, Florence – *Notes on Nursing: What it is, and what it is not*. New York: Dover Publications, 1969.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION - Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011. Porto Alegre: Artmed, 2010.

OLIVEIRA, Adriana; PAULA, Adriana – Descolonização de Portadores de *Staphylococcus Aureus*: Indicações, Vantagens e Limitações. *Revista Texto & Contexto Enfermagem*. Vol. 21 – nº2 (2012) p. 448-57.

OLSON, Terra – Delirium in the intensive care unit: Role of the critical care nurse in early detection and treatment. *Dynamics – The Canadian Journal of Critical Care Nurses*. Vol. 23 - nº4 (2012), p.32-36.

O'LYNN, Chad; KRAUTSCHEID, Loretta – “Hou Should I Touch You”?: A Qualitative Study of Attitudes on Intimate Touch in Nursing Care. *American Journal of Nursing*. Vol. 111 – nº 3 (2011) p.24-31.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Um novo Modelo de Desenvolvimento Profissional. Certificação de Competências e Individualização das Especialidades em Enfermagem. [Em linha]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2007. [Consult. 2 Nov. 2014]. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/ROE_26_Junho_2007_suplemento.pdf.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Modelo integrado de emergência médica. [Em linha]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2012. [Consult. 12 Jun. 2014]. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Documents/2013/MIEPH_proteg.pdf

PENHA, Ramon; SILVA, Maria – Significado da espiritualidade para a enfermagem em cuidados intensivos. *Revista Texto & Contexto Enfermagem*. Vol. 21 – nº2 (2012) p. 260-268.

PENITENTI, Renata; VILCHES, Jonattan; OLIVEIRA, Julia; MIZOHATA, Marina; CORREA, Daniel; ALONSO, Tiago; MATHIAZZI, Isabela; TESTA, Renato - Controlo da pressão do cuff na unidade terapia intensiva: efeitos do treinamento. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*. Vol. 22 - nº2 (2010) p.192–195.

PEREIRA, José – Impacto da Subnutrição permissiva no internamento, morbilidade e mortalidade do doente crítico. Porto, 2013. Tese de Mestrado.

RABOW, Michael; McPHEE, Stephen – Beyond breaking bad news: how to help patients who suffer. *The New England Journal of Medicine*. Vol. 171 (1999) p.260-263.

RAMOS, Thaynara; BRASILEIRO, Marislei - Síndrome de Burnout em trabalhadores de enfermagem: o que causa e como prevenir? Revista Eletrônica de Enfermagem do Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição [Em linha]. Vol.4, nº4 (2013) p.1-10. [Consult. 31 Jan. 2015]. Disponível em <http://www.ceen.com.br/revistaeletronica>.

REGULAMENTO Nº 122/2011 de 18 de fevereiro do Ministério da Saúde. [Em linha]. Diário da República: 2ª Série, Nº 35 [Consult. 30 jun. 2014]. Disponível em http://www.aper.com.pt/index_ficheiros/0864808653.pdf

REGULAMENTO Nº 124/2011 de 18 de fevereiro do Ministério da Saúde. [Em linha]. Diário da República: 2ª Série, Nº 35 [Consult. 30 jun. 2014]. Disponível em [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulament o%20124_2011_CompeticenciasEspecifEnfPessoaSituacaoCritica.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulament%20124_2011_CompeticenciasEspecifEnfPessoaSituacaoCritica.pdf)

RELLO, Jordi; LODE, Hartmut; CORNAGLIA, Giuseppe; MASTERTON, Robert – A European care bundle for prevention of ventilator-associated pneumonia. Intensive Care Medicine Journal. Vol 36 (2010) p.773-780.

RILEY, Júlia - Comunicação em Enfermagem. 4ª ed. Camarate: Lusociência, 2004.

SILVA, Maria - Comunicação de Más Notícias. Mundo de Saúde. Vol.36 – nº1 (2012) p.49-53.

SILVA, Pedro - A Vida Por Segundos. Porto, 2010. Tese de Mestrado.

SIMÕES, Pedro – *Burnout* dos enfermeiros nos serviços de saúde em Portugal. Porto, 2012. Tese de Mestrado.

SOUSA, Leilane; BARROSO, Maria – Reflexão sobre o cuidado como essência da liderança em enfermagem. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem. Vol. 13 – nº 1 (2009) p.181-187.

VALENÇA, Cecília; AZEVEDO, Lorena; OLIVEIRA, Aline; MEDEIROS, Samuel; MALVEIRA, Fernanda; GERMANO, Raimunda – Music therapy in nursing care in intensive care. Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online. Vol.5 - nº5 (2013) p.61-68.

VILELA, Hugo; FERREIRA, Daniel – Analgesia, Sedação e Relaxamento Neuromuscular no Doente Ventilado em Cuidados Intensivos. Revista Portuguesa de Cardiologia. Vol. 25 - nº2 (2006) p.217-229.

WHEELAN, Susan; BUECHILL, Christian; TILIN, Felice – The Link Between Teamwork and Patient's Outcomes in Intensive Care Units. American Journal of Critical Care. Vol. 12 (2003) p. 527-534.

WILSON, Jennie - Controlo de Infecção na Prática Clínica. 2ª ed. Almada: Lusociência, 2003.

6. Anexos



CATÓLICA PORTO

CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
COM ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRURGICA

Controlo de Infeção no Pré-Hospitalar:

Proposta de Intervenção

Porto, julho de 2014



CATÓLICA PORTO

CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
COM ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRURGICA

Controlo de Infeção no Pré-Hospitalar:

Proposta de Intervenção

Realizado por: Ana Rocha
Carla Pires
Cármem Moreira
Sara Oliveira

Sob orientação de: Mestre Lúcia Rocha

Porto, julho de 2014

*“It cannot be necessary to tell a nurse that she should be clean,
or that she should keep her patient clean”*

Florence Nightingale

Lista de Siglas e Abreviaturas

EEMC - Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EPI - Equipamento de Proteção Individual

IACS - Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

ml – Mililitros

Nº - Número

PH – Pré-Hospitalar

SIV – Suporte Imediato de Vida

% - Percentagem

Índice

	Pág.
1. Introdução.....	99
2. Prevenção e Controlo de Infeção no Pré-Hospitalar.....	103
3. Procedimento de Limpeza e Desinfeção em Ambiente Pré-Hospitalar.....	107
3.1- Procedimentos / Instrução.....	107
3.2- Objetivos.....	107
3.3- Âmbito ou campo de aplicação.....	107
3.4- Modo de proceder / Descrição das atividades.....	109
3.4.1- Limpeza.....	109
3.4.2- Detergentes.....	112
3.4.3- Desinfeção.....	112
3.4.4- Limpeza e desinfeção de equipamentos.....	114
3.4.5- Material e equipamentos.....	115
3.5- Responsabilidades.....	116
4. Conclusão.....	117
5. Referências Bibliográficas.....	119
6. Anexos.....	121
Anexo I: <i>Poster A - Folha de Instruções de Higienização da Ambulância</i> e <i>Materiais</i>	123
Anexo II: <i>Poster B - Catálogo de Produtos de Higienização</i>	127
Apêndices: <i>Fichas Técnicas</i>	131

1. Introdução

O presente trabalho insere-se no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEMC) incluído no módulo de Estágio em Enfermagem Médico-Cirúrgica III, e surge na sequência de uma proposta de intervenção com interesse prático para o local de estágio, neste caso, para as bases da Delegação Norte do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM).

A Emergência Pré-Hospitalar é o meio de atendimento que exige uma tomada de decisões rápida, de forma precisa e objetiva, pois consiste numa corrida constante contra o tempo, os profissionais estão expostos a diversos riscos como infeções, contaminações e acidentes, principalmente, por manusearem materiais orgânicos de vítimas com antecedentes desconhecidos, podendo ocorrer infeção cruzada de microrganismos entre os profissionais e outras vítimas.

Cientes de que o ambiente pré-hospitalar constitui um risco para o doente e para os profissionais, considerámos fundamental a implementação de intervenções com vista à prevenção de complicações. Esta necessidade surgiu após observação do trabalho dos profissionais nos mais diversos meios de assistência, da qual concluíram que existia necessidade de melhoria nos procedimentos de limpeza e de desinfeção do material constituente da carga das viaturas, constituindo um défice de segurança e qualidade de cuidados.

A Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) é uma infeção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade (DIREÇÃO REGIONAL DA SAÚDE, 2007).

A IACS, não são uma problemática recente, mas assumem cada vez maior relevo em Portugal e no mundo. À medida que a esperança de vida aumenta e que as tecnologias são cada vez mais avançadas e invasivas, e conseqüentemente o número de doentes em terapêutica imunossupressora aumenta, existe um maior risco de infeção. Os estudos internacionais mostram que cerca de um terço das infeções adquiridas no decurso da prestação de cuidados são evitáveis (DIREÇÃO REGIONAL DA SAÚDE, 2007).

O controlo de infeção é um aspeto importante na prestação de cuidados para os profissionais de saúde a nível da emergência pré-hospitalar (PH). O objetivo principal das organizações de saúde deve ser o contínuo aperfeiçoamento e prestação de cuidados de saúde de qualidade com recurso a estratégias eficazes de controlo da infeção, baseadas na prevenção da transmissão da infeção (MCDONELL, 2008).

A capacidade de evitar as infeções pode e deve ser um indicador da qualidade dos cuidados prestados. O objetivo do controlo de infeção é impedir as infeções evitáveis e fazê-lo com custo-efetivo, tendo em conta os fundamentos básicos de controlo de infeção: remover os reservatórios e fontes; cortar as vias de transmissão e proteger o hospedeiro suscetível (DIREÇÃO REGIONAL DE SAÚDE, 2007).

A metodologia adotada para constituir este documento é descritiva e reflexiva e está organizado por capítulos.

O primeiro capítulo é referente à introdução é onde os estudantes definem a proposta e fazem referência à pertinência do tema no módulo de estágio no âmbito da especialidade. No segundo capítulo expõem a proposta de procedimento onde serão descritos os processos referentes à limpeza e desinfeção do ambiente pré-hospitalar. E finalizar-se-á com a conclusão onde explanam algumas considerações finais. Seguindo-se das referências bibliográficas e anexos,

apresentando-se nos Anexos (Anexo I e Anexo II dois *posters* relativos a higienização de equipamentos no contexto PH, e nos Apêndices as fichas técnicas de alguns produtos de referência, que nos foram cordialmente cedidos pelas respectivas entidades promotoras

2. Prevenção e Controlo de Infeção no Pré-Hospitalar

A prevenção e controlo das IACS são importantes na medida em que evitam a transmissão de agentes infecciosos entre doentes e profissionais de saúde em todos os locais onde se prestam cuidados de saúde, incluindo na assistência pré-hospitalar. Assim, assumimos a prevenção e o controlo da infeção como fundamental para melhoria da qualidade dos cuidados prestados nas unidades de saúde.

A implementação das precauções básicas constitui a medida de primeira linha para o controlo das IACS entre doentes e profissionais. E incluem a higienização das mãos, o uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI), o controlo ambiental, a saúde e segurança dos profissionais, a higiene / etiqueta respiratória e as práticas de injeção seguras (CENTERS OF DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2007).

Estas devem ser usadas quando se prevê o contacto com sangue e fluídos orgânicos, secreções e excreções (exceto suor) e soluções de descontinuidade da pele e membranas mucosas (LINO, 2014).

Na prestação de cuidados a doentes em contexto PH é importante a equipa garantir a segurança dos procedimentos efetuados, para tal é necessário que durante todos as intervenções seja criado e mantido um ambiente seguro, utilizando estratégias que garantam a qualidade e minimizem o risco, para segurança do doente e da equipa.

Durante a abordagem e estabilização do doente crítico são efetuados procedimentos e administradas terapêuticas via invasiva, que aumentam os riscos

associados de infecção pois estes procedimentos provocam uma quebra nos mecanismos de proteção e defesas naturais do indivíduo podendo ficar seriamente comprometidas.

Como a abordagem e estabilização da vítima no PH é efetuada no local da ocorrência, é praticamente impossível fazê-lo sem recorrer a procedimentos que aumentem o risco de infecção, que continua mesmo durante a fase de transporte dentro da ambulância. Numa situação de emergência, por vezes é difícil controlar de forma rigorosa a manutenção de práticas assépticas durante as intervenções realizadas por parte da equipa.

As IACS na assistência PH estão, geralmente, associadas a procedimentos invasivos envolvendo técnica asséptica, com a gravidade da vítima e com a necessidade de realizar procedimentos emergentes.

No entanto é importante manter o equilíbrio entre a necessidade de executar procedimentos assépticos e a de realizar técnicas de *“life saving”*, pois a execução de procedimentos assépticos em meio hospitalar é completamente diferente do PH no que concerne à manutenção da assepsia provocando conseqüentemente o aumento do risco de infecção.

A evidência científica que garante a qualidade dos programas de controlo de infecção foi estabelecida pelo projeto SENIC (*Study on the Efficacy of Nosocomial Infection Control*) orientado pelo *Centers for Diseases Control and Prevention* entre 1974 e 1983, demonstrando que 32% das infecções nosocomiais (atualmente designadas de IACS) podiam ser evitadas (CUNHA, 2000).

O surgir de associações dedicadas ao controlo de infecção contribuiu para a elaboração de recomendações e *guidelines*, das quais se destacam a *Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology*, *Infectious Disease Society of America*, *Society for Healthcare Epidemiology of America*, o *Centers for Diseases*

Control and Prevention, Hospital Infection Program e Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee, constituindo referências imprescindíveis na prestação de cuidados e salientando a importância da utilização de medidas de controle de infecção.

Mediante a importância de manter um ambiente seguro e com reduzido risco de infecção nas ambulâncias SIV, o grupo de estudantes elaborou um procedimento de atuação referente à limpeza e desinfecção do ambiente pré-hospitalar, que se descreve de seguida.

3. Procedimento de Limpeza e Desinfecção em Ambiente Pré-Hospitalar

No decorrer deste capítulo expõe-se uma proposta de intervenção baseada em recomendações de entidades especializadas (ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DE LISBOA E VALE DO TEJO, 2009; CENTRO HOSPITALAR DO PORTO, 2007).

3.1- Procedimentos / Instrução

Limpeza e Desinfecção do Ambiente Pré-Hospitalar.

3.2- Objetivos

- Informar acerca da necessidade de controlo de infeção em pré hospitalar
- Uniformizar procedimentos no domínio do Controlo de Infeção
- Servir como instrumento de apoio às atividades diárias, nomeadamente aquelas que são, pela sua importância, suscetíveis de risco para as Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde

3.3- Âmbito ou campo de aplicação

Os procedimentos de limpeza e desinfecção destinam-se às ambulâncias Suporte Imediato de Vida (SIV) e a todo o seu material constituinte.

CONSIDERAÇÕES GERAIS

A limpeza e manutenção dos compartimentos e equipamentos constituintes das ambulâncias SIV, são medidas fundamentais para a prevenção de transmissão de infecção e para o controlo da qualidade em ambiente PH.

A limpeza consiste no processo de remoção da sujidade o que inclui a remoção de microrganismos nela contidos e da matéria orgânica que favorece a sobrevivência e proliferação dos mesmos.

Um ambiente limpo e seco reduz o risco de infeção para os doentes e profissionais, na medida em que a limpeza minora significativamente o número e o tipo de microrganismos presentes (vertente microbiológica).

Contribui também para uma sensação de conforto por parte dos doentes e confere melhores condições de trabalho dos profissionais (vertente não microbiológica).

A desinfeção de superfícies por rotina não está indicada. Uma metodologia de descontaminação correta (água quente e detergente) consegue remover 80-85% dos microrganismos presentes e o tempo de recontaminação dessa mesma superfície é igual existindo posterior desinfeção ou não.

O uso de desinfetantes de forma incorreta gera problemas de risco ambiental e de saúde dos profissionais e doentes, podendo também danificar superfícies e materiais por processos de corrosão e abrasão.

3.4- Modo de proceder / Descrição das atividades

As atividades assentam nos seguintes pontos: limpeza, detergentes, desinfecção, limpeza e desinfecção dos equipamentos e material e equipamentos.

3.4.1- Limpeza

A limpeza é um processo, fundamentalmente físico, cujo objetivo é a separação ou o desprendimento de todo o tipo de sujidade agarrada às superfícies, objetos e utensílios e a posterior eliminação da solução detergente durante a fase de enxaguamento final.

A sua ação pode ser desempenhada através de meios químicos, mecânicos ou térmicos com a função de verificação e manutenção da aparência das superfícies e ação de redução de contaminação de microrganismos transitórios.

- Meio químico: ação de produtos com propriedades de dissolução, dispersão e suspensão de sujidade;
- Meio mecânico: ação obtida pelo meio de esfregar manualmente ou pela pressão de uma máquina de lavar, permitindo a remoção da sujidade;
- Meio térmico: ação pelo calor, o qual reduz a viscosidade da gordura, tornando-a mais fácil de remover. Sempre que a temperatura for alta e aplicada em tempo suficiente, ela também poderá ter (por si só) uma ação desinfetante ou esterilizante.

Aquando do processo de limpeza, há que ter em atenção o tipo de sujidade que se pretende remover, considerando cada superfície, a sua utilização e assim a seleção do produto adequado.

Ao considerar os procedimentos de limpeza devemos definir os seguintes aspectos relativamente à sua frequência.

- A **limpeza diária (d)** refere-se à higienização básica do ambiente, feita com pano, água e sabão (húmida ou seca). Este procedimento é usado para limpar o chão e estruturas laterais da ambulância e para esvaziamento ou troca de recipientes.

- A **limpeza semanal (s)** envolve uma higienização mais completa que a diária, em todos os ambientes e materiais, nos lados internos e externos. Deve ser realizada pelo menos uma vez por semana.

- A **limpeza imediata (i)**, é feita em ambientes críticos, com grande risco de contaminação. Essa limpeza deve ser feita logo que o ambiente for sujo, para evitar que os resíduos sequem ou se espalhem, e, assim, impedir a proliferação bacteriana. Aplica-se logo que ocorram salpicos ou derramamento de produtos biológicos (sangue ou matéria orgânica) em qualquer altura do dia.

TÉCNICAS DE LIMPEZA

A limpeza é feita apenas com água e detergente usando-se, inicialmente, um pano húmido para recolha de resíduos, seguindo-se de limpeza com água e detergente, retirando toda a sujidade.

A limpeza responde a vários princípios técnicos:

- **Orientação horizontal** - Da zona mais afastada para a mais próxima da saída;

- **Orientação Vertical** - De cima para baixo, das superfícies que se encontram mais afastadas do chão para as que se encontram mais próximas;

- **Orientação Limpo-Sujo** - Limpar primeiro as zonas que se encontram mais limpas e progredir para as mais sujas;
- **Não levantar pó** - Fazer limpeza por meios húmidos, não utilizar materiais ou técnicas de limpeza que levantem ou dispersem o pó;
- **Secar adequadamente** - Depois da limpeza as superfícies devem ficar o mais secas possível. Nunca deixar uma superfície/equipamento ou pavimento molhados ou húmidos, uma vez que o meio líquido favorece o desenvolvimento de microrganismos;
- **Uso de dois Baldes:** A técnica de limpeza utilizando dois baldes tem por objetivo estender o tempo de vida útil do detergente, diminuindo o custo e a carga de trabalho.

Procedimento

- ❖ Preparar dois baldes, um com água e detergente e outro apenas com água;
- ❖ Mergulhar o pano no balde com água e detergente, torcendo-o bem para retirar o máximo possível de água (substitui a operação de remover o pó seco, e ao mesmo tempo promover a limpeza);
- ❖ Abrir o pano humedecido, dobrando-o duas ou quatro vezes;
- ❖ Limpar as superfícies, desdobrando o pano para utilizar todas as dobras limpas;
- ❖ Limpar em paralelo, com movimentos ritmados, longos e retos;
- ❖ Lavar o pano no balde que contém apenas a água, após utilizar todas as dobras;
- ❖ Voltar a mergulhar o pano no balde com água e detergente, para, se necessário, reiniciar o procedimento de limpeza;
- ❖ Repetir a operação quantas vezes se considerar necessário para promover a limpeza;
- ❖ Trocar o conteúdo dos baldes sempre que visivelmente sujo, tantas vezes quantas forem necessárias;

- ❖ despejar conteúdo dos baldes;
- ❖ limpar e guardar todo o material após o uso;
- ❖ lavar as mãos.

3.4.2- Detergentes

O detergente é um produto utilizado para limpeza, contendo tensoativos destinados a favorecer a eliminação da sujidade visível através da água (emulsionam gorduras e mantêm resíduos em suspensão).

O detergente não destrói os microrganismos por ação direta, mas por desagregação da sujidade das superfícies em suspensão na solução de lavagem.

Após a utilização de um detergente as superfícies ficam visivelmente limpas mas não desinfetadas.

As fichas técnicas destes produtos encontram-se em anexo assim como os *posters* de instrução de higienização e catálogo de produtos (ver Anexos).

3.4.3- Desinfecção

A desinfecção consiste na operação de eliminar, reduzir ou inativar microrganismos indesejáveis em meios inertes. Os resultados são limitados aos microrganismos presentes no momento da operação (momentâneo).

A desinfecção deve ser SEMPRE precedida pela limpeza, garantindo o cumprimento das suas três etapas: limpeza, enxaguamento e secagem.

A desinfecção utiliza-se a diferentes níveis:

- Desinfecção de superfícies;
- Desinfecção de material e instrumentos;

- Desinfecção mecânica de material termo sensível.

DESINFETANTES

Condições de utilização dos desinfetantes:

- Conhecer a ficha técnica do produto;
- Respeitar as indicações de utilização (procedimento);
- Respeitar as dosagens e diluições recomendadas (sobredosagem é ineficaz e pode danificar o material e prejudicar gravemente a saúde de quem o manipula);
- Respeitar tempos de contacto e temperatura da água de diluição;
- Respeitar datas de validade e conservação do produto após a abertura (datar abertura nos frascos é muito importante);
- Utilizar embalagens de origem.

Não devem ser utilizados dispersores ou borrifadores com a solução diluída de desinfetante por risco de produção de aerossóis (recomendação do fabricante).

O desperdício da solução diluída de desinfetante deve ser feito para a canalização comum em simultâneo com água corrente (de forma a aumentar a diluição) e nunca na sua forma pura ou apenas com a primeira diluição.

Álcool a 70%

O álcool a 70% é utilizado na Desinfecção Imediata e deverá ser empregue após a limpeza. Este está indicado para a desinfecção de equipamentos, bancadas, macas, superfícies metálicas.

Procedimento:

- Retirar o excesso da carga contaminante (matéria orgânica) se houver, com papéis absorventes, utilizando sempre luvas;
- Proceder à limpeza com água e detergente em toda superfície, usando a técnica de pano húmido;
- Embeber o pano no álcool e fazer 3 fricções locais por 30 segundos, deixando a superfície secar espontaneamente.

Deve manter-se o frasco rotulado com nome da solução, validade, data da abertura e assinatura. E o prazo máximo para uso da solução, após a abertura do frasco, é de 7 dias.

As fichas técnicas dos desinfetantes também se encontram nos Anexos.

3.4.4- Limpeza e desinfeção de equipamentos

As ambulâncias SIV possuem uma grande diversidade de equipamentos, sendo a sua limpeza e desinfeção condicionada pelas suas características físicas e materiais, assim como pelas indicações do fabricante.

É obrigatório conhecer as indicações do fabricante antes de aplicar um produto ou executar a limpeza/desinfeção de um equipamento.

O uso incorreto/desadequado dos produtos de limpeza poderá resultar em dano/má função ou mesmo inutilização do equipamento.

Procede-se à discriminação dos produtos de limpeza e desinfeção adequada aos equipamentos mais comuns da carga da SIV no documento em anexo (Anexo II).

PROCEDIMENTO LIMPEZA CÉLULA SANITÁRIA DA AMBULÂNCIA SIV

- Recolher todo o material constituinte da carga da ambulância e coloca-lo no exterior;
- Preparar dois baldes, um com água e detergente, outro apenas com água;
- Limpar a célula humedecendo um pano com água e detergente;
- Começar pelo teto e partes laterais do interior da célula sanitária;
- Passar pano húmido embebido em água pura duas vezes, ou mais se necessário, para retirar todo o detergente;
- Não misturar os panos de limpeza de bancadas com os de limpeza do chão;
- Retirar as luvas de limpeza de bancadas e lavar as mãos;
- Colocar as luvas destinadas à limpeza do chão;
- Proceder à limpeza do chão com água e detergente começando pela parte mais distal da ambulância (junto à célula do condutor) e ir limpando com movimentos paralelos até à porta de saída exterior;
- Lavar o pano no balde com água pura;
- Passar o pano húmido com água pura para retirar todo o detergente quantas vezes forem necessárias;
- Deixar secar;
- Calçar novas luvas;
- Substituir a água do balde;
- Limpar individualmente a carga constituinte da ambulância, respeitando a técnica de limpeza de cada equipamento;
- Arrumar a carga, alocando-a no seu respetivo local.

3.4.5- Material e equipamentos

Considera-se material necessário para a realização da limpeza e desinfeção do ambiente:

- a) Toalhetes secos descartáveis;
- b) Toalhetes impregnados com detergente;
- c) Medidor de soluções líquidas pequeno (50ml);

- d) Medidor de soluções líquidas grandes (balde volumétrico);
- e) Recipientes para colocar a solução diluída;
- f) Caneta para identificar recipiente;
- g) Aventais de plástico descartáveis;
- h) Luvas descartáveis;
- i) Catálogo explicativo de diluições de detergentes e desinfetantes.

Cada equipa deve garantir a disponibilidade e preservação do material necessário, a utilização de materiais não recomendados ou a sua indisponibilidade poderá levar a incumprimentos no processo de limpeza e desinfeção.

3.5- Responsabilidades

São da responsabilidade conjunta dos Enfermeiros e Técnicos de Ambulância de Emergência das SIV:

- Executar procedimentos de limpeza de acordo com a Política de Limpeza e Desinfeção do Ambiente Pré- Hospitalar;
- Assegurar um ambiente limpo dentro da ambulância e na base SIV;
- Respeitar as condições de utilização de detergentes e desinfetantes;
- Utilizar EPI de acordo com o regulamentado;
- Alertar a sede INEM sobre material/equipamento danificado (ou que não cumpra a sua função);
- Executar a triagem correta de resíduos hospitalares de acordo com os Procedimentos Nº1: Resíduos Hospitalares Perigosos - Grupos I e II, Nº3: Resíduos Hospitalares Perigosos - Grupos III e IV e Nº7: Resíduos Líquidos com Risco Biológico.

4. Conclusão

As atividades ligadas à prevenção e controlo de infeção têm sido uma área do conhecimento em constante evolução nos últimos trinta anos. Os esforços para reduzir o risco da IACS, baseados na vigilância epidemiológica, na pesquisa e na formação profissional, têm balanceado com um número crescente de doentes imunodeprimidos, com o surgimento das resistências aos antibióticos, com as infeções multirresistentes e com a necessidade de proceder a técnicas invasivas.

O facto de 25 a 50% das IACS estarem associadas a um efeito combinado entre procedimentos invasivos e a flora endógena, ressalta a importância da filosofia da prevenção (CUNHA, 2000).

Neste contexto, as Comissões de Controlo de Infeção têm desempenhado um papel importante, ao determinar as políticas e ao elaborar programas efetivos de luta contra as infeções, baseados na evidência.

A limpeza e desinfeção são essenciais para proteger os doentes e as equipas de microrganismos patogénicos. Com este trabalho salientamos que para conseguir prevenir e controlar a infeção no cenário PH, é necessário desenvolver estratégias para gerir eficazmente os riscos.

O avanço na área do controlo de infeção requer o desenvolvimento de um conjunto de partilha de valores organizacionais, de diretrizes de conduta e princípios de qualidade que apoiem a estratégia do serviço no controlo de infeção. Cuidadosa atenção a este processo irá fornecer a segurança que é necessária ao cuidar de doentes (MCDONELL, 2008).

O processo de mudança de comportamentos é um desafio que significa conhecer a situação real do problema e implantar medidas que as solucionem. Assim, esperamos que o esforço deste trabalho seja reconhecido, e que a prevenção e controlo da infeção seja uma realidade projetável entre os profissionais integrantes dos meios de socorro PH do INEM.

Todo o material que se apresenta em anexo foi pensado no sentido de facilitar o acesso e consulta, pelo que consideramos pertinente a sua alocação junto das *check list* das ambulâncias SIV. Cientes de que as medidas futuras dependerão somente dos intervenientes da instituição INEM, pensamos ter dado um contributo, com vista à melhoria da qualidade dos cuidados, cumprindo com um dos objetivos para este estágio.

Em suma, enquanto futuros enfermeiros especialistas pensamos ter adquirido competência capaz para equacionar os problemas e atribuir-lhes um caminho seguro atuando de forma técnica e científica, conforme pretendido com a realização deste documento.

5. Referências Bibliográficas

ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DE LISBOA E VALE DO TEJO - Manual de Procedimentos: Higienização das Instalações dos Centros de Saúde. [Em linha]. Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, 2009. [Consult. 7 Jun. 2014]. Disponível em <http://www1.arslvt.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/SPublica/Controlo%20Infeccao/Norma.pdf>.

CENTERS OF DISEASE CONTROL AND PREVENTION - Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings. [Em linha]. Centers of Disease Control and Prevention, 2007. [Consult. 7 Jun. 2014]. Disponível em <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/isolation/Isolation2007.pdf>.

CENTRO HOSPITALAR DO PORTO - Manual da CCI. Porto: Centro Hospitalar do Porto, 2007.

CUNHA, João - Prevenção e Controle da Infecção na Emergência Pré-Hospitalar: Projeto de Intervenção na VMER do Pedro Hispano. Porto: 2000. Tese de Mestrado.

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE - Plano Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde. [Em linha]. Lisboa: Direção Geral de Saúde, 2007. [Consult. 7 Jun. 2014]. Disponível em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008902.pdf>.

LINO, Alexandrina - Precauções Padrão, Básicas ou Universais. Enfermagem Médico-Cirúrgica I – Módulo III – Infecção Hospitalar. 2014. Apontamentos 7º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Instituto Ciências da Saúde – Universidade Católica do Porto.

MCDONELL, Angus - Issues of infection control in prehospital settings. Journal of Emergency Primary Health Care. Vol. 6 – nº4 (2008) p. 1-10.

6. Anexos

Anexo I:

Poster A: Folha de Instruções de Higienização da Ambulância e Materiais



Instituto Nacional de Emergência Médica

SERVIÇO DE AMBULÂNCIAS DE EMERGÊNCIA

Folha de Instruções de Higienização da Ambulância e Materiais

Equipamento	Frequência	Produto		Comentário
		Limpeza	Desinfecção	
Seringa Infusora	Imediata e semanal	Anios	Álcool 70° ou Anios e Saniclean ou Granoghi	Não borrifar ou molhar as aberturas laterais e a entrada da fonte de alimentação com detergente ou desinfetante.
Braçadeiras de Pressão Arterial (Automáticas ou Esfigmomanómetros)	Imediata, diária e semanal	Anios	Álcool 70° ou Anios e Saniclean ou Granoghi	Quando macroscopicamente suja, e se possível, a braçadeira deverá ser trocada.
Cadeira de Transporte	Imediata e semanal	Anios	Álcool 70° ou Anios e Saniclean ou Granoghi	
Maca de Transporte	Imediata e semanal	Anios	Álcool 70° ou Anios e Saniclean ou Granoghi	Deverá usar-se sempre que possível um lençol descartável entre a maca e o utente.
Plano Duro	Imediata e semanal	Anios	Álcool 70° ou Anios e Saniclean ou Granoghi	
Macas de Extração	Imediata e semanal	Anios	Álcool 70° ou Anios e Saniclean ou Granoghi	
Monitor	Imediata, diária e semanal	Anios	Anios e Saniclean ou Granoghi	Não borrifar ou molhar as aberturas laterais e a entrada da fonte de alimentação com detergente ou desinfetante.
Aspirador de Secreções	Imediata e semanal	Anios	Álcool 70° ou Anios e Saniclean ou Granoghi	Não borrifar ou molhar as aberturas laterais e a entrada da fonte de alimentação com detergente ou desinfetante.
Rádio e Computador	Imediata, diária e semanal	Anios	Álcool 70° ou Anios e Saniclean ou Granoghi	Não borrifar ou molhar as aberturas laterais e a entrada da fonte de alimentação com detergente ou desinfetante. Ecrã deve ser higienizado com produto próprio.
Ventilador de Transporte	Imediata e semanal	Anios	Álcool 70° ou Anios e Saniclean ou Granoghi	Não borrifar ou molhar as aberturas laterais e a entrada da fonte de alimentação com detergente ou desinfetante.
Sacos de abordagem	Imediata, diária e semanal	Anios	Álcool 70° ou Anios e Saniclean ou Granoghi	Interior e exterior. Sem esquecer fechos, alças...
Célula Sanitária	Imediata, diária e semanal	Anios	Saniclean, Álcool 70° ou Anios e Surfanios	

Realizado por: Ana Rocha
Carla Pires
Cármem Moreira
Sara Oliveira

Sob orientação de: Mestre Lúcia Rocha



CATÓLICA PORTO
CIÊNCIAS DA SAÚDE

7º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Anexo II:

Poster B: Catálogo de Produtos de Higienização



Instituto Nacional de Emergência Médica

SERVIÇO DE AMBULÂNCIAS DE EMERGÊNCIA

Catálogo de Produtos de Higienização

Nome Comercial do Produto	Categoria	Indicações	Modo de Emprego
	Detergente; Desinfetante de superfícies	Limpeza e Desinfecção de Superfícies Horizontais acima do solo: - Maca - Célula Sanitária Interior - Monitores e cabos	- Pulverizar o produto em diferentes pontos da superfícies - Espalhar a solução com ajuda de um pano seco, sem secar; - Não Enxaguar - Deixar secar
	Sabão Líquido Hipoalergénico para mãos e pele sã	Desinfetante para mãos quando estão visivelmente sujas ou contaminadas com matéria orgânica, após prestação de cuidados a doentes com <i>Clostridium difficile</i>, antes e após as refeições, após usar as instalações sanitárias	- Molhar as Mãos - Colocar 3ml de solução nas mãos - 5 passos - 1 minuto - Secar com folha de papel
	Desinfetante de Uso Geral à Base de Cloro	Limpeza geral e desinfecção de louça sanitária e fardamento	Para manchas de fardamentos - Deixar a roupa inteiramente molhada em água, adicionar 100 mL de produto para cada 0,5 Litros de água. Deixar de molho por 15 minutos e enxaguar. Para limpeza de louça sanitária e rádios - Na remoção de manchas usar puro e enxaguar. Para limpeza e desinfecções - Diluir 30 mL do produto em 0,1 Litro de água, deixar agir por alguns minutos e enxaguar
	Desinfetante para mãos e pele sã	Desinfecção de mãos tanto antes de procedimentos limpos/assépticos, como, na maioria dos procedimentos utilizados na prestação de cuidados, desde que as mãos estejam visivelmente isentas de sujidade ou matéria orgânica	- Aplicar o anti-séptico de base alcoólica para fricção das mãos - Não necessita de água nem toalhetes. - 5 passos da desinfecção das mãos durante 15-30 segundos.
	Detergente; Desinfetante de superfícies	Limpeza e desinfecção de pisos e superfícies, paredes e materiais médicos - Chão da ambulância	- Calçar luvas - Selecionar 2 baldes com 8 litros de água, cada. - Deitar 20 ml de Surfanios num dos baldes - Após varrer a superfície, humedece-la com uma esfregona só com água - Passar a esfregona envolvida na diluição de Surfanios em movimentos tipo S. - Não enxaguar - Deixar secar
	Absorvente Rápido de Líquidos Orgânicos	Absorve rapidamente fluidos como sangue e urina presentes nas superfícies.	- Calçar Luvas - Espalhar uma camada fina sobre os fluidos - Esperar alguns instantes até solidificar - Recolher com a ajuda de uma pá e vassoura

Realizado por: Ana Rocha
Carla Pires
Carmen Moreira
Sara Oliveira

Sob orientação de: Mestre Lúcia Rocha



CATÓLICA PORTO
CIÊNCIAS DA SAÚDE

7º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Grúrgica

Apêndices:

Fichas Técnicas

Ficha Técnica



FICHA TÉCNICA

Versão Nº3: 09-03-2012

GRANOCHI

1 - IDENTIFICAÇÃO:

- Designação Comercial: **GRANOCHI**
- Comercializado por: **IMPORQUÍMICA, S.A.**
- Utilização: Absorvente com funções bactericidas.

2 - NATUREZA QUÍMICA:

- Compostos expansivos com alta capacidade de absorção, agentes fixadores, neutralizantes de maus cheiros, sais de amónios quaternários e pó de reodorização.
- Produto biocida classificado como TP2: Compostos de amónio quaternário, benzil-C12-14-alquildimetil, cloretos (2 g/kg).

3 - PROPRIEDADES FÍSICAS:

- Estado Físico: Sólido (pó)
- Solubilidade/Miscibilidade: Solúvel em água
- pH puro: 7,0
- Massa volúmica: 900 g/l \pm 30 g/l

4 - ARMAZENAGEM E MANIPULAÇÃO:

- Precauções de armazenagem e manipulação: Armazenar fora do alcance das crianças. Fechar a embalagem após cada utilização. Não armazenar em locais húmidos.
- Reacção química: Neutra.

5 - INFLAMAÇÃO E EXPLOÇÃO:

- Ininflamável.

6 - PRIMEIROS SOCORROS:

- Em caso de contacto com a pele ou os olhos, ou de indisposição, consultar o médico se necessário.

7 - OUTRAS INDICAÇÕES:


- Produto não sujeito a etiquetagem de nocividade e toxicidade segundo as directivas europeias em vigor.
- Para informação detalhada sobre Segurança e Manipulação, consultar Ficha de Dados de Segurança do produto.

Imporquímica - Indústria Portuguesa de Produção Química, S.A.
Sociedade Anónima - Capital Social 130.000 Euros - CRC Moita, NPC: 502473274
Zona Industrial Alfo do Carvalhinho - Lote 11, Apartado 39 - 2861 - 909 Moita
Telefone: +351 21 280 83 90, Fax: +351 21 280 83 95
Web: www.imporquimica.pt, Email: info@imporquimica.pt



Ficha Técnica

Ficha Técnica
AGADERM

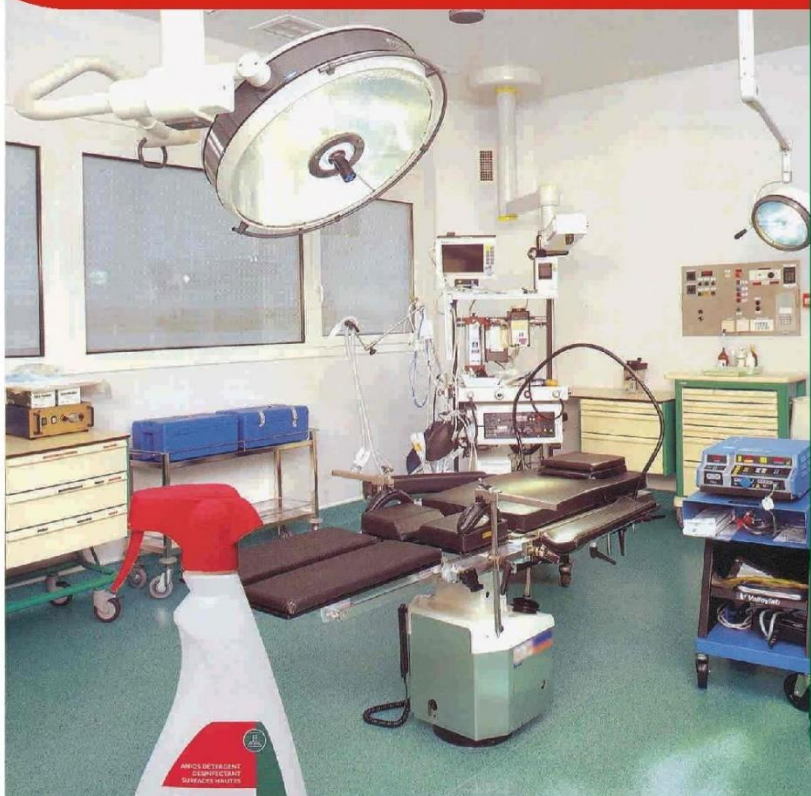
1. Tipo de Produto			
Biocida Grupo I, tipo de produto I			
2. Marca Comercial		3. Código	
Agaderm-solução alcoólica, anti-séptico e bactericida com dermoprotector.		500 mL 1000 mL	
4. Substâncias Activas e Respetivos N°s CAS			
Substâncias Activas		Quantitativos /100 mL	N°s CAS
C ₂ H ₅ OH Etanol (álcool etílico)	Alcohol	47 g	64-17-5
C ₃ H ₇ O n-Propanol (álcool propílico normal)	Propyl alcohol	30 g	71-23-8
C ₁₂ H ₇ Cl ₃ O ₂ Triclosan		1 g	3380-34-5
	Excipientes	Quantitativos	N°s CAS
Peg7 Glyceryl Cocoate		2,5 g	61790-62-03 61788-47-4
Corante E131		0,00015 g	Color index n° 42051
5. Fabricante			
Fabricante	AGA – Alcool e Géneros Alimentares, S.A.		
Endereço	Rua Professor Henrique de Barros N.º 8-8 A 2685-338 - Prior velho		
Número de Telefone	21940 92 00 - 21940 92 40		
Número de FAX	21940 92 60 - 21940 92 61		
E-mail	info@aga.pt		
Página de Internet	http://www.aga.pt		
Número de Telefone de Urgência (CIAV)	808 250 143		
6. Fórmula Farmacéutica			
Solução alcoólica			
7. Características Físicas			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Líquido ▪ Azul ▪ Cheiro etéreo  ▪ Limpido 			
8. Especificação			
	DETERMINAÇÕES	MÉTODO	UNIDADES
	Aspecto	Visual	x
	Cor	Visual	x
	Odor	Olfactivo	x
	Identificação de corante	TLC	x
	pH	F.P.	x
	Densidade	F.P.	g/cm ³
	Resíduo seco	F.P.	% m/v
			ESPECIFICAÇÃO
			Líquido
			Azul
			Etéreo
			Positiva
			6 a 7,5
			0,807 a 0,815
			3,2-3,8
9. Modo de Utilização			
Indicações e Modo de usar:			
<ul style="list-style-type: none"> • Desinfecção e protecção das mãos e pele sã. • Verter uma porção sobre as mãos, friccioná-las em rotação e insistindo nos espaços interdigitais, pelo menos 30 segundos. • Pode ser utilizado sem água após a lavagem das mãos. • Pode usá-lo repetidamente sem qualquer dano para a pele. 			
Contra-indicações: Não há qualquer registo de reacções adversas.			
Precauções:			
<ul style="list-style-type: none"> • Evitar o contacto com os olhos • Manter afastado de fontes de ignição. Não fumar • Manter fora do alcance das crianças. 			
10. Organismos Alvo			
Actividade Bactericida		Actividade Fúngica	
Estirpes de referência:		Estirpes de Referência	
<i>Escherichia coli</i> ATCC 10536		<i>Candida albicans</i> ATCC 10231	
<i>Pseudomonas aeruginosa</i> ATCC 15442		<i>Aspergillus niger</i> ATCC 16404	
<i>Staphylococcus aureus</i> ATCC 6538			
<i>Enterococcus hirae</i> CIP 5855			
<i>Mycobacterium smegmatis</i> ATCC 16404			
11. Locais de Aplicação			
Desinfecção e hidratação da pele sã.			
12. Incompatibilidades			
Não conhecidas			
13. Conservação			
Em recipiente fechado			
Conservar à temperatura ambiente.			
Válido por cinco anos.			
14. Informação Bibliográfica			
Classificação segundo o D.L. 121/2002 de 3 de Maio			
D.L. 82/2003 de 23 de Abril.			

Ficha Técnica

ANIOS detergente desinfetante SUPERFÍCIES ELEVADAS



Produto para a limpeza e desinfecção das superfícies e dos materiais



Limpeza e desinfecção das superfícies e materiais
numa só operação. Produto pronto a usar.
Efeito de espuma controlado.



Anios DDSH - V1 - PT - 06/2008

ANIOS detergente desinfectante SUPERFÍCIES ELEVADAS



Produto para a limpeza e desinfecção das superfícies e dos materiais

Indicações

- Limpeza e desinfecção de superfícies ditas "horizontais", acima do solo, tais como: mesas operatórias, sistema de iluminação do B.O., Carrinhos de apoio, Mesas de trabalho, camas, transfers...
- Limpeza e desinfecção de dispositivos médicos.

Modo de emprego

Produto pronto a usar.
Pulverizar o produto em diferentes pontos da superfície, espalhar a solução pulverizada com a ajuda de um pano, limpo e seco, sem provocar a secagem da superfície.
Não enxaguar.
Deixar secar.

Composição qualitativa

- Propionato de amónios quaternários
- Acetato de guanídium
- n-propanol
- Aroma mentol
- Alcool laurico etoxilado

Propriedades tecnológicas

- Solução límpida incolor
- Densidade a 20°C: 0,987± 0,007
- pH da solução a 20°C: 6,3± 0,50

Propriedades microbiológicas

- O Anios Detergente desinfectante para Superfícies Elevadas está em conformidade com as normas AFNOR e europeias de eficácia anti-microbiana:
- Bactericida: NF EN 1040; NFT 72-190
 - Bactericida em condições de sujidade: NFT 72-170
 - Bactericida em condições práticas de utilização: T 72-300.
 - Fungicida: NF EN 1275
 - Actividade fungicida T 72-301 sobre o *Aspergillus fumigatus*.
 - Activo sobre o *Micobactérium Tuberculosis* (B.K.)
 - Activo sobre os vírus HIV e HBV
 - Activo sobre a Herpesvírus e Reovírus.
 - Activo sobre o M.R.S.A.
 - Activo sobre o *Acinetobacter Baumannii*

Precauções de emprego

Irritante para os olhos. Não respirar directamente o aerosol originado pela pulverização. Conservar fora do alcance das crianças. Em caso de contacto com os olhos, lavar imediatamente e abundantemente com água e consultar um especialista. Utilizar luvas apropriadas. Em caso de ingestão, consultar imediatamente um médico e mostrar-lhe o rótulo ou a embalagem.

Informações

Ficha de dados de segurança disponível sob pedido.

Condicionamentos



- Cx de 12 frascos pulverizadores de 750ml (referência 1245)



Rua 6 de Outubro, n.º 5305 - 4430-260 - AVINTES
☎: +351 22 767 71 20 - ✉: +351 22 767 08 52

As especificações indicadas neste folheto poderão ser alteradas a qualquer momento, pelo que a sua leitura não substitui a consulta aos nossos serviços técnicos ou comerciais.



0459

Anios DDSH - V1 - PT - 06/2008

Ficha Técnica



FICHA TÉCNICA

Versão Nº2: 06-04-2009

Revisão Nº3: 16-09-2011

SANICLEAN

Riscos Específicos: Não tem.

1 - IDENTIFICAÇÃO:

- Designação Comercial: **SANICLEAN**
- Comercializado por: **IMPORQUÍMICA, S.A.**
- Utilização: Espuma activa bactericida e fungicida.

2 - NATUREZA QUÍMICA:

- Preparação à base de uma combinação de sais alcalinos, agentes desengordurantes, surfactantes não iónicos (seleccionados pela sua biodegradabilidade), com funções desinfectantes de dois amónios quaternários com propriedades bactericidas, fungicidas e virucidas.
- Produto biocida classificado como TP2: Compostos de amónio quaternário, Benzil-C12-18-Alquildimetil, Cloretos (0,92 g/Kg); Compostos de amónio quaternário, C12-14-Alquil[(etilfenil)metil]dimetil, Cloretos (0,92 g/Kg).

3 - PROPRIEDADES FÍSICAS:

- Estado Físico: Líquido
- Solubilidade/Miscibilidade: Miscível com água
- pH puro: 11,30
- Massa volúmica: 1025 ± 20 g/l

4 - ARMAZENAGEM E MANIPULAÇÃO:

- Precauções de armazenagem e manipulação: Armazenar fora do alcance das crianças. Fechar a embalagem após cada utilização. Armazenar o recipiente em local bem arejado.
- Medidas especiais de protecção: Afastar de fontes de ignição, chamas e superfícies quentes.
- Outras: Não fumar.

5 - INFLAMAÇÃO E EXPLOÇÃO:

- Não inflamável.

6 - PRIMEIROS SOCORROS:

- Em caso de contacto com os olhos lavar imediatamente com água em abundância e se necessário consultar um médico.

7 - OUTRAS INDICAÇÕES:

- Produto não sujeito a etiquetagem de nocividade e toxicidade segundo as directivas europeias.
- Produto de qualidade alimentar, no que concerne a limpeza de materiais e equipamentos que podem estar em contacto com produtos alimentares.
- SANICLEAN aplica-se directamente nas superfícies, deixando actuar alguns instantes (entre 5 a 10 minutos) em seguida limpar com um pano ou com um pincel.
- Eficácia desinfectante testada segundo as seguintes normas:
 - ✓ Bactericida – EN 1040, EN 1276 e NFT 72.301
 - ✓ Fungicida – EN 1275
- Para informação detalhada sobre Segurança e Manipulação, consultar Ficha de Dados de Segurança do produto.

Imporquímica - Indústria Portuguesa de Produção Química, S.A.
Sociedade Anónima - Capital Social 130.000 Euros - CRC Moita, NPC: 502473274
Zona Industrial Alto do Carvalhinho - Lote 11, Apartado 39 - 2861 - 909 Moita
Telefone: +351 21 280 83 90, Fax: +351 21 280 83 95
Web: www.imporquimica.pt, Email: info@imporquimica.pt



Ficha Técnica

B|BRAUN

Pág 1 de 4

Resumo das Características do Medicamento

(RESUMO DAS CARACTERÍSTICAS FÍSICAS, QUÍMICAS E DE UTILIZAÇÃO DO PRODUTO)

Softaskin®

Sabão líquido hipolergénico com alantóina.

1. PROPRIEDADES FÍSICO-QUÍMICAS E COMPOSIÇÃO QUALITATIVA

Softaskin® é uma solução de aplicação tópica (na pele) para limpeza e higiene.

É utilizado para a limpeza suave das mãos e peles sensíveis uma vez que apresenta pH dermatologicamente neutro (pH 5,5).

Composição qualitativa Laurilsulfato de Sódio, Cocamidopropilbetaina, Poligliceril 3-caprato, Colagénio Hidrolisado de Coco potássico, Fenoxietanol, Óxido de Lauramina, Ureia, Alantóina, Óleo essencial D sensível 12419/790459, Ácido Cítrico, Sulfato de sódio e Água purificada.

Os constituintes de **Softaskin®** são substâncias químicas, ou quimicamente modificadas, bem conhecidas na manufatura de produtos utilizados na Indústria farmacêutica e na Cosmética, vários deles com Monografias publicadas e periodicamente actualizadas na Farmacopeia Europeia. Os índices de pureza e de qualidade de cada um dos componentes está de acordo com os parâmetros e os limites estabelecidos na respectiva monografia. No caso de componentes para os quais não existe monografia, os seus graus de pureza estão estabelecidos de acordo com monografia interna uma vez que o **Softaskin®** embora, sendo um produto cosmético é manufacturado em ambiente GMP (Good Manufacturing Practice) na unidade de produção da B|Braun na Suíça.

Não possui corantes e o único conservante, o ácido cítrico, é amplamente utilizado na indústria alimentar.

Destacam-se particularmente três dos seus constituintes:

- A ureia empregue pelas suas propriedades hidratantes e queratolíticas arrastando assim as células mortas e descamativas no processo de lavagem e permitindo a normal hidratação do tecido são subjacente.
- O colagénio de origem vegetal, que permite o restabelecimento de uma fina camada elástica protectora da superfície cutânea.
- A alantóina, substância sobejamente reconhecida pelas suas características hidrófobas e emolientes, mantém a hidratação da superfície cutânea além de ser um excelente veículo para preparações tópicas.

2007 01 10 Softaskin (PT) RCP



Resumo das Características do Medicamento

(RESUMO DAS CARACTERÍSTICAS FÍSICAS, QUÍMICAS E DE UTILIZAÇÃO DO PRODUTO)

Propriedades físico-químicas

pH: 5,00 – 6,00 (dermatologicamente neutro)

Densidade relativa: 1,015-1,035

Viscosidade 25°C: 800 – 1500 mPa.s

Cor: incolor a amarelo pálido (não contém corantes)

Líquido viscoso transparente, incolor a amarelo pálido com fragrância suave. São possíveis pequenas flutuações na cor devido à origem natural das matérias-primas, sem qualquer efeito prejudicial à qualidade do produto.

2. CARACTERÍSTICAS

Trata-se de um sabão líquido hipoalergénico, com um pH 5,5, perfeitamente compatível com o pH cutâneo.

Não é tóxico nem irritante ao contrário de outras ceras com elevado conteúdo em álcoois gordos livres.

3. INDICAÇÕES

Esta solução de lavagem, embora de utilização recomendada a qualquer indivíduo são, incluindo crianças, destina-se particularmente a situações mais complexas que decorrem em meio hospitalar tais como:

- Limpeza antes da desinfeção cirúrgica e limpeza higiénica das mãos;
- Lavagem e duche dos doentes, especialmente antes de intervenções cirúrgicas;
- Banho e lavagem de crianças e bebés;
- Limpeza do doente incontinente, acamado ou não

4. CONTRA-INDICAÇÕES, PRECAUÇÕES E OBSERVAÇÕES

O **Softaskin®** está contra-indicado no caso de hipersensibilidade a qualquer um dos seus componentes.



Resumo das Características do Medicamento

(RESUMO DAS CARACTERÍSTICAS FÍSICAS, QUÍMICAS E DE UTILIZAÇÃO DO PRODUTO)

O produto não contém corantes e possui na sua composição alantoina, substância que acalma a pele irritada.

É hipoalergénico e isento de perfumes IS19 os quais são passíveis de provocar alergias. Tal como para outros cosméticos, deve ser mantido **fora do alcance e da vista das crianças**

A ingestão acidental ou intencional de **Softaskin®** implica que o doente contacte e de imediato um serviço de urgência médica, embora não se prevejam danos de maior.

5. EFEITOS ADVERSOS

Não estão descritos efeitos adversos associados à utilização de **Softaskin®** segundo as condições normais de utilização.

O produto não é tóxico por absorção cutânea. No caso de ingestão oral acidental, é irritante para a mucosa gastrointestinal, embora não seja corrosivo. A excreção previsível é feita por via fecal

6. MODO DE UTILIZAÇÃO

- Para a lavagem das mãos, coloque cerca de 3 ml nas mãos de forma a fazer espuma com a água.
- Para a lavagem corporal ou duche dos doentes, coloque **Softaskin®** numa esponja húmida ou manípula.
- Para banho de imersão, adicione cerca de 20 ml de **Softaskin®** na água do banho.

Não existem medidas particulares de protecção do operador. Em caso de derrame acidental deve ser lavado com água muito abundante.

7. ESTERILIZAÇÃO

Não aplicável.



Resumo das Características do Medicamento

(RESUMO DAS CARACTERÍSTICAS FÍSICAS, QUÍMICAS E DE UTILIZAÇÃO DO PRODUTO)

8. CONDIÇÕES DE ARMAZENAMENTO

O produto deve ser conservado longe de fontes de calor, em local fresco e seco, mantido na sua embalagem de origem.

Não conservar acima de 25°C.

9. PRAZO DE VALIDADE

Softaskin®- 2 anos

10. APRESENTAÇÃO

Ref: 18766 - Caixa com 20 frascos de 500 ml de **Softaskin®**

11. OUTRAS INFORMAÇÕES

Produto Cosmético e de Higiene Corporal

Registado no Centro de Informação Anti-Venenos (CIAV). Registado junto ao INFARMED, I.P..

Responsável pela comercialização em Portugal

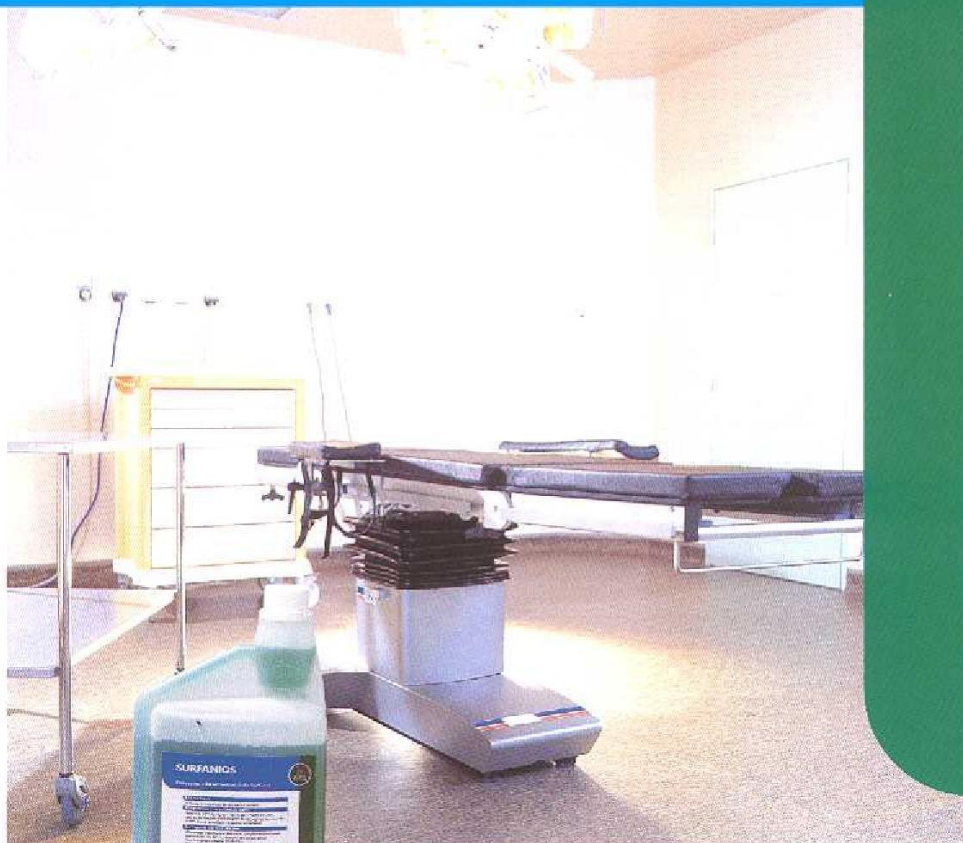
B|Braun Medical Lda
Est. Consiglieri Pedroso, 80
Queluz de Baixo
2730-053 Barcarena

Ficha Técnica

SURFANIOS

SURFANIOS frescura limão

Detergente desinfetante para solos e superfícies



Limpeza e desinfecção dos solos e superfícies.
Sem aldeído.



SURFANIOS

SURFANIOS frescura limão



Detergente desinfetante para solos e superfícies

Estes dois produtos, não contendo aldeído, reúnem reais propriedades detergentes (humedecedora, solubilizadora e dispersante) e uma acção desinfetante poderosa :

- bactericida e activo no *Mycobacterium tuberculosis* ;
- fungicida ;
- virucida : activo nos vírus HIV-1 e HBV, com garantia de uma boa tolerância cutânea.

SURFANIOS frescura limão é uma versão perfumada de SURFANIOS.

Indicações

Limpeza e desinfecção dos solos, paredes, materiais e dispositivos médicos.

Modo de emprego

SURFANIOS e SURFANIOS frescura limão são utilizados em diluição de 0,25%, ou seja, 20 ml (1 dose ou 1 pressão de bomba) para cada 8 litros de água fria ou quente ($\leq +60^{\circ}\text{C}$).
Recomenda-se não enxaguar.

Composição qualitativa

Associação de três tipos de desinfetantes que asseguram um largo espectro antimicrobiano.
Princípios antimicrobianos :

- cloridrato de aminocídidos ;
- cloreto de didecilidimetilamónio ;
- quelantes dos iões Ca^{2+} , Mg^{2+} .

Excipientes :

- detergentes não iónicos biodegradáveis ;
- corantes de acordo com a Farmacopéia Francesa ;
- perfumes.

Propriedades tecnológicas

- Solução líquida de cor azul-verde.
- Solúvel em qualquer proporção na água.
- Densidade a 20°C : $1,034 \pm 0,007$
- pH do produto puro a 20°C : $12,3 \pm 0,5$.
- pH do produto diluído a 0,25% : aprox. 8,5.
- Utilizável a qualquer temperatura até 60°C .
- Não corrosivo (ausência de oxidantes).
- Estável em armazenamento ($+5^{\circ}\text{C}$ a $+30^{\circ}\text{C}$).
- Biodegradável.

Propriedades microbiológicas

SURFANIOS e SURFANIOS frescura limão obedecem às normas AFNOR de eficácia antimicrobiana :

- NF EN 1040 : Bactericida.
- NF T 72-150 : Bactericida (espectro 5).
- Activo no *Mycobacterium tuberculosis*.
- NF T 72-170 : Bactericida em presença de substâncias interferentes : condições de sujidade (água dura + proteínas).
- NF T 72-190 : Bactericida e fungicida em relação a colónias de germes (método dos porta-germes).
- NF T 72-200 : Fungicida.
- Activo sobre o vírus HIV-1.
- Activo sobre o vírus da Hepatite B.

Precauções de uso

Produto de uso externo.
Irritante para os olhos e pele.
Manter fora do alcance das crianças.
Evitar o contacto com a pele e os olhos.
Em caso de contacto com os olhos, lavar imediatamente e abundantemente com água e consultar um especialista.
Usar luvas adequadas.

Informações

Produto de acordo com a directiva 93/42/CEE.
Ficha de dados de segurança e ficha de dispositivos médicos disponíveis mediante pedido.

Embalagem

SURFANIOS

- 1 Embalagem de 500 saquetas de 20 ml ref. 350.129
- 2 Embalagem de 12 frascos doseadores de 1 litro ref. 350.092
- 3 Embalagem de 4 bidões de 5 litros com 1 bomba doseadora de 20 ml ref. 350.036

SURFANIOS frescura limão

- Embalagem de 500 saquetas de 20 ml ref. 347.129
- Embalagem de 12 frascos doseadores de 1 litro ref. 347.092
- Embalagem de 4 bidões de 5 litros com 1 bomba doseadora de 20 ml ref. 347.036



Pavé du Moulin
59260 Lille-Bellemmes - France
Tél. : 33 3 20 67 67 52
Fax : +33 3 20 05 27 48



www.anios.com - Réf. 10/2005 - 01/05

***Anexo II: Proposta de Procedimento: Cuidados Oftálmicos ao
Doente Internado em Cuidados Intensivos***



CATÓLICA PORTO

CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COM ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Cuidados Oftálmicos ao Doente Internado em Cuidados Intensivos

Aveiro, outubro de 2014



CATÓLICA PORTO

CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COM ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Cuidados Oftálmicos ao Doente Internado em Cuidados Intensivos

Aluno: Ana Karina Rocha
Sob orientação de: Mestre Patrícia Coelho
Sob tutoria de: Enfermeiro Luís Nunes e
Enfermeira Anabela Palaio

Aveiro, outubro de 2014

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

cc – centímetros cúbicos

CHBV-UA – Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE – Unidade de Aveiro

CI – Cuidados Intensivos

NANDA-I – *Nanda International Inc.*

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

% - percentagem

ÍNDICE

	Pág.
1 Introdução	155
2 Enquadramento Conceptual	157
2.1 Anatomofisiologia do Olho	157
2.2 Cuidados Oftálmicos	158
3 Proposta de Procedimento	161
4 Conclusão	165
5 Referências Bibliográficas	167
6 Anexos	169
Anexo X – Proposta de Procedimento: <i>“Cuidados Oftálmicos ao Doente em Cuidados Intensivos”</i>	171

1 INTRODUÇÃO

A Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica promove o desenvolvimento de competências científicas, técnicas e humanas que permitem otimizar a prestação de cuidados de enfermagem gerais e especializados.

A Enfermagem, como ciência humana, aborda o seu doente e família de forma holística, relacionando todas as variáveis que influenciam a resposta do indivíduo a uma determinada situação (TOMEY e ALIGOOD, 2005) e intervindo dinamicamente no sentido de alcançar o melhor estado de saúde e bem-estar possível, segundo o ponto 1 do artigo 4º do Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (LEI Nº111/2009 de 15 de setembro da Assembleia da República, 2009).

Para corresponder a essa exigência, que é também um dever do enfermeiro, segundo os artigos 81º, 82º e 89º do Código Deontológico do Enfermeiro (LEI Nº111/2009 de 15 de setembro da Assembleia da República, 2009) é importante atuar de forma fundamentada e baseada na evidência científica demonstrada pelos resultados da constante investigação difundida pela Enfermagem. Esta metodologia de trabalho minimiza o distanciamento entre os avanços científicos e o que se pratica (DOMENICO e IDE, 2003).

A Medicina Intensiva é um exemplo dessa premissa. É por natureza multidisciplinar e tem por objetivo primordial suportar e recuperar funções vitais do doente. O internamento numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) é transitório, ou seja, é parte de um processo e não um fim (DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE, 2003).

Neste contexto a equipa de enfermagem para além de prestar cuidados emergentes de restauro e manutenção da capacidade vital do doente, deve também estar atenta a eventuais fatores de risco ou agravamento de patologias prévias causadas pelo internamento em cuidados intensivos (WERLI-ALVARENGA *et al.*, 2012) pois poderão prejudicar de alguma forma a recuperação do doente.

“A nossa orientação no mundo é, principalmente, visual” e como “não há comportamento que não seja influenciado pelo sentido da visão” (PHIPPS, SANDS e MAREK, 2003, p. 2057), o que evidencia a importância dos cuidados oftálmicos.

A higiene ocular é uma componente da higiene corporal que deve ser assistida pelo enfermeiro. Normalmente existem mecanismos de defesa como o Reflexo do Pestanejo¹ e a existência do filme lacrimal que são suficientes para manter uma correta higiene ocular (MALLIK, HAL e HOWARD, 2009).

Porém o doente sedado, curarizado ou inconsciente necessita de ajuda (parcial ou total) para a execução da higiene ocular.

Estes cuidados nem sempre são considerados uma prioridade (WERLI-ALVARENGA *et al.*, 2012).

A realização do presente trabalho teve como objetivo a apresentação de uma proposta de procedimento de cuidados oftálmicos ao doente em cuidados intensivos (Anexo X), para implementação no Serviço de Medicina Intensiva (SMI) do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE – Unidade de Aveiro (CHBV-UA), como contributo deste percurso.

¹ Werli-Alvarenga (2012, p.27) define que o Reflexo do Pestanejo está comprometido quando o encerramento palpebral autónomo acontece menos de cinco vezes num minuto.

2 ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

2.1 Anatomofisiologia do Olho

O globo ocular é formado por três camadas. A camada externa consiste na *esclerótica* e na *córnea* que se unem no *sulco corneoescleral* ou *limbo*. A camada intermédia que diz respeito à *úvea* que, por sua vez, é constituída pela *coróide*, *corpo ciliar* e *íris e pupila*. E a camada mais interna, a *retina*. (PHIPPS, SANDS e MAREK, 2003).

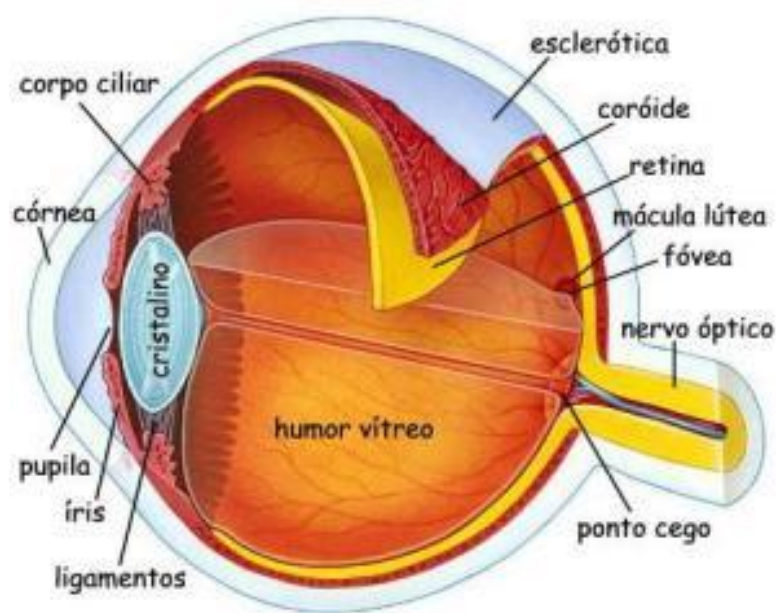


Fig.1 – Imagem representativa do olho humano.
Fonte: <http://olhohumano.wordpress.com/>

A *esclerótica* é formada por tecido fibroso e denso de colagénio; possui uma abertura anterior onde se insere a *córnea* e uma posterior por onde passa o nervo

ótico e a sua capacidade de resistência ao trauma confere-lhe uma função protetora (COSTA, 2014).

A *córnea* é uma membrana desprovida de bainha de mielina pelo que é transparente, é de superfície lisa e brilhante, cobrindo a face anterior do globo ocular (COSTA, 2014) participando na focagem da imagem.

A zona de transição entre a *esclerótica* e a *córnea* denomina-se por *sulco córneoescleral* ou *limbo*.

Na camada intermédia encontra-se a *úvea* que detém muitos vasos sanguíneos, nervos e células pigmentadas e é constituída pela *coroide*, *corpo ciliar* e *íris* (ABRAHAMS, 2003).

A *coroide* é uma túnica que assume uma posição mediana, ou seja, apresenta-se entre a retina e a esclerótica prolongando-se para a porção anterior do globo ocular para formar o *corpo ciliar* e a *íris* (ABRAHAMS, 2003).

O *corpo ciliar* é responsável pela segregação do humor aquoso e a *íris* é um diafragma pigmentado que atribui coloração ao olho (COSTA, 2014) e circunda a pupila.

E a retina é a cama mais interna do globo ocular e contém bastonetes e cones fotossensíveis (ABRAHAMS, 2003) que transformam o estímulo luminoso em estímulo nervoso.

2.2 Cuidados Oftálmicos

O facto dos doentes internados em CI estarem frequentemente sedados, curarizados ou inconscientes torna-os um grupo de risco quanto ao

desenvolvimento de lesões da córnea (JOANNA BRIGGS INSTITUTE FOR EVIDENCE BASED NURSING AND MIDWIFERY, 2002).

O comprometimento ou perda de mecanismos de proteção ocular potencializam lesões importantes.

Os fatores de risco para o desenvolvimento de lesão da córnea são: tempo de internamento superior a 8,9 dias, presença de tubo orotraqueal ou traqueostomia, utilização de ventilação mecânica, reflexo de pestanejo inferior a cinco vezes por minuto, internamento prolongado, presença de edema e exposição do globo ocular (WERLI-ALVARENGA, 2010).

A lubrificação da córnea, por exemplo, é ineficaz na sequência da administração de relaxantes musculares que, ao reduzirem a tonicidade do músculo *orbicularis*, provocam um semi encerramento das pálpebras e, por sua vez, evaporação do filme lacrimal (JOANNA BRIGGS INSTITUTE FOR EVIDENCE BASED NURSING AND MIDWIFERY, 2002).

Também após a administração de sedativos verifica-se a diminuição do Reflexo de Pestanejo que interfere com a cobertura do filme lacrimal do olho conduzindo à secagem do mesmo. Este quadro pode ser pior em doentes medicados com terapêutica inibidora da produção de secreções oculares como atropina, anti-histamínicos e outros (JOANNA BRIGGS INSTITUTE FOR EVIDENCE BASED NURSING AND MIDWIFERY, 2002).

No doente crítico com ineficazes ou ausentes barreiras de proteção ocular podem emergir problemas como conjuntivites, queratites, úlceras, lesões da córnea por abrasão (SANTOS, 2012).

O cuidado oftálmico é frequentemente descurado (JOANNA BRIGGS INSTITUTE FOR EVIDENCE BASED NURSING AND MIDWIFERY, 2002) podendo prejudicar

a recuperação do doente e, conseqüentemente, afetar a qualidade dos cuidados de enfermagem (WERLI-ALVARENGA, 2010).

Apesar da evidente necessidade de realização de mais estudos acerca desta temática, vários investigadores contribuíram para o delineamento de um conjunto de medidas indicando as mais efetivas, e elas são: a higiene ocular, a prevenção do olho seco e o encerramento das pálpebras do doente (WERLI-ALVARENGA, 2010).

3 PROPOSTA DE PROCEDIMENTO

O objetivo desta proposta é uniformizar o procedimento de cuidados oftálmicos a doentes sob sedação ou inconscientes, permitindo conforto e reduzindo a possibilidade de complicações oculares, no sentido da otimização da qualidade dos cuidados prestados. E propõe-se a todos os enfermeiros em desempenho de funções no SMI do CHBV-UA.

O material necessário é: luvas limpas, resguardos, compressas esterilizadas, soro de irrigação, soro fisiológico 0.9%, seringa de 10cc, lubrificante oftálmico, eventual medicação oftálmica preconizada no plano terapêutico e adesivo de poliuretano.

E o procedimento sugerido para higienização oftálmica baseia-se na evidência científica (CISNEROS, PINEDA e PONCE, 2011 e WERLI-ALVARENG *et al.*, 2012) seguindo os próximos passos:

- 1 - *Se possível, informar o doente acerca do procedimento e solicitar autorização;*
- 2 – *Posicionar o doente em decúbito dorsal e observar os olhos despistando exposição da conjuntiva ou córnea, presença de secreção, ausência de humidade, hiperemia ocular, etc;*
- 3 - *Providenciar o material necessário para junto do doente;*
- 4 - *Lavar ou desinfetar as mãos, com solução alcoólica, e calçar luvas limpas;*
- 5 – *Colocar um resguardo absorvente de cada lado da cara do doente;*

6 - *Humedecer compressa esterilizada em soro de irrigação e, num movimento único, limpar primeiro a pálpebra móvel desde o canto interno do olho para o externo;*

7 – *Com nova compressa humedecida em soro de irrigação limpar as pestanas também num movimento único;*

8 - *Com nova compressa esterilizada e humedecida em soro de irrigação limpar a região infra orbitária do mesmo olho, no sentido porção proximal para distal;*

9 – *Secar o excedente no exterior do olho com compressa esterilizada e na mesma direção dos movimentos anteriores;*

10 - *Repetir passos 4,5,6 e 7 (mais duas vezes);*

11 – *Carregar uma seringa de 10cc com soro fisiológico 0.9% e, lateralizando a cabeça do doente e abrindo o olho com os dedos indicador e polegar, limpar a superfície ocular no sentido proximal – distal (este passo deve ser repetido na presença de secreções);*

12 – *Se for necessário, aplicar lubrificante oftálmico (ou eventual terapêutica) neste momento;*

13 – *Encerrar a pálpebra com adesivo de polietileno e remover luvas;*

14 – *Lavar ou desinfetar mãos com solução alcoólica e calçar luvas limpas;*

15 - *Executar o mesmo procedimento, ou seja, desde o passo 6 ao 13 no olho contra lateral;*

16 - *Lavar ou desinfetar as mãos com solução alcoólica;*

17 - Registrar informação no Picis®.

Existem situações especiais que devem ser consideradas.

Perante doentes com REFLEXO DE PESTANEJO PRESENTE:

- Se o globo ocular é translúcido e não possui secreção deve efetuar-se o procedimento de higiene oftálmica uma vez por dia;
- Se o globo ocular é viscoso e possui secreção deve informar-se o médico assistente e efetuar-se o procedimento de higiene oftálmica tantas vezes quantas necessárias ao longo do dia.

Perante doentes com REFLEXO DE PESTANEJO DIMINUÍDO realizar:

- Procedimento de higiene oftálmica a cada 6 horas.

Perante doentes com REFLEXO DE PESTANEJO AUSENTE efetuar:

- Procedimento de higiene oftálmica a cada 4 horas;
- Lubrificação do globo ocular e encerrar pálpebra com adesivo de polietileno.

Aquando da aspiração de secreções naso/oro faríngeas e/ou traqueobrônquicas os olhos do doente devem ser protegidos evitando o risco de contaminação cruzada (SANTOS, 2012) removendo a sonda de aspiração no sentido inverso ao plano ocular.

Recomenda-se que, para além da realização das ações preventivas descritas, também se realize a avaliação corneana a cada 8, 9 dias, uma vez que este é o tempo médio de surgimento de lesão (WERLI-ALVARENGA, 2010).

4 CONCLUSÃO

A lesão da córnea é frequentemente observada em doentes internados em UCI e a falta de vigilância e cuidados oftálmicos por parte da equipa de enfermagem leva ao seu desenvolvimento (WERLI-ALVARENGA, 2010).

Esta é uma realidade preocupante uma vez que a úlcera da córnea é uma lesão que pode dificultar a reinserção social ou até inviabilizar hipotéticas córneas para doação (Pavan-Langston citado por WERLI-ALVARENGA, 2010).

NANDA International, Inc. (NANDA-I) é a organização responsável pela criação dos diagnósticos de enfermagem que aprimoram a prática de enfermagem através do desenvolvimento e aperfeiçoamento da terminologia que reflete os julgamentos clínicos dos enfermeiros (NANDA INTERNACIONAL INC.,2014).

Em 2012 NANDA-I identificou o *risco de olho seco* como diagnóstico de enfermagem tendo sido proposto o diagnóstico de *risco de lesão da córnea* considerando os doentes internados em UCI (WERLI-ALVARENGA, 2012).

É por isso, essencial, reconhecer a importância dos cuidados oftálmicos refletindo e intervindo junto dos doentes, em especial dos que se enquadram no grupo de risco para o desenvolvimento de lesão da córnea.

A existência de um procedimento de cuidados oftálmicos dirigido ao doente internado em cuidados intensivos permite standardizar um modo de agir que se pretende baseado na evidência científica e por isso de excelência.

5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAHAMAS, Peter - Atlas do Corpo Humano Um Guia completo do funcionamento do Corpo. 1ª ed. Lisboa: Editorial Estampa, 2003.

CISNEROS, Noé; PINEDA, Gustavo; PONCE, María - Protección ocular al paciente en estado crítico bajo efectos de sedación. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica. Vol. 19 – nº 2 (2011) p.80-82.

COSTA, Manuel - Dicionário de Termos Médicos. Porto: Porto Editora, 2014.

DOMENICO, Edvane; IDE, Cilene - Enfermagem Baseada em Evidência: Princípios e Aplicabilidades. Revista Latino-Americana Enfermagem. Vol. 11 – nº1 (2003) p.115-118.

JOANNA BRIGGS INSTITUTE FOR EVIDENCE BASED NURSING AND MIDWIFERY - Eye Care Intensive Care Patients. Best Practice. Vol. 6 – nº 1 (2002) p.1-6.

LEI Nº 111/2009 de 15 de setembro da Assembleia da República. [Em linha]. Diário da República: I Série, Nº 180 [Consult. 6 out. 2014]. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Documents/2014/Lei%20111_2009_Artigo4.pdf

MALLIK, Maggie; HALL, Carol; HOWARD, David - Nursing Knowledge and Practice – Foundations for Decision Making. 3ª ed. Edimburgo: Elsevier, 2009.

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE - Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento. [Em linha]. Lisboa: Direção Geral de Saúde, 2003. [Consult. 4 Out. 2014]. Disponível em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006185.pdf>

NANDA INTERNACIONAL INC. [Em linha]. NANDA International Inc, 2014. [Consult. 4 Out. 2014]. Disponível em <http://www.nanda.org/about-nanda-international.html>

PHIPPS, Wilma; SANDS, Judith; MAREK, Jane - Enfermagem Médico-Cirúrgica Conceitos e Prática Clínica. Camarate: Lusociência, 2003.

SANTOS, Filipa - Comunicação com o Doente Crítico – Promoção para uma prática especializada. Lisboa, 2012. Tese de Mestrado.

TOMEY, Ann; ALIGOOD, Martha - Modelos y teorías en enfermería. 6ª ed. St Louis: Mosby, 2005.

WERLI-ALVARENGA, Andreza - Lesões na córnea: incidência e factores de risco em Unidade de Terapia Intensiva de adultos. Belo Horizonte, 2010. Tese de Mestrado.

WERLI-ALVARENGA, Andreza; ERCOLE, Flávia; HERDMAN, Heather; CHIANCA, Tânia - Nursing Interventions for Adult Intensive Care Patients With Risk for Corneal Injury: A Systematic Review. International Journal of Nursing Knowledge. Vol. 24 – nº1 (2012) p. 25-29.

6 ANEXOS

Anexo X – Proposta de Procedimento:

“Cuidados Oftálmicos em Doente em Cuidados Intensivos”



Tipo de documento: PROCEDIMENTO		Código do documento: XXX	
NOME: CUIDADOS OFTÁLMICOS AO DOENTE EM CUIDADOS INTENSIVOS			
ELABORADO POR: XXX		APROVADO POR:	
DATA: XX/XX/XXXX		DATA: __/__/____	

Palavras Chave

Cuidados Oftálmicos; Reflexo do Pestanejo; Doente sedado, curarizado, inconsciente; Cuidados Intensivos.

Objetivo

Uniformizar o procedimento de cuidados oftálmicos a doentes sob sedação ou inconscientes proporcionando conforto e reduzindo a possibilidade de complicações oculares otimizando a qualidade dos cuidados prestados.

Âmbito

Todos os doentes adultos em internamento hospitalar que se encontrem sedados, curarizados ou inconscientes.

Documentos de Referência

- ABRAHAMS, Peter - Atlas do Corpo Humano Um Guia completo do funcionamento do Corpo. 1ª ed. Lisboa: Editorial Estampa, 2003. ISBN 978972331877.
- CISNEROS, Noé; PINEDA, Gustavo; PONCE, María - Protección ocular al paciente en estado crítico bajo efectos de sedación. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica. Vol. 19 – nº 2 (2011) p.80-82.
- COSTA, Manuel - Dicionário de Termos Médicos. Porto: Porto Editora, 2014. ISBN 9789720052810.
- DOMENICO, Edvane; IDE, Cilene - Enfermagem Baseada em Evidência: Princípios e Aplicabilidades. Revista Latino-Americana Enfermagem. Vol. 11 – nº1, p.115-118.
- JOANNA BRIGGS INSTITUTE FOR EVIDENCE BASED NURSING AND MIDWIFERY - Eye Care Intensive Care Patients. Best Practice. Vol. 6 – nº 1 (2003) p.1-6.
- LEI Nº111/2009. D.R. I Série. Nº180 (2009-09-15) págs. 6528 – 6550.
- MALLIK, Maggie; HALL, Carol; HOWARD, David - Nursing Knowledge and Practice – Foundations for Decision Making. 3ª ed. Edimburgo: Elsevier, 2009. ISBN 9780702029400.
- DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE - Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento. [Em linha]. Lisboa: Direção Geral de Saúde, 2003. [Consult. 4 Out. 2014]. Disponível em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006185.pdf>



Tipo de documento: PROCEDIMENTO		Código do documento: XXX	
NOME: CUIDADOS OFTÁLMICOS AO DOENTE EM CUIDADOS INTENSIVOS			
ELABORADO POR: XXX		APROVADO POR:	
DATA: XX/XX/XXXX		DATA: ___/___/___	

- NANDA INTERNACIONAL INC. [Em linha]. NANDA International Inc. [Consult. 4 Out. 2014]. Disponível em <http://www.nanda.org/about-nanda-international.html>
- PHIPPS, Wilma; SANDS, Judith; MAREK, Jane - Enfermagem Médico-Cirúrgica Conceitos e Prática Clínica. Camarate: Lusociência, 2003. ISBN 9728383657.
- SANTOS, Filipa - Comunicação com o Doente Crítico – Promoção para uma prática especializada. Lisboa, 2012. Tese de Mestrado.
- TOMEY, Ann; ALIGOOD, Martha - Modelos y teorías en enfermería. 6ª ed. St Louis: Mosby, 2005. ISBN 9780323030106.
- WERLI-ALVARENGA, Andreza - Lesões na córnea: incidência e factores de risco em Unidade de Terapia Intensiva de adultos. Belo Horizonte, 2010. Tese de Mestrado.
- WERLI-ALVARENGA, Andreza; ERCOLE, Flávia; HERDMAN, Heather; CHIANCA, Tânia - Nursing Interventions for Adult Intensive Care Patients With Risk for Corneal Injury: A Systematic Review. International Journal of Nursing Knowledge. Vol. 24 – nº1 (2012) p. 25-29.

Descrição

- 1 - Informar o doente acerca do procedimento e, se possível, solicitar autorização;
- 2 – Posicionar o doente em decúbito dorsal e observar os olhos despistando exposição da conjuntiva ou córnea, presença de secreção, ausência de humidade, hiperemia ocular, etc;
- 3 - Providenciar o material necessário para junto do doente;
- 4 - Lavar ou desinfetar as mãos com solução alcoólica e calçar luvas limpas;
- 5 – Colocar um resguardo absorvente de cada lado da cara do doente;
- 6 - Humedecer compressa esterilizada em soro de irrigação e, num movimento único, limpar primeiro a pálpebra móvel desde o canto interno do olho para o externo;
- 7 – Com nova compressa humedecida em soro de irrigação limpar as pestanas também num movimento único;
- 8 - Com nova compressa esterilizada e humedecida em soro de irrigação limpar a região infra orbitária do mesmo olho, no sentido porção proximal para distal;
- 9 – Secar o excedente no exterior do olho com compressa esterilizada e na mesma direção dos movimentos anteriores;
- 10 - Repetir passos 4,5,6 e 7 (mais duas vezes);
- 11 – Carregar uma seringa de 10cc com soro fisiológico 0.9% e, lateralizando a cabeça do doente e abrindo o olho com os dedos indicador e polegar, limpar a superfície ocular no sentido proximal – distal (este passo deve ser repetido na presença de secreções);



Tipo de documento: PROCEDIMENTO		Código do documento: XXX	
NOME: CUIDADOS OFTÁLMICOS AO DOENTE EM CUIDADOS INTENSIVOS			
ELABORADO POR: XXX		APROVADO POR:	
DATA: XX/XX/XXXX		DATA: __/__/__	

12 – Se for necessário, aplicar lubrificante oftálmico (ou eventual terapêutica) neste momento;

13 – Encerrar a pálpebra com adesivo de polietileno e remover luvas;

14 – Lavar ou desinfetar mãos com solução alcoólica e calçar novamente luvas limpas;

15 - Executar o mesmo procedimento, ou seja, desde o passo 6 ao 13 no olho contra lateral;

16 – Lavar ou desinfetar as mãos com solução alcoólica;

17 - Registrar informação no *Picis*®.

Observações

Existem situações especiais que devem ser consideradas.

Perante doentes com REFLEXO DE PESTANEJO PRESENTE:

- Se o globo ocular é translúcido e não possui secreção deve efetuar-se o procedimento de higiene oftálmica uma vez por dia;
- Se o globo ocular é viscoso e possui secreção deve informar-se o médico assistente e efetuar-se o procedimento de higiene oftálmica tantas vezes quantas necessárias ao longo do dia.

Perante doentes com REFLEXO DE PESTANEJO DIMINUÍDO realizar:

- Procedimento de higiene oftálmica a cada 6 horas.

Perante doentes com REFLEXO DE PESTANEJO AUSENTE efetuar:

- Procedimento de higiene oftálmica a cada 4 horas;
- Lubrificação do globo ocular e encerrar pálpebra com adesivo de polietileno.

Anexo III: Proposta de Intervenção: Substituição do Cloridrato de Benzidamina por Clorohexidina nos Cuidados de Higiene Oral do Doente Crítico



CATÓLICA PORTO

CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COM ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Proposta de Intervenção:

***Substituição do Cloridrato de Benzidamina por Clorohexidina
nos Cuidados de Higiene Oral ao Doente Crítico***

Aveiro, outubro de 2014



CATÓLICA PORTO

CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COM ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Proposta de Intervenção:

Substituição do Cloridrato de Benzidamina por Clorohexidina nos Cuidados de Higiene Oral ao Doente Crítico

Aluno: Ana Karina Rocha

Sob orientação de: Mestre Patrícia Coelho

Sob tutoria de: Enfermeiro Luís Nunes e

Enfermeira Anabela Palaio

Aveiro, outubro de 2014

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CDC – *Center for Disease Control and Prevention*

CHBV-UA – Centro Hospitalar do Baixo Vouga – Unidade de Aveiro

CI – Cuidados Intensivos

CLH - Clorhexidina

DGS – Direção Geral de Saúde

h – horas

IACS – Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde

PAV – Pneumonia Associada ao Ventilador

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

% - percentagem

ÍNDICE

	Pág.
1. Introdução	185
2. Importância da Higiene Oral no Doente Crítico	187
3. Cuidados de Higiene Oral no SMI do CHBV-UA	191
4. Conclusão	193
5. Referências Bibliográficas	195

1. INTRODUÇÃO

A qualidade em saúde é um *“imperativo para todas as organizações (...) face à crescente consciencialização que os consumidores (...) possuem”* (DECRETO DE LEI Nº 166-A/99 de 13 de maio da Assembleia da República, 1999).

Esta premissa é reconhecida pela Ordem dos Enfermeiros. Como entidade reguladora da profissão e tendo aprovado o respetivo estatuto, publicou o seu Código Deontológico (DECRETO DE LEI Nº104/98 de 21 de abril da Assembleia da República, 1998) enunciando que o enfermeiro deve exercer a sua profissão baseando se em conhecimentos científicos e técnicos sem menosprezar a qualidade dos cuidados de saúde.

Reconhecendo a escassa cultura de qualidade e no intuito de otimizar o paradigma atual, o Departamento da Qualidade juntamente com o apoio do Conselho para a Qualidade na Saúde da Direção Geral de Saúde (DGS) coordenaram esforços para a divulgação de políticas de melhoria contínua de qualidade nas instituições de saúde (DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE, 2009).

Este Conselho determinou várias recomendações nesse sentido, sendo que uma delas é a prevenção e o controlo de Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) alertando para a necessidade de se efetivarem mudanças comportamentais e estruturais nas organizações com o intuito de se obterem ganhos em saúde (DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE, 2009).

A Pneumonia Associada à Ventilação (PAV) é considerada uma IACS (DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE, 2009) muito frequente em unidades hospitalares e que resulta num elevado índice de mortalidade (MATOS e SOBRAL, 2010), em

internamentos prolongados e conseqüentemente maiores custos financeiros (LIN *et al.*, 2011).

A artificialização da via aérea para proceder a ventilação mecânica é um procedimento muito frequente em doentes críticos, provocando alterações nos mecanismos de proteção da via aérea que favorecem a colonização da cavidade oral (FURR *et al.*, 2004).

Os cuidados de higiene oral desempenham um papel essencial na prevenção da PAV apresentando um impacto positivo nos resultados e bem-estar dos doentes críticos (segundo Pear citado por YILDIZ, DURNA e AKIN, 2012).

O presente trabalho tem como objetivo propor uma mudança estrutural sob a forma de Proposta de Intervenção, quanto à prestação de cuidados de higiene oral ao doente crítico internado no Serviço de Medicina Intensiva (SMI) do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE – Unidade de Aveiro (CHBV-UA), como contributo do estudante neste estágio integrado no plano curricular do curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica do Instituto Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Porto.

A presente Proposta de Intervenção segue a seguinte estrutura: introdução onde consta o objetivo do trabalho, desenvolvimento que comporta um sucinto enquadramento teórico e a contextualização para o campo de estágio, a conclusão e as referências bibliográficas pesquisadas.

2. IMPORTÂNCIA DA HIGIENE ORAL NO DOENTE CRÍTICO

A higiene oral é uma importante estratégia de conforto pois ajuda a manter a boca saudável nomeadamente, a mucosa oral, a língua, os dentes, as gengivas, os lábios, mas também previne infeções como a PAV (BERRY *et al.*, 2007).

Nas Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), a maioria das IACS são PAV, podendo ocorrer em 8 a 28% dos doentes submetidos à ventilação mecânica (CHASTRE e FAGON, 2002). Por sua vez, estes apresentam um risco 2 a 10 vezes maior de morte comparativamente a doentes não submetidos à ventilação mecânica (diz Cavalcanti citado por AMARAL, CORTÊS e PIRES, 2009).

Uma grande percentagem de adultos saudáveis aspira secreções da orofaringe em determinados momentos do sono, e essa percentagem aumenta para 70% em doentes com depressão do nível de consciência, necessidade de entubação orotraqueal e ventilação mecânica (Munro citado por AMARAL, CORTÊS e PIRES, 2009).

O organismo que predomina na cavidade oral de adultos saudáveis é o *Streptococcus viridans* mas a flora destes indivíduos, quando se encontram em estado crítico, muda, tornando-se mais agressiva (*Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae*, *Acinetobacter baumannii* entre outros) (Munro citado por AMARAL, CORTÊS e PIRES, 2009).

Microrganismos frequentemente associados às PAV como *Staphylococcus aureus*, *Acinetobacter baumannii*, *Streptococcus pneumoniae* (previamente referidos) e ainda *Haemophilus influenzae* e *Pseudomonas aeruginosa* são

geneticamente semelhantes a 90% dos microrganismos detetados na placa bacteriana e base da língua (BAHRANI-MOUGEOT *et al.*,2007).

A micro aspiração de microrganismos patogénicos colonizados na cavidade oral pode contribuir para o desenvolvimento de PAV em doentes internados em Cuidados Intensivos (CI). Ou seja, os microrganismos *Gram* negativos que colonizam a orofaringe alcançam a árvore brônquica ao passar por entre a mucosa e o *cuff* do tubo orotraqueal (Scannapieco citado por Furr *et al.*, 2004).

E é nas primeiras 48h / 72h de admissão numa UCI que ocorre a mudança da flora habitual na cavidade oral (FOURRIER citado por CARVAJAL *et al.*, 2010).

Esta colonização da orofaringe está associada a doenças sistémicas do foro cardiovascular, a doenças pulmonares obstrutivas crónicas, ao choque... (GRAP *et al.*, 2003); a intervenções como a oxigenioterapia, ventilação mecânica, cateterizações,...; a medicação (antineoplásicos, antibióticos, corticosteroides,..) e a condições pessoais como idade ou mau estado das peças dentárias e também ao tempo de hospitalização (EGGIMANN e PITTET, 2001).

O *Center for Disease Control and Prevention* (CDC) propôs, com o objetivo de diminuir a colonização do trato aerodigestivo, a higienização oral a cada 2h - 4h, previamente às mobilizações *major* e aspiração de secreções. Esta higienização oral compreende a escovagem dos dentes e língua a cada 12h, a aplicação de antisséptico, preferencialmente com solução de clorhexidina (CLH), na cavidade oral a cada 2h – 4h e a inspeção da mesma (MATOS e SOBRAL, 2010).

O CDC identificou a higienização oral como recomendação de categoria II, isto é, sugerida para implementação, baseada em alguns estudos epidemiológicos ou clínicos sugestivos de ser boa prática, em fundamentação teórica ou por conselho de peritos (DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE, 2010).

Quanto à escovagem dos dentes, a placa bacteriana apenas é removida por ação mecânica da escovagem. E escovar a língua também é importante pois irá extrair mecanicamente os microrganismos aí presentes (McNeill citado por LIN *et al.*, 2011).

A utilização da CLH como antisséptico oral está descrita como medida de redução da incidência de PAV em doentes críticos (CARVAJAL *et al.*, 2010).

O Tantum Verde® ou seja, o cloridrato de benzidamina, como solução para lavagem da boca, tem uma ação anti-inflamatória, analgésica e antipirética (SIMPOSIUM TERAPÊUTICO, 2003).

Já a CLH, apresenta um perfil antibacteriano. Com um largo espectro de ação atua sobre bactérias *Gram* positivas, *Gram* negativas, fungos, leveduras e vírus lipofílicos (segundo TORTORA citado por ZANATTA e RÖSING, 2007).

Após bochecho (instilação) com CLH apenas 30% fica retida na cavidade oral. Pela sua natureza catiónica, a CLH é atraída pela carga negativa do biofilme oral que, por sua vez, é formado por compostos aniônicos (ZANATTA e RÖSING, 2007).

Ou seja, como a CLH é dicatiónica, uma das extremidades catiónicas liga-se à superfície bacteriana (atuando sobre ela) e a outra extremidade catiónica fica livre para agir sobre potenciais microrganismos que procurem colonizar. Deste modo, assume-se que a CLH é tanto bactericida como bacteriostático (ZANATTA e RÖSING, 2007).

É necessário realçar que algumas substâncias, como o flúor (presente na grande maioria de pastas dentífricas), reduzem a retenção de CLH e conseqüentemente a sua ação antibacteriana (RÖLLA e MELSEN citados por ZANATTA e RÖSING, 2007).

O uso prolongado da CLH provoca efeitos adversos como o aparecimento de manchas nas peças dentárias. Este fenómeno está relacionado com a concentração e o volume de CLH utilizado (segundo SEGRETO, CUMMING e LÖE citados por ZANATTA e RÖSING, 2007).

Assim, o ideal é seguir as instruções do fabricante do antisséptico com CLH disponibilizado ou solicitar a colaboração do Serviço de Farmácia para esclarecimentos quanto ao seu uso.

Os cuidados de higiene orais são frequentemente descurados e tidos como menos prioritários quando comparados com intervenções de enfermagem que apresentam maior impacto na sobrevivência do doente, ou seja, são considerados menos urgentes pois a sua não realização não coloca o doente em risco imediato de vida (LIN *et al.*, 2011).

A prática não baseada na evidência científica atual minimiza a segurança e debilita a qualidade dos cuidados prestados a este grupo de doentes de risco, os doentes críticos, que muitas vezes são totalmente dependentes.

3. CUIDADOS DE HIGIENE ORAL NO SMI DO CHBV-UA – PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

No SMI do CHBV-UA não existe um procedimento estipulado que uniformize a prestação de cuidados de higiene oral. Porém estes são realizados pelo enfermeiro, frequentemente auxiliado por um segundo elemento, que pode ser outro enfermeiro ou um assistente operacional.

Por norma efetua-se duas vezes por dia, às 10h e às 18h. Porém, o número de vezes que a intervenção se realiza não é rígido, pode variar de doente para doente, dependendo da produção de secreções por exemplo.

E a higienização oral precedente aos posicionamentos e aspiração de secreções nem sempre se verifica.

Esta metodologia de trabalho não respeita as recomendações da CDC.

No entanto, e de uma forma geral, toda a equipa executa a lavagem dos dentes e língua através do uso de um dispositivo descartável com haste plástica e cabeça de espuma, comumente designado por “cotonete” de higiene oral.

A eficácia deste tipo de dispositivos ainda é dúbia, por exemplo, no que respeita à capacidade de remoção de microrganismos de entre os dentes e carece de mais investigação (Niederman citado por CARVAJAL *et al.*, 2010).

Apesar das recomendações se considerarem de categoria II, o preconizado pela CDC é a escovagem, com recurso a escova e pasta dentífrica se possível.

O elixir bucal utilizado no SMI do CHBV-UA é o cloridrato de benzidamina, comercialmente designado por Tantum verde®. Todavia existem vários autores que defendem o uso da CLH como o antisséptico oral de eleição, na sequência de investigação realizada (CABOV *et al.*, 2010; CARVAJAL *et al.*, 2010). Como referido anteriormente também o CDC aconselha o seu uso para a diminuição da colonização da cavidade oral.

Neste sentido e com base na evidência científica, enfatiza-se a importância de seguir as *guidelines* do CDC quanto à higienização oral e apresenta-se como Proposta de Intervenção para o SMI do CHBV, a substituição do cloridrato de benzidamina, atualmente utilizado, por CLH, para uma realização da higiene oral mais eficiente na prevenção de IACS, em especial a PAV tão presente nas UCI.

E como tal propõe-se que a higienização oral dos doentes internados no SMI se inicie com a aspiração da cavidade oral, seguido de lavagem da mesma apenas com água. Depois deve efetuar-se a escovagem dos dentes, gengiva e língua, preferencialmente, com recurso a escova e pasta dentífrica com flúor, ou, nesta impossibilidade, através do “cotonete” de higiene oral, embebido em água e pasta dentífrica. A seguir deve realizar-se nova lavagem da cavidade oral com água, generosamente. E finalmente, deve instilar-se CLH deixando atuar consoante as indicações do fabricante.

A higiene oral não dispensa uma observação cuidadosa de eventuais complicações a nível bucal, que possam surgir, pelo que o enfermeiro deve estar atento, vigiar e monitorizar regularmente a cavidade oral.

4. CONCLUSÃO

Os cuidados de higiene oral assumem um papel importante na abordagem ao doente crítico até porque ao negligencia-los potencia-se o desenvolvimento de processos infecciosos.

As UCI devem dispor de recursos materiais apropriados que permitam à equipa multidisciplinar prestar cuidados de saúde seguros que revelem qualidade.

Os enfermeiros, por sua vez, devem primar pelas boas práticas, que neste contexto se trata de prevenir e/ou controlar a PAV.

Atendendo à evidência científica, os cuidados de higiene oral devem ser realizados a cada 2h a 4h, antes das mobilizações e da aspiração de secreções da orofaringe.

Deve escovar-se os dentes e a língua a cada 12h e utilizar um colutório antisséptico oral, preferencialmente a CLH também a cada 2h a 4h.

Considerando as recomendações, propõe-se ao SMI do CHBV-UA uma mudança estrutural, nomeadamente, a substituição do Cloridrato de Benzidamina por CLH nos cuidados de higiene oral. E sugere-se formação em serviço e elaboração de procedimento ou protocolo que vise também uma mudança comportamental da equipa de enfermagem relativamente à higiene oral ao doente crítico.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARAL, Simone; CORTÊS, Antonieta; PIRES, Fábio - Pneumonia nosocomial: importância do microambiente oral. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. Vol.35 – nº11, (2009) p.1116-1124.

BAHRANI-MOUGEOT, Farah; PASTER, Bruce; COLEMAN, Shirley; BARBUTO, Sara; BRENNAM, Michael; NOLL, Jenen; KENNEDY, Thomas; FOX, Philip; LOCKHART, Peter - Molecular Analysis of Oral and Respiratory Bacterial Species Associated with Ventilator-Associated Pneumonia. *Journal of Clinical Microbiology*. Vol. 45 – nº 5 (2007) p.1588 – 1593.

BERRY, Angela; DAVIDSON, Patricia; MASTERS, Janet; ROLLS, Kaye - Systematic Literature Review of Oral Hygiene Practices for Intensive Care Patients receiving Mechanical Ventilation. *American Journal of Critical Care*. Vol.16 – nº6 (2007) p.552-562.

CABOV, Tomislav; MACAN, Darko; HESEDZINOVIC, Jasenka; BOSNJAL, Danica; SESTAN-CRNEK, Sandra; PERIC, Berislav; KOVAC, Zoran; GOLUBOVI, Vesna - The impact of oral health and 0.2% chlorhexidine oral gel on the prevalence of nosocomial infections in surgical intensive-care patients: a randomized placebo-controlled study. *Wien klinische Wochenschrift*. Vol.122 (2010) p.397-404.

CARVAJAL, Carlos; POBO, Ángel; DÍAZ, Emili; LISBOA, Thiago; LLAURADÓ, Mireia; RELLO, Jordi - Higiene oral com clorhexidina para la prevención de neumonía en pacientes intubados: revisión sistemática de ensayos aleatorizados. *Medicina Clinica*. Vol.135 – nº11 (2010) p.491-497.

CHASTRE, Jean; FAGON, Jean-Yves - Ventilator-associated Pneumonia. American Journal of Respiratory e Critical Care Medicine. Vol. 165 – nº7 (2002) p.867 – 903.

DECRETO DE LEI Nº 104/98 de 21 de abril da Assembleia da República. [Em linha]. Diário da República: I Série, Nº 93 [Consult. 29 out. 2014]. Disponível em http://portalcodgdh.min-saude.pt/images/0/0e/DL_104-98.pdf

DECRETO DE LEI Nº 166-A/99 de 13 de maio da Assembleia da República. [Em linha]. Diário da República: I Série-A, Nº 111 [Consult. 29 out. 2014]. Disponível em http://www.ige.min-edu.pt/upload/GTAA/DL_166-A_99.pdf

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE - Departamento da qualidade na saúde. [Em linha]. Lisboa: Direção Geral de Saúde, 2009. [Consult. 24 Out. 2014]. Disponível em <http://www.dgs.pt/diretor-geral-direcao-e-servicos/departamento-da-qualidade-na-saude.aspx>

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE - Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. [Em linha]. Lisboa: Direção Geral de Saúde, 2010. [Consult. 24 Out. 2014]. Disponível em <http://www.dgs.pt/ms/3/pagina.aspx?codigoms=5514&codigono=00140015AAAAA>
AAAAA

EGGIMANN, Philippe; PITTET, Didier - Infection Control in the ICU. Chest. Vol.120 – nº6 (2001) p. 2059 – 2093.

FURR, Alen; BINKLEY, Catherine; CURREN, Cynthia; CARRICO, Ruth - Factors affecting quality of oral care in intensive care units. Journal of Advanced Nursing. Vol.48 – nº5 (2004) p.454-462.

GRAP, Mary; MUNRO, Cindy; ASHTIANI, Brooke; BRYANT, Sandra - Oral Care Interventions In Critical Care: Frequency and Documentation. *American Journal of Critical Care*. Nº 12 (2003) p. 113 – 118.

LIN, Ying-Siou; CHANG, Jung-Chen; CHANG, Tsy-Huei; LOU, Meei-Fang - Critical care nurses' knowledge, attitudes and practices of oral care for patients with oral endotracheal intubation: a questionnaire survey. *Journal of Clinical Nursing*. Vol. 20 (2011) p.3204-3214.

MATOS, Artur; SOBRAL, Ana – Como eu, Enfermeiro, faço Prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica. *Revista Portuguesa de Medicina Intensiva*. Vol. 17 - nº 1 (2010) p.61-65.

SIMPOSIUM TERAPÊUTICO – Enciclopédia de Especialidades Farmacêuticas Portuguesas. Ed.XLVII. Lisboa: Edições *Simposium*, 2003.

YILDIZ, Melek; DURNA, Zehra; AKIN, Semiha - Assessment of oral care needs of patients treated at the intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing*. Vol. 22 (2012) p.2734-2747.

ZANATTA, Fabrício; RÖSING, Cassiano - Clorexidina: Mecanismo de Acção e Evidências atuais da sua Eficácia no contexto do Biofilme supragengival. *Scientific-A*. Vol.1 – nº2 (2007) p.35-43.

Anexo IV: Certificado de comparência em sessão formativa-INEM



1.ª EDIÇÃO CICLO DE CONFERÊNCIAS E DEBATES
Manhãs no Centro de Formação do Porto

Centro de Formação do Porto | 2014



"Trauma, Formação em Israel"

"Cenários com matérias perigosas, Abordagem"

Certificado

Declara-se que

Ana Karina Ferreira Rocha

Esteve presente na 3ª conferência do "Ciclo de Conferências e Debates - Manhãs no Centro de Formação do Porto" com os temas "Trauma, Formação em Israel" e "Cenários com matérias perigosas, Abordagem", que se realizou no dia 23 de outubro de 2014, pelas 9h30, nas instalações da Delegação Regional do Norte do INEM, com uma duração de três horas e meia.

Pela entidade organizadora

António Táboas
Diretor da Delegação Regional do Norte

SIGA O INEM NO



Anexo V: “Diário de Bordo”

Diário de Bordo SIV e VMER	
Módulo de Estágio: Assistência pré-hospitalar	
07/mai/14	SIV Vila do Conde
Dados da ativação	
Acidente de viação na sequencia de choque frontal entre dois automóveis ligeiros. Duas vítimas, uma encarcerada.	
À nossa chegada	
Condições de segurança mantidas, estrada "cortada", GNR no local. Vítima 1: homem, 70 anos de idade, consciente, hemodinamicamente estável apenas com queixas álgicas no mento e nariz. Vítima 2: homem, 37 anos de idade, mecanicamente encarcerado, fratura de antebraço direito e de ambos os fêmures, varias escoriações.	
Intervenções	
Vítima 1: colar cervical, O2 a 15Lts, avaliação de SV's e score glasgow, imobilizado, transportado para hospital. Vítima 2: colar cervical, O2 a 15Lts, avaliação de SV's, CVP - analgesia e volume, extração controlada e imobilização, transporte acompanhado para hospital.	
07/mai/14	SIV Vila do Conde
Dados da ativação	
Alteração do estado de consciencia, feminino, 82 anos de idade.	
À nossa chegada	
Caída no chão do quarto, m decúbito ventral, com vômito na roupa.	
Intervenções	
ECG - 13/15. Hemodinamicamente estável. Abdomen distendido (invulgar segundo a família). Cvp para administração de flumazenil (por AP de gestão medicamentosa incorreta). Algalição. Depois de drenar de 2500cc de urina apresenta-se mais reativa. Transportada para hospital.	
08/mai/14	SIV Vila do Conde
Dados da ativação	
Atropelamento. Uma vítima no local: masculino de 59 anos de idade.	
À nossa chegada	
Consciente e orientado, sentado na berma da estrada.	
Intervenções	
Imobilização, O2, avaliação de SV's refere dor no ombro, grelha costal direita e MS onde apresenta ferida do tipo corto-contusa que foi limpa. CVP, analgesia.	

Diário de Bordo SIV e VMER Módulo de Estágio: Assistência pré-hospitalar	
08/mai/14	SIV Vila do Conde
Dados da ativação	
Doença súbita. Masculino de 63 anos de idade.	
À nossa chegada	
Consciente. Sentado na cama.	
Intervenções	
Referia náusea e vômitos desde o dia anterior. AP - DM II. Hemodinamicamente estável. Hiperglicêmico com HI. Na colheita de dados foi possível perceber que não cumpre esquema terapêutico nem dieta adequada. CVP, protocolo. Reforçados ensinamentos. Transportado para o hospital por manter-se hiperglicêmico.	

08/mai/14	SIV Vila do Conde
Dados da ativação	
Queda na escola. Feminino de 12 anos de idade.	
À nossa chegada	
Consciente. Sentada num campo do exterior da escola a chorar.	
Intervenções	
Referia queda ao mesmo nível com embate do joelho no chão de cimento. Sem descontinuidade cutânea no local. Sem compromisso neurovascular distal. Dor intensa. Imobilizado MI. Transportada para hospital.	

08/mai/14	SIV Vila do Conde
Dados da ativação	
Inconsciente. Via pública. Masculino de aproximadamente 50 anos de idade.	
À nossa chegada	
ECG - 14/15 (resposta verbal lentificada). Homem de 42 anos de idade que referia estar "a descansar". Hálito etílico marcado, confirma ingestão de bebidas alcoólicas. Nega queixas e recusa cuidados e transporte para o hospital.	
Intervenções	
Ensinamentos. Encaminhamento para serviços de apoio.	

Diário de Bordo SIV e VMER Módulo de Estágio: Assistência pré-hospitalar	
13/mai/14	SIV Vila do Conde
Dados da ativação	
Transporte secundário, pós-PCR, masculino.	
À nossa chegada	
TOT, ventilado, monitorizado, com perfusão de soroterapia, propofol e dopamina, SNG, drenagem vesical.	
Intervenções	
Vigilância. Cuidados pós-reanimação.	

14/mai/14	VMER H. S. João
Dados da ativação	
Dor torácica. Feminino, 64 anos de idade.	
À nossa chegada	
Sentada à mesa de um café. Corada, facies de dor e mão no peito.	
Intervenções	
Avaliação de SV's: dor retrosternal com irradiação ao dorso. Monitorização cardíaca. ECG 12: sem alteração. AP's de risco cardiológico. Administração de 5mg DNI e 250mg AAS via per os. Sem alívio de dor. Transporte acompanhado para hospital.	

14/mai/14	VMER H. S. João
Dados da ativação	
Alteração do estado de consciencia. Bradicardia. Feminino de 86 anos de idade.	
À nossa chegada	
Consciente e orientada. ECG - 14/15 (resposta verbal lentificada). Sentada no sofá.	
Intervenções	
O2. Avaliação de SV's e glicémia: hipoglicémia. CVP: protocolo. Por AP-Neoplasia gástrico, caquexia e mau aspeto geral é transportada para o hospital.	

Diário de Bordo SIV e VMER Módulo de Estágio: Assistência pré-hospitalar	
14/mai/14	VMER H. S. João
Dados da ativação	
Trauma com vidros resultante de queda. Feminino de 13 de idade. Escola.	
À nossa chegada	
Bombeiros no local. Vítima já na ambulância. Ferida com vidro empalado na coxa direita, retirado pela própria vítima, hemorragia ativa, compressão e gelo local.	
Intervenções	
Exploração da ferida. Hemorragia ativa de características arteriais. Avaliados SV's. Hemodinamicamente estável. CVP: soroterapia e analgesia. Transporte acompanhado para o hospital.	

14/mai/14	VMER H. S. João
Dados da ativação	
PCR. Estabelecimento prisional. Masculino, 34 anos de idade.	
À nossa chegada	
Em SAV à 10min pela equipa médica do estabelecimento prisional.	
Intervenções	
Mantidas manobras SAV durante cerca de mais 60min. Suspendidas manobras por irreversibilidade da PCR.	

14/mai/14	VMER H. S. João
Dados da ativação	
PCR. Marina de Leça da Palmeira. Masculino, pescador, com aproximadamente 50 anos de idade.	
À nossa chegada	
Trazido em manobras de SBV pelo ISN, de braco.	
Intervenções	
Suspendidas manobras (em PCR à mais de 1h com cianose central, rigidez mandibular). Cuidados ao corpo.	

Diário de Bordo SIV e VMER Módulo de Estágio: Assistência pré-hospitalar	
15/mai/14	SIV Vila do Conde
Dados da ativação	
Pedido de apoio diferenciado. Convulsão aquando do transporte para hospital por prostração. Masculino: 84 anos de idade.	
À nossa chegada	
Consciente. Status pós convulsão. ECG=10 (2+4+4).	
Intervenções	
Não tolera guedel. O2 a 15Lts. Avaliados SV's, hemodinamicamente hipertenso. Normoglicémico. CVP (preventivo). Transporte acompanhado para o hospital.	

15/mai/14	SIV Vila do Conde
Dados da ativação	
Dispneia. Feminino: 70 anos de idade.	
À nossa chegada	
Sentada em cadeirão. Prostrada.	
Intervenções	
Auscultação pulmonar. Monitorização cardíaca e avaliação de SV's: polipneica, febril. CVP: furosemida, paracetamol. Transporte acompanhado para o hospital.	

15/mai/14	SIV Vila do Conde
Dados da ativação	
PCR. Feminino: 78 anos de idade.	
À nossa chegada	
Bombeiros no local em manobras de SBV com DAE à aproximadamente 8min.	
Intervenções	
Iniciado SIV. Colheita de informação junto da família. AP's de risco cardiológico. Sem VMER disponível. Transportada para o hospital em manobras de SIV.	

Diário de Bordo SIV e VMER Módulo de Estágio: Assistência pré-hospitalar	
16/mai/14	SIV Gondomar
Dados da ativação	
PCR. Masculino: 91 anos de idade.	
À nossa chegada	
Bombeiros no local em manobras de SBV à aproximadamente 15min.	
Intervenções	
Iniciadas manobras de SIV. Colhida informação junto de familiares. Colaboração com VMER no SAV. Suspendidas manobras por irreversibilidade de PCR. Cuidados ao corpo.	

19/mai/14	SIV Vila do Conde
Dados da ativação	
Alteração do estado de consciencia. Masculino: 58 anos de idade.	
À nossa chegada	
Caído no chão, consciente mas disartrico.	
Intervenções	
Avaliação de SV's, glicémia, score glasgow e pupilas. Aparente afasia de expressão. Défices sensitivos e motores. Utente colaborante e ansioso. Transporte acompanhada para hospital com Via Verde AVC.	

19/mai/14	SIV Vila do Conde
Dados da ativação	
Doença súbita: tonturas. Masculino: 63 anos de idade. Local de trabalho: café.	
À nossa chegada	
Consciente. Sentado. Ansioso: referia parestesia da hemiface e tonturas.	
Intervenções	
Nistagmo bilateral. Avaliados SV's: taquicardico e hipertenso. Euglicémico. O2. CVP. Sem défices sensorio-motores. Diazepam e Captopril. Transporte acompanhado para hospital.	

Diário de Bordo SIV e VMER Módulo de Estágio: Assistência pré-hospitalar	
21/mai/14	SIV Vila do Conde
Dados da ativação	
Doença súbita. Feminino: 22 anos de idade.	
À nossa chegada	
Deitada na cama. Consciente e orientada. Referia cefaleias intensas de instalação súbita.	
Intervenções	
Colheita de informação. Avaliação de SV's. O2. CVP: paracetamol. Apresentou vômito. Administrado: metoclopramida. Reavaliados SV's, sempre hemodinamicamente estável. Transporte para o hospital.	

21/mai/14	SIV Vila do Conde
Dados da ativação	
Trauma em MMSS. Feminino: 31 anos de idade.	
À nossa chegada	
Sentada no quintal. Consciente e orientada. Feridas cortantes em ambos os punhos, hemorragia controlada. Facies deprimido.	
Intervenções	
Limpeza das feridas. Apoio e aconselhamento depois de perceber que se tratava de uma auto mutilação. Transportada ao hospital por apresentar ideação suicida. Apoio à família (filhos).	

22/mai/14	SIV Gondomar
Dados da ativação	
Alteração do estado de consciencia. Masculino: 31 anos de idade.	
À nossa chegada	
Consciente. Lentificado. A esposa referia crise convulsiva que associou a hipoglicémia (utente diabético insulínodépendente) pelo que administrou Glucagon.	
Intervenções	
Avaliação de SV's e glicémia: mantinha hipoglicémia. Oferecido pequeno almoço reforçado. Sempre monitorizado e hemodinamicamente estável. ECG 12: sem alterações. Transporte acompanhado por manter hipoglicémia. Apoio à esposa (mae recentemente e sem familiares próximos para ajudar).	

Diário de Bordo SIV e VMER	
Módulo de Estágio: Assistência pré-hospitalar	
22/mai/14	SIV Gondomar
Dados da ativação	
Pedido de apoio diferenciado. Alteração do estado de consciencia. Hipoglicemia. Masculino: 42 anos.	
À nossa chegada	
Consciente e orientado. Hipoglicemia severa (51mg/dl) em utente com AP - Alcolismo, DM I e AC - pancrectomia à 1 mês.	
Intervenções	
Avaliados SV's e glicemia. CVP: protocolo. Episódio de nausea, sudorese. Metoclopramida. Colhidas informações e feitos ensinios oportunos. Transporte acompanhado para o hospital.	

22/mai/14	SIV Gondomar
Dados da ativação	
Alteração do estado de consciencia. Feminino: 56 anos de idade.	
À nossa chegada	
Deitada na cama. Abertura espontanea dos olhos. Caixas de medicação vazias ao lado.	
Intervenções	
Score glasgow. Estabelecimento de comunicação verbal em utente claramente demonstrativa. Monitorizada, avaliação de SV's e glicemia. SNG: lavagem gástrica com drenagem de conteudo sugestivo de medicação. Transporte acompanhado para o hospital.	

26/mai/14	SIV Gondomar
Dados da ativação	
Dor torácica. Feminino: 62 anos de idade. Restaurante.	
À nossa chegada	
Consciente. Prostrada. Facies deprimido. Mãos no peito. Vítima referia astenia, cansaço, tristeza. Inicia de sintomatologia à 8dias, sem dor no momento.	
Intervenções	
Monitorização cardíaca, avaliação de SV's e realização de ECG 12. Sem alterações. Transportada para o hospital.	

Diário de Bordo SIV e VMER Módulo de Estágio: Assistência pré-hospitalar	
26/mai/14	SIV Gondomar
Dados da ativação	
Queda. Masculino: 14 anos de idade. Escola.	
À nossa chegada	
Consciente e orientado. Deitada em marquesa, está na companhia de auxiliares educativas.	
Intervenções	
Avaliados SV's e glicemia: hipoglicemia. Refere jejum prolongado. Apresenta discurso lentificado que segundo as auxiliares educativas é patológico, diagnosticado e medicado. Refere ter tropeçado mas está sem queixas. Transportado para o hospital. Comunicação com os pais, muito ansiosos.	

26/mai/14	SIV Gondomar
Dados da ativação	
PCR. Feminino: 25 anos.	
À nossa chegada	
VMER no local. Utente com score glasgow 10 (2+4+4). Bradipneica. Várias caixas de medicação vazias por perto.	
Intervenções	
Colheita de informação junto do ex-marido. AP - Tentativa de suicídio. Não tolera guedel. O2 a 15Lts. Monitorização, avaliação de SV's e realização de ECG 12d. CVP: protocolo. SNG: lavagem. Transporte acompanhado para o hospital.	

27/mai/14	VMER H. G. S. António
Dados da ativação	
Dor torácica. Masculino: 58 anos de idade. Clinia.	
À nossa chegada	
Deitado em maca. Monitorizado e acompanhado de médico cardiologista. Estaria a meio de um prova de esforço quando iniciou quadro de dor restrosternal intensa. Já tinha realizado ECG que apresentava elevação de ST nas derivações II, III e AVF e infra em V1 e V6, pelo que tinha sido administrado: AAS e Clopidogrel.	
Intervenções	
Controlo de ansiedade. O2. Morfina por manter dor. Transporte acompanhado para o hospital com Via Verde Coronária.	

Diário de Bordo SIV e VMER	
Módulo de Estágio: Assistência pré-hospitalar	
27/mai/14	VMER H. S. Antonio
Dados da ativação	
Tonturas, taquicardia. Feminino: 38 anos de idade. Ginásio.	
À nossa chegada	
Consciente. Pálida. Sudorética. Deitada em sofá. Olhos fechados mas abertura espontanea. Quadro sintomatologica instalada aquando de exercício físico.	
Intervenções	
Monitorizada, apresenta taquicardia supra ventricular de complexos estreitos. Avaliados SVs's: FC compatível com traçado. Sem dor torácica. O2. CVP:protocolo (manobras de valsalva sem sucesso, reverte com adenosina). Refere nausea, administrado antiemético. Transporte acompanhado para o hospital.	
09/jun/14	VMER H. S. João
Dados da ativação	
Dor torácica. Masculino: 55 anos de idade. Farmácia.	
À nossa chegada	
Sentado. Lábil: choroso. Avaliou TA na farmácia: hipertenso. Como teve um EAM recentemente ficou receoso. Não tem dor no momento da abordagem.	
Intervenções	
Estabelecimento de comunicação terapeutica para diminuição de ansiedade. Monitorizado, avaliados SV's e glicemia. ECG 12. Sem alterações (normotenso). Sem dor. Ansioso. Adminstrado ansiolitico. Transportado para o hospital.	
09/jun/14	VMER H. S. João
Dados da ativação	
Pedido de ajuda diferenciado. Crise convulsiva. Inconsciencia. Feminino: 43 anos de idade.	
À nossa chegada	
A equipa SIV que solicitou o apoio presenciou a crise convulsiva em utente com AP - Epilepsia. Teria tido várias crises mas essa última não reverteu com a terapeutica habitual e a utente manteve inconsciencia.	
Intervenções	
Apoio na entubação orotraqueal. Preparação de terapeutica para sedação. Adaptada a ventilação artificial. Vigilância de SV's (mantem monitorização cardíaca) durante o transporte acompanhado para o hospital.	

Diário de Bordo SIV e VMER	
Módulo de Estágio: Assistência pré-hospitalar	
10/jun/14	VMER H. G. S. António
Dados da ativação	
Queda de escadas. Masculino: 83 anos de idade. Domicílio.	
À nossa chegada	
Bombeiros no local. Vítima consciente e desorientada. Agitação psicomotora com hetero agressividade. Imobilizado. Ferida do tipo corto contusa na região parietal à esquerda, extensa. Hemorragia controlada.	
Intervenções	
Colheita de dados junto de familiares. Comportamento habitual do doente. Limpeza da ferida, penso temporario. Avaliação de glicemia. Transporte acompanhado para o hospital.	
10/jun/14	VMER H. G. S. António
Dados da ativação	
PCR. Masculino: 88 anos de idade.	
À nossa chegada	
Em manobras de SBV e DAE à aproximadamente 10min. Hora de PCR desconhecida. Vítima mantinha assistolia, estava cianosada e fria.	
Intervenções	
Cuidados ao corpo e apoio à família após comunicação do óbito. Diligencias com a GNR uma vez que o médico assistente não estava disponível.	
12/jun/14	VMER H. G. S. Antonio
Dados da ativação	
PCR. Masculino: 70 anos de idade.	
À nossa chegada	
Bombeiros em manobras de SBV à 4min, ritmo mantido de assistolia. PCR por tempo indeterminado. Vítima com cianose central, midriase fixa.	
Intervenções	
Cuidados ao corpo e apoio à família.	

Diário de Bordo SIV e VMER Módulo de Estágio: Assistência pré-hospitalar	
12/jun/14	VMER H. G. S. Antonio
Dados da ativação	
Alteração do estado de consciencia. Feminino: 52 anos de idade. Escola.	
À nossa chegada	
Consciente. Chorosa. Ansiosa. Sentada.	
Intervenções	
Comunicação assertiva e terapeutica. Monitorização cardíaca, avaliação de SV's, glicemia. Sem alterações. AP - Ansiedade, polimedicada (não cumpridora). Transportada para hospital.	

12/jun/14	VMER H. S. João
Dados da ativação	
Doença súbita. Masculino: 77 anos. Café.	
À nossa chegada	
Consciente. Pálido e sudorético. Renitente aos cuidados, não concordou com a ativação do 112. Reconhece a sua indisposição será por jejum prolongado. Funcionário do café refere lipotimia.	
Intervenções	
O utente não permitiu qualquer abordagem.	

12/jun/14	VMER H. S. João
Dados da ativação	
Atropelamento. Masculino: 22 anos de idade.	
À nossa chegada	
Condições de segurança asseguradas. Vítima deitada à berma da estrada. Consciente, alerta. "olho de boi" no carro.	
Intervenções	
Imobilizado e estabilizado. Monitorização com avaliação de SV's. Euglicemico. Score glasgow 15/15. Cefaleia moderada. CVP: analgesia e volume. Controlo da temperatura corporal. Transportado para o hospital.	

Diário de Bordo SIV e VMER	
Módulo de Estágio: Assistência pré-hospitalar	
12/jun/14	VMER H. S. João
Dados da ativação	
Queda. Masculino: 9 anos de idade. Domicílio.	
À nossa chegada	
Consciente. Ansioso. Choroso. A ser imobilizado por Bombeiros.	
Intervenções	
Comunicação. Imobilização e estabilização. Score glasgow 15/15. Euglicemico. O2. Limpeza de feridas do tipo escoriação no joelho esquerdo e corto contusa extensa na região frontal. Aplicação de gelo local. Transporte acompanhado para o hospital.	
13/jun/14	VMER H. G. S. Antonio
Dados da ativação	
PCR. Masculino: 86 anos de idade.	
À nossa chegada	
Em assistolia. Midriase fixa.	
Intervenções	
Iniciadas manobras de SAV enquanto a colheita de dados era feita junto da família. PCR por tempo indeterminado. Manutenção de SAV durante 50min sem reversão da PCR. Cuidados ao corpo. Comunicação do óbito à família.	
13/jun/14	VMER H. G. S. Antonio
Dados da ativação	
Atropelamento com projeção. Masculino: 13 anos de idade.	
À nossa chegada	
Consciente. Sorridente. Sentado muro. Observa-se ferida tipo escoriação no dorso do pé. Refere que o carro não lhe manteve distancia e passou com a roda por cima do pé (baixa velocidade). Nega projeção.	
Intervenções	
Limpeza da ferida. Sem critério, sem gravidade para ser transportado ao hospital.	

Diário de Bordo SIV e VMER Módulo de Estágio: Assistência pré-hospitalar	
14/jun/14	VMER H. G. S. Antonio
Dados da ativação	
Sincope. Feminino: 20 anos de idade.	
À nossa chegada	
Consciente. Chorosa. Sentada na via pública. Funcionária de café que ativou o 112 refere que após ingestão de bebidas alcoólicas apresentou sincope que reverteu espontaneamente.	
Intervenções	
Comunicação com utente deprimida. Não permitiu abordagem. Recusa transporte.	

14/jun/14	VMER H. G. S. Antonio
Dados da ativação	
Dispneia e alteração do estado de consciencia. Feminino: 92 anos de idade.	
À nossa chegada	
Consciente. Dipneica e polipneica.	
Intervenções	
Auscultada: roncosp abundantes e crepitações bilaterais. Monitorizada, avaliados SV's: SpO2-80%. Otimizada ventilação com O2 suplementar. ECG 12: sem evidencia de isquemia. Pele sem alterações. CVP: protocolo. Transporte acompanhado para o hospital.	

14/jun/14	VMER H. G. S. Antonio
Dados da ativação	
Atropelamento com projeção. Masculino: 18 anos de idade.	
À nossa chegada	
Consciente. Abordado por Bombeiros, está imobilizado. Queixoso ao nível da face.	
Intervenções	
Via aerea bem. Score glasgow 15/15. Auscultação pulmonar (roupa rasgada pelo mecanismo de lesão): sem alterações. Monitorização, avaliação de SV's: sem alterações. Limpeza de feridas tipo escoriação. Administração de paracetamol via per os. Transportado ao hospital.	

Diário de Bordo SIV e VMER	
Módulo de Estágio: Assistência pré-hospitalar	
16/jun/14	SIV Gondomar
Dados da ativação	
Dispneia. Feminino: 47 anos de idade.	
À nossa chegada	
Consciente. Dispneica. Sudorética. Sentada na cama. AP - Oligofrenia, institucionalizada. À dois dias com progressiva prostração.	
Intervenções	
Comunicação verbal dificultada. Auscultação pulmonar: roncospilobilaterais. O2 humedecido (presença de secreções). Monitorizada, avaliados SV's: polipneica e febril. Administrado antipirético via per os. Transportada para o hospital.	

16/jun/14	SIV Gondomar
Dados da ativação	
PCR. Masculino: 71 anos de idade. Terras agrícolas.	
À nossa chegada	
Bombeiros no local em manobras de SBV com DAE à 5min, em FV.	
Intervenções	
Iniciadas manobras SIV. Entubado com máscara laringea. CVP: protocolo medicamentoso. Transporte acompanhado para o hospital. Impossível adaptar a ventilador por inoperacionalidade do equipamento, pelo que foi mantido o suporte ventilatório com Ambu. Promoção das corretas compressões torácicas junto dos restantes socorristas.	

16/jun/14	SIV Gondomar
Dados da ativação	
Alteração do estado de consciencia. Feminino: 73 anos de idade.	
À nossa chegada	
Consciente, orientada, prostrada. Referia dor centro torácica. Família referia lipotimia (no leito). Portadora de CDI que terá disparado na nossa presença. Utente fica inconsciente mas reverte rapidamente.	
Intervenções	
Aplicadas pás adesivas que permitem monitorização e desfibrilhação. CVP: morfina e metoclopramida. Utente não tolera posição sentada pelo que é removida de casa, pela janela, em lona. Durante o transporte fibrilhou varias vezes. Numa dessas situações foi necessário desfibrilhar manualmente pois o dispositivo da utente não disparou. Vigilância constante durante o transporte acompanhado para o hospital.	

Diário de Bordo SIV e VMER	
Módulo de Estágio: Assistência pré-hospitalar	
16/jun/14	SIV Gondomar
Dados da ativação	
Doença. Masculino: 74 anos de idade.	
À nossa chegada	
Acamado, prostrado. Família refere perda de sangue abundante pelo anus.	
Intervenções	
Monitorização, avaliação de SV's: hipotenso e com facies de dor. Sem hemorragia ativa visível mas fralda suja de sangue vermelho vivo. CVP: volume e analgesia. Transporte acompanhado para o hospital. Comunicação com familiares não prestadores de cuidados o que dificulta a compreensão da situação.	

16/jun/14	SIV Gondomar
Dados da ativação	
Dor torácica. Feminino: 40 anos de idade.	
À nossa chegada	
Consciente. Alerta. Prostrada. Referia dor torácica e abdominal desde à vários dias com agravamento hoje.	
Intervenções	
Monitorizada, avaliados SV's: sem alterações. ECG 12: sem alterações. Palpação abdominal com dor nos quadrantes superiores. Sem náusea ou vômitos, foi administrada analgesia per os que alivio a dor. Recomendado a ida ao hospital que recusa por se assintomática no momento. Feitos ensinios de vigilância.	

17/jun/14	VMER H. G. S. Antonio
Dados da ativação	
PCR. Masculino: 98 anos de idade.	
À nossa chegada	
AEM e MEM no local em manobras de SBV com DAE. Assitolia mantida. Midriase fixa.	
Intervenções	
Mantidas manobras SAV durante 40min sem reversão da PCR. Suspendidas manobras. Acuteladas diligencias quanto ao corpo.	

Diário de Bordo SIVe VMER Módulo de Estágio: Assistência pré-hospitalar	
17/jun/14	VMER H. G. S. Antonio
Dados da ativação	
Atropelamento com projeção. Masculino: 17 anos de idade.	
À nossa chegada	
AEM no local. Vítima consciente, já imobilizada. Ansioso e preocupado com o condutor pois reconhece a culpa do acidente. Nega projeção, apenas atropelamento a baixa velocidade. Embate dos MMII que é onde refere dor.	
Intervenções	
Colheita de dados acerca do acidente. Exploração dos MMII da vítima: sem lesões aparentes. CVP: analgesia. Para diminuir ansiedade foi pedido ao condutor (que estava ileso) para conversar rapidamente com o utente para o acalmar. Transporte acompanhado para o hospital mantendo a imobilização.	

Doença: 40

Trauma: 13

Abortadas: 2

Outro (transporte secundário): 2

Total: 57 ativações (AEM, SIV e VMER)

Anexo VI: Proposta de Intervenção: Chamada 112



CATÓLICA PORTO

CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

COM ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Chamada 112

Porto, junho de 2014



CATÓLICA PORTO
CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
COM ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Chamada 112

Aluno: Ana Karina Rocha

Sob orientação de: Mestre Irene Oliveira

Porto, junho de 2014

*“A saúde conquista-se ao preço de
uma responsabilidade partilhada”*

BERNARD SCHMITT

*“A emergência médica começa em si.
Colabore com o INEM.
Juntos, podemos salvar vidas!”*

INEM

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AEM – Ambulância de Emergência Médica

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

GNR – Guarda Nacional Republicana

h – horas

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

NEE – Número Europeu de Emergência

PH – Pré-hospitalar

PSP – Polícia de Segurança Pública

SIEM – Sistema Integrado de Emergência Médica

SNA – Serviço Nacional de Ambulâncias

TOTE – Técnico Operacional de Telecomunicações de Emergência

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

% - percentagem

ÍNDICE GERAL

	Pág.
1. Introdução	235
2. Enquadramento teórico	237
2.1. Emergência Pré-hospitalar em Portugal.....	237
2.2. Número Europeu de Emergência	239
3. Reflexão	243
4. Conclusão	247
5. Referências Bibliográficas.....	249
6. Anexos	251
Anexo: Folheto Informativo.....	253

ÍNDICE DE TABELAS

	Pág.
Tabela 1 - Número de chamadas atendidas no CODU entre 2008 e 2012 (estatística publicada no <i>site</i> do INEM)	240
Tabela 2 – Transcrição da estatística do mês de maio de 2014 (publicada no <i>site</i> do INEM)	241

1.Introdução

É notória a evolução da Enfermagem desde a pioneira Florence Nightingale até aos dias de hoje. O Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica visa o desenvolvimento de competências que respeitam uma enfermagem avançada e de excelência quanto à assistência ao doente em estado crítico.

Pretende-se assim que o enfermeiro especialista preste cuidados sustentados na evidência científica, refletidos, contribuindo para a qualidade e segurança dos mesmos (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2008; ORDEM DOS ENFERMEIROS 2011).

No âmbito da unidade curricular de Estágio, mais propriamente no Módulo Opcional: Assistência Pré-hospitalar, que decorreu em diversos meios da Delegação Norte do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), foi proposto refletir sobre situações problema. A realidade das chamadas para o número 112 são um exemplo. Nesse sentido é apresentada uma medida de intervenção com importância prática para o local de estágio, que tenta responder a uma necessidade observada e confirmada pelos intervenientes.

Foi dos conflitos militares que surgiu o conceito de socorro pré-hospitalar (PH) às vítimas. A prestação de cuidados emergentes e o transporte para unidades com mais e melhores capacidades de resposta à assistência são premissas transversais no tempo.

Porém a crescente complexidade das situações, como a elevada concentração populacional e o desenvolvimento tecnológico que determina o aumento da gravidade dos acidentes e das taxas de doença súbita (MATEUS, 2007) obrigou a reestruturações do sistema para adaptação à realidade.

Para uma prestação de socorro eficaz, os recursos humanos e materiais são tão importantes como a rede de telecomunicações. Dessa rede faz parte o Número Europeu de Emergência (NEE), o 112, outrora 115.

O NEE 112 *“foi criado em 1991 e desde 2008 passou a ser o único número de emergência que pode ser usado de qualquer telefone fixo, móvel ou telefone público aceder aos serviços de emergência em qualquer país da União Europeia, gratuitamente”* como se pode ler *online* no Portal 112 (MINISTÉRIO DA ADMINISTRAÇÃO INTERNA, 2010).

Ao longo do estágio e principalmente no decorrer da experiência no Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) pudemos verificar que a população em geral utiliza incorretamente o NEE. Procuram conselhos, não sabem o tipo de informação que devem ceder ao operador, entre outros aspetos.

Será que os utilizadores entendem a dimensão do problema? Será que sabem que ao utilizarem incorretamente o NEE podem estar a prejudicar outra pessoa que carece urgentemente de ajuda?

Por considerarmos que, apesar dos esforços desenvolvidos pelo INEM continua a existir falta de bom senso por parte da população relativamente ao uso do NEE, perspetivando-se como uma necessidade do sistema elaborámos um folheto informativo de maneira a maximizar a operacionalidade do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM).

O presente documento está organizado por: introdução, onde justificamos a proposta de intervenção e seus objetivos, um breve enquadramento teórico da temática, uma reflexão crítica, a conclusão da pesquisa, as referências bibliográficas e, finalmente, em anexos, a apresentação do folheto informativo que figura como medida de intervenção (Anexo).

2. Enquadramento teórico

2.1 Emergência Pré-Hospitalar em Portugal

O socorro PH inicia-se em Portugal em 1965. Um dos primeiros “grandes” passos dado foi a criação e implementação do número nacional de socorro, o “115”, em 1971 (INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA, 1990).

Este era utilizado para solicitar apoio quando ocorressem acidentes na via pública na cidade de Lisboa. Assim, *“a vítima já não ficava no local à espera de uma ‘alma caridosa’ que a levasse ao Hospital”* (INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA, 1990, p.23), era ativada uma ambulância, tripulada por agentes da Polícia de Segurança Pública (PSP) que efetuavam o transporte para a unidade hospitalar.

Pela pertinência e utilidade que demonstrava, este serviço foi gradualmente estendido a outras grandes cidades do país como o Porto, Coimbra, Aveiro, Setúbal e Faro. E em 1971 foi criado pelo Decreto de Lei nº 511/71 de 22 de novembro o Serviço Nacional de Ambulâncias (SNA), pelo Ministério do Interior (DECRETO DE LEI Nº511/71 de 22 de novembro da Assembleia da República, 1971).

O SNA era responsável pela orientação e coordenação das atividades respeitantes à prestação de primeiros socorros a vítimas de trauma e doença súbita e seu transporte. O SNA assumiu a coordenação do serviço 115. E para além das suas próprias ambulâncias, que continuavam a ser operadas pela PSP, o SNA coordenava também a prestação de serviços de emergência médica, por parte de outras entidades que foram despontando no panorama nacional (DECRETO DE LEI Nº511/71 de 22 de novembro da Assembleia da República, 1971).

Por Resolução do Conselho de Ministros nº84/80 de 11 de março de 1980 é criado o Gabinete de Emergência Médica cuja principal finalidade consistia em apresentar

um projeto de um órgão coordenador de um sistema integrado de emergência médica (INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA, 1990).

Passado um ano, foi aprovado por Decreto de Lei a criação do INEM como entidade coordenadora do SIEM, englobando deste modo o SNA (DECRETO DE LEI Nº234/81 de 3 de agosto da Assembleia da República, 1981).

O instituto tem a missão de “*garantir a prestação de cuidados de emergência médica*” apresentando-se com uma “*organização inovadora, sustentável, motivadora e de referência na prestação de cuidados de emergência médica*” através de valores como a competência, a credibilidade, a ética, a eficiência e a qualidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

A resposta a situações de urgência, no âmbito PH em Portugal continental, tem sido da responsabilidade do INEM (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2012).

Num processo contínuo, paralelo ao desenvolvimento tecnológico, e centrado no cidadão, dá-se a reorganização dos meios, quer físicos quer humanos.

Para cumprir o objetivo de garantir à população o socorro em situações de doença súbita e/ou acidente com a correta abordagem e estabilização da vítima no local e seu acompanhamento e vigilância durante o transporte até à unidade adequada é imprescindível a melhor operacionalidade possível.

Na carteira de serviços do INEM consta desde 1987 o CODU, responsável pela gestão das situações clínicas, efetuando a triagem no menor tempo possível através de algoritmos de decisão pré definidos pelo INEM e validados por peritos, estabelecimento de prioridades, ativação e encaminhamento dos meios necessários e disponíveis, acompanhamento da situação e elo de ligação com outras estruturas como os hospitais, autoridade, entre (DESPACHO Nº14041/2012 de 29 de outubro da Assembleia da República, 2012).

O CODU é o elo da cadeia de socorro para onde são encaminhados os pedidos da área da saúde recebidos através do NEE – a medicalização do alerta.

O seu funcionamento é assegurado, 24h diárias, por Técnicos Operacionais de Telecomunicações de Emergência (TOTE), médicos e psicólogos, com formação específica. Existindo à disposição uma logística que engloba meios de comunicação e de atuação no terreno como sejam as Ambulâncias de Emergência Médica (AEM), as Ambulâncias de Suporte Imediato de Vida, as Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação (VMER), os Motociclos de Emergência Médica, as Viaturas de Intervenção em Catástrofe, as Ambulâncias de Transporte Intra-hospitalar Pediátrico, os Helicópteros de Emergência Médica, entre outros (SILVA, 2010).

Os meios são mobilizados de acordo com a situação clínica das vítimas, a proximidade e a acessibilidade do local da ocorrência (critério geográfico) e disponibilidade no momento.

Atualmente apenas o CODU Lisboa, Porto e Coimbra efetuam triagens. Já o acionamento de meios é efetuado por todos os CODU, incluindo o de Faro.

2.2. Número Europeu de Emergência

A deteção e o alerta são essências para desencadear a resposta de apoio à vítima. Por isso, é importante que as pessoas sejam capazes de perceber que algo não está bem, isto é, que existem vítimas. E, nesse seguimento, é igualmente essencial que sejam capazes de alertar o SIEM, solicitando apoio diferenciado. Esse contacto deve ser feito através do NEE, o 112.

Em 2000 a população abrangida pelo serviço 112, era de apenas 45% da área total do continente, passando, em 2003 para 73%, em 2005 para 87% e chegando aos 100% em agosto de 2006 (MARTINS, 2010).

Ao digitar o número 112 a chamada é atendida numa Central 112. Nos dias que correm, existem em Portugal continental 18 centrais 112, uma em cada capital de distrito (MARTINS, 2010). Estas são operadas por agentes da PSP que triam consoante a queixa principal e direcionam rapidamente a chamada para a entidade adequada.

As questões relacionadas com segurança são geridas pela própria PSP ou encaminhadas para a Guarda Nacional Republicana (GNR). Quando respeitante a incêndios é encaminhado para o Centro Distrital de Operações de Socorro da Proteção Civil e quando estão relatadas como sendo situações de saúde são encaminhadas para o CODU.

Estas centrais são, à semelhança do CODU, providas de equipamento telefónico, radiofónico e informático.

O número médio de chamadas diárias em 1990 era de 170, sendo a natureza da ocorrência maioritariamente doença súbita, seguida de queda, doença crónica agudizada e, por último, os acidentes de viação (INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA, 1990). E, por exemplo, durante o ano 2009, a Central 112 - Porto recebeu 899.027 chamadas das quais 56% foram consideradas indevidas, ou seja, não foram acionados meios de emergência sem necessidade (MARTINS, 2010).

Na tabela 1 são exibidos o número de chamadas de emergência dos últimos anos.

Número de chamadas de emergência atendidas no CODU		
No ano...	Total anual	Média diária
2008	1.412.997	3.860
2009	1.432.554	3.924
2010	1.402.376	3.842
2011	1.363.129	3.734
2012	1.150.107	3.142

Tab.1 – Número de chamadas atendidas no CODU entre 2008 e 2012 (estatística publicada no *síte* do INEM).

Atualmente o problema do incorreto uso do NEE parece manter-se. Não na proporção de antigamente, felizmente.

Examinemos a tabela 2, que se apresenta de seguida, onde constam dados relativos ao mês de maio de 2014.

Nesse mês, foram acionados meios de emergência em 92.780 situações, o que equivale a 95% das chamadas de emergência médica atendidas no CODU. Isto é, 5% das chamadas foram consideradas indevidas. Apesar da percentagem parecer insignificante, neste mês em análise, mais de 5.000 chamadas efetuadas não foram consideradas emergentes tendo “ocupado” a linha de socorro.

Número de chamadas de emergência médica atendidas no CODU	97.867
Número de acionamentos de meios de emergência para acudir a vítimas de trauma / doença súbita	92.780
Ocasões de apoio telefónico no âmbito do Centro de Apoio Psicológico e Intervenção em Crise	1.130

Tab.2 – Transcrição da estatística do mês de maio de 2014 publicada no *site* do INEM.

De realçar que não foi possível aceder a dados que seriam relevantes para este estudo, nomeadamente, o número de vezes que foram cancelados os meios de emergência (por exemplo, quando um profissional de saúde capaz de avaliar a situação chega ao local e retransmite dados mais fidedignos).

No terreno, constatámos que a mobilização de meios de emergência para determinadas ocorrências era, claramente, desnecessária (por exemplo, quando um sem abrigo estava adormecido na via pública e uma AEM e uma VMER foram acionadas para socorrer a uma vítima inconsciente...).

3. Reflexão

O ser humano é um ser comunicativo, por excelência (MATEUS, 2007). Mas a multiplicidade de variáveis envolvidas em contexto PH (ruído, ansiedade, tensão, tempo...) condicionam esse processo que se pretende dinâmico e informativo.

Já em 1990, a colheita de informação via telefone e a respetiva triagem da situação clínica era uma tarefa difícil. A pessoa que efetua o pedido através da chamada 112 e as questões-chave que devem ser colocadas são aspetos relevantes desta triagem (INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA, 1990).

Existem três tipos de pessoas que podem ligar o 112: familiar/conhecido (na maioria dos casos), profissional de saúde (que normalmente, cede a informação necessária em tempo útil) ou a própria vítima (mais raro) (INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA, 1990).

A recolha de dados pode ser dificultada pelos motivos já descritos assim como pelo envolvimento emocional e também pela ideia (errada) de associar o número de socorro ao envio imediato de uma ambulância. Esta complexidade explica as dificuldades sentidas dos dois lados da “linha” telefónica (INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA, 1990).

Aquando do atendimento pelo TOTE, este inicia um questionário numa aplicação informática, que obriga primeiramente a perguntar a principal queixa, a identificação possível da vítima e, muito importante, a localização da ocorrência e um contacto telefónico de alguém que esteja no local. Imediatamente depois, através de um fluxograma, faz outras questões e são as respostas do utilizador que corresponderão a uma prioridade e, por sua vez, ao tipo e quantidade de meios a enviar.

*“Porque todos os dias conseguimos salvar vidas, a Emergência Médica é também uma atividade muito gratificante. Mas para isso, a sua colaboração é fundamental: em caso de emergência, ligue 112, e colabore com os profissionais, disponibilizando toda a informação que lhe seja pedida. **‘A Emergência Médica começa em si. Colabore com o INEM. Juntos, podemos salvar vidas!’**. É este o slogan do Instituto, e representa aquilo em que acreditamos: a competência dos profissionais do INEM aliada à sua disposição para colaborar com os serviços de emergência médica, e que permitem que todos os dias consigamos pequenos grandes feitos”* declara Paulo Campos, o Presidente do Conselho Diretivo do INEM no site oficial do instituto (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

A premissa de que em todos nós (não profissionais de saúde inclusive) existe um socorrista é reforçado pelo Conselho Europeu de Ressuscitação onde se lê que *“A probabilidade de sobreviver e recuperar quando se está em risco de vida, depende da forma como se é socorrido. Quando alguém está em risco de vida,”* depende *“da ajuda de quem presencie o acontecimento e possa ajudar”* (CONSELHO EUROPEU DE RESSUSCITAÇÃO, 2010).

Quanto à chamada 112, a colaboração concentra-se em manter a calma, responder a todas as questões que são feitas e desligar a chamada apenas quando o operador, isto é, o TOTE, assim o indicar. Este processo permite o mais rápido e eficaz socorro à(s) vítima(s).

Paralelamente a esse princípio, a população deve ser lembrada sob a forma de formação cívica nas escolas ou com medidas de sensibilização como vídeos, folhetos, *posters*, acerca da informação a dar ao operador aquando da chamada 112, que é:

- O tipo de situação que carece de apoio. Por exemplo, se se trata de doença, acidente, parto...;

- O número de telefone do qual se está a ligar, assumindo que o portador desse contacto estará no local da ocorrência disponível para transmitir dados como a evolução da situação, etc...;
- A localização, se possível, com pontos de referência. Por exemplo: “ao lado da igreja”, “depois da farmácia”, “uns metros à frente da bomba de combustível X”, etc...;
- O número, sexo e idade das vítimas;
- As principais queixas ou simplesmente o que vê nelas;
- A necessidade de outros meios para o local, como por exemplo, Bombeiros, GNR, etc.

Sendo esta a informação primordial que constitui o folheto informativo que apresentamos como proposta de intervenção junto da comunidade (Anexo).

Por outro lado, a comunicação terapêutica deve ser foco de formação intensiva e frequente dos TOTE. Eles devem ser treinados e não “formatados” para atender em especial aos desafiantes pedidos de ajuda em que a pessoa do outro lado da “linha” não sabe como colaborar.

4. Conclusão

O pensamento crítico-reflexivo assim como a capacidade de resposta perante situações problema, necessidades de saúde, são habilidades que, como futuros Enfermeiros Mestres em Enfermagem com Especialização em Médico-Cirúrgica, pretendemos mobilizar para o contexto da prática clínica.

No âmbito PH como no intra-hospitalar, deve estar presente a filosofia de preocupação com a segurança e a qualidade dos cuidados prestados, rumo à excelência do Cuidar em Enfermagem.

Hoje pode dizer-se que a eficiência dos cuidados de saúde nas situações de emergência dependem em grande parte da qualidade das comunicações.

A elaboração e implementação de estratégias de combate às necessidades (como por exemplo, o correto uso da chamada 112 por parte da população), ajustadas à realidade de forma exequível e baseados em estudos e experiências, são o caminho para a evolução positiva do SIEM. E a Enfermagem deve contribuir para esse referencial centrado no cidadão.

Os dados estatísticos aqui apresentados são limitados baseando-se apenas em alguma bibliográfica encontrada e na informação pública que figura no *site* do INEM. No sentido de enriquecer este documento foi feito um pedido oficial de informação junto da Delegação Norte do INEM, do qual não se obtivemos resposta até ao *terminus* do módulo de estágio pelo que optámos por expor e refletir os poucos dados adquiridos.

5.Referências Bibliográficas

CONSELHO EUROPEU DE RESSUSCITAÇÃO – European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010. [Em linha]. Conselho Europeu de Ressuscitação, 2010. [Consult. 18 Jun. 2014]. Disponível em http://www.cpressuscitacao.pt/PageGen.aspx?WMCM_PaginaId=27844.

DECRETO DE LEI Nº 234/81 de 3 de agosto da Assembleia da República. [Em linha]. Diário da República: I Série, Nº 176 [Consult. 13 jun. 2014]. Disponível em <https://dre.pt/application/file/576982>

DECRETO DE LEI Nº 511/71 de 22 de novembro da Assembleia da República. [Em linha]. Diário da República: I Série, Nº 274 [Consult. 11 jun. 2014]. Disponível em <https://dre.pt/application/file/631568>

DESPACHO Nº 14041/2012 de 29 de outubro da Assembleia da República. [Em linha]. Diário da República: 2ª Série, Nº 209 [Consult. 18 jun. 2014]. Disponível em <https://dre.pt/application/file/2746039>

INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA - II Jornadas de Emergência Médica 1980-1990. Lisboa: Instituto Nacional de Emergência Médica, 1990.

MARTINS, Aires - Emergência Pre-hospitalar. Porto, 2010. Tese de Mestrado.

MATEUS, Barbara - Emergência médica pre-hospitalar que realidade. Camarate: Lusociência. 2007.

MINISTÉRIO DA ADMINISTRAÇÃO INTERNA - Portal 112 [em linha]. Ministério da Administração Interna, 2010. [Consult. 19 Jun. 2014]. Disponível em http://www.112.pt/Noticias/Paginas/DiaEuropeudo112_2013.aspx.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – Instituto Nacional de Emergência Médica. [Em linha]. Ministério da Saúde, 2009. [Consult. 13 Mai. 2014]. Disponível em <http://www.inem.pt/>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Divulgar, Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. [Em linha]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2008. [Consult. 19 Jun. 2014]. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Divulgar: Regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais. [Em linha]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2011. [Consult. 19 Jun. 2014]. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20%20regulamento%20do%20perfil_VF.pdf.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Modelo integrado de emergência médica. [Em linha]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2012. [Consult. 19 Jun. 2014]. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Documents/2013/MIEPH_proteg.pdf

SILVA, Pedro - A Vida Por Segundos. Porto, 2010. Tese de Mestrado.

6.Anexos

Anexo:
Folheto Informativo

Não se esqueça de manter a calma, de responder a todas as questões que lhe são feitas e de desligar a chamada apenas quando o operador assim o indicar!

Colabore! Em todos nós existe um socorrista!

Fonte: www.inem.pt

Elaborado por:

Enfermeira *Karina Rocha*

Sob tutoria de:

Enfermeira *Adriana Machado*

E sob orientação de:

Enfermeira *Irene Oliveira*

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica pelo Instituto Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Porto.



CATÓLICA PORTO
CIÊNCIAS DA SAÚDE

Junho de 2014



Chamada 112



Número Europeu de Emergência

A chamada é gratuita e funciona 24h por dia, a partir de qualquer ponto do país, através de telefone fixo (inclusive telefones públicos) ou móvel.



Forneça toda a informação que lhe for solicitada para permitir o mais rápido e eficaz socorro às vítimas.

Na chamada 112 deve informar:

- ① O tipo de situação que carece de apoio. Por exemplo, doença, acidente...
- ② O número de telefone do qual você está a ligar.
- ③ A localização, se possível, com pontos de referência. Por exemplo: “ao lado da igreja”, “depois da farmácia” ...
- ④ O número, sexo e idade das vítimas.
- ⑤ As principais queixas ou simplesmente o que vê nelas.
- ⑥ A necessidade de outros meios para o local, por exemplo, Bombeiros, GNR, etc...

Anexo VII: Artigo de jornal para sensibilização da população do território continental acerca da chamada 112, publicado no Jornal Diário de Aveiro

ARTIGO PARA JORNAL

Em cada um de nós existe um socorrista!

Perceber quando alguém não está bem e necessita de auxílio é o primeiro passo. Em todos nós (quer sejamos profissionais de saúde ou não) existe um socorrista, alguém pronto a ajudar e esta ajuda começa pela chamada para o Número Europeu de Emergência, o 112 e não para os Bombeiros, como ainda se verifica. Quando se trata de uma situação urgente ligar diretamente para os Bombeiros apenas vai atrasar o atendimento à vítima, pois o pedido terá sempre que passar pela Central 112.

Ao digitar esse número a sua chamada é atendida numa central, operada por agentes da Polícia de Segurança Pública que consoante a queixa principal o encaminha rapidamente para a entidade adequada.

As questões relacionadas com segurança são geridas pela própria PSP ou encaminhadas para a Guarda Nacional Republicana (GNR). Quando respeitante a incêndios são encaminhadas para o Centro Distrital de Operações de Socorro da Proteção Civil e quando estão relacionadas com situações de saúde são dirigidas para o Centro de Orientação de Doentes Urgentes do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM).

A recolha de informação via telefone e a respetiva triagem da situação clínica pode ser uma tarefa difícil.

Quando o operador atende a chamada, ele inicia um questionário que obriga, inicialmente, a perguntar a principal queixa, a identificação possível da vítima, a localização da ocorrência e um contacto telefónico de alguém que esteja no local.

De seguida coloca outras questões, igualmente importantes, e são as suas respostas, depois de analisadas por um médico, que determinam uma prioridade, o tipo e a quantidade de meios a enviar para o local.

É essencial que colaborem com os profissionais dos serviços de emergência médica disponibilizando toda a informação que nos pedem, pois embora pareçam muitas

fases, respondendo com calma e a maior objetividade possível, este processo não demora mais que dois minutos.

Quanto à chamada 112, colaborar é manter a calma, responder a todas as questões que são feitas e desligar a chamada apenas quando o operador do outro lado da “linha” assim o indicar.

A informação que devemos transmitir é:

- 1 O tipo de situação que carece de apoio. Por exemplo, se se trata de doença, acidente, parto...;
- 2 O número de telefone do qual se está a ligar, assumindo que o portador desse contacto estará no local da ocorrência, disponível para transmitir dados como a evolução da situação...;
- 3 A localização, se possível, com pontos de referência. Por exemplo: “*ao lado da igreja X*”, “*depois da farmácia Y*”, “*uns metros à frente da bomba de combustível Z*”, ...;
- 4 O número, sexo e idade das vítimas;
- 5 As principais queixas ou simplesmente o que vê nelas. Por exemplo, uma hemorragia na perna...;
- 6 A necessidade de outros meios para o local. Por exemplo, Bombeiros, GNR...

O acionamento dos meios é desencadeado ao longo da chamada e não apenas no final. Enquanto os meios de socorro vão a caminho o operador pode continuar em linha dando indicações simples do que pode ser feito para ajudar a vítima.

Resumindo, todos os cidadãos têm o dever cívico de ajudar o próximo e solicitar apoio diferenciado através da chamada 112. A correta transmissão de informação pode influenciar positivamente a eficiência dos cuidados de saúde nas situações de emergência médica. Todos temos que ter uma boa consciência de cidadania porque “hoje sou eu, amanhã poderás ser tu”!

Enfermeira Karina Rocha

Sob orientação da Enfermeira Mestre Patrícia Coelho

*Em contexto do Curso de Mestrado em Enfermagem
com Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica*

pelo Instituto Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Porto

***Anexo VIII: Artigo de jornal para sensibilização da população açoreana
acerca da chamada 112 publicado no Jornal Incentivo***

**Artigo de jornal para sensibilização da população açoreana
acerca da chamada 112 publicado no Jornal Incentivo**

SAÚDE

Em cada um de nós existe um socorrista

Perceber quando alguém não está bem e necessita de auxílio é o primeiro passo. Em todos nós, quer sejamos profissionais de saúde ou não, deve existir um socorrista, alguém pronto a ajudar! E esta ajuda começa pela chamada para o Número Europeu de Emergência, o 112 e não para os Bombeiros, como ainda se verifica.

Quando se trata de uma situação urgente, ligar diretamente para os Bombeiros apenas vai atrasar o atendimento à vítima, pois o pedido de socorro tem sempre que passar pela Central 112.

Ao digitar esse número a sua chamada é atendida na Central 112, sediada na Ilha Terceira e operada por agentes da Polícia de Segurança Pública (PSP).

Ao atender a sua chamada o agente solicita prontamente um contacto telefónico para restabelecer contacto com alguém que se encontre no/ou próximo do local, a localização e o tipo de ocorrência em causa, como por exemplo, doença súbita.

Imediatamente a seguir é efetuado o respetivo encaminhamento.

As questões relacionadas com segurança são direcionadas para a esquadra de PSP ou para o posto da Guarda Nacional Republicana (GNR) mais próximo do local.

As chamadas relacionadas com Proteção Civil e Bombeiros são desviadas para um elemento do Serviço Regional de Proteção Civil e Bombeiros dos Açores (SRPCBA) dentro da Central 112, que dá orientações e ativa os meios de socorro necessários. As situações do foro da saúde são conduzidas para o Call Center de Saúde dentro da Central 112, operado por um enfermeiro.

Toda a recolha de informação via telefone e a respetiva triagem podem ser uma tarefa difícil pela ansiedade inerente ao incidente.

Nas chamadas atendidas no Call Center de Saúde, o enfermeiro ouve e questiona no sentido de identificar rapidamente: a principal queixa, a identificação possível da vítima (sexo e idade) e confirma a localização da ocorrência e um contacto telefónico. De seguida coloca outras questões, igualmente importantes, e são as suas respostas que determinam uma prioridade, o tipo e a quantidade de meios a enviar para o local.

É essencial que colaborem com os profissionais dos serviços de emergência médica disponibilizando toda a informação que nos pedem, pois embora pareçam muitas perguntas, respondendo com calma e a maior objetividade possível, o atendimento torna-se eficaz e rápido, demorando uns breves minutos.

Quanto à “chamada 112”, colaborar significa manter a calma, responder a todas as questões que são feitas e desligar a chamada apenas quando o enfermeiro do outro lado da “linha” assim o indicar.

De uma forma geral a informação que devemos transmitir é:

- 1- O tipo de situação que carece de apoio. Por exemplo, se se trata de doença, acidente, parto...;
- 2- O número, sexo e idade (aproximada) das vítimas;
- 3- A localização, se possível, com pontos de referência. Por exemplo: “ao lado da igreja X”, “depois da farmácia Y”, “uns metros à frente da bomba de combustível Z”, ...;
- 4- O número de telefone do qual se está a ligar, assumindo que o portador desse contacto estará no local da ocorrência, disponível para transmitir dados como a evolução da situação...;
- 5- A necessidade de outros meios para o local. Por exemplo, PSP...

O acionamento dos meios é desencadeado ao longo da chamada e não apenas no final. Enquanto os meios de socorro vão a caminho o enfermeiro pode continuar “em linha” dando indicações simples do que pode ser feito para ajudar a vítima.

Resumindo, todos os cidadãos têm o dever cívico de ajudar o próximo e solicitar apoio diferenciado através da “chamada 112”. A correta transmissão de informação pode influenciar positivamente a eficiência dos cuidados de saúde nas situações de emergência médica. Todos temos que ter consciência de cidadania porque “hoje sou eu, amanhã serás tu!” ■

Enfermeira Karina Rocha

**Sob orientação da Enfermeira Mestre Patrícia Coelho
Em contexto de estágio do Curso de Pós-licenciatura
com Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica
Instituto de Ciências da Saúde,
Universidade Católica Portuguesa do Porto**

***Anexo IX: Artigo de jornal para sensibilização da população açoreana
acerca da chamada 112 publicado no Jornal Ilha Maior***

**Artigo de jornal para sensibilização da população açoreana
acerca da chamada 112 publicado no Jornal Ilha Maior**

30 de Janeiro de 2015

ilha maior

OPINIÃO 7

Em cada um de nós existe um socorrista!

Perceber quando alguém não está bem e necessita de auxílio é o primeiro passo. Em todos nós, quer sejamos profissionais de saúde ou não, deve existir um socorrista, alguém pronto a ajudar! E esta ajuda começa pela chamada para o Número Europeu de Emergência, o 112 e não para os Bombeiros, como ainda se verifica.

Quando se trata de uma situação urgente, ligar diretamente para os Bombeiros apenas vai atrasar o atendimento à vítima, pois o pedido de socorro tem sempre que passar pela Central 112.

Ao digitar esse número a sua chamada é atendida na Central 112, sediada na Ilha Terceira e operada por agentes da Polícia de Segurança Pública (PSP).

Ao atender a sua chamada o agente solicita prontamente um contacto telefónico para restabelecer contacto com alguém que se encontre no/ou próximo do local, a

localização e o tipo de ocorrência em causa, como por exemplo, doença súbita.

Imediatamente a seguir é efetuado o respetivo encaminhamento.

As questões relacionadas com segurança são direcionadas para a esquadra de PSP ou para o posto da GNR mais próximo do local.

As chamadas relacionadas com Proteção Civil e Bombeiros são desviadas para um elemento do Serviço Regional de Proteção Civil e Bombeiros dos Açores dentro da Central 112, que dá orientações e ativa os meios de socorro necessários. As situações do foro da saúde são conduzidas para o *Call Center* de Saúde dentro da Central 112, operado por um enfermeiro.

Toda a recolha de informação via telefone e a respetiva triagem podem ser uma tarefa difícil pela ansiedade inerente ao incidente.

Nas chamadas atendidas no *Call Center* de Saúde, o enfermeiro

ouve e questiona no sentido de identificar rapidamente: a **principal queixa**, a **identificação possível da vítima (sexo e idade)** e confirma a **localização da ocorrência** e um **contacto telefónico**. De seguida coloca outras questões, igualmente importantes, e são as suas respostas que determinam uma prioridade, o tipo e a quantidade de meios a enviar para o local.

É essencial que colaborem com os profissionais dos serviços de emergência médica disponibilizando toda a informação que nos pedem, pois embora pareçam muitas perguntas, respondendo com calma e a maior objetividade possível, o atendimento torna-se eficaz e rápido, demorando uns breves minutos.

Quanto à 'chamada 112', colaborar significa manter a calma, responder a todas as questões que são feitas e desligar a chamada

apenas quando o enfermeiro do outro lado da 'linha' assim o indicar.

De uma forma geral a informação que devemos transmitir é:

1-O tipo de situação que carece de apoio. Por exemplo, se se trata de doença, acidente, parto...;

2-O número, sexo e idade (aproximada) das vítimas;

3-A localização, se possível, com pontos de referência. Por exemplo: "ao lado da igreja X", "depois da farmácia Y", "uns metros à frente da bomba de combustível Z", ...;

4-O número de telefone do qual se está a ligar, assumindo que o portador desse contacto estará no local da ocorrência, disponível para transmitir dados como a evolução da situação...;

5-A necessidade de outros meios para o local. Por exemplo, PSP...

O acionamento dos meios é de-

seccadeado ao longo da chamada e não apenas no final. Enquanto os meios de socorro vão a caminho o enfermeiro pode continuar 'em linha' dando indicações simples do que pode ser feito para ajudar a vítima.

Resumindo, todos os cidadãos têm o dever cívico de ajudar o próximo e solicitar apoio diferenciado através da 'chamada 112'. A correta transmissão de informação pode influenciar positivamente a eficiência dos cuidados de saúde nas situações de emergência médica. Todos temos que ter consciência de cidadania porque "hoje sou eu, amanhã serás tu"!

Karina Rocha, enfermeira

(Sob orientação da Enfermeira Mestre Patrícia Coelho)

Em contexto de estágio do Curso de Pós-licenciatura com Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa do Porto

***Anexo X: Revisão Integrativa sob forma de artigo científico acerca
dos Cuidados Oftálmicos ao Doente Crítico***

Cuidados Oftálmicos ao Doente Crítico: Revisão Integrativa

Ophthalmic Care to Critically ill Patient: Integrative Review

Rocha, A.* e Coelho, P.**

* *Enfermeira no Departamento de Emergência do Hospital da Horta – Ilha do Faial, Açores, Portugal. Estudante do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, pelo Instituto Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Porto, Portugal. E-mail: karina.f.rocha@gmail.com*

** *Enfermeira Mestre em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Docente no Instituto Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Porto, Portugal. Orientadora de estágio.*

Resumo: Os cuidados oftálmicos são uma componente da abordagem ao doente crítico. Na pessoa saudável existem mecanismos fisiológicos que mantêm a higiene ocular, porém o doente sedado, curarizado ou inconsciente necessita de ajuda (parcial ou total) para proteger a integridade ocular proporcionando-lhe bem-estar. O objetivo desta revisão integrativa é identificar quais os cuidados oftálmicos a prestar ao doente crítico. Os passos essenciais dos cuidados oftálmicos são a higiene e hidratação ocular e o encerramento palpebral. Pode também concluir-se que o enfermeiro não deve descurar os cuidados oftálmicos ao doente crítico, de maneira a prevenir complicações e assim potenciar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

Abstract: *Ophthalmic care it's a component of the critically ill patient approach. In an healthy person there are physiological mechanisms that maintain ocular health, but the sedated patient, with curarization or unconscious needs help (partial or total) to protect the eye health and providing well-being. The purpose of this integrative review is to identify which are the ophthalmic care to provide to the critically ill patient. The essential steps of eye care are eye hygiene and hydration and the eyelid closure.*

It can also be concluded that nurses should not overlook ophthalmic care to critically ill patients in order to prevent complications and enhance the quality of nursing care.

Introdução

O doente internado em Unidade de Cuidados Intensivos define-se como doente crítico pois é dependente de cuidados, de equipamentos e de terapêutica¹. E o facto de estarem frequentemente sedados, curarizados ou inconscientes torna-os um grupo de risco quanto ao desenvolvimento de lesões da córnea².

O plano terapêutico de cada doente pretende estabilizá-lo respondendo às necessidades imediatas sem menosprezar a prevenção de potenciais complicações tanto do tratamento como do internamento¹.

Os cuidados oftálmicos evidenciam-se como intervenções fulcrais ao doente em estado crítico^{1,3,4} pois o comprometimento ou perda de barreiras de proteção ocular potenciam lesões importantes como conjuntivites, quemoses, queratites e úlceras de córnea^{3,5}.

O reflexo do pestanejo e o filme lacrimal são ferramentas que a pessoa saudável possuiu para manter uma correta higiene e conseqüente proteção ocular^{1,3}.

As lágrimas são normalmente distribuídas pela superfície ocular através do pestanejar, lavando mecanicamente e proporcionando proteção pela sua ação bacteriostática⁶.

No doente crítico pelo seu elevado risco de desenvolver complicações inerentes, o enfermeiro assume um papel decisivo na prevenção de lesões oculares. Este deve prestar cuidados oftálmicos adequados e baseados na evidência, para maximizar a qualidade dos mesmos.

A realização desta revisão integrativa tem como objetivo identificar quais os cuidados oftálmicos a prestar ao doente crítico. Esta necessidade emerge aquando da concretização de um estágio numa Unidade de Cuidados Intensivos integrado no 7º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica pelo Instituto Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa do Porto.

Para tal realizou-se uma pesquisa de artigos publicados nos últimos cinco anos, na base de dados científica Ebsco® e ISI Web of Science® utilizando os descritores: “cuidado ocular” ou “higiene ocular” ou “cuidados oftalmológicos” e “doente crítico” ou “cuidados intensivos”. O critério de inclusão definido foi textos completos de artigos disponíveis analisados por especialistas, na área de enfermagem, de língua inglesa ou portuguesa. Dos artigos encontrados e após análise dos resumos foram selecionados quatro artigos para esta revisão integrativa, um proveniente do Brasil, outro do Irão, outro de Itália e outro da Turquia.

Resultados

Todos os estudos analisados mencionam a importância dos cuidados oftálmicos e do papel do enfermeiro na prevenção de complicações oculares.

Güller (2011) no seu estudo sobre a eficácia do penso de polietileno em *prol* das gotas de carbómero para evitar o síndrome do olho seco, no doente crítico, conclui que o primeiro oferece melhores resultados nesse sentido.

O penso de polietileno é um protetor ocular que previne a evaporação do filme lacrimal da superfície ocular. As gotas de carbómero são estéreis, apresentam-se numa consistência de gel e também têm o propósito de prevenir o síndrome do olho seco⁵.

A amostra do seu estudo abrangeu um total de 18 doentes (isto é, 36 globos oculares), 5 do sexo feminino e 13 do sexo masculino, entre os 8 e os 80 anos de idade, sem distúrbios oftálmicos prévios. Nenhum dos doentes apresentava reflexo de pestanejo, alguns cumpriam relaxantes musculares e alguns ostentavam *score* na Escala de Coma de Glasgow inferior a 7.

Não se verificou qualquer relação entre variáveis como idade, sexo, diagnóstico, tempo de internamento⁵.

	Eficácia do Penso de Polietileno	Eficácia das gotas de carbómero
1º dia	100%	100%
2º dia	100%	56%
3º dia	100%	22%
4º dia	100%	17%
5º dia	100%	-

Tab. 1 – Eficácia do Penso de Polietileno e das Gotas de Carbómero ao longo dos primeiros 5 dias de uso, no estudo de Güller⁵.

Werli-Alvarenga (2012) numa revisão sistemática relativa às intervenções de enfermagem em doentes adultos internados em cuidados intensivos com risco de desenvolver dano corneal, refere que os fatores de risco que propiciam nocividade nas córneas são: o pestanejo igual ou inferior a cinco vezes por minuto, a exposição do globo ocular, *score* na Escala de Coma de Glasgow inferior a 7, artificialização da via aérea através da entubação, a ventilação mecânica, curarizantes, presença de edema, internamentos prolongados, traqueostomia e oxigenioterapia¹.

A mesma autora defende que antes da aplicação do penso de poliuretano, o enfermeiro deve limpar a pele na periferia do globo ocular que por sua vez deve ser hidratado com soro fisiológico a cada 6 horas¹.

Para otimizar o encerramento palpebral e assim diminuir o risco de evaporação

do filme lacrimal, a autora preconiza a colocação de uma pequena porção de adesivo de polietileno sobre a pálpebra móvel (previamente encerrada) permitindo um efeito de “clipe” uma vez que a une, à pele infra orbitária⁷.

Este penso deve ser trocado diariamente, quando estiver sujo ou quando houver necessidade, por exemplo para avaliar o reflexo pupilar nos doentes do foro neurológico⁷.

Alavi (2013) explanou no seu artigo os resultados de uma auditoria efetuada durante seis meses, a doentes internados em quatro Unidades de Cuidados Intensivos do Irão relativamente à presença de síndrome de olho seco ou abrasão da córnea ao quinto dia após a admissão no serviço⁷.

Os critérios de inclusão eram semelhantes aos de outros estudos idênticos, ou seja, o doente apresentava score na Escala de Coma de Glasgow inferior a 8, não possuía reflexo de pestanejo, não tinha sofrido trauma facial ou ocular, não ostentava lesões oftálmicas prévias à admissão e apresentava um teste de Schirmer (teste que analisa a produção de lágrimas) normal⁷.

Os enfermeiros foram informados da auditoria e os doentes foram alvo de rotinas habituais quanto aos cuidados oftálmicos. Essa rotina incluía a irrigação dos globos oculares com soro fisiológico 0.9% e a aplicação de lubrificantes a cada 6h ou o

encerramento palpebral com penso comum. Ao quinto dia foram avaliados por oftalmologistas que determinaram que 32,2% dos doentes apresentaram síndrome de olho seco e 13,8% abrasão da córnea⁷.

A auditoria permitiu também mostrar que a aplicação de lubrificantes poderá ser mais eficaz do que o encerramento palpebral com penso comum⁷.

Distúrbio ocular Recurso utilizado	Síndrome do Olho Seco	Abrasão da córnea
Lubrificante	41,40%	10,30%
Penso comum	48,30%	20,70%

Tab. 2 – Percentagem de doentes que contraiu um distúrbio ocular mediante o recurso material usado⁷.

Coiz (2014) efetuou uma revisão bibliográfica com o objetivo de identificar os cuidados preventivos e o tratamento de complicações oftálmicas em doentes críticos. Selecionou artigos relacionados com doentes adultos, publicados entre 2003 e 2013, em língua inglesa e italiana, do qual resultaram 25 artigos para análises.

Concluiu que os doentes em risco de desenvolver complicações oftalmológicas devem ser identificados precocemente através do seguimento de diretrizes como: a avaliação do grau de lagofthalmia (incapacidade para encerrar a pálpebra), procedimentos preventivos e curativos, possibilidade

de solicitar apoio diferenciado da Oftalmologia mediante determinadas situações e obrigatoriedade de registo das avaliações, tratamentos, resultados, etc³.

A higiene ocular deve ser realizada com soro fisiológico ou água esterilizada a cada 2 a 4 horas assim como a instilação de solução lubrificante à base de água³.

São usados hidrogéis de poliacrilamida, compostos maioritariamente por água. A sua porosidade torna-os permeáveis aos vapores de água, gases e pequenas moléculas proteicas mas impermeáveis às bactérias⁸.

No entanto as pomadas de lanolina demonstram ser mais eficazes na prevenção da lesão corneana em comparação com os hidrogéis de poliacrilamida⁹.

O encerramento incompleto da pálpebra parece ser o fator mais relevante para o surgimento de distúrbio ocular¹⁰.

O penso de polietileno é o mais usual pois adere facilmente e é altamente resistente à água e outras soluções. São estas características que permitem manter a pálpebra encerrada conservando a humidade do filme lacrimal e preservando a integridade da córnea^{1,11}.

Discussão

Os cuidados oftálmicos ao doente crítico são reconhecidos como intervenções de enfermagem essenciais².

Os doentes internados em Unidades de Cuidados Intensivos, pelo seu estado crítico, encontram-se frequentemente sob sedação, curarização ou inconscientes.

A ineficácia das barreiras protetoras da córnea destes doentes incumbe o enfermeiro de vigiar e intervir de maneira a preservar o globo ocular.

A literatura analisada refere que os cuidados oftálmicos a este tipo de doentes devem iniciar-se com a higiene ocular, nomeadamente a limpeza exterior da pálpebra móvel, pele infra orbitária e globo ocular com soro fisiológico ou água esterilizada, a cada 2 a 4 horas.

No sentido de minimizar a infeção cruzada é importante abordar os olhos individualmente. De seguida deve-se hidratar o globo ocular aplicando gotas, géis, ou pomadas. Em relação ao hidratante, lubrificante, não existe consenso acerca do qual é mais eficaz. Mas refere-se que esta intervenção deve ser feita a cada 6 horas.

Sendo a exposição da córnea o fator mais predisponente a ocorrência de lesões da própria, é fundamental otimizar o encerramento palpebral.

Para tal pode utilizar-se o penso ou adesivo de polietileno para unir a pálpebra móvel à pele infra orbitária e não um penso comum ALAVI.

Segundo vários estudos, o penso de polietileno previne a evaporação do filme lacrimal na superfície ocular^{1,3,5}.

Este deve ser removido diariamente ou quando necessário, por exemplo, para avaliação do reflexo pupilar.

Os cuidados oftálmicos não devem ser descurados pelo enfermeiro. Estes são uma intervenção autónoma que visa preservar a integridade ocular dos doentes, proporcionando conforto e minimizando o risco de possíveis complicações associadas à própria condição clínica, tratamento ou internamento.

Proteger as córneas é fulcral pois, se o doente sobreviver estas medidas irão prevenir hipotéticas lesões e manter a acuidade visual, e se o doente apresentar mau prognóstico, as córneas podem ser consideradas para a transplantação pelo que devem ser igualmente protegidas⁵.

Conclusão

Refletir sobre a importância dos cuidados oftálmicos ao doente crítico e atuar com base na evidência permitirá maximizar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

Apesar dos vários estudos publicados não existe um consenso definido relativo à adequação dos produtos a utilizar porém estão estipulados os passos essenciais: a higiene, a hidratação e o encerramento palpebral. Considera-se pertinente a realização de mais investigações neste campo de forma a uniformizar o correto procedimento dos cuidados oftálmicos ao doente crítico e recursos materiais adequados.

Referências Bibliográficas

- 1 Werli-Alvarenga, A. et al. (2012). Nursing Interventions for Adult Intensive Care Patients With Risk for Corneal Injury: A Systematic Review. *International Journal of Nursing Knowledge*. Vol. 24 – nº1, p. 25-29.
- 2 JBIEBNM (2002). Eye Care Intensive Care Patients. *Best Practice*. Vol. 6 – nº1, p.1-6.
- 3 Coiz, F. et al. (2014). Preventive care and treatment of ophthalmologic complications in critical patients – A bibliographic review. *Scenario*. Vol.31 – nº1, p.5-22.
- 4 Cisneros, N. et al. (2011). Protección ocular al paciente en estado crítico bajo efectos de sedación. *Revista Mexicana*

de *Enfermería Cardiológica*. Vol.19 – nº2, p.80-82.

5 Güler, E. et al. (2011). Effectiveness of Polyethylene covers versus carbomer drops (Viscotears®) to prevent dry eye syndrome in the critically ill. *Journal of Clinical Nursing*. Vol. 20, p. 1916-1922.

6 Werli-Alvarenga, A. (2010). Lesões na córnea: incidência e factores de risco em Unidade de Terapia Intensiva de adultos. Dissertação apresentada para obtenção de Grau de Mestre. Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

7 Alavi, N. et al. (2013). An audit of eye dryness and corneal abrasion in ICU patients in Iran. *British Association of Critical Care Nurses*. Vol.19 – nº2, p.73-77.

8 Kam, K. et al. (2013). Eye care in the critically ill: a national survey and protocol. *Journal of Intensive Care Society*. Vol.14 – nº2, p.150-154.

9 Ezra, D. et al. (2005). Preventing exposure keratopathy in the critically ill: a prospective study comparing eye care regimes. *British Journal of Ophthalmology*. Vol. 89 – nº8, p.1068-1069.

10 Ramirez, F. et al. (2008). The neglected eye: ophthalmological issues in the intensive care unit. *Critical Care & Shock*. Vol.11, p.72-82.

11 Koroloff, N. et al. (2004). A randomised controlled study of the efficacy of hypromellose and Lacri-Lube combination versus polyethylene/Cling wrap to prevent corneal epithelial breakdown in the semiconscious intensive care patient. *Intensive Care Medicine*. Vol.30 – nº6, p.1122-1126.

