



Susana Cristina
Pereira dos Santos
Dias da Rocha

Trabalho de Projecto “Proteger para Prevenir”

Relatório de Trabalho de Projecto do Mestrado em
Enfermagem Médico - Cirúrgica

Janeiro 2013

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

O candidato,

Setúbal, 07 de Maio de 2013

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

A orientadora,

Setúbal, 07 de Maio de 2013

A pessoa é um processo em permanente crescimento, em contínua superação e adaptação constante. Se esquecemos estes princípios, estamos a negar a essência da nossa realidade e com isso as possibilidades de evolução, aprendizagem e enriquecimento que qualquer vida implica.

Maria Jesús Alava Reyes

Desta construção, participaram pessoas e entidades, às quais expresso aqui o meu profundo
agradecimento.

Ao Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde, na pessoa da

Sra. Prof. LM

Pela disponibilidade e empenho na orientação do relatório.

Ao HSC, UNICARV, na pessoa da

Sra. Enf. Chefe NG

Pela disponibilidade no acompanhamento dos estágios.

Aos colegas próximos, pelo apoio.

Aos amigos, pelo incentivo constante.

Aos meus pais, pelo amor, carinho, compreensão e apoio incondicional.

Ao Mika e à Mariana

Pelo incentivo, pela paciência e pela inspiração que semeiam na minha vida.

RESUMO

O presente Relatório de Trabalho de Projecto resultou da frequência do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica de natureza profissionalizante, realizado com o propósito da obtenção do grau de mestre em enfermagem, na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. A sua concepção teve como alicerce o trabalho desenvolvido durante a frequência do 1º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (CPLEE-MC), no contexto das Unidades Curriculares Enfermagem Médico-Cirúrgica I, II e III e dos Estágios I, II e III. Os três estágios decorreram numa unidade hospitalar na área metropolitana de Lisboa, entre 2011/01/12 e 2011/02/06, 2011/02/08 e 2011/05/08, 2011/06/22 e 2011/11/27.

Durante este percurso foram desenvolvidos dois projectos. O Projecto de Intervenção em Serviço (PIS) que abordou a temática Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS). As IACS são uma realidade transversal a todas as unidades de saúde à escala global, provocam o agravamento do estado de saúde dos utentes, aumentam o tempo de internamento, a mortalidade e morbilidade e consequentemente adicionam custos económicos às instituições, utentes e famílias. A escolha desta área de intervenção prendeu-se com dois factores, ser uma área em que o Enfermeiro Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica detém conhecimento, aptidão para adoptar uma atitude proactiva, pedagógica e sensibilizadora dos pares neste contexto, ser uma área que espelha amplamente a qualidade dos cuidados que prestamos em articulação e complementaridade com os demais profissionais de saúde. O Projecto de Aprendizagem Clínica (PAC), colocou em evidência o desenvolvimento e aperfeiçoamento das competências de Mestre em enfermagem Médico-Cirúrgica, no cuidado ao utente crítico e sua família, na formação dos pares e equipa multidisciplinar na mesma área temática e na segurança de todos os profissionais, utentes e famílias.

Através de uma metodologia descritiva o relatório foi-se edificando com a análise crítica e reflectida do caminho realizado.

PALAVRAS-CHAVE: Infecção – Prevenção e controlo nos cuidados de saúde; Metodologia de Projecto; Doente crítico; Catástrofe.

ABSTRACT

This Report Work Project resulted from the 2nd Professional Master`s Degree in Medical – Surgical Nursing, performed with purpose of obtaining a master´s degree in nursing of the Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. The Report was based on the work done during the frequency of the 1st Post – Graduate Specialization in Medical – Surgical Nursing, in the context of Curriculum Units Medical – Surgical Nursing I, II, III, were held in a Public Hospital from the Lisbon metropolitan area, between 2011/01/12 and 2011/02/6, 2011/02/08 and 2011/05/08, 2011/06/22 and 2011/11/27. Two projects were developed during this route. The Department Intervention Project addressed the subject Healthcare – Associated Infections. This is a cross-cutting reality affecting healthcare systems worldwide. This problem significantly contributes worsening of health status of users. Increase the hospital stay, mortality, morbidity and consequently enlarge economic costs to institutions, patients and families. The choice of this intervention area was arrested with two factors; it is an area which the Master Nurse in Medical – Surgical has knowledge, ability to take a proactive and pedagogical approach with peers´ nurses, it is an area that amply reflects the quality of nursing care we provide in articulation and complementarity with other health care professionals. The Clinical learning Project, made evident the development and improvement of Medical-Surgical Master Nurse skills in critical care to patient and their family, peers and multidisciplinary team formation and the safety of all professionals, patients and families.

Through a descriptive methodology, this report was built with reflective and critical analysis of the way done.

KEYWORDS: Infection – Prevention and control in healthcare; Project Methodology; Critical patient; Catastrophe.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AESOP – Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesa

ANCP – Autoridade Nacional de Protecção Civil

CCI – Comissão de Controlo de Infecção

CDC – Centers for Disease Control and Prevention

CDE – Código Deontológico do Enfermeiro

CIPE – Classificação Internacional para Prática de Enfermagem

CPLEE-MC – Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

DGS – Direcção-Geral da Saúde

Dr. – Doutor

Dra. – Doutora

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

Enf. – Enfermeira/Enfermeiro

EPE – Empresa Pública do Estado

ESS – Escola Superior de Saúde

IACS – Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

ICN – International Council of Nurses

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

IPS – Instituto Politécnico de Setúbal

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAC – Projecto de Aprendizagem Clínica

PIS – Projecto de Intervenção em Serviço

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

Prof. – Professor/Professora

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SAV – Suporte Avançado de Vida

Sra. – Senhora

UNICARV – Unidade de Hemodinâmica e Intervenção Cardiovascular

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

WHO – World Health Organization

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	13
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL DA PROFISSÃO DE ENFERMAGEM	17
1.1 Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem	22
1.2 Enquadramento Conceptual de Enfermagem Médico - Cirúrgica	27
1.3 Teoria da Incerteza na Doença – Merle Mishel	28
2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL DA METODOLOGIA DE PROJECTO	34
3. SÍNTESE DA METODOLOGIA DO PROJECTO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO (PIS)	36
3.1 Caracterização do contexto	36
3.2 Diagnóstico de situação	38
3.3 Planeamento do Projecto de Intervenção em Serviço (PIS)	44
3.4 Avaliação e reflexão sobre as actividades/aprendizagens do PIS	44
3.5 Avaliação do projecto “Proteger para Prevenir”	63
3.6 Comparação com o perfil de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica	66
4. SÍNTESE DA METODOLOGIA DO PROJECTO DE APRENDIZAGEM CLÍNICA (PAC)	71
4.1 Planeamento do Projecto de Aprendizagem Clínica (PAC)	71
4.2 Avaliação e reflexão sobre as actividades/aprendizagens do PAC	72
4.3 Comparação com o perfil de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica	84
5. ANÁLISE CRÍTICA DAS COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM	94
6. CONCLUSÃO	98
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	101

APÊNDICES

APÊNDICE I – Artigo – PIS – “Proteger para Prevenir”

APÊNDICE II – Quadro 1 – Grelha de Observação

APÊNDICE III – Quadro 2 – Resultados da aplicação da Grelha de Observação em Janeiro de 2011

APÊNDICE IV – Matriz de análise “Swot” da UNICARV do HSC

APÊNDICE V – Planeamento do PIS

APÊNDICE VI – Cronograma do Planeamento PIS e PAC

APÊNDICE VII – Relatório Reflexivo – “12º Congresso Mundial de Esterilização”

APÊNDICE VIII – Poster – “Proteger para Prevenir”

APÊNDICE IX – Relatório Reflexivo – Estágio de Observação – Laboratório de Hemodinâmica – Outro Hospital da área metropolitana de Lisboa

APÊNDICE X – “Norma de procedimentos de enfermagem na preparação das mesas para técnicas invasivas na UNICARV”

APÊNDICE XI – Publicitação da sessão de formação – Apresentação da norma

APÊNDICE XII – Apresentação “PowerPoint” – Norma

APÊNDICE XIII – Plano de sessão de formação – Norma

APÊNDICE XIV – Questionário de avaliação da sessão de formação

APÊNDICE XV – Quadro 3 – Resultados da aplicação da Grelha de Observação em Janeiro de 2011 versus Maio/Junho de 2012

APÊNDICE XVI – Planeamento do PAC

APÊNDICE XVII – Apresentação “PowerPoint” – “Guidelines” 2010 Reanimação Cardiopulmonar

APÊNDICE XVIII – Plano de sessão de formação – “Guidelines” 2010 Reanimação Cardiopulmonar

APÊNDICE XIX – Publicitação da sessão de formação – “Guidelines” 2010 Reanimação Cardiopulmonar

APÊNDICE XX – Folheto “E Depois do Enfarte?” – (Protótipo 1)

APÊNDICE XXI – Folheto “E Depois do Enfarte?” - Final

APÊNDICE XXII – Relatório Reflexivo – “1º Workshop da VMER do Hospital de São José”

APÊNDICE XXIII – Relatório Reflexivo – “V Jornadas de Enfermagem do Serviço de Urgência do Centro Hospitalar de Setúbal”

APÊNDICE XXIV – Relatório Reflexivo – Estágio de Observação – Gabinete de Gestão do Risco – Outro Hospital da área metropolitana de Lisboa

APÊNDICE XXV – Poster – “Plano de Emergência Interno – Evacuação da UNICARV em situação de catástrofe no HSC” – (Protótipo 1)

APÊNDICE XXVI – Poster – “Plano de Emergência Interno – Evacuação da UNICARV em situação de catástrofe no HSC” – Final

INTRODUÇÃO

Os cuidados de saúde adquiriram uma complexidade que exige cada vez mais dos seus profissionais. A transformação que se verifica na organização das instituições engloba não só os avanços tecnológicos e diferentes formas de gestão, como novas filosofias de prestação de cuidados, com grande impacto nos enfermeiros. A formação Pós-Graduada dos enfermeiros constitui uma mais valia na melhoria da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, capacitando-os para o acompanhamento destas mudanças.

O presente Relatório de Trabalho de Projecto resultou da frequência do 2º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Escola Superior de Saúde (ESS) do Instituto Politécnico de Setúbal (IPS), sob a orientação da Sra. Prof. Dra. LM. A sua concepção teve como alicerce o trabalho desenvolvido durante a frequência do 1º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (CPLEE-MC), e no contexto das Unidades Curriculares Enfermagem Médico-Cirúrgica I, II e III e dos Estágios I, II e III. Os Estágios I, II e III decorreram entre 2011/01/12 e 2011/02/06, 2011/02/08 e 2011/05/08, 2011/06/22 e 2011/11/27 respectivamente. Os estágios decorreram na Unidade de Hemodinâmica e Intervenção Cardiovascular (UNICARV) do HSC. Sob a orientação da Sra. Prof. Dra. AR e da Sra. Enf. Chefe Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica NG.

O relatório é um recurso que nos possibilita através de uma metodologia descritiva o exercício de variadas habilidades mentais complexas como analisar, reflectir, criticar, justificar, propor, argumentar; habilidades estas indispensáveis ao contínuo da nossa formação académica e profissional. Ou seja, “o relatório provoca e organiza o pensar, introduzindo também mais um momento de avaliação” (Leite & Ribeiro dos Santos, 2001, p.10). Da mesma forma, Meda e Passos (2001) consideraram o relatório “como recurso que possibilita ao aluno o exercício de várias habilidades mentais complexas como argumentar, analisar, contrapor, justificar, compor e propor; habilidades essas salientadas como necessárias à formação académica do aluno” (p. 95). Assim, o relatório de projecto consiste num trabalho escrito onde se concretiza todo o processo de desenvolvimento do mesmo, como tal, não deve ser desvalorizada a sua importância (Schiefer, Bal-Dobel, Batista, 2006). Na área da saúde, a divulgação dos resultados (...) é uma forma de sensibilização das pessoas e outros profissionais para o problema que estava em causa, servindo assim de exemplo sobre o caminho a seguir (Ruivo & Ferrito, 2010).

O presente relatório tem como objectivos:

- Apresentar o enquadramento conceptual de suporte ao trabalho desenvolvido.
- Apresentar o percurso desenvolvido na consecução do PIS e do PAC.
- Avaliar e reflectir sobre as actividades/aprendizagens do PIS e do PAC.
- Comparar com o Perfil de Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.
- Analisar criticamente as Competências de Mestre em Enfermagem.
- Divulgar o Trabalho de Projecto – PIS “Proteger para Prevenir” com a elaboração de artigo para publicação (Apêndice I).

O Relatório de Trabalho de Projecto inicia-se com o Enquadramento Conceptual da Profissão de Enfermagem, capítulo onde são abordadas temáticas como os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, a Enfermagem Médico-Cirúrgica e por fim uma exposição da Teoria da Incerteza na Doença de Merle Mishel, (Capítulo 1).

Como os Estágios desenvolvidos se alicerçaram na Metodologia de Projecto, no Capítulo 2 surge o seu Enquadramento Conceptual. A Metodologia de Projecto tem como objectivo principal a resolução de problemas, de acordo com o que Guerra (1994) afirmou “é uma metodologia ligada à investigação, centrada na resolução de problemas” (p.4). Utilizando-a adquirem-se capacidades e competências pela construção e concretização de projectos em situações reais. A metodologia constitui-se como uma ponte entre a teoria e a prática, uma vez que o seu suporte é o conhecimento teórico que posteriormente se aplica na prática. Tavares (1990), referiu que o Projecto de Intervenção é composto por seis etapas, Diagnóstico de Situação; Definição dos objectivos; Planeamento, Execução; Avaliação; Divulgação dos Resultados.

No Capítulo 3 é apresentado o PIS organizado em cinco subcapítulos. O primeiro refere-se à caracterização do contexto em que os estágios foram desenvolvidos (HSC – UNICARV). O segundo subcapítulo refere-se ao Diagnóstico de Situação, nele foi identificada uma situação/problema sobre a qual sentimos necessidade de actuar. O problema de saúde pode definir-se como um estado de saúde julgado deficiente pela pessoa, pelo médico ou pela comunidade, necessidade é definida como a diferença entre o estado actual e aquele que se pretende atingir (Tavares, A., 1990). O nosso problema foi definido como a “Não conformidade dos procedimentos de enfermagem na preparação das mesas para técnicas invasivas na UNICARV”, os problemas parcelares identificados foram

“ o não uso de barrete”, “o não uso de máscara”, “a não lavagem cirúrgica das mãos/desinfecção das mãos com solução alcoólica adoptada no serviço” e “o não uso de bata esterilizada”. Chegámos ao problema, inicialmente por uma percepção empírica de que os enfermeiros não cumprem a totalidade das recomendações na preparação das mesas para os procedimentos invasivos na UNICARV, depois realizámos uma observação directa dos mesmos procedimentos. Quivy e Campenhoudt (2003) afirmaram que “ (...) o método de observação directa é particularmente adequado à análise não verbal e daquilo que ele revela: condutas instituídas e os códigos de comportamento” (p. 198).

Assim, nasceu o projecto “Proteger para Prevenir” que está enquadrado na área da Prevenção e Controlo de Infecção, particularmente da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS). Segundo o Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (PNCI) (2007) a IACS é uma “ [...] infecção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados ou procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afectar os profissionais de saúde no decorrer do exercício da sua actividade” (p. 4). A escolha desta área de intervenção prendeu-se com dois factores, ser uma área em que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica detém competências para intervir, ser uma área que espelha amplamente a qualidade dos cuidados de enfermagem que prestamos aos utentes. Para o registo do observado construímos uma grelha de observação com as recomendações da Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesa (AESOP) e da Direcção-Geral da Saúde (DGS) para o referido procedimento. Utilizámos a análise “Swot” como ferramenta de gestão, a sua informação permitiu-nos definir objectivos, acções a implementar que permitiram o alcance dos mesmos. No terceiro subcapítulo foi realizado o Planeamento, que corresponde à terceira fase da Metodologia de Projecto. Nesta etapa elaborámos um plano das actividades a desenvolver e os recursos necessários ao seu desenvolvimento para a consecução dos objectivos delineados. No quarto subcapítulo avaliámos e reflectimos sobre as actividades/aprendizagens do PIS. No quinto subcapítulo realizámos a comparação com o Perfil de Competências Comuns e específicas do Enfermeiro especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica com recurso ao Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro (Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista) e ao Regulamento n.º 124/2011 de 18 de Fevereiro (Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica).

No Capítulo 4 é apresentado o PAC organizado em três subcapítulos (Planeamento do PAC, Avaliação e Reflexão sobre as Actividades/Aprendizagens do PAC e a Comparação com o Perfil de Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica com o recurso aos Regulamentos supramencionados).

No Capítulo 5 realizámos a Análise Crítica das Competências de Mestre em Enfermagem com o recurso ao trabalho desenvolvido no PIS e no PAC e com o recurso ao Decreto-lei n.º 74/2006 de 24 de Março (Artigo 15.º, n.º1 e Artigo 18.º, n.º4).

Encerramos este percurso com a Conclusão, Referências Bibliográficas e Apêndices.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL DA PROFISSÃO DE ENFERMAGEM

A enfermagem é uma profissão que cuida. O seu primordial objectivo é ajudar a Pessoa a desenvolver um grau mais elevado de harmonia na mente, no corpo e na alma. O que vai gerar processos de auto-conhecimento, auto-respeito, auto-cura e auto-cuidado, promovendo a escolha e autodeterminação nas decisões de saúde/ doença. Assim, enfermagem como profissão exige em termos práticos reflexão na acção numa sincronia que advém do saber e do conhecimento.

O cuidar envolve uma filosofia de compromisso moral direccionado para a protecção da dignidade humana e preservação da humanidade. Sendo visto como um ideal moral, transcende também o acto específico do enfermeiro, individualmente e produz actos colectivos da profissão de enfermagem que têm consequências importantes para o ser humano, de acordo com Hesbeen (2000) “o conceito de (cuidar) é aberto ao conhecimento, a todos os conhecimentos que permitam melhorar, enriquecer, tornar mais pertinente a ajuda prestada a uma pessoa” (p. 40), concretiza afirmando que

é a maneira como um acto ou um gesto toma sentido para a pessoa, que faz com que ele lhe seja de ajuda e que contribua para o seu bem-estar. Aqui reside a única e verdadeira complexidade da enfermagem, a de dar sentido, para uma pessoa em particular, a um conjunto de elementos acessórios que, enquanto tal, não dizem respeito senão aos indivíduos em geral (p. 64).

A enfermagem como ciência humana, pode perspectivar a vida humana como um bem a ser estimado, com respeito e mistério. Os enfermeiros podem escolher métodos que possibilitem o acesso ao mundo subjectivo e interior dos significados de outra pessoa, estudar o mundo interior das experiências em vez do mundo exterior da observação, técnicas de cura, desenvolvendo novas ideias acerca do que significa ser humano, ser enfermeiro, estar doente, cuidar ou ser cuidado. A enfermagem perspectiva os seres humanos como sujeitos vivenciados em interligação com o ambiente, considera a saúde um processo em mudança contínua, em que o enfermeiro e a Pessoa são participantes. A

necessidade dos enfermeiros em clarificar a especificidade dos serviços que prestam à comunidade, tem motivado os teóricos de enfermagem a elaborar modelos conceptuais para sua profissão (Kérouac, 1994). Esses modelos conceptuais orientam, não só, a prática do enfermeiro, proporcionando uma descrição, por exemplo, da meta que ele persegue ou das actividades de cuidados, mas também servem de guia para a formação, investigação e gestão dos cuidados de enfermagem. Servem para precisar os elementos essenciais da formação dos enfermeiros, os fenómenos de interesse para a investigação em enfermagem, assim como, as actividades de cuidados e as consequências que destas se esperam para a gestão dos cuidados. A enfermagem apresenta claramente as suas bases conceptuais, bem como os instrumentos próprios para o seu desenvolvimento e reconhecimento académicos.

A enfermagem, enquanto disciplina, organiza-se em torno da necessidade de desenvolvimento de competências técnicas e de competências relacionais.

A actividade de enfermagem tem sofrido vários desenvolvimentos acompanhando as mudanças socioculturais, filosóficas, económicas, políticas e tecnológicas. Da tecnicidade centrada na doença, no início deste século, passou-se para uma corrente de valorização da relação entre quem presta e quem recebe cuidados, para uma corrente orientada para o desenvolvimento moral. Por um lado a evolução tecnológica tem apelado à valorização da vertente tecnicista, por outro, o aumento da esperança de vida e o prolongamento de situações incuráveis, tem apelado à necessidade de cuidados mais relacionados com a área afectiva e relacional.

Kérouac (1994) estudou a evolução das escolas de pensamento em enfermagem. Verificaram que a sua evolução se prende com a predominância das ideias e valores inerentes a uma determinada época, podendo actualmente co-existir ideias de diversos paradigmas, aqui entendidos como um conjunto de crenças, de valores, de leis, de princípios, de metodologias e respectivas formas de aplicação. O autor considera que a disciplina de enfermagem, enquanto tal, passou por três paradigmas a que eles atribuíram a seguinte nomenclatura: *Categorização*, *Integração* e *Transformação*.

O Paradigma da Transformação, o mais recente, desenvolveu-se entre 1975 e finais do século XX, representa a base de uma abertura das ciências de enfermagem. Engloba autores como Watson (1988), Rogers (1989, 1992), Newman (1992) e Parse (1992). Este paradigma reconhece na pessoa o direito de participar activamente, quer ao nível individual como colectivo na implementação estratégias relativas à saúde. Este paradigma perspectiva os fenómenos como únicos mas em interacção com tudo o que os rodeia.

Como afirmou Kérouac (1994), as mudanças ocorrem por est  dios de organiza  o e de desorganiza  o,  

um fen  meno único no sentido em que ele não pode jamais parecer-se totalmente com outro. Alguns apresentam algumas semelhanças, mas nenhum se parece completamente. Cada fen  meno pode ser definido por uma estrutura, um padrão único;   uma unidade global em interac  o recíproca e simultânea com uma unidade global maior, o mundo que o rodeia (p. 13).

  neste contexto que em 1978 ocorre a Conferência Internacional sobre os Cuidados de Saúde Primários e a Organiza  o Mundial Saúde (OMS) elabora a célebre declara  o de Alma Ata (1978). Nela   proposto um sistema de cuidados baseados numa filosofia em que "os homens têm o direito e o dever de participar individual e colectivamente no planeamento e na implementa  o de medidas de protec  o sanitária que lhes são destinadas".   reconhecida às pessoas a capacidade e a possibilidade de serem agentes e parceiros nas decisões de saúde que lhes dizem respeito e que inicialmente eram de única e exclusiva responsabilidade dos técnicos de saúde. A Pessoa   considerada um ser único maior do que as somas das suas partes, com múltiplas dimensões e indissociável do seu universo. A saúde   concebida como um valor e uma experiência vivida segundo a perspectiva de cada pessoa e englobando a unidade "ser humano – ambiente" e não   um estado estável ou uma ausência de doença. Nesta perspectiva, os cuidados de enfermagem visam manter o bem-estar, tal como a pessoa o define. Intervir significa "ser com" a pessoa, acompanhando-a nas suas experiências de saúde, no seu ritmo e segundo o caminho que ela própria escolher. A enfermeira e a pessoa são parceiros nos cuidados individualizados (Kérouac, 1994).

Na década de noventa, com o aumento da complexidade das situa  es, os enfermeiros e os estudantes de enfermagem depararam-se com dificuldades crescentes, que apelam a tomadas de decisão cada vez mais exigentes e complexas. Estes são compelidos a dar mais importância   forma  o para a integra  o de conhecimentos e valores e desenvolvimento de competências que orientam a prática dos cuidados.

A publica  o do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) (Decreto-Lei n.  161/96, de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-Lei n.  104/98, de 21 de Abril) iniciou um novo ciclo na profissão de enfermagem em Portugal. Este aponta,

claramente, para princípios de actuação que encontram o seu fundamento numa moral de cooperação e respeito mútuos, baseada na igualdade, na reciprocidade, nas relações humanas e no acordo ou contratos sociais.

Com a criação da OE, em que os seus estatutos incluem o Código Deontológico do Enfermeiro (CDE) (Decreto-Lei nº 104/98, de 21 de Abril, alterado pela Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro), foram estabelecidas condições para a consolidação da autonomia responsável da profissão de enfermagem. Entre as atribuições desta, destacam-se: promover a defesa da qualidade dos cuidados de enfermagem; regulamentar e controlar o exercício da profissão de enfermeiro e assegurar o cumprimento das regras de ética e deontologia profissional, estes documentos constituem os alicerces em que assenta o quadro regulador da Enfermagem Portuguesa.

O exercício profissional dos enfermeiros está inserido num contexto de acção multiprofissional. A OE considera a existência de dois tipos de intervenção: as que se iniciam na sequência de um diagnóstico e prescrição do enfermeiro (intervenções autónomas) o que nos remete para o n.º2 do artigo 9.º do Regulamento do REPE, explicita que “consideram-se autónomas as acções realizadas pelos enfermeiros, sob a sua única e exclusiva responsabilidade, de acordo com as respectivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na acessoria, com os contributos na investigação em enfermagem”; as que se seguem à prescrição por outros profissionais ou protocolos previamente estabelecidos (intervenções interdependentes), em que o enfermeiro assume a responsabilidade pela sua implementação, remetendo-nos para a alínea b) do Artigo 91.º do CDE, refere que o enfermeiro sendo membro de uma equipa de saúde, assume o dever de “trabalhar em articulação e complementaridade com os restantes profissionais de saúde”, como referiu Hesbeen (2000), “os cuidados de enfermagem inscrevem-se numa acção interpessoal e compreendem tudo o que as enfermeiras e os enfermeiros fazem, dentro das suas competências, para prestar cuidados às pessoas” (p. 67).

O processo de tomada de decisão em enfermagem implica uma abordagem sistémica e sistemática. O enfermeiro identifica a necessidade de cuidados de enfermagem para o indivíduo ou para o grupo. As intervenções em enfermagem são realizadas de modo a evitar riscos, detectar potenciais problemas e a minimizar ou resolver os problemas identificados. Na tomada de decisão em Enfermagem e na fase de implementação das intervenções planeadas, o enfermeiro integra os resultados da investigação na sua prática.

O exposto transporta-nos para a dimensão da formação em enfermagem, aquisição/desenvolvimento de competências, importantíssimo na tomada de decisão em enfermagem. Perrenoud (2001) afirmou que “através da experiência, o profissional constrói seu conhecimento, definido como o conjunto de esquemas de pensamento e de acção de que dispõe um actor” (p. 18). Este processo determinará as suas percepções, interpretações e as direccionará na tomada de decisões que lhe permitirão enfrentar os problemas encontrados no quotidiano de trabalho. Para que o conhecimento gere competências, é necessário que os saberes sejam mobilizados através de esquemas de acção, decorrentes de esquemas de percepção, avaliação e decisão, desenvolvidos na prática. Nesta perspectiva, de acordo com Perrenoud (2001) “o profissional reflexivo deve, acima de tudo, ser capaz de dominar sua própria evolução, construindo competências e saberes novos ou mais profundos a partir de suas aquisições e de sua experiência” (p. 20). Somente uma reflexão sistemática e continuada é capaz de promover a dimensão formadora da prática. A sociedade coloca o enfermeiro em situações desafiadoras; ele intervém num cenário complexo, vivo e mutável, enfrentando problemas individuais e grupais, mas o êxito do profissional depende de sua capacidade de manejar a complexidade e de resolver problemas práticos; esse processo é, incontestavelmente, reflexivo, e exige competências por parte do enfermeiro para vencer os desafios que se apresentam na sua prática.

Em relação às competências, Rios (2003) argumentou sobre quatro dimensões a serem desenvolvidas pelos discentes:

- 1) Dimensão técnica: a capacidade de lidar com os conteúdos – conceitos, comportamentos e atitudes; é a habilidade de construí-los e reconstruí-los;
- 2) Dimensão estética: a presença da sensibilidade numa perspectiva criadora;
- 3) Dimensão política: a participação na construção colectiva da sociedade e o exercício de direitos e deveres;
- 4) Dimensão ética: a orientação da acção, fundada no princípio do respeito e da solidariedade, em direcção à realização de um bem colectivo. Estas competências asseguram um desempenho de melhor qualidade e que se explicita no quê, porquê, para quê e para quem. As Competências utilizam, integram e mobilizam conhecimentos para enfrentar um conjunto de situações complexas e apresentam a característica de actualizar saberes. As competências são capacidades que se apoiam em conhecimentos. A competência revela-se na acção; é na prática profissional que elas são demonstradas, ou

seja, é na prática que se exercitam e actualizam as suas potencialidades. Assim, os guias de boas práticas baseados na experiência constituem uma importante plataforma para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional.

A dimensão fundamental do exercício profissional alicerça-se na ética e deontologia, os princípios orientadores da acção, que são o respeito pelos direitos humanos, a responsabilidade e a excelência do exercício, guiam as boas práticas da Enfermagem. Dos múltiplos documentos produzidos pela OE colocamos o enfoque nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – enquadramento conceptual e enunciados descritivos, divulgado em 2001 e no Regulamento das Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista, publicadas no Regulamento 122/2011 de 18 de Fevereiro e 124/2011 de 18 de Fevereiro.

Os Padrões de Qualidade estão intimamente relacionados com o desígnio fundamental da OE, como se lê no n.º1 do Artigo 3.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (2009) “promover a defesa da qualidade dos cuidados de Enfermagem prestados à população, bem como o desenvolvimento, a regulamentação e o controlo do exercício da profissão de enfermeiro, assegurando a observância das regras de ética e deontologia profissional” (p. 25).

1.1 Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

Os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, OE, (2001) objectivam a definição estratégica de um percurso que visa a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. Com a adopção do enquadramento conceptual assente em quatro conceitos (Saúde, Pessoa; Ambiente e Cuidados de Enfermagem), emergiram os seis enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros (A satisfação do cliente; A promoção da saúde; A prevenção das complicações, O bem-estar e o autocuidado; A readaptação funcional e A organização dos cuidados de enfermagem). Os enunciados descritivos visam explicitar a natureza e englobar os diferentes aspectos do mandato social da profissão de enfermagem, assim como constituírem um instrumento importante que ajude a precisar o papel do enfermeiro junto dos clientes, dos outros profissionais, do público e dos políticos.

Enquadramento conceptual assente em quatro conceitos:

- Saúde;
- Pessoa;
- Ambiente;
- Cuidados de Enfermagem.

Neste âmbito, por saúde é entendido “o estado e, simultaneamente, a representação mental da condição individual, o controlo do sofrimento, o bem-estar físico, e o conforto emocional e espiritual”. De salientar que esta representação mental é variável consoante o momento, ou seja, cada pessoa procura o seu equilíbrio, em cada momento, de acordo com os desafios que cada situação implica.

Por pessoa é entendido o “ser social e agente intencional de comportamentos baseados em valores, crenças e em desejos de natureza individual, que torna cada pessoa um ser único com a sua própria dignidade e auto-determinação”. Os comportamentos individuais são influenciados pelo ambiente em que a pessoa vive e se desenvolve. Cada indivíduo, na busca de melhores níveis de saúde, desenvolve processos intencionais tendo por base os seus valores, crenças e desejos que permite compreender que cada pessoa tem o seu próprio projecto de saúde.

O ambiente em que as pessoas vivem e se desenvolvem é constituído por elementos humanos, físicos, políticos, económicos e culturais que influenciam e condicionam os estilos de vida que se reflectem na concepção de saúde. No exercício profissional, os enfermeiros precisam de centrar a intervenção na interdependência entre a pessoa e o ambiente de cada pessoa.

No que diz respeito aos cuidados de enfermagem, o exercício profissional é centrado na relação interpessoal entre o enfermeiro e a pessoa ou entre o enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidade). Ambos têm valores, crenças e desejos de natureza individual que resultam das diferentes condições ambientais em que vivem e se desenvolvem. Hesbeen (2000) referiu que

os cuidados de enfermagem são atenção particular prestada por uma enfermeira ou por um enfermeiro a uma pessoa e aos seus familiares – ou a um grupo de pessoas – com vista a ajudá-los na sua situação, utilizando, para concretizar essa ajuda, as competências e as qualidades que fazem deles profissionais de enfermagem” (p. 67).

Collière (1999) afirmou que “cuidar, prestar cuidados, tomar conta, é, primeiro que tudo, um acto de vida, no sentido de que representa uma variedade infinita de actividades que visam manter, sustentar a vida e permitir-lhe continuar e reproduzir-se” (p. 235).

Assim, no contexto do exercício profissional, o enfermeiro distingue-se pela formação e experiência que lhe permite a compreensão e o respeito pelos outros numa perspectiva multicultural, abstendo-se de emitir juízos de valor relativamente ao cliente.

A relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional de Enfermagem “caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel”. Esta relação é desenvolvida e fortalecida ao longo de um processo dinâmico com o intuito de ajudar o cliente a assumir um papel proactivo no seu processo de saúde. Da mesma forma é importante estabelecer parcerias com pessoas importantes para o cliente (família, convivente significativo).

Os cuidados de Enfermagem são focados na promoção de projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue. Estes cuidados melhoram as capacidades individuais de gestão dos recursos pessoais, familiares e da comunidade para lidar com os desafios relacionados com a saúde.

Os seis enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros:

A satisfação do cliente

- o respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos da natureza individual do cliente;
- a procura constante da empatia nas interacções com o cliente;
- o estabelecimento de parcerias com o cliente no planeamento do processo de cuidados;
- o envolvimento dos conviventes significativos do cliente individual no processo de cuidados;
- o empenho do enfermeiro, tendo em vista minimizar o impacte negativo no cliente, provocado pelas mudanças de ambiente forçadas pelas necessidades do processo de assistência de saúde.

A promoção da saúde

- a identificação da situação de saúde da população e dos recursos do cliente / família e comunidade;

- a criação e o aproveitamento de oportunidades para promover estilos de vida saudáveis identificados;
- a promoção do potencial de saúde do cliente através da optimização do trabalho adaptativo aos processos de vida, crescimento e desenvolvimento;
- o fornecimento de informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo cliente.

A prevenção de complicações

- a identificação, tão rápida quanto possível, dos problemas potenciais do cliente, relativamente aos quais o enfermeiro tem competência (de acordo com o seu mandato social) para prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuam para evitar esses mesmos problemas ou minimizar-lhes os efeitos indesejáveis;
- a prescrição das intervenções de enfermagem face aos problemas potenciais identificados;
- o rigor técnico / científico na implementação das intervenções de enfermagem;
- a referenciação das situações problemáticas identificadas para outros profissionais, de acordo com os mandatos sociais dos diferentes profissionais envolvidos no processo de cuidados de saúde;
- a supervisão das actividades que concretizam as intervenções de enfermagem e que foram delegadas pelo enfermeiro;
- a responsabilização do enfermeiro pelas decisões que toma, pelos actos que pratica e que delega.

O bem-estar e o auto cuidado

- a identificação, tão rápida quanto possível, dos problemas do cliente, relativamente aos quais o enfermeiro tem conhecimento e está preparado para prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuam para aumentar o bem-estar e suplementar / complementar actividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente;
- a prescrição das intervenções de enfermagem face aos problemas identificados;
- o rigor técnico / científico na implementação das intervenções de enfermagem;
- a referenciação das situações problemáticas identificadas para outros profissionais, de acordo com os mandatos sociais dos diferentes profissionais envolvidos no processo dos cuidados de saúde;

- a supervisão das actividades que concretizam as intervenções de enfermagem e que foram delegadas pelo enfermeiro;
- a responsabilização do enfermeiro pelas decisões que toma, pelos actos que pratica e pelos que delega.

A readaptação funcional

- a continuidade do processo de prestação de cuidados de enfermagem;
- o planeamento da alta dos clientes internados em instituições de saúde, de acordo com as necessidades dos clientes e os recursos da comunidade;
- o máximo aproveitamento dos diferentes recursos da comunidade;
- a optimização das capacidade do cliente e conviventes significativos para gerir o régimen terapêutico prescrito;
- o ensino, a instrução e o treino do cliente sobre a adaptação individual requerida face à readaptação funcional.

A organização dos cuidados de enfermagem

- a existência de um quadro de referências para o exercício profissional de enfermagem;
- a existência de um sistema de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros;
- a existência de um sistema de registos de enfermagem que incorpore sistematicamente, entre outros dados, as necessidades de cuidados de enfermagem do cliente, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem obtidos pelo cliente;
- a satisfação dos enfermeiros relativamente à qualidade do exercício profissional;
- o número de enfermeiros face à necessidade de cuidados de enfermagem;
- a existência de uma política de formação contínua dos enfermeiros, promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade;
- a utilização de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem promotoras da qualidade (OE, 2001).

1.2 Enquadramento Conceptual de Enfermagem Médico - Cirúrgica

Considerámos pertinente uma breve contextualização temporal da Enfermagem Especializada em Portugal. A obra “UM OLHAR SOBRE O OMBRO” da autoria da Sra. Prof. Lucília Nunes constitui um excelente recurso para a mesma.

A primeira especialidade a ser criada em Portugal foi a Especialidade em Enfermagem Obstétrica, os seus curricula foram remodelados em 1975. Em 1978 iniciou-se o curso de Especialidade em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.

Com a publicação do diploma da Carreira de Enfermagem em 1981, este documento consagra uma única Carreira para todos os enfermeiros, onde é introduzida a categoria de especialista. É valorizada profissionalmente a formação acrescida de âmbito escolar e considerou-se que era requisito de promoção. Consequentemente havia urgência em desenvolver a formação pós-básica em Enfermagem porque os cursos de especialização passaram a ser o único meio de se poder progredir na carreira.

A procura das especialidades de enfermagem tornou-se muito grande, em 1985 é criada a Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Foi bastante procurada pelos enfermeiros chefes, supervisores e docentes, que tinham de fazer formação especializada na área da Administração e da Pedagogia, se pretendiam gerir um Serviço ou Unidade ou dedicar-se ao ensino, respectivamente (Nunes, 2003).

O Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiros Especialista, conceptualiza no seu preâmbulo, o enfermeiro especialista como aquele “com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção”, independentemente da área de especialidade todos os enfermeiros especialistas partilham um grupo de domínios designado competências comuns, domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, domínio da melhoria da qualidade, domínio da gestão de cuidados e domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, (Regulamento n.º122/2011 de 18 de Fevereiro).

O Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica conceptualiza no seu preâmbulo a Pessoa em situação crítica como aquela “cuja vida está ameaçada de falência de uma ou mais funções

vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”. Neste contexto os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afectadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total, (Regulamento nº124/2011 de 18 de Fevereiro).

1.3 Teoria da Incerteza na Doença – Merle Mishel

Não é conhecido nenhum modelo/teoria directamente relacionado com o utente crítico. Segundo Nunes (2011a), a Teoria da Incerteza na Doença de Merle Mishel é a que se encontra mais próxima do utente crítico. Atendendo ao contexto de trabalho, aos saberes adquiridos quer nas sessões lectivas, quer na pesquisa alargada da literatura, a Teoria da Incerteza na Doença de Marle Mishel, foi a eleita para o enquadramento conceptual deste percurso. É uma teoria de médio alcance e

as teorias de médio alcance propõem efeitos menos abstractos do que as grandes teorias e mais específicos para a prática. Estas teorias são próprias da prática de enfermagem e especificam a área da prática, diversidade etária do doente, acção ou intervenção de enfermagem e efeito proposto” (Tomey & Alligod 2004, p. 421).

Merle Mishel nasceu no Estados Unidos da América em 1961. Do seu currículo consta o Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica, Mestrado e Doutoramento em Psicologia Social. Com as inúmeras bolsas de investigação que Mishel recebeu após o doutoramento permitiram-lhe continuar a desenvolver a sua Teoria da Incerteza na Doença.

Mishel foi pioneira na aplicação do conceito de Incerteza no contexto da saúde e da doença, a incerteza é referida como “ a incapacidade para determinar o sentido dos eventos relacionados com a doença que ocorrem quando quem toma as decisões é incapaz de atribuir o valor definitivo a objectos ou eventos e/ou é incapaz de prever os resultados com precisão” (Bailey & Stewart 2004, p. 633).

As fontes de investigação para a Teoria de Incerteza na Doença foram os Modelos existentes de Tratamento de Informações de Warburton (1979) e o estudo da personalidade da disciplina da Psicologia de Budner (1962), que caracterizou a incerteza como um estado

cognitivo resultante de pistas insuficientes com as quais se forma um esquema cognitivo, ou uma representação interna de uma situação ou evento (Torres & Sanhueza, 2006).

Mishel atribui a estrutura de stress/apreciação/luta/adaptação subjacente na Teoria Original, ao trabalho de Lazarus e Folkman. Original foi a aplicação desta estrutura à incerteza enquanto factor de stress no contexto de doença, o que tornou a estrutura particularmente significativa para a enfermagem.

Mishel, insatisfeita com os modelos lineares e tradicionais, ao utilizar a teoria da crítica social reconhece na sua teoria original uma orientação no sentido da certeza e da adaptação, influenciada por uma visão mecanicista da ciência Ocidental focada no controlo e na previsibilidade. Recorrendo aos princípios da Teoria do Caos (a Teoria do Caos surgiu com o objectivo de compreender e dar resposta às flutuações erráticas e irregulares que se encontram na Natureza) ¹, como se centra em sistemas abertos, possibilitavam uma representação mais precisa da forma como a doença crónica produz desequilíbrio e da forma como as pessoas podem, assimilar a incerteza contínua e descobrirem um novo sentido para a doença.

A Teoria da Incerteza na Doença emergiu da sua tese de investigação com doentes hospitalizados, na qual fez uso de resultados qualitativos e quantitativos produzindo a primeira conceptualização da incerteza no contexto de doença.

A maior parte dos estudos empíricos centraram-se predominantemente em dois antecedentes de incerteza:

- O quadro de estímulos;
- Os fornecedores de estruturas “são os recursos disponíveis para assistir a pessoa na interpretação do quadro de estímulos” (Bailey & Stewart 2004, p. 633).

Diversos estudos mostraram que a incerteza estava associada:

- A sintomas de ameaça à vida e/ou doença;
- À imprevisibilidade no início, a durabilidade e a intensidade dos sintomas ao longo da trajectória de uma doença contínua;
- À natureza ambígua dos sintomas da doença e a consequente dificuldade em determinar o significado das sensações físicas;
- À ansiedade, à depressão, desespero e angústia;

¹In: http://www.educ.fc.ul.pt/icm/icm2000/icm24/teoria_do_caos.htm.

- Ao impacto negativo na qualidade de vida, etc.

Assim, Mishel em 1990 reconceptualizou a Teoria da Incerteza na Doença. O seu objectivo foi dar resposta à incerteza ao longo do tempo em pessoas com doença crónica. Alargou a teoria original para incluir a ideia de que a incerteza não pode ser resolvida, mas pode tornar-se parte da realidade da pessoa. No contexto de doença crónica a incerteza é reapreciada como uma oportunidade e estimula a formação de uma visão da vida nova e probabilística, ideia também partilhada por Hesbeen (2000) quando afirma que “a doença pode ser oportunidade para novos ânimos, para um novo sentido a dar à vida e para uma nova orientação” (p. 29).

Para o doente conseguir adaptar esta nova visão de vida, deve ser capaz de confiar nos recursos sociais e profissionais de saúde que aceitaram igualmente a ideia do pensamento probabilístico este “diz respeito a uma crença num mundo condicional no qual a expectativa da certeza e da previsibilidade contínuas é abandonada” (Bailey & Stewart 2004, p. 634), se a incerteza for estruturada como uma parte normal da vida, torna-se numa força positiva para inúmeras oportunidades resultando em estados de humor positivo.

A Teoria da Incerteza na Doença reconceptualizada encontrou o apoio em estudos predominantemente qualitativos de pessoas com diversas doenças crónicas, sujeitas a surtos agudos que põem a vida em risco.

O processo de formulação de uma nova visão da vida, tem sido descrito pelas mulheres com cancro da mama e doenças cardíacas como uma perspectiva de vida revista, novos objectivos e perspectivas de vida “a nova perspectiva de vida diz respeito à formulação de um novo sentido de ordem, resultante da integração da incerteza continua na auto-estrutura, na qual a incerteza é aceite como ritmo de vida normal” (Bailey & Stewart 2004, p. 634), novas formas de estar no mundo, crescimento através da incerteza e novos níveis de auto-organização. Em homens com doença crónica ou seus prestadores de cuidados, o processo foi descrito como identidade transformada e novos objectivos de vida, como uma perspectiva de vida mais positiva, reavaliando o que vale mesmo a pena, incerteza entendida como oportunidade, redefinição do normal e identificação de novos sonhos.

A Teoria da Incerteza na Doença de Marle Mishel inclui quatro pressupostos:

1º A incerteza é um estado cognitivo, representando a inadequação de um esquema cognitivo que é “ a interpretação subjectiva da pessoa acerca da doença, tratamento e hospitalização” (Bailey & Stewart 2004, p. 633), para sustentar a interpretação de eventos relacionados com a doença.

2º A incerteza é uma experiência intrinsecamente neutra, nem desejável nem negligenciável até ser avaliada como tal.

Os dois primeiros pressupostos reflectem a forma como a incerteza foi originalmente concebida dentro dos modelos de processamento de informação da Psicologia (como já referido).

3º A adaptação representa a continuidade do comportamento bio-psico-social normal da Pessoa e é o resultado desejado dos esforços de coping tanto para diminuir a incerteza avaliada como perigo, como para manter a incerteza enquanto oportunidade.

4º As relações entre acontecimentos da doença, avaliação, coping e adaptação são lineares e unidireccionais, deslocam-se de situações que promovem a incerteza no sentido da adaptação “reflecte comportamentos bio-psico-sociais que ocorrem na variedade do comportamentos das pessoas individualmente definidos” (Bailey & Stewart 2004, p. 633).

Estes dois últimos pressupostos reflectem as raízes da Teoria da Incerteza nos modelos de stress e *coping* tradicionais,

STRESS LINEAR → COPING → RELAÇÃO DE ADAPTAÇÃO LINEAR

A teoria do Caos também contribuiu com dois pressupostos teóricos que substituem o esquema anterior.

Assim, as pessoas funcionam em estados longe-do-equilíbrio em sistemas bio-psico-sociais. As principais flutuações num sistema longe-do-equilíbrio aperfeiçoam a receptividade do sistema à mudança, as flutuações resultam na repadronização que é repetida em cada nível do sistema.

Segundo a “International Council of Nurses” – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) (2005) – Versão 1.0, “coping” é uma atitude com as características específicas:

Disposição para gerir o Stress que desafia os recursos que cada indivíduo tem para satisfazer as exigências da vida e padrões de papel auto protectores que o defendem contra ameaças, percebidas como ameaçadoras da auto-estima positiva; acompanhada por um sentimento de controlo, diminuição do Stress, verbalização da aceitação da situação, aumento do conforto psicológica (p. 80).

Importa realizar uma abordagem aos Postulados da Teoria da Incerteza na Doença de Marle Mishel. Os Postulados permitem aos enfermeiros identificar o fenómeno (incerteza) na sua praxis e ajudar a Pessoa/família nas flutuações do sistema aperfeiçoando a sua receptividade à mudança. Segundo Bailey e Stewart (2004), publicações recentes demonstram que a investigação se deslocou para a prática, é exemplo o trabalho “Its relevance to life-threatening and chronic illness” realizado por Hilton em 1992. Hilton aplica a teoria de Mishel, ao prescrever a forma como avaliar e intervir com doentes que experimentam a incerteza, utilizou exemplos de doentes que recuperavam de um problema cardíaco.

Postulados da Teoria da Incerteza na Doença

1. A incerteza ocorre quando uma pessoa não consegue estruturar adequadamente um acontecimento relacionado com a doença por não haver pistas suficientes.
2. A incerteza pode tomar a forma de ambiguidade, complexidade falta de informação ou informação inconsistente, e/ou imprevisibilidade.
3. Conforme o padrão de sintomas, a familiaridade do acontecimento que se define como “o ponto até ao qual uma situação é habitual, repetitiva ou contém pistas reconhecidas” e a congruência do acontecimento “ (...) diz respeito à consciência entre o esperado e experimentado nos eventos relacionados com a saúde” aumentam, a incerteza diminui, (Bailey & Stewart 2004, p. 633).
4. Os fornecedores de estrutura (autoridade, apoio social e ensino credível) diminuem directamente a incerteza promovendo a interpretação de acontecimentos e reforçando indirectamente o quadro de estímulos que é “a forma, composição e estrutura dos estímulos que uma pessoa observa e que são depois estruturados num esquema cognitivo” (Bailey & Stewart 2004, p. 633).
5. A incerteza interpretada como perigo desencadeia esforços de “coping” orientados no sentido de diminuir a incerteza e gerir o despertar de emoções por ela gerado.
6. A incerteza interpretada como oportunidade desencadeia esforços de “coping” orientados no sentido da manutenção da incerteza.
7. A influência da incerteza sobre os resultados psicológicos é mediada pela eficácia dos esforços de “coping” na redução da incerteza interpretada como perigo ou na manutenção da incerteza como oportunidade.

8. Quando a incerteza interpretada como perigo não pode ser eficazmente reduzida, podem ser empregues estratégias de “coping” para gerir a resposta emocional.
9. Quanto maior for a duração da incerteza no contexto de doença, mais instável se torna o modo de funcionamento anteriormente aceite pelo indivíduo.
10. Em condições de incerteza contínua, os indivíduos podem desenvolver uma nova perspectiva de vida probabilística que aceita a incerteza como parte natural da vida.
11. O processo de integração da incerteza contínua numa nova visão da vida pode ser bloqueado ou prolongado pelos fornecedores das estruturas que não apoiam o pensamento probabilístico.
12. A exposição prolongada à incerteza interpretada como perigo pode conduzir a pensamentos incómodos, à revogação e a uma grave perturbação emocional (Bailey & Stewart, 2004).

Concluimos este capítulo com a compreensão de que quando a situação de incerteza se mantém, emerge a esperança (Nunes, 2011a). Ter esperança, significa segundo Goleman (2010), “a pessoa não se deixará dominar pela ansiedade, por uma atitude derrotista [...] face a um desafio difícil” (p.108).

2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL DA METODOLOGIA DE PROJECTO

O conceito de Metodologia de Projecto inscreve-se no movimento de educação progressista, associado ao pensamento de John Dewey (1859-1952). Este movimento defende o experimentalismo; o apelo ao interesse dos alunos; a preocupação de ligar a educação a objectivos pragmáticos e práticos; o reconhecimento das diferenças individuais no ritmo de aprendizagem (Dewey, 1959).

A Metodologia de Projecto tem como objectivo principal a resolução de problemas, de acordo com o que Guerra (1994) afirmou “é uma metodologia ligada à investigação, centrada na resolução de problemas” (p.4). Utilizando-a adquirem-se capacidades e competências pela construção e concretização de projectos em situações reais. A metodologia constitui-se como uma ponte entre a teoria e a prática, uma vez que o seu suporte é o conhecimento teórico que posteriormente se aplica na prática.

“A Metodologia de Projecto é um conjunto de operações explícitas que permitem produzir uma representação antecipada e finalizante de um processo de transformação do real” (Guerra, 1994, p. 4), ou seja, permite antever uma mudança.

Igualmente, Leite e Ribeiro dos Santos (2001) afirmaram que:

a Metodologia do Trabalho de Projecto centra-se na resolução de problemas, assume uma dinâmica entre a teoria e a prática, a teoria decorre directamente da prática e vice-versa, num processo de interacção, não ocorrendo dissociação entre o (saber) e o (saber fazer). Integra conhecimentos adquiridos e desencadeia a aquisição de novos saberes e experiências (p. 1).

Importa referir que a Metodologia de Trabalho de Projecto caracteriza-se por não ser um processo estanque nem individual, pois permite uma flexibilidade dos procedimentos que se desenvolvem ao longo do trabalho (processo dinâmico), adaptando-se e reorientando-se ao longo das intervenções que são desenvolvidas em grupo, este processo não se baseia apenas numa investigação sustentada de determinado problema, mas sim na tentativa de intervenção baseada em alicerces fundamentais, para a resolução do mesmo,

pelo que o trabalho de projecto tem uma grande proximidade da investigação-acção, Leite e Ribeiro dos Santos (2001) afirmaram que a Metodologia de Trabalho de Projecto deve:

[...] ser desenvolvida em grupo, com pesquisa no terreno, por dinamizar a relação teoria-prática e pretender, num processo aberto [...] intervir sobre os problemas identificados. [...] procura intervir para resolver situações concretas [...] com os recursos e os possíveis limites de intervenção [...] todo o desenvolvimento parte de uma planificação flexível passível de ser alterada segundo as necessidades do projecto (p. 1).

Um bom exemplo da Metodologia de Projecto aplicada aos Cuidados de Enfermagem é o Processo de Enfermagem, este constitui um instrumento essencial aos cuidados de Enfermagem de qualidade reflecte o conceito da Metodologia de Projecto, pois envolve um conjunto de instrumentos que visam a resolução ou minimização dos problemas identificados.

Como referiu Phaneuf (2005) o processo de enfermagem é um processo científico/intelectual, construído segundo etapas logicamente ordenadas, usado para o planeamento de cuidados personalizados, com o objectivo da melhoria do estado de saúde da Pessoa.

Um projecto desenvolve-se dentro de um determinado contexto prescritivo e normativo, a partir da identificação de problemas e/ou necessidades, propõem-se objectivos, planeiam-se as acções no tempo e mobilizam-se recursos e estratégias para se alcançar o resultado desejado.

Legrand (1992) declarou que na metodologia do projecto, o professor assume o papel de coordenador/orientador. Isto significa que está preparado para interceder, quando considerar importante ou quando assim lhe for solicitado. Consciente e conhecedor do percurso dos seus alunos, detém a capacidade para acompanhar o processo, mantendo uma postura colaborativa e não-directiva.

Segundo Tavares, A. (1990), o Trabalho de Projecto é composto por seis etapas, Diagnóstico de Situação; Definição dos objectivos; Planeamento, Execução; Avaliação; Divulgação dos Resultados – relatório final.

3. SÍNTESE DA METODOLOGIA DO PROJECTO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO (PIS)

“Proteger para Prevenir”

3.1 Caracterização do contexto

O Hospital, enquanto estrutura física e imóvel, tem várias definições possíveis, consoante o papel que assume perante o dia-a-dia de cada um. Para uns, é um local de trabalho, para outros um meio para alcançar a qualidade de vida desejada, para outros o local onde se resolvem problemas de saúde, para outros, ainda, um local de ensino e formação e, finalmente, será sempre um local de investimento para o futuro.

A DGS (1998) define Hospital como:

um estabelecimento de saúde, que presta cuidados diferenciados, permanentes e de emergência durante 24 horas por dia, a doentes agudos. É constituído por um conjunto integrado de meios humanos, físicos, tecnológicos, cujo objectivo nuclear é a prestação de cuidados. Para desempenhar as suas funções necessita de desenvolver actividades de diagnóstico, tratamento e reabilitação, em regime de ambulatório ou internamento (p. 173).

O HSC entrou em actividade em 23 de Abril de 1980, nas instalações de uma clínica privada criada nos anos sessenta. É uma instituição vocacionada para o tratamento de pessoas com patologias graves dos foros cardíaco e renal. O projecto que esteve na sua origem era o de colmatar as carências que se faziam sentir em Portugal, nessa época, em termos de procedimentos altamente diferenciados nas áreas da cardiologia (médica e cirúrgica) e da nefrologia, situações em que era frequentemente necessário recorrer ao estrangeiro, tendo-se estruturado a partir destas especialidades. Entre outros procedimentos em que o Hospital foi pioneiro, destacam-se no seu historial a realização da primeira angioplastia coronária e do primeiro transplante cardíaco em Portugal, respectivamente em 1984 e 1986 (CHLO, 2010).

A 10 de Dezembro de 2002, transforma-se em Sociedade Anónima de capitais exclusivamente públicos, o HSC, SA. Em 29 de Dezembro de 2005, foi integrado no CHLO, EPE, juntamente com os Hospitais de EM e SFX. A missão preconizada pelo CHLO (2006) assenta numa “prestação de cuidados de saúde a todos os cidadãos no âmbito das responsabilidades e capacidades hospitalares que o compõem, dando execução às definições políticas de saúde a nível nacional e regional, aos planos estratégicos e decisões superiormente aprovadas”. O CHLO (2006) no desenvolvimento das suas actividades tem como princípios, a humanização, o respeito pela dignidade individual de cada pessoa, a promoção da saúde na comunidade, a actualização face aos avanços da investigação e da ciência, a excelência técnico-profissional, a ética profissional, a promoção da multidisciplinaridade e o respeito pelo ambiente. A direcção de enfermagem do CHLO (2006) objectiva uma prestação dos Cuidados de Enfermagem fundamentando o seu exercício numa metodologia própria, baseada num quadro conceptual, num código deontológico e na aplicação do processo de enfermagem a todos os clientes.

Mantendo a filosofia dos cuidados prestados desde que começou a funcionar como tal, o HSC tem como objectivo principal prestar cuidados às pessoas/clientes de alto risco do foro cardiológico, cárdio-torácico, nefrológico, médico ou cirúrgico geral, as especialidades existentes no hospital.

A UNICARV é um serviço orgânico-funcional autónomo, dotado de meios humanos, técnicos e materiais, vocacionados para prestar cuidados especializados do foro cardíaco a utentes, com o objectivo de tratar e melhorar a sua qualidade de vida. A UNICARV localiza-se no piso 1 do hospital, contiguamente à Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos, ao Bloco Operatório e à Unidade de Cuidados Intensivos. É constituída por três salas, duas para intervenção cardiovascular adultos e crianças (sala 1 e 3), uma para Arritmologia de Intervenção (sala 2), possui um recobro com capacidade para quatro macas, uma sala técnica, uma sala de trabalho para todos os colaboradores e uma sala para o secretariado.

No presente exercem funções na UNICARV doze enfermeiros, sendo chefiado por uma Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica. De referir que três enfermeiros se encontram a realizar formação pós-graduada na área da Especialidade, dois enfermeiros em Enfermagem Médico-cirúrgica e um enfermeiro em Enfermagem de Reabilitação.

A equipa de Enfermagem tem com objectivos:

1. Optimizar a qualidade na prestação de cuidados de enfermagem contribuindo com atitudes pró-activas centradas na satisfação do cliente;
2. Desenvolver procedimentos para melhorar a qualidade no atendimento do cliente, desenvolvendo uma cultura de excelência no cuidado;
3. Promover a continuidade dos cuidados, melhorando a articulação com os diversos clientes que necessitam dos nossos serviços;
4. Contribuir para a gestão eficiente dos recursos do serviço participando activamente na área de actividade de que foi designada responsável;
5. Promover, desenvolver e investir na formação e desenvolvimento científico, considerado necessário a todos os colaboradores.

A UNICARV foi o local onde desenvolvemos o Projecto de Intervenção em Serviço.

3.2 Diagnóstico de situação

O Diagnóstico de Situação é a primeira etapa da Metodologia de Trabalho de Projecto, tem por objectivo a elaboração de um mapa cognitivo sobre a situação/problema identificado, (elaborar um modelo descritivo da realidade em que se pretende actuar e mudar). O diagnóstico de situação implica referir outros dois conceitos, o de problema e o de necessidade. O problema de saúde pode definir-se como um estado de saúde julgado deficiente pela pessoa, pelo médico ou pela comunidade, necessidade é definida como a diferença entre o estado actual e aquele que se pretende atingir (Tavares, A., 1990).

O Projecto “ Proteger para Prevenir “ enquadra-se na área da Prevenção e Controlo de Infecção, designadamente da IACS.

A escolha desta área de intervenção prendeu-se com dois factores, ser uma área em que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica detém conhecimento, aptidão para adoptar uma atitude interventiva pedagógica e sensibilizadora dos pares neste contexto, ser uma área que espelha amplamente a qualidade dos cuidados que prestamos aos utentes. A atitude de protecção para a prevenção não pode ser renegada para segundo

plano, mesmo em situações mais críticas em que é exigido ao enfermeiro maior rapidez no desempenho de determinados procedimentos.

A UNICARV é um centro de referência nacional, onde são realizadas inúmeras técnicas invasivas altamente diferenciadas, tanto em situação programada como de urgência/emergência. Destacam-se, cateterismo cardíaco de diagnóstico e intervenção, biopsias cardíacas em utentes com transplante cardíaco, implantes de dispositivos médicos (pace-maker, cardioversor-desfibrilhador, stents coronários, renais e carotídeos, válvulas aórticas por via percutânea/trasapical). Todos estes procedimentos e técnicas exigem práticas seguras para a prevenção das IACS. Na UNICARV, é competência dos enfermeiros, a preparação das mesas estéreis para os procedimentos invasivos acima descritos. Temos uma percepção de que os enfermeiros não cumprem a totalidade das recomendações na preparação das mesas estéreis.

Definimos como problema geral – Não conformidade dos procedimentos de enfermagem na preparação das mesas para técnicas invasivas na UNICARV.

Numa primeira abordagem, para o diagnóstico de situação, recorreremos a uma revisão mais restrita da literatura, mas na qual encontrámos as orientações e procedimentos recomendados na preparação de mesas estéreis para técnicas invasivas.

A AESOP e a DGS recomendam a lavagem cirúrgica das mãos/desinfecção com solução alcoólica bem como a adopção de medidas de protecção individual (uso de barrete, máscara, bata e luvas esterilizadas) como práticas de prevenção das IACS. A AESOP refere que estas práticas, para além dos blocos operatórios, destinam-se a salas de radiologia de intervenção e todas as áreas onde se possam realizar técnicas invasivas (AESOP, 2010; DGS, 2010a, 2010b).

A equipa de enfermagem que exerce funções na UNICARV é uma equipa com larga experiência na área e sempre motivada para o exercício profissional de excelência, de acordo com o previsto na alínea a) do Artigo 88.º do CDE refere que o enfermeiro procura, em todo acto profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever de “analisar regularmente o trabalho efectuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude” (Nunes, L., Amaral., Gonçalves, 2005). Quando partilhámos a nossa inquietação e o que projectávamos realizar em equipa para a melhoria contínua da qualidade dos

cuidados de enfermagem aos nossos utentes, o retorno não poderia ter sido melhor, sentiram-se todos envolvidos na sua concretização.

Como já referimos, há uma percepção de que os enfermeiros não cumprem a totalidade das recomendações na preparação das mesas estéreis para os procedimentos invasivos realizados na UNICARV. Assim, realizámos uma observação directa dos procedimentos de enfermagem na preparação das mesas estéreis para os actos invasivos realizados na UNICARV. Recorremos à construção de uma grelha de observação de acordo com as recomendações da AESOP e da DGS para o referido procedimento, em linha com Quivy e Campenhoudt (2003) “para levar a bom termo o trabalho de observação é preciso poder responder às três perguntas seguintes: observar o quê? Em quem? Como?” (p. 155).

Quivy e Campenhoudt (2003) afirmaram que “ [...] o método de observação directa é particularmente adequado à análise não verbal e daquilo que ele revela: condutas instituídas e os códigos de comportamento” (p. 198).

Também Fortin (2009) referiu que:

os investigadores interessados em estudar o comportamento das pessoas não têm muitas opções na forma de colher dados: ou pedem aos sujeitos que digam o que fazem numa dada situação, por meio de observação ligada à entrevista, ou observam o que os sujeitos fazem por meio de observação directa (p. 241).

Fortin (2009) falou-nos de uma observação directa e participante em que esta “ [...] permite identificar o sentido da situação social [...] requer a imersão total do investigador na situação em estudo” (p. 241).

A escolha da observação directa e participante prendeu-se com o facto deste método ter como vantagem, de acordo com Quivy e Campenhoudt (2003) “ [...] a autenticidade relativa dos acontecimentos em comparação com as palavras e com os escritos. É mais fácil mentir com a boca do que com o corpo” (p. 199). Da mesma forma, Fortin (2009) referiu que “ o investigador pode decidir utilizar métodos de observação em situações particulares, se ele crê que os sujeitos em estudo teriam boas razões para modificar [...] os seus comportamentos com uma abordagem mais estruturada” (p. 242). Recorre-se à observação directa quando a informação procurada se encontra directamente disponível. A grelha de observação é destinada ao observador, e não a um eventual

entrevistado. Por conseguinte, a sua elaboração não está sujeita a restrições tão precisas como, por exemplo, as do questionário (Quivy & Campenhoudt, 2003).

A Grelha de Observação realizada pode ser visualizada no Quadro 1, (Apêndice II). Da população dos 12 Enfermeiros da UNICARV, foram sujeitos a observação 10, excluímos o enfermeiro observador e a Sra. Enf. Chefe. A grelha de observação foi aplicada nos dias 20, 21, 25, 27 e 28 de Janeiro de 2011, no horário 8h/15h e 15h/20h, (de acordo com os períodos de estágio).

O Quadro 2 apresenta os resultados da aplicação da grelha de observação, (Apêndice III).

- Foram realizados 53 registos de observação (amostra N=53);
- Verificámos que a “Lavagem cirúrgica das mãos/desinfecção das mãos com solução alcoólica adoptada no serviço” e “Uso de bata esterilizada” foram práticas não adoptadas em 52,8% e 67,9% respectivamente.
- Verificámos que o “Uso de barrete” e o “Uso de máscara” foram práticas adoptadas em mais de 50% das mesas estéreis preparadas, mas aquém de uma prática de excelência.
- Salientamos o “Uso de luvas esterilizadas”, prática adoptada por todos os enfermeiros na preparação das mesas estéreis.

Como ferramenta de gestão optámos pela análise “Swot”, porque considerámos um excelente recurso para um planeamento estratégico e um sistema simples que permite uma análise mais profunda, além de permitir a devida atenção ao meio que envolve o trabalho. Considerámos interessante aplicar na prática mais uma ferramenta da gestão leccionada em sessões teóricas (análise “Swot”), uma vez que já tinha sido aplicada num trabalho prático a “FMEA” (“Failure Mode And Effect Analysis”).

O termo “Swot” é um acrónimo resultante da ligação das iniciais das palavras anglo-saxónicas “Strenghts”, “Weaknesses”, “Opportunities” e “Threats”, ou seja, Forças, Fraquezas, Oportunidades e Ameaças (Nunes, P., 2008).

Este tipo de análise, concebido por dois professores da Harvard Business School (Kenneth Andrews e Roland Christensen), consiste em fazer a leitura de cenários, analisar

as suas forças e fraquezas, procurar vantagens competitivas e definir estratégias. Permite fazer o posicionamento ou analisar a posição estratégica de um serviço no ambiente em questão (Nunes, P., 2008).

Esta análise de cenário divide-se em ambiente interno (Forças e Fraquezas) e ambiente externo (Oportunidades e Ameaças). O primeiro resulta das estratégias de actuação definidas pela instituição e pode ser controlado pelos seus dirigentes, pelo que, sempre que durante a análise é encontrado um ponto forte este deve ser bastante salientado assim como quando é encontrado um ponto fraco a instituição deve actuar no sentido de o controlar ou minimizar o seu efeito. O segundo ambiente relaciona-se com as situações que estão fora do controlo da instituição, porque são situações externas, mas que a mesma deve conhecer e monitorizar com frequência de modo que possa, por um lado aproveitar as oportunidades que possam daí advir e por outro, evitar as ameaças ou pelo menos, conseguir actuar de forma a minimizar os seus efeitos (Nunes, P., 2008).

A informação da análise “Swot”, permite definir objectivos a curto e longo prazo, acções a implementar que permitam o alcance dos mesmos. Ao privilegiar a articulação c/ a Sra. Enf. Chefe e a CCI do HSC objectivamos delinear estratégias para a resolução do problema identificado. A matriz de análise “Swot” da UNICARV do HSC é apresentada no (Apêndice IV).

Da leitura da matriz, pareceu-nos que a maior dificuldade em otimizar o procedimento se prende com a pouca sensibilização da equipa multidisciplinar para a problemática da IACS, uma vez que a Enf. Chefe e a equipa de enfermagem se encontram motivadas para a mudança. As grandes oportunidades em relação ao ambiente externo são a existência de aportes teóricos direccionados para a temática abordada.

Retomando o problema geral, “Não conformidade dos procedimentos de enfermagem na preparação das mesas para técnicas invasivas na UNICARV”, tendo como referência as recomendações da AESOP (2010) e da DGS (2010a), (2010b), identificámos quatro problemas parcelares que advêm de recomendações não adoptadas pelos enfermeiros.

- O não uso de barrete;
- O não uso de máscara;

- A não lavagem cirúrgica das mãos/desinfecção das mãos com solução alcoólica adoptada no serviço;
- O não uso de bata esterilizada.

Determinámos como prioridades:

- Dar conhecimento e discutir os resultados da grelha de observação com a Sra. Enf. Chefe;
- Dar conhecimento dos resultados da aplicação da grelha de observação à Equipa de Enfermagem;
- Delinear estratégias em Equipa para a resolução do problema identificado;
- Implementação das estratégias delineadas;
- Monitorização e verificação das estratégias implementadas;
- Divulgar os resultados.

Nos termos do diagnóstico de situação surge a segunda fase da Metodologia de Trabalho de Projecto, a definição dos objectivos. Definimos o objectivo geral e os objectivos específicos.

OBJECTIVO GERAL

Melhorar a Qualidade dos Cuidados de Enfermagem prestados aos utentes submetidos a práticas invasivas na UNICARV.

OBJECTIVOS ESPECIFICOS

1. Aprofundar conhecimentos na área da Prevenção e Controlo de Infecção.
2. Construir poster formato A3 com as etapas dos procedimentos de enfermagem na preparação das mesas para técnicas invasivas na UNICARV.
3. Elaborar norma de procedimentos de enfermagem na preparação das mesas para técnicas invasivas na UNICARV.
4. Divulgar a norma de procedimentos de enfermagem na preparação das mesas para técnicas invasivas na UNICARV à equipa de enfermagem em sessão formativa.
5. Planear a avaliação do projecto (estratégias implementadas).

3.3 Planeamento do Projecto de Intervenção em Serviço (PIS)

O Planeamento é a terceira fase da Metodologia de Trabalho de Projecto. Nesta etapa é elaborado um plano detalhado do projecto, englobando as várias vertentes da gestão: calendarização das actividades, recursos necessários, risco e qualidade (Miguel, 2006).

O projecto “Proteger para Prevenir” foi desenvolvido ao longo de três estágios na UNICARV. Estágio I de 12 de Janeiro a 6 de Fevereiro de 2011, o Estágio II de 8 de Fevereiro a 8 de Maio de 2011 e o Estágio III decorreu de 22 de Junho a 27 de Novembro de 2011 (com as correspondentes pausas lectivas para férias).

As actividades/estratégias planeadas e desenvolvidas e os recursos utilizados (humanos, materiais e temporais) para cada objectivo específico visaram a sua consecução e o alcance do objectivo geral do PIS. (Apêndice V).

3.4 Avaliação e reflexão sobre as actividades/aprendizagens do PIS

No presente subcapítulo realizámos uma avaliação e reflexão sobre as actividades planeadas e desenvolvidas em cada objectivo específico, que permitiram a consecução do objectivo geral do PIS ***“Melhorar a Qualidade dos Cuidados de Enfermagem prestados aos utentes submetidos a práticas invasivas na UNICARV”***. As actividades adicionadas ao PIS foram redigidas a cor azul para se distinguirem do que foi planeado.

No Cronograma do Planeamento (Apêndice VI), as semanas coloridas a lilás representam as actividades planeadas; a rosa as actividades realizadas de acordo com o planeado; a verde as actividades adicionadas ao planeamento e a amarelo as actividades realizadas fora da data planeada.

Objectivo específico 1 – “***Aprofundar conhecimentos na área da Prevenção e Controlo de Infecção***”.

Com o propósito de dar resposta ao objectivo específico 1 – Aprofundar conhecimentos na área da Prevenção e Controlo de Infecção. Em particular as IACS. Realizámos uma revisão alargada da literatura suportada pelas bases de dados Cielo, Cinahal e Pubmed. Como escreveu Salomon (2004), uma revisão alargada da literatura busca a resolução de um problema através de referenciais teóricos publicados, analisando e discutindo as várias contribuições científicas. Esse tipo de pesquisa trará subsídios para o conhecimento sobre o que foi pesquisado, como e sob que enfoque e/ou perspectivas foi tratado o assunto apresentado na literatura científica.

Um dos conceitos mais primitivos de doença, o qual terá tido origem nos tempos pré-históricos mas que actualmente persiste em várias sociedades/grupos tribais é a teoria demoníaca. No século XVI, Martinho Lutero (1483-1546) afirmava que “pestilências, febres e outras doenças não são mais do que o trabalho do diabo”. A teoria da ira de Deus explicava as pestes como castigo divino pelos pecados cometidos pelas populações. As crenças na Magia, atribuíam aos astros, às fases da lua, mudanças de estação e outras forças não controláveis a causa de doença. Os Livros Sagrados Hiundus (1400 a 1200 a.C.) referem a necessidade de desinfectar e higienizar para evitar as doenças.

Os Romanos promoveram o saneamento básico, construindo redes de esgotos e drenando terrenos pantanosos, desenvolveram a Saúde Pública com sistemas de esgotos e casas de banho públicas, transporte de água fresca através de aquedutos e legislação para a higiene das ruas. Tinham nas suas casas áreas especiais destinadas aos hóspedes e que eram denominadas “hospitalia”.

Na Idade Média alguns povos utilizavam o enxofre para desinfecção em casos de epidemias de peste e os mosteiros guardavam uma área para os viajantes doentes e necessitados.

Uma das “teorias” mais antigas para a disseminação da doença (infecção) era a geração espontânea, em que havia uma “corrupção” do ar ambiente. Teve início no século VI e persistiu até ao século XIX.

A Peste Negra (1347-1352) causou o desaparecimento de um quarto da população europeia. Era atribuída à putrefacção. Recomendava-se na prevenção da Peste Negra o uso de roupas de linho ou seda e a conservação da roupa em ervas aromáticas, fazer fumigação

das casas, objectos e pessoas com incensos e perfumes, proteger as janelas com telas enceradas. Recomendava-se no tratamento da Peste a promoção da circulação do ar e baixar a temperatura mantendo as portas e as janelas abertas, na presença do doente, não cantar, não correr nem gritar para evitar a inspiração de ar em maior quantidade, permanecer o mínimo de tempo possível junto do doente.

No Renascimento, as epidemias de varíola, sífilis, raiva, levaram os médicos e alquimistas a procurar explicações que justificassem as ocorrências. Os tratamentos (sangrias, buracos na cabeça, colocação de sanguessugas) ainda tinham com objectivo afastar os demónios e espíritos maus causadores de doença.

No século XIV os venezianos instituíram o processo de quarentena.

O primeiro hospital na Europa de que se tem notícia detalhada é o Hotel Dieu fundado pelo Bispo de Paris por volta do ano 1649. Só foi avaliado pela primeira vez em 1786. Nos hospitais ingleses em 1771 já se tinha estabelecido colocar um doente por cama (em caso de necessidade era permitido colocar dois doentes na mesma cama!), o doente quando entrava recebia dois lençóis limpos (que eram substituídos de 3 em 3 semanas). Em Portugal, Dona Leonor (1485) fundou o Hospital Termal das Caldas em bases completamente novas, com 100 camas, médico e farmácia privativas. Don João II (1492) estabeleceu o Hospital de Todos os Santos agregando 43 pequenos Hospitais também com médico e farmácia próprias.

Florence Nightingale (1854) não acreditava em micróbios nem em infecções. Tudo se resolvia com higiene, uma boa alimentação, ar puro, água potável. Defendia que o mínimo que devia esperar do hospital é que não faça mal ao doente.

Semmelweis (1847) recomendava a desinfecção das mãos dos alunos com água cloretada.

Lister (1865) foi o pioneiro na aplicação de antissépsia na cirurgia.

Pasteur (1891) desenvolveu estudos sobre microrganismos e o seu crescimento. Em 1950 surgiram em Inglaterra os primeiros Enfermeiros de Controlo de Infecção. Em 1970 o Centers for Disease Control and Prevention (CDC) emanou 4 recomendações, vigilância epidemiológica de infecção nosocomial com informação de retorno, incluir Microbiologista ou Clínico interessado, controlo – boas práticas, Enfermeiro de Controlo de Infecção a tempo inteiro – supervisionar o plano de controlo de infecção (Carvoeira, 2007; Fontana, 2006).

As Comissões de Controlo da Infecção (CCI) surgiram mundialmente na década de setenta com a preocupação em se conhecer os índices de infecção hospitalar, e tem como principal responsabilidade, a implantação de acções de biossegurança, que corresponde à adopção de normas e procedimentos seguros e adequados à manutenção da saúde dos clientes, dos profissionais e dos visitantes (Turrini & Santo, 2002).

Portugal (1974) enviou um representante – Enfermeira - Franco Henriques - para o grupo de trabalho no Conselho da Europa. Em 1978 foi criada a primeira Comissão de Higiene no Hospital de Torres Novas. Em 1987 realizou-se a 1ª Conferência Nacional sobre Luta Contra a Infecção Hospitalar. Um ano depois (1988), foi criada a Associação Portuguesa de Infecção Hospitalar. Entre 1988 e 1998 desenvolveu-se o projecto de Controlo da Infecção em Portugal coordenado pela Dr.ª Elaine Pina (Carvoeira, 2007; Fontana, 2006).

Actualmente, as infecções associadas aos cuidados de saúde (IACS), ou nosocomiais, encontram-se muito difundidas e constituem importantes causas de morbilidade e mortalidade. Esta crescente problemática de saúde pública tem ainda um elevado impacto económico, tendo vindo a sofrer uma pressão continuada com o aumento da concentração de pessoas, envelhecimento populacional, maior frequência de alterações da imunidade e prevalência das doenças crónicas. Acresce a aplicação de procedimentos de diagnóstico e terapêutica mais invasivos e aparecimento de microrganismos progressivamente mais resistentes aos antibióticos convencionais (Wilson, 2003; Ripp, 2010; Smietana et al., 2011).

A evolução dos cuidados de saúde permitiu uma melhoria da qualidade de vida. Ao longo dos anos, têm vindo a ser desenvolvidos métodos avançados de diagnóstico que possibilitam a detecção precoce de certas patologias, tendo sido igualmente desenvolvidos tratamentos para patologias até então consideradas incuráveis (Wilson, 2003; Pina, Ferreira, Marques, Matos, 2010). No entanto, e apesar dos progressos observados em termos de saúde pública e de cuidados hospitalares, assistimos a uma contínua emergência de infecções hospitalares, constituindo muitas vezes um risco associado aos avanços da medicina (World Health Organization [WHO], 2002; CDC, 2010). As IACS, em particular, são consequência directa desses avanços, sendo hoje em dia consideradas uma das complicações mais frequentes da hospitalização (Pina, et al., 2010).

As IACS correspondem a um conceito alargado de “infecção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados ou procedimentos de saúde prestados e que pode,

também, afectar os profissionais de saúde no decorrer do exercício da sua actividade” (DGS – PNCI, 2007a, p. 4).

Durante muitos anos, estas infecções foram designadas de infecções nosocomiais ou hospitalares (do Latim “nosocomium”, que significa “hospital”). No entanto, face à progressiva alteração das políticas relacionadas com a prestação de cuidados de saúde, com tendência para a diminuição do tempo de internamento e aumento dos cuidados em ambulatório, e tendo em consideração a ampla diversidade de unidades prestadoras de cuidados de saúde actuais, esta designação não é suficientemente abrangente ao incluir apenas o ambiente hospitalar (WHO, 2002; Wilson, 2003; DGS – PNCI, 2007a; Mirza, 2011). Assim, contrariamente às infecções nosocomiais, o conceito de IACS não depende do nível de cuidados prestados, incluindo infecções adquiridas em unidades de saúde, desde clínicas altamente equipadas e hospitais com tecnologias avançadas, até unidades apenas com estruturas básicas, como as enquadradas nos cuidados de saúde primários e terciários (WHO, 2002; DGS - PNCI, 2007a).

As IACS são, geralmente, definidas como aquelas infecções identificadas entre 48h a 72h após a recepção de cuidados por profissionais de saúde em unidades de saúde, sendo excluídas infecções clinicamente aparentes ou que se encontrem em fase de incubação no momento da admissão (Wilson, 2003; Costa, et al., 2009). De acordo com os critérios definidos pelo CDC, é ainda acrescentado que as IACS poderão apresentar-se de forma localizada ou sistémica, traduzindo uma reacção adversa à presença de um ou mais agentes infecciosos ou suas toxinas (Horan, et al., 2008; CDC, 2010).

A preocupação global com as IACS é uma importante questão de saúde pública da actualidade, afectando um elevado número de indivíduos, tanto nos países desenvolvidos, como países em desenvolvimento. Estima-se que ocorram por ano aproximadamente 5 milhões de casos de IACS na Europa e nos Estados Unidos da América, representando 1 em cada 10 hospitalizações, com cerca de 140000 mortes associadas anualmente (Klevens, et al, 2007; European Centre for Disease Prevention and Control [ECDC], 2010).

De acordo com um estudo realizado em 2002 pela OMS, no qual foi avaliada a taxa de prevalência de IACS em 55 hospitais de 14 países (representando 4 regiões da OMS, nomeadamente Europa, Mediterrâneo Oriental, Sudeste Asiático e Pacífico Ocidental), registou-se em média a ocorrência de IACS em aproximadamente 8,7% de doentes hospitalizados, observando-se uma prevalência de 7,7% ao nível dos hospitais europeus.

Em Portugal, foi realizado um Inquérito Nacional de Prevalência de Infecção, através do qual foram analisados 21459 doentes em regime de internamento em 114 hospitais nacionais (80% públicos e 20% privados). Os resultados deste estudo revelaram uma taxa de prevalência de 9,8%, aproximando-se a realidade nacional à de outros países da Europa (Costa, et al., 2009). O Relatório da Primavera 2011 do Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS) referiu que a taxa de prevalência nacional de IACS, subiu de 8,7 por cento em 2003 para 9,8% em 2009 (OPSS, 2011).

Com o aumento do recurso a procedimentos invasivos, tanto para diagnóstico como para terapêutica, pensa-se que a taxa de prevalência de IACS tenha tendência a aumentar ligeiramente ao longo dos anos (Nicolle, 2002; Wilson, 2003).

Estas infecções estão entre as mais importantes causas de morte e aumento da morbilidade de doentes hospitalizados, representando um peso significativo não só sobre os doentes e suas famílias, mas também sobre os próprios sistemas de saúde (Nicolle, 2002; Wilson, 2003; Klevens, et al., 2007).

Actualmente, a utilização de procedimentos médicos progressivamente mais invasivos, tais como exames endoscópicos, biopsias, cateterizações venosas e artérias para exames hemodinâmicos, cateterização urinária, entubação endotraqueal, ventilação mecânica e os próprios procedimentos cirúrgicos, interfere com a barreira de protecção natural do organismo, possibilitando a introdução de microrganismos directamente nos tecidos ou em locais habitualmente estéreis (Nicolle, 2002; WHO, 2002; Wilson, 2003). Este é, na realidade, um factor de risco com impacto bastante significativo, se tivermos em consideração que os tipos de IACS mais frequentes a nível global são a infecção do trato urinário, pneumonia associada à ventilação mecânica; infecção do local cirúrgico e infecção hematogénica (Costa, et al., 2009; ECDC, 2010).

Com efeito, o controlo da infecção representa uma parte importante do controlo de riscos, uma vez que cuidar de forma segura dos doentes, do equipamento e dos fluidos orgânicos é fundamental para prevenir que os doentes e profissionais contraíam infecções no hospital (Wilson, 2003). Por se tratar de uma problemática para a qual existem métodos de estudo validados e porque a prevenção é possível, devem ser uma das componentes de análise de qualquer programa de segurança do doente. Os principais riscos são os associados à presença de dispositivos invasivos, procedimentos cirúrgicos e a infecções por microrganismos multirresistentes. As principais medidas de prevenção e controlo assentam por um lado, no cumprimento das boas práticas: precauções básicas (como higiene das

mãos, uso adequado de equipamentos de protecção individual, controlo ambiental) e, por outro, no uso racional de antimicrobianos (Pina, et al., 2010).

As IACS podem ser originadas por uma ampla diversidade de agentes patogénicos, tais como bactérias, vírus, fungos e parasitas. Os microrganismos infecciosos variam entre as diferentes populações de pacientes, diferentes unidades de saúde e diferentes países. No entanto, um aspecto comum a todos é a maior frequência de infecções de origem bacteriana (WHO, 2002; ECDC, 2010).

De acordo com o Inquérito Nacional de Prevalência de Infecção, realizado em Portugal no ano de 2009, os microrganismos mais frequentes isolados neste tipo de infecções foram o “*Staphylococcus aureus*” metilmicina resistente (MRSA), a “*Escherichia coli*” e a “*Pseudomonas aeruginosa*” (Costa, et al., 2009).

O contacto com os microrganismos responsáveis pela IACS pode ter origem em reservatórios endógenos ou exógenos. As infecções exógenas têm origem em microrganismos externos ao doente, adquiridos a partir da flora de outros doentes ou profissional de saúde (infecção cruzada) ou a partir de substâncias ou objectos contaminados, como equipamentos e dispositivos médicos, água, ar e alimentos (WHO, 2002; Wilson, 2003; Horan, et al., 2008; Mirza, 2010; Pina, et al., 2010).

Na actualidade, a investigação está a ser dirigida para uma abordagem de intervenção multimodal assente no conceito de “care bundles” proposto pelo Institute for Healthcare Improvement. Uma revisão sistematizada sobre o tema identificou que, na maioria dos estudos, um “bundle” era constituído por 2 a 5 intervenções para um determinado objectivo e estava associado à educação, formação de equipas de qualidade, monitorização do cumprimento das práticas, informação de retorno sobre o desempenho dos profissionais. Esta abordagem baseia-se no conceito de que há um conjunto de medidas que devem ser aplicadas ao mesmo tempo já que, se o cumprimento de uma delas falhar, os resultados não são satisfatórios. O sucesso apontado ao conceito do “bundle” assenta sobretudo numa estratégia que implica um forte trabalho em equipa multidisciplinar (Pina, et al., 2010).

Devemos compreender a prevenção e o controlo das IACS como uma responsabilidade individual e colectiva, pois sem a apropriação e a implementação correcta dos procedimentos por quem presta cuidados ao cliente, esta temática continuará a ser um obstáculo à prestação de cuidados de saúde com qualidade nos diversos sistemas de saúde. Deve-se estimular a consciencialização da equipa perante a segurança do ambiente, do

utente e do próprio profissional no seu dia-a-dia hospitalar. Porque apenas o conhecimento do fenómeno IACS e das suas medidas preventivas, não garante a adesão e a eficácia de um atendimento com qualidade em saúde. Para se atingir o sucesso desta consciencialização, deve-se colocar o enfoque no envolvimento desses profissionais, estimulando a sua motivação, promovendo a sua formação nas diferentes situações da prestação de cuidados. Sendo estas as estratégias chave na diminuição dos índices de infecção hospitalar e na adopção de práticas correctas e seguras (Coelho, Silva Arruda, Faria Simões, 2011). Frequentemente a adopção de boas práticas de segurança ficam aquém do desejado, há evidência de que factores organizacionais como a cultura de segurança e rácios de enfermagem influenciam a adesão dos profissionais de saúde às recomendações das práticas de controlo de infecção (CDC, 2007, tradução nossa).

Os profissionais que trabalham na área da saúde devem assumir um compromisso com a sociedade de respeito aos princípios bioéticos, em especial a beneficência e justiça. Estudar indicadores epidemiológicos, avaliar procedimentos e intervir. Sistematizar acções de prevenção de infecções permite antecipar danos assim como oferecer uma assistência igualitária e justa àquele que está sob cuidados de saúde. A sociedade não pode pagar o preço da negligência e da falta de competência técnica. É preciso que todos os profissionais da saúde se apropriem da filosofia da prevenção na sua prática diária. Neste contexto, certamente estará se iniciando um novo modelo de cuidado, com alicerces no humanismo, na ética, respeitando a cidadania em todas as áreas de cuidados (Fontana & Lautert, 2006).

Segundo a DGS (2007b), na sua Circular Normativa Nº 18/DSQC/DSC de 15 de Outubro, regulariza que as CCI devem integrar na sua composição um núcleo de membros dinamizadores ou elos de ligação. Estes têm por função a articulação entre a CCI e os serviços/departamentos/unidades funcionais, facilitando a aplicação sectorial do Plano Operacional de Prevenção e Controlo de Infecção.

Assim, o Nº 3 da Alínea c) do Artigo 78.º do CDE, “artigo ético”, tem como princípio “a excelência do exercício na profissão, em geral, e na relação com os outros profissionais” ou seja “engloba o desenvolvimento de boas práticas, na sintonia dos saberes mais actuais”. Da mesma forma a Alínea c) do Artigo 88.º do CDE que na excelência do seu exercício o enfermeiro deve “manter a actualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente a aprofundada nas ciências humanas”. Neste contexto, o Nº 1 e o Nº 2 do

Artigo 8.º do REPE afirmam respectivamente que os enfermeiros no seu exercício das suas funções “ deverão adoptar uma conduta responsável e ética e actuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos”, “o exercício da actividade profissional dos enfermeiros tem como objectivos fundamentais a promoção da saúde, a prevenção da doença”. No Nº1 da Carta dos Direitos do Doente Internado podemos ler que este direito a ser tratado no respeito pela dignidade humana, assim, “as instalações os equipamentos que o doente utiliza devem estar de acordo com a sua vulnerabilidade e situação clínica” (Nunes, L. et al., 2005).

Concluído, apraz-nos afirmar que as IACS implicam uma mudança de paradigma. A sua abordagem não ser centrada numa consequência inevitável do desenvolvimento tecnológico e terapêutico, mas acreditar que a prevenção é possível (Pina, et al., 2010).

Reunimo-nos duas vezes com a Enf. elo de ligação da UNICARV com a CCI do HSC, estas reuniões foram importantíssimas na medida em que tomámos conhecimento sobre as actividades desenvolvidas pela CCI do referido hospital e aferimos os conteúdos das pesquisas efectuadas, direccionando-os no desenvolvimento do PIS. Os nossos objectivos do PIS foram ao encontro do que está a ser desenvolvido pela CCI, “Cuidados seguros na prevenção das IACS”.

No nosso percurso de pesquisa tomámos conhecimento da realização em Lisboa do “12º Congresso Mundial de Esterilização entre os dias 12 e 15 de Outubro de 2011, Relatório Reflexivo (Apêndice VII). As temáticas abordadas relacionavam-se directamente com as nossas necessidades de formação pelo que participámos no Congresso.

Frequentámos no dia 12/10/2011 o “Curso Básico em Esterilização” organizado pela Associação Nacional de Esterilização.

Definimos como objectivo ao participar no curso “Aprofundar/actualizar e sistematizar conhecimentos relacionados com o controlo de infecção e esterilização”.

Os formadores do curso foram Valeska Stempliuk (Especialista em Controlo de Infecção da Organização Pan Americana de Saúde/OMS), Sílvia Isabel Acosta de Gnass (Especialista em Controlo de Infecções Hospitalares, Directora do Departamento de Prevenção e Controlo de Infecção do Riverside Country Regional Medical Center – Califórnia, EUA), peritos de referência na área do Controlo de Infecção.

As temáticas leccionadas foram:

- Princípios básicos da limpeza, características da água, propriedades dos detergentes, influência do tempo e temperatura no processo de limpeza.

- Desinfecção química. Propriedades e mecanismos de acção dos desinfectantes. Parâmetros essenciais para cada tipo de desinfectante químico.
- Microbiologia do ciclo de esterilização. Morte celular. Parâmetros essenciais para esterilização por vapor, óxido de etileno e plasma peróxido de hidrogénio.
- Factores determinantes na escolha do método de desinfecção e esterilização, custo, sustentabilidade do método, tempo de ciclo, segurança do processo e riscos ocupacionais.
- Avaliação visual e controlo químico da qualidade de limpeza.
- Indicadores químicos e biológicos para os processos de esterilização: características, margem de segurança, uso e documentação do resultados.

Os conteúdos da formação permitiram o aprofundamento, actualização e sistematização de conhecimentos relacionados com os princípios científicos dos processos de limpeza e esterilização; a metodologia de controlo dos processos de limpeza, desinfecção e esterilização.

Pelo exposto, consideramos o nosso objectivo plenamente atingido e este momento formativo enriquecedor da nossa praxis, articulando-se e contribuindo para o desenvolvimento da competência **K3 “Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infecção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas”**, (Regulamento nº124/2011 de 18 de Fevereiro). Os conhecimentos mobilizados durante a formação constituem uma mais valia no âmbito da Especialidade Médico-Cirúrgica, a Prevenção/Controlo de Infecção e a esterilização são áreas específicas desta especialização, bem como para a consecução do objectivo do PIS “*Melhorar a Qualidade dos Cuidados de Enfermagem prestados aos utentes submetidos a práticas invasivas na UNICARV*”. Foram momentos formativos muito profícuos.

Todas as actividades desenvolvidas permitiram-nos o aprofundamento, mobilização e actualização de conhecimentos na área da prevenção e controlo de infecção de uma forma sistematizada, dando continuidade ao desenvolvimento do PIS. Pelo que consideramos cumprida a consecução deste objectivo específico.

Objectivo específico 2 – “Construir poster formato A3 com as etapas dos procedimentos de enfermagem na preparação das mesas para técnicas invasivas na UNICARV”.

Realizámos pesquisa bibliográfica na *Web* sobre as orientações e critérios recomendados para a execução de um poster. Costa (2001) escreveu que na execução de um poster, a informação apresentada deverá ser retida facilmente, pelo que deve ser perfeitamente sistematizada, os posters devem ser sintéticos e apelativos. O leitor deve precisar de pouco tempo – aproximadamente dois minutos – para perceber o trabalho realizado, este deve ser compreendido mesmo na ausência do autor, “O Poster fala por si”. Igualmente Pedro (2008), referiu que o poster deve manter a atenção do público – o aspecto geral do poster deve poder captar a atenção do público rapidamente, pelo menos até a mensagem central ser passada. Esta comunicação deve ocorrer num período de tempo que não deve ultrapassar os trinta segundos a informação deve ser reduzida ao mínimo essencial – quase tão simples como um telegrama. Isto permite ao público poder entender melhor e mais rapidamente a mensagem.

Após termos reunido e estudado os conteúdos teóricos sobre os procedimentos de enfermagem na preparação de mesas para técnicas invasivas (enquadramento teórico a se exposto no objectivo específico 3) e os conteúdos teóricos para a elaboração de um poster, fizemos o relato fotográfico das etapas do procedimento, com a gentil colaboração de uma Enf. da nossa equipa de enfermagem. Optámos por utilizar fonte fotográfica própria porque nos pareceu que conferia maior realismo ao poster e um sentimento de pertença à equipa.

Realizámos a montagem do poster A3 com as etapas do procedimento e recorremos a casa especializada para a impressão de três posters.

A divulgação do poster “Proteger para Prevenir” (Apêndice VIII) foi realizada com a sua afixação nas três salas da UNICARV, no local onde as mesas são preparadas.

As actividades para a consecução deste objectivo específico foram produzidas durante o período do Planeamento. Este acontecimento relacionou-se com o facto da pesquisa bibliográfica necessária à sua execução estar realizada, e a exposição do poster constituir desde o início um elemento sensibilizador para a resolução da problemática identificada. Obtivemos a concordância da Prof. e da Enf. orientadora na nossa decisão.

Todas as actividades desenvolvidas permitiram-nos a consecução deste objectivo específico.

Objectivo específico 3 – “Elaborar norma de procedimentos de enfermagem na preparação das mesas para técnicas invasivas na UNICARV”.

Uma norma de procedimento de enfermagem é, segundo Nunes, L. (1999) uma descrição detalhada e sequencial de como uma actividade deve ser realizada, encere-se no âmbito da organização dos cuidados de enfermagem e tem por objectivo uniformizar procedimentos no seio da equipa e/ou da organização e facilitar a integração dos pares. É baseada em princípios científicos (teorias e práticas actualizadas).

Realizámos uma revisão alargada da literatura suportada pelas bases de dados Cielo, Cinahal e Pubmed e encontrámos dados novos e actualizados relacionados com a temática abordada. As palavras-chave pesquisadas foram: infecção hospitalar, infecção nosocomial, prevenção e controlo, enfermagem.

AESOP é a entidade portuguesa responsável pelas linhas de orientação relativamente a procedimentos em blocos operatórios suportada por fundamentação científica. As práticas recomendadas pela AESOP são recomendações exequíveis, baseadas em evidência de eficácia, obtidas através de literatura publicada, investigações e opinião de peritos (AESOP, 2010). A AESOP (2010) recomenda antes de qualquer procedimento invasivo/cirúrgico o uso de barrete/touca que cubra na totalidade cabelos, pelos faciais (incluído patilhas), a desinfecção cirúrgica das mãos, o uso de luvas esterilizadas, o uso de bata esterilizada, o uso de máscara (é uma medida importante de prevenção e controlo da IACS).

A UNICARV não é um bloco operatório mas nesta unidade são realizados diariamente procedimentos e técnicas invasivas que exigem as mesmas medidas de protecção e segurança que um bloco operatório. Como indicou a AESOP (2010), as práticas recomendadas para além dos blocos operatórios, destinam-se a salas de radiologia de intervenção e todas as áreas onde se possam realizar técnicas invasivas.

A DGS (2010a) nas “Orientações da OMS para Cirurgia Segura 2009” fez as mesmas recomendações da AESOP, acrescentando que os dois mais importantes princípios de prevenção de infecção estão relacionados com a duração do procedimento e a técnica de assépsia cirúrgica. Igualmente Wilson (2003) e Pina, et al., (2010) reproduziram as mesmas recomendações.

Um artigo publicado na base de dados “Cinahal Evidence-Based Care Sheet-Intravascular Catheter Use and Prevention of Infection” reporta-nos para o conhecimento

existente sobre esta problemática e como devemos agir para a prevenir. O artigo remete-nos para a leitura das recomendações para a prevenção da infecção associada aos dispositivos intravasculares, 2011 do CDC. Recomenda a partilha desse conhecimento com os pares. Recomenda a realização de protocolos/normas de procedimentos de acordo com as directrizes do CDC. Recomenda a formação dos pares para as medidas de segurança e protecção a adoptar na preparação do material e na colaboração durante os procedimentos relacionados com a inserção de cateteres intravasculares (Pinto & Schub, 2011, tradução nossa).

Por último, considerámos pertinente apresentar as Recomendações para a prevenção da infecção associada aos dispositivos intravasculares, 2011. Justificamos esta necessidade uma vez que na UNICARV a maioria dos procedimentos implicam a colocação de cateteres intravasculares centrais venosos e arteriais.

O CDC e o “Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee” (HICPAC) com a colaboração do Centro de Prática Baseada em Evidências da “University of Pennsylvania Health System Philadelphia”, PA, efectuou uma revisão sistemática que deu resposta às questões levantadas durante o processo da realização das orientações, que permitiram a execução das “Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections”, 2011 (Noami et al., 2011, tradução nossa).

Cada recomendação é categorizada segundo os critérios do CDC e HICPAC com base nos dados científicos existentes, raciocínio lógico, aplicabilidade e impacto económico. As categorias são estabelecidas do seguinte modo:

- **Categoria IA.** Fortemente recomendado para implementação e de grande evidência baseada em estudos experimentais bem conduzidos, clínicos, ou estudos epidemiológicos.
- **Categoria IB.** Fortemente recomendado para implementação, baseada na racionalidade e evidência sugestiva de alguns estudos experimentais, clínicos, ou estudos epidemiológicos.
- **Categoria IC.** Recomendação sugerida por normas ou recomendações de outras federações e associações.
- **Categoria II.** Recomendação sugerida para implementação baseada na clínica sugestiva ou estudos epidemiológicos, ou uma forte fundamentação teórica.
- **Questão não resolvida.** Práticas para as quais não existe evidência ou consenso suficiente quanto à sua eficácia.

Recomendações para a prevenção da infecção associada aos dispositivos intravasculares, 2011

Higiene das mãos e técnica asséptica

1. Realizar procedimentos de higienização das mãos, seja lavando as mãos com sabão convencional e água ou com soluções de base alcoólica. Fazer uma lavagem higiénica das mãos, antes e após palpar o local de inserção, bem como antes e após inserir, substituir, aceder, reparar ou fazer o penso de um dispositivo intravascular. A palpação do local de inserção não deve ser efectuada após aplicação do antisséptico, a não ser que se mantenha técnica asséptica.

Categoria IB

2. Manter técnica asséptica para a inserção e cuidados aos cateteres intravasculares.

Categoria IB

3. Utilizar luvas limpas, em vez de luvas esterilizadas, para a inserção de cateteres intravenosos periféricos, desde que o local de acesso não seja tocado após a aplicação de anti-sépticos na pele.

Categoria IC

4. Utilizar luvas esterilizadas para a inserção de cateter central venoso e arterial. ***Categoria IA***

5. Utilizar novas luvas esterilizadas antes de manusear o novo cateter e quando realizar a troca do fio-guia.

Categoria II

6. Usar luvas limpas ou estéreis na remoção de penso dos cateteres intravasculares.

Categoria IC

Barreira estéril máxima

1. Use barreira estéril máxima (barrete, máscara, bata esterilizada, luvas esterilizadas e campo cirúrgico estéril de grandes dimensões) para a inserção de cateter central venoso/arterial assim como na troca de fio-guia.

Categoria IB

2. Use uma manga esterilizada para proteger cateteres de artéria pulmonar durante a inserção.

Categoria IB

Preparação da pele

1. Prepare a pele com uma solução antisséptica de clorexidina > 0,5% com álcool antes da inserção de cateter central venoso/arterial. Se houver uma contra-indicação para clorexidina, pode ser usado como alternativa iodopovidona ou álcool a 70%.

Categoria IA

2. Não foi realizada nenhuma comparação entre a utilização de soluções de clorexidina com álcool e iodopovidona para se preparar a pele.

Questão não resolvida

3. Nenhuma recomendação pode ser feita com segurança ou eficácia da utilização da clorexidina em crianças menores de 2 meses.

Questão não resolvida

4. O antisséptico utilizado deve ser deixado secar na pele de acordo com a recomendação do fabricante antes da colocação do cateter.

Categoria IB (Noami et al, 2011, tradução nossa).

Redigimos a proposta de norma com os conteúdos que emergiram da revisão alargada da literatura. Utilizámos o “layout” instituído pelo hospital para esse efeito. Disponibilizámos exemplar da proposta de norma à Enf. orientadora, à Enf. elo de ligação com a CCI do HSC e à equipa de enfermagem, para recolha de sugestões. O retorno foi muito positivo, principalmente pelo facto de termos usado fotografias produzidas na UNICARV (sugestão expressa pela equipa aquando da elaboração do poster “Proteger para Prevenir”).

A Enf. elo de ligação com a CCI sugeriu incluir na norma as técnicas de higiene das mãos, nomeadamente a fricção anti-séptica e a preparação pré-cirúrgica das mãos. Considerámos a sugestão pertinente, uma vez que aquando da aplicação da grelha de observação, a “Lavagem cirúrgica das mãos/Desinfecção das mãos com solução alcoólica adoptada no serviço” foi uma prática não adoptada em 52,8% dos enfermeiros. Para o efeito consultámos o documento da DGS (2010b) “Orientação de Boa Prática para Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde”.

A DGS (2010b) referiu que:

a higiene das mãos é uma das medidas mais simples e mais efectivas na redução da infecção associada aos cuidados de saúde [...] a higiene das

mãos integrada no conjunto das precauções básicas, constitui a medida mais relevante na prevenção no controlo da infecção (p. 2).

Wilson (2003), Pina, et al. (2010) mencionaram que as mãos dos profissionais de saúde são o condutor mais comum de transmissão de microrganismos de utente para utente e que a lavagem das mãos é fundamental para removê-los.

A DGS (2010b) relatou que:

a implementação de uma estratégia multimodal para a higiene das mãos a nível nacional, por consenso com a proposta da OMS, constitui a abordagem mais eficaz para a promoção da prática da higiene das mãos. Os exemplos de sucesso dos países que já a implementaram, demonstraram a sua eficiência na redução de infecção associada aos cuidados de saúde.

Os elementos-chave desta estratégia multimodal incluem a formação, os programas de motivação dos profissionais, a utilização na higiene das mãos de uma solução anti-séptica de base alcoólica (SABA), a monitorização da prática de higiene das mãos e do consumo dos produtos adequados, a utilização de indicadores de desempenho e o forte compromisso por parte de todos os envolvidos no processo, desde os gestores de topo, aos gestores intermédios e aos prestadores de cuidados (p. 2).

Dantas, R., Dantas, D., Mendonça, Costa, Freires (2010), nos estudos seleccionados para o artigo de revisão sobre higienização das mãos como profilaxia das infecções hospitalares, concluíram que a profilaxia das infecções hospitalares se relaciona directamente com a lavagem das mãos.

Um artigo publicado na base de dados “Cinahal Evidence-Based Care Sheet-Hand Hygiene” reporta-nos para o conhecimento existente sobre esta problemática e como devemos agir para a prevenir. O artigo remete-nos para a necessidade de um conhecimento mais profundo sobre as recomendações para a higiene das mãos, com o objectivo de reduzir a incidência de infecções hospitalares. Recomenda a partilha do conhecimento com a equipa multidisciplinar. Recomenda a formação da equipa multidisciplinar sobre as técnicas de higiene das mãos de acordo com o seu leque de competências. Em síntese, recomenda a implementação de uma estratégia multimodal para a higiene das mãos (Schub & Caple, 2011, tradução nossa).

A inclusão na norma das duas técnicas de higiene das mãos (fricção anti-séptica e a preparação pré-cirúrgica das mãos) foi realizada e acompanhada de fotografias produzidas na UNICARV.

Considerámos pertinente a realização de um Estágio de Observação no Serviço de Cardiologia – Laboratório de Hemodinâmica de outro Hospital da área metropolitana de Lisboa (actividade não planeada). Este estágio permitiu-nos conhecer um local onde se realizam os mesmos exames do nosso serviço. Verificámos que os procedimentos recomendados na preparação das mesas para técnicas invasivas não são igualmente cumpridos. Tivemos a oportunidade de conhecer o percurso do utente no que concerne ao acompanhamento/ensino pós Enfarte Agudo do Miocárdio, importantíssimo no desenvolvimento do PAC. Em apêndice encontra-se o Relatório Reflexivo sobre o estágio de observação, (Apêndice IX).

Só foi possível a disponibilização do “layout” da norma de procedimentos de enfermagem em vigor no HSC pela Enf. orientadora do PIS na primeira semana de Setembro de 2011. Foi nesse período de tempo que redigimos a proposta de norma. Disponibilizámos exemplar da proposta de norma à Enf. orientadora, à Enf. elo de ligação com a CCI do HSC e à equipa de enfermagem para recolha de sugestões. O retorno foi muito positivo, principalmente pelo facto de termos usado fotografias produzidas na UNICARV (sugestão expressa pela equipa aquando da elaboração do poster “Proteger para Prevenir”), a Enf. elo de ligação com a CCI sugeriu a inclusão da lavagem das mãos com as respectivas fotos do procedimento. Na sessão lectiva de tutoria presencial do Estágio III a Prof. orientadora sugeriu-nos que efectuassem a identificação numérica das fontes no final de cada recomendação para facilitar a consulta da fonte nas referências bibliográficas. A Enf. orientadora também esteve em concordância com as alterações sugeridas e fez a revisão da norma com as sugestões incluídas. As alterações foram executadas na redacção da norma final, “Norma de procedimentos de enfermagem na preparação das mesas para técnicas invasivas na UNICARV”, (Apêndice X).

Todas as actividades desenvolvidas permitiram-nos a consecução deste objectivo específico, ***“Elaborar norma de procedimentos de enfermagem na preparação das mesas para técnicas invasivas na UNICARV”***.

Objectivo específico 4 – ***“Divulgar a norma de procedimentos de enfermagem na preparação das mesas para técnicas invasivas na UNICARV à equipa de enfermagem em sessão formativa”.***

Em coordenação com a Prof. orientadora, a Enf. orientadora e o Enf. responsável pela formação em serviço procedemos ao agendamento da sessão formativa “Proteger para Prevenir” – Apresentação da norma. Afixámos antecipadamente uma folha com a publicitação da sessão formativa no placard informativo de enfermagem, (Apêndice XI). A sessão teve a participação da quase totalidade da equipa de enfermagem (dez enfermeiros) numa única sessão, houve um enfermeiro que não esteve presente por se encontrar de atestado médico de longa duração.

Construímos a apresentação da norma em “PowerPoint” que posteriormente foi submetida à apreciação da Prof. e Enf. orientadora. Foram realizadas algumas alterações em concordância com o sugerido por ambas, (Apêndice XII). No mesmo tempo, elaborámos o plano de sessão de formação, (Apêndice XIII).

Realizámos a apresentação da norma à equipa de enfermagem, foi um momento formativo muito proveitoso. Os colegas e a Enf. orientadora consideraram importante a recapitulação da problemática, conferiu maior contextualização à apresentação da norma.

No final da sessão formativa distribuámos um questionário de avaliação da sessão de formação (Apêndice XIV). Uma breve análise e síntese dos resultados da avaliação da sessão formativa permitiram-nos concluir que, em relação ao programa da sessão formativa a avaliação foi de *“muito bom”* nos quatros itens avaliados. No funcionamento da sessão formativa os três primeiros itens foram avaliados com *“muito bom”* e o último item com *“bom”*. Na avaliação global da sessão formativa todos os itens foram avaliados com *“muito bom”*. Nas sugestões temáticas para próximas formações foi sugerido por 80% dos enfermeiros (oito responderam à questão aberta) formação no âmbito da reanimação cardiopulmonar, novas “guidelines”, sessão formativa que já se encontrava planeada para o PAC.

No final da sessão formativa a Enf. orientadora transmitiu à equipa de enfermagem que tem a percepção, de uma forma empírica, de que os enfermeiros estão a cumprir a norma desde que foram afixados os posters “Proteger para Prevenir” com as etapas do procedimento. Esta informação constitui um indicador positivo para a avaliação da implementação do projecto a realizar em Abril de 2012.

Por fim, procedemos à anexação da norma ao dossier de protocolos e normas de procedimentos de enfermagem da UNICARV de acordo com o planeado.

Todas as actividades desenvolvidas permitiram-nos a consecução deste objectivo específico.

Objectivo específico 5 – “*Planear a avaliação do projecto*”

Como já referimos no objectivo específico 4, a avaliação da implementação do projecto teve lugar em Abril de 2012, seis meses após a sua implementação. Será aplicada a grelha de observação com os critérios já utilizados no diagnóstico da situação. Definiremos como indicadores de avaliação para cada etapa da norma de procedimentos. Realizaremos a análise dos resultados que serão divulgados à equipa de enfermagem em reunião de equipa de enfermagem.

Para divulgar os resultados de um projecto existem inúmeros recursos e meios disponíveis tais como reuniões de informação, apresentação em seminários/congressos, poster, folheto (Schierfer, Bal-Dobel, Batista, 2006).

Objectivamos que, seis meses após a implementação do projecto, a equipa de enfermagem execute as 5 etapas da “*Norma de procedimentos de enfermagem na preparação das mesas para técnicas invasivas na UNICARV*”, em 100%.

Avaliar e, consequentemente, melhorar a qualidade dos cuidados de saúde prestados aos cidadãos e assegurar a todos os utilizadores acesso a cuidados de qualidade, em tempo útil e com custos adequados é, pois, o grande desafio para os profissionais da área da saúde (Sousa, Pinto, Costa, Uva, 2008).

O desenvolvimento das actividades planeadas e das actividades adicionadas ao planeamento inicial contribuíram para a consecução dos objectivos específicos e concludentemente a consecução do objectivo geral do PIS “***Melhorar a Qualidade dos Cuidados de Enfermagem prestados aos utentes submetidos a práticas invasivas na UNICARV***”. Segundo a DGS (2011), qualidade em saúde é “o grau com que os Serviços de Saúde aumentam a probabilidade de resultados de saúde desejados e são consistentes com o conhecimento profissional actual” (p. 132). Considero que a implementação do PIS no nosso contexto de trabalho foi mais um passo na melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem que prestamos aos nossos utentes.

Como proferiu Hesbeen (2006),

a qualidade dos cuidados é observável, mensurável e pode ser melhorada com a aquisição de novos conhecimentos e capacidades ou com a utilização de novos meios; a qualidade do cuidado, essa, requer a presença particular, logo, sensível, de um (profissional-sujeito) que decidiu – pessoalmente – impregnar de cuidado os cuidados que presta, os actos que realiza (p. 14).

3.5 Avaliação do projecto “Proteger para Prevenir”

Considerámos pertinente a criação de um subcapítulo dedicado à avaliação do projecto “Proteger para Prevenir”. Esta avaliação foi realizada fora do âmbito académico, num contínuo aperfeiçoamento das competências de Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica no contexto do exercício profissional.

No final do PIS definimos como objectivo avaliar os resultados das estratégias implementadas, recorrendo à aplicação da grelha de observação com os critérios já utilizados no diagnóstico de situação (grelha de observação a aplicar, seis meses após o final da implementação do projecto).

A grelha de observação foi aplicada 8 meses após a implementação da “*Norma de procedimentos de enfermagem na preparação das mesas para técnicas invasivas na UNICARV*”. Teve lugar nos dias 28, 29, 30, 31 de Maio e nos dias 1 e 6 de Junho 2012, no horário 8h/15h e 15h/20h. Foram realizados 53 registos de observação (amostra N=53) em igual número aquando do diagnóstico de situação. Da população dos 12 Enfermeiros da UNICARV, foram sujeitos a observação 10, excluiu-se o enfermeiro observador e a Enf. Chefe.

Como referimos no planeamento da avaliação do projecto, definimos como indicador a execução das 5 etapas da “*Norma de procedimentos de enfermagem na preparação das mesas para técnicas invasivas na UNICARV*”, em 100%.

Da análise do Quadro 3 – Resultados da aplicação da grelha de observação em Janeiro de 2011 versus Maio/Junho de 2012 (Apêndice XV), podemos concluir:

Resultados observados em Janeiro de 2011 (Diagnóstico de Situação)

- Verificou-se que a “Lavagem cirúrgica das mãos/Desinfecção das mãos com solução alcoólica adoptada no serviço” e “Uso de bata esterilizada” foram práticas não adoptadas em 52,8% e 67,9% respectivamente na preparação das mesas estéreis.
- Verificou-se que o “Uso de barrete” e o “Uso de máscara” foram práticas adoptadas em mais de 50% das mesas estéreis preparadas, mas aquém de uma prática de excelência.
- Salienta-se o “Uso de luvas esterilizadas”, prática adoptada por todos os enfermeiros na preparação das mesas estéreis.

Resultados observados em Maio/Junho de 2012 (Avaliação dos resultados das estratégias implementadas)

- Verificou-se que a “Lavagem cirúrgica das mãos/Desinfecção das mãos com solução alcoólica adoptada no serviço” e “Uso de bata esterilizada” foram práticas não adoptadas em 67,9% e 32,1% respectivamente na preparação das mesas estéreis.
- Verificou-se que o “Uso de barrete” e o “Uso de máscara” foram práticas adoptadas em mais de 50% das mesas estéreis preparadas, mas aquém de uma prática de excelência.
- Salienta-se o “Uso de luvas esterilizadas”, prática adoptada por todos os enfermeiros na preparação das mesas estéreis.

Comparação dos resultados observados em Janeiro 2011 e Maio/Junho 2012

- “Uso de barrete”, ficou aquém do objectivo definido, no entanto verificou-se um aumento de utilização em 13.2%.

- “Uso de máscara”, observou-se um crescimento acentuado nesta prática de protecção, tendo ficado perto do objectivo (92.5%).
- “Lavagem cirúrgica das mãos/Desinfecção das mãos com solução alcoólica adoptada no serviço”, na primeira observação foi uma das práticas que se situou abaixo dos 50%. Na segunda observação verificou-se um agravamento de 15,1% na sua excussão, ou seja, 67,7% das mesas foram preparadas sem lavagem cirúrgica das mãos/Desinfecção das mãos com solução alcoólica adoptada no serviço.
- “Uso de bata esterilizada”, na primeira observação foi uma das práticas que se situou abaixo dos 50%, no entanto foi a prática que registou o maior incremento (35,8%), mas não suficiente para o objectivo pretendido.
- “Uso de luvas esterilizadas”, a segunda observação veio confirmar que esta prática se encontra consolidada no procedimento.

No final de Junho de 2012 foram apresentados os resultados à Enf. Chefe e realizada uma reunião de informação com a equipa de enfermagem para a discussão dos resultados. Diligenciámos no sentido de compreender a razão/razões que levaram a um agravamento de 15,1% na prática “Lavagem cirúrgica das mãos/Desinfecção das mãos com solução alcoólica adoptada no serviço” e procuramos novos caminhos para sensibilizar e incentivar a equipa de enfermagem na adopção desta prática. Em Janeiro de 2013 encontramos-nos a preparar novas iniciativas para a formação da equipa multidisciplinar nesta temática.

A literatura explica que “ programas de intervenção pontuais parecem ter impacto de curta duração no aumento da adesão da prática da higiene das mãos” (Moncaio, 2010, p. 124). “Williams & Buckles (1988) demonstraram que, mesmo quando a frequência da lavagem das mãos aumenta significativamente na sequência de uma campanha promocional intensiva, seis meses depois ela decresce até ao nível prévio” (Williams & Buckles, 1988, citado por Wilson, 2003, p. 184). “Este achado foi confirmado por Larson e tal (1997), que concluíram que os grupos experimentais, os lavatórios automáticos e a informação de retorno sobre a frequência da lavagem das mãos têm um efeito mínimo de longo prazo sobre a mesma” (Larson et al, 1997, citado por Wilson, 2003, p. 184).

Moncaio (2010) advogou que “ o uso de um modelo amplo de metodologia de trabalho é de grande valia, pois actua em factores individuais, organizacionais e ambientais” (p. 124). Certamente este será o caminho que teremos que continuar a percorrer numa aliança entre enfermeiros/enfermeiro elo de ligação com a CCI/CCI da instituição.

“Melhorar a prática da lavagem das mãos como medida chave de controlo de infecção, e encontrar novas formas de incentivar os profissionais a lavarem as mãos continuam a ser desafios importantes”(Hand Washing Liaison Group, 1999, citado por Wilson, 2003, p. 53).

3.6 Comparação com o perfil de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica

Presentemente é inquestionável o contributo insubstituível dos cuidados de enfermagem aos vários níveis de intervenção, para que possa haver maior satisfação dos cidadãos e os consequentes ganhos em saúde. A expressão “ganhos em saúde” é internacionalmente adoptada como enunciado positivo de um desejo de melhorar o nível de todos os indicadores de saúde, sobretudo daqueles em que, manifestamente, uma população se distancia mais das que apresentam melhores resultados. O conceito de ganhos em saúde pode traduzir-se de diferentes modos: ganhos em anos de vida que deixam de ser perdidos (acrescentar anos à vida); redução de episódios de doença ou encurtamento da sua duração (acrescentar saúde à vida); diminuição das situações de incapacidade temporária ou permanente devido a doenças, traumatismos ou às suas sequelas e aumento da funcionalidade física e psicossocial (acrescentar vida aos anos); redução do sofrimento evitável e melhoria da qualidade de vida relacionada ou condicionada pela saúde (Ministério da Saúde, 1998).

Os enfermeiros detêm qualificações e competências consubstanciadas na prática que lhes permitem autonomamente identificar os desvios ao que é suposto ser “a melhor forma de fazer”, no desenvolvimento da sua prática profissional e conhecer estratégias de

actuação no sentido da correcção desses mesmos desvios. Assim, a avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem, introduz uma maior exigência e responsabilização dos profissionais, sendo um motivo forte de aperfeiçoamento do seu desempenho, na medida em que os sinais de alerta surgem em referência àquilo que deveria ser feito e não foi executado.

Mendonça (2009) referiu que as competências

[...] só existem enquanto processo dinâmico de articulação de conhecimento técnico-científico e a obtenção de um tipo de resposta satisfatória com o meio envolvente. A competência não é estática, não resulta somente dos conhecimentos adquiridos, mas é, antes, um processo adaptativo e progressivamente evolutivo desde as aplicações dos saberes teóricos às diversidades dos quotidianos (p. 31).

Mendonça (2009) salientou que a enfermagem enquanto contexto técnico científico em permanente desenvolvimento e maturação,

impõe, a si mesmo e aos seus profissionais, dimensões diferenciadas de competências no sentido de se assumirem como um exemplo vivo, não apenas na capacidade de dar resposta em situações de diagnóstico, prognóstico e tratamento do doente, mas, também como exemplificadores dessa capacidade (p. 31).

Neste sentido estamos perante uma prática imersa num processo dinâmico de articulação de vários níveis de saberes, reflectidos através da prática, ou seja um indivíduo competente é aquele que consegue estabelecer interacção com o meio e desencadear mecanismo de adaptação aos contextos.

Collière (1999), também se referiu à formação como sendo geradora de condutas, comportamentos e de atitudes, considera que a formação é determinante na evolução dos Cuidados de Enfermagem, “é partir de um questionar sobre as situações de cuidados que se torna possível mobilizar, de maneira apropriada, conhecimentos variados e diferenciados, permitindo, assim, aumentar o saber profissional” (p. 340).

se as enfermeiras e enfermeiros que fazem formação deixam de se interrogar sobre os cuidados de enfermagem, a partir de situações vividas [...], estão à margem da prática profissional, e o que fazem deixa de ter sentido. [...] partilhando com os outros as situações mantêm-se ligados

aos cuidados, com uma função diferente, mas que continua a inserir-se e a actuar numa acção de cuidados” (Collière 1999, p. 340).

Hesbeen (2000), referiu-se ao cuidar com qualidade e ao conhecimento afirmando que “o conceito de (cuidar) é aberto ao conhecimento, a todos os conhecimentos que permitam melhorar, enriquecer, tornar mais pertinente a ajuda prestada a uma pessoa” (p. 40).

A comparação com o perfil de Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica teve por base o Regulamento n.º 122/2011 e o Regulamento n.º 124/2011 respectivamente, publicado no Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011.

A efectivação do PIS permitiu-nos o desenvolvimento/aperfeiçoamento da competência **A1** *“Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção”* (Anexo I, Regulamento n.º 122/2011) pois identificámos uma problemática na área de competência do enfermeiro especialista sobre a qual actuámos e mobilizámos a equipa de enfermagem para a mudança, de acordo com a alínea a) do Artigo 88.º do CDE refere que o enfermeiro procura, em todo acto profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever de “analisar regularmente o trabalho efectuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude” (OE, 2009). Consequentemente a competência **A2** *“Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais”* (Anexo I, Regulamento n.º 122/2011) foi desenvolvida/aperfeiçoada na medida em que promovemos a protecção dos direitos dos utentes a cuidados seguros sem o risco de IACS, tendo realizado com a equipa de enfermagem a norma de procedimentos de enfermagem.

No que concerne à competência **B1** *“Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica”* (Anexo II, Regulamento n.º 122/2011) foi desenvolvida/aperfeiçoada com a consecução do objectivo geral do PIS *“Melhorar a Qualidade dos Cuidados de Enfermagem prestados aos utentes submetidos a práticas invasivas na UNICARV”*, a sistematização dos conhecimentos em controlo de infecção permitiram-nos delinear uma estratégia de actuação que criou um ambiente estimulante à excelência dos cuidados de enfermagem.

O diagnóstico de situação do PIS contribuiu para o desenvolvimento/aperfeiçoamento da competência **B2** *“Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade”* (Anexo II, Regulamento n.º 122/2011). Identificámos uma problemática no

campo de actuação de enfermagem com o recurso a uma grelha de observação, realizámos a análise dos resultados da observação com a ferramenta de gestão análise “swot”, esta estratégia permitiu-nos a definição de objectivos, o desenvolvimento e implementação de acções com base em normas e no conhecimento científico, tendo alcançado os mesmos.

Os trabalhos que desenvolvemos no âmbito do controlo de infecção com o enfoque na formação da equipa de enfermagem para a prevenção das IACS permitiram o desenvolvimento/aperfeiçoamento da competência **B3 “Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro”** (Anexo II, Regulamento nº 122/2011).

O percurso percorrido ao longo dos estágios, principalmente o Estágio III no âmbito da formação sobre a temática do PIS facilitou o desenvolvimento/aperfeiçoamento das competências **D1 “Desenvolve o auto-conhecimento e assertividade.”** e **D2 “Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento”** (Anexo IV, Regulamento nº 122/2011).

A frequência da Unidade Temática – Cuidados ao Cliente com Múltiplos Sintomas/Controlo de Infecção foi indispensável. Os conteúdos dados à reflexão permitiram-nos por um lado o conhecimento do trabalho desenvolvido por uma Comissão de Controlo de Infecção de outro hospital, por outro a sistematização de conhecimentos, nomeadamente numa área de intervenção das CCI – “Vigilância Epidemiológica, identificar práticas que podem originar IACS; encorajar os profissionais que prescrevem e prestam cuidados a cumprir as recomendações de boas práticas, a corrigir ou melhorar práticas específicas e avaliar o seu impacto” (Barroso, 2011) e a sua mobilização para o desenvolvimento do PIS no contexto da Pessoa em Situação Crítica, tendo desenvolvido/aperfeiçoado a competência **K3 “Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infecção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas”** (Anexo I, Regulamento nº 124/2011).

O Projecto de Aprendizagem Clínica (PAC), de acordo com o Regulamento 122/2011 de 18 de Fevereiro de 2011, foi desenhado para a mobilização de conhecimentos e o desenvolvimento de competências nos domínios da melhoria contínua da qualidade, da gestão de cuidados, das aprendizagens profissionais alicerçado na responsabilidade profissional, ética e legal e igualmente para a mobilização de conhecimentos e o desenvolvimento de competências em Pessoa em Situação Crítica nomeadamente, cuida da

pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica, dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi -vítima, da concepção à acção.

4. SINTESE DA METODOLOGIA DO PROJECTO DE APRENDIZAGEM CLÍNICA (PAC)

O PAC foi igualmente desenvolvido na UNICARV. Foi traçado para a mobilização de conhecimentos e o desenvolvimento de competências nos domínios da melhoria contínua da qualidade, da gestão de cuidados, das aprendizagens profissionais alicerçado na responsabilidade profissional, ética e legal (Regulamento 122/2011 de 18 de Fevereiro de 2011), bem como a mobilização de conhecimentos e o desenvolvimento de competências em Pessoa em Situação Crítica nomeadamente, cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica, dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi -vítima, da concepção à acção (Regulamento 124/2011 de 18 de Fevereiro de 2011).

OBJECTIVOS

1. Cuidar em tempo útil e de forma holística a pessoa/família a vivenciar processos complexos de doença cardiovascular crítica e/ou falência orgânica na UNICARV.
2. Elaborar proposta de operacionalização dos Planos de Evacuação tipo A e B da UNICARV, em situação de catástrofe no HSC.

4.1 Planeamento do Projecto de Aprendizagem Clínica (PAC)

O Planeamento é a terceira fase da Metodologia de Trabalho de Projecto. Nesta etapa é elaborado um plano detalhado do projecto, englobando as várias vertentes da gestão: calendarização das actividades, recursos necessários, risco e qualidade (Miguel, 2006).

O projecto PAC foi desenvolvido ao longo de três estágios na UNICARV. Estágio I de 12 de Janeiro a 6 de Fevereiro de 2011, o Estágio II de 8 de Fevereiro a 8 de Maio de

2011 e o Estágio III decorreu de 22 de Junho a 27 de Novembro de 2011 (com as correspondentes pausas lectivas para férias).

As actividades/estratégias planeadas e desenvolvidas e os recursos utilizados (humanos, materiais e temporais) para cada objectivo do PAC visaram a sua consecução. (Apêndice XVI).

4.2 Avaliação e reflexão sobre as actividades/aprendizagens do PAC

No presente subcapítulo realizámos uma avaliação e reflexão sobre as actividades planeadas e desenvolvidas em cada objectivo do PAC, que permitiram a consecução dos mesmos.

As actividades adicionadas ao PAC foram redigidas a cor azul para se distinguirem do que foi planeado.

No Cronograma do Planeamento as semanas de estágio foram todas coloridas a lilás (o planeado), sem ter especificado as actividades a desenvolver nem a semana exacta da sua concretização. No Cronograma do Planeamento actualizado (Apêndice VI), descrevi as actividades e colori a laranja a semana exacta da execução das mesmas; a verde as actividades adicionadas ao planeamento e a cinzento as actividades planeadas e não realizadas.

Objectivo 1 – “*Cuidar em tempo útil e de forma holística a pessoa/família a vivenciar processos complexos de doença cardiovascular crítica e/ou falência orgânica na UNICARV*”.

A revisão alargada da literatura esteve presente ao longo de todo o Estágio III tanto na prestação directa de cuidados à pessoa/família a vivenciar doença cardiovascular crítica/falência orgânica como no desenvolvimento das actividades planeadas para a consecução do objectivo 1. A par da mobilização de conhecimentos e habilidades em tempo útil e de forma holística na prestação de cuidados de enfermagem especializados ao utente/família a vivenciar processos complexos de doença cardiovascular crítica e/ou falência orgânica, planeámos e desenvolvemos as actividades promoção de sessão

formativa em equipa multidisciplinar dirigida à equipa multidisciplinar da UNICARV sobre “Guidelines for Resuscitation 2010 do European Resuscitation Council” e iniciação à preparação precoce para a alta da pessoa/família a vivenciar enfarte agudo do miocárdio (EAM) – Elaboração de um folheto informativo com o título “E depois do enfarte?”.

A Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008) definiu como doente crítico “aquele em que, por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência esteja dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica” (p. 9).

Para a sessão formativa sobre as “Guidelines for Resuscitation 2010/European Resuscitation Council” realizámos uma revisão alargada da literatura suportada pelas bases de dados Cielo, Cinahal e Pubmed e reflectimos sobre as Recomendações 2010 para a Reanimação do “European Resuscitation Council”. Elegemos a abordagem destes conteúdos porque as situações de reanimação cardiopulmonar à pessoa em situação crítica são cuidados efectuados frequentemente no contexto de trabalho da equipa multidisciplinar da UNICARV, os cuidados de saúde exigem um esforço multiprofissional, um espaço multidisciplinar e uma perspectiva unidisciplinar não responde à complexidade que os problemas de saúde exigem, sendo fundamental a actualização de conhecimentos nesta área de intervenção. Em concordância com o European Resuscitation Council (2010), quando afirmou que “a ciência da reanimação continua a evoluir e as recomendações clínicas devem ser actualizadas regularmente para reflectirem esse desenvolvimento e para aconselhar os operacionais clínicos na execução das melhores práticas” (p. 9).

Efectuámos uma reunião com o Dr. PS na qual aferimos os conteúdos da sessão de formação e procedemos à sua realização em “PowerPoint” (Apêndice XVII). Em coordenação com a Prof. orientadora, Enf. orientadora e o Enf. responsável pela formação em serviço da UNICARV agendámos a apresentação. Realizámos o plano da sessão de formação (modelo do HSC), (Apêndice XVIII) e afixámos a folha de publicitação da sessão formativa que teve por objectivo “Divulgar as Recomendações 2010 para Reanimação, do Conselho Português de Ressuscitação” no placard informativo de enfermagem, na sala dos médicos e na área técnica (Apêndice XIX). Foi um momento formativo riquíssimo, participou toda a equipa de enfermagem, médicos Cardiologistas, médicos do internato e técnicos de cardiopneumologia. Não foi possível realizar formalmente a avaliação da sessão porque aquando desse momento, recebemos uma urgência. Todos foram unânimes nas manifestações de agrado pela pertinência da temática

abordada.

A nossa determinação na elaboração do folheto informativo “E depois do enfarte?” foi multifactorial: A UNICARV é o primeiro local de acolhimento em contexto hospitalar, à pessoa/família a vivenciar doença cardiovascular; o enfarte agudo do miocárdio não complicado tem alta precoce, daí a necessidade de se iniciar a sua preparação antecipadamente; a equipa de enfermagem do Serviço de Cardiologia por escassez de recursos humanos já não faz formalmente a preparação para alta da pessoa que sofreu enfarte agudo do miocárdio; o não cumprimento da medicação prescrita e das recomendações para a alta pode incorrer em reinternamento prematuro. Como proferiu Pereira e Pellegrini (2007), o reinternamento acontece pela falta de preparação do cliente ou família sobre os cuidados a serem desenvolvidos no domicílio como o cumprimento da medicação e mudança no estilo de vida. A alta precoce exige planeamento e que este seja iniciado logo após a admissão do cliente. O planeamento da alta é uma actividade interdisciplinar que tem o enfermeiro como o responsável para fazer o elo entre os profissionais, visando o bem-estar e os recursos necessários para garantir a segurança do cuidado do cliente em casa. Ferreira e Gil (2009) afirmaram que “estudos recentes sugerem que o risco de oclusão coronária após a interrupção de fármacos antiagregantes plaquetares é muito elevado, particularmente após implantação de stents coronários” (p. 845).

Os documentos de alicerce à construção do folheto informativo foram produzidos por colaboradores da Sociedade Portuguesa de Cardiologia. As obras consultadas foram “Harrison Medicina Interna”, “Hurt’s – O Coração” e “Enfermagem Médico Cirúrgica: conceitos e prática clínica”. Elaborámos o folheto “E depois do enfarte?” – (Protótipo 1) (Apêndice XX) e apresentámo-lo Prof. orientadora, à Enf. orientadora e à equipa de enfermagem. Recolhemos sugestões de aperfeiçoamento, procedemos às alterações pertinentes e redigimos o folheto final (Apêndice XXI). Oferecemos quatro folhetos (após o tratamento hemodinâmico) a quatro utentes, que chegaram à Unidade com enfarte agudo do miocárdio e pedimos as suas opiniões. Arrecadámos palavras de muito agrado principalmente no que se relacionava com a informação para saber mais sobre a temática. O folheto ficou disponível junto do enfermeiro responsável pelo recobro para que os pudesse oferecer ao utente/família a vivenciar enfarte agudo do miocárdio. Como afirmou Vieira (2008)

quer os processos familiares, promotores de uma vida saudável ou alterados por diferentes eventos, quer os cuidadores familiares – na dupla

perspectiva de parceiros ou clientes – merecem a atenção dos enfermeiros, porquanto os processos de adaptação e a sua qualidade de vida são também sensíveis aos cuidados de enfermagem (p. 83).

No âmbito do Estágio III e da temática Doente Crítico/Urgência/Emergência, adicionámos mais duas actividades formativas ao planeamento. Frequentámos o 1º “Workshop” da VMER do Hospital de São José, Relatório Reflexivo (Apêndice XXII) e as V Jornadas de Enfermagem do Serviço de Urgência do Centro Hospitalar de Setúbal, Relatório Reflexivo (Apêndice XXIII). Foram dois momentos de aprendizagem indispensável, permitiu-nos a sistematização e aperfeiçoamento de conhecimentos sobre conteúdos teóricos das temáticas abordadas aplicáveis na nossa prática diária, o que beneficiou o desenvolvimento do PAC.

No decorrer do Estágio III cuidámos com cuidado, de acordo com Hesbeen (2006) “o cuidado, na prática clínica, inscreve-se [...] num *espaço de co-criação* no qual os profissionais utilizam os seus recursos e os seus meios, que aliam aos da pessoa para caminharem lado a lado” (p. 44), de utentes adultos e crianças, com doença cardiovascular complexa que envolveram procedimentos terapêuticos de médio e alto risco, nomeadamente: angioplastia coronária de emergência; implantação de válvula aórtica por via percutânea; angioplastia carotídea; angioplastia periférica; tratamento de disritmias por radiofrequência e crio terapia; implantação de dispositivos médicos (pacemaker, cardioversor desfibrilhador, resincronizadores); encerramento de canal arterial e comunicação intra-auricular por via percutânea; Septostomia de Rashkind.

Prestámos Cuidados de Enfermagem em tempo útil e de forma holística no contexto específico e complexo de cada situação, em interdisciplinaridade e com a equipa multidisciplinar. Identificámos focos de instabilidade, respondemos com intervenções terapêuticas adequadas e antecipatórias direccionadas aos focos de instabilidade identificados, nomeadamente na preparação do ambiente terapêutico exigido para situações de Suporte Avançado de Vida (SAV), de acordo com as “ Guidelines for Resuscitation 2010 do European Resuscitation Council”, realizando manobras de SAV sempre que a situação o exigiu. Em concordância com Hesbeen (2000) “os cuidados de enfermagem inscrevem-se numa acção interpessoal e compreendem tudo o que as enfermeiras e os enfermeiros fazem, dentro das suas competências, para prestar cuidados às pessoas” (p.67).

Cada contexto específico tem protocolos terapêuticos próprios, que nos exigiram conhecimentos complexos tanto na sua gestão, preparação e administração como no

despiste precoce de complicações associadas à sua implementação. Adequámos as respostas de enfermagem às complicações, monitorizando e avaliando a evolução das situações, nomeadamente: terapêutica em procedimentos pediátricos; terapêutica em anestesia geral; terapêutica trombolítica; avaliação/tratamento e registo da dor de acordo com as orientações das “Guidelines” para o tratamento da dor, estão incluídas no registo da base de dados de enfermagem, na avaliação dos sinais vitais, (a dor é o 5º Sinal Vital). Sempre que a situação o permitiu utilizámos medidas não farmacológicas para o alívio da dor.

A situação de doença e consequente hospitalização constituem um desafio à capacidade de adaptação do utente e da sua família. No nosso contexto de trabalho muitas vezes a doença cardíaca instala-se de forma súbita e inesperada, utente e família caem num vazio de dúvidas e incertezas. Este factor é vivido como desestabilizador do equilíbrio familiar. Os familiares sentem-se vulneráveis num ambiente que lhes é desconhecido, tendo que delegar noutros os cuidados ao seu familiar. Nesta perspectiva o envolvimento da família na prestação de cuidados, confere-lhes um papel activo e de partilha, com um duplo benefício, pois contribui para a qualidade dos cuidados e promove a continuidade entre o meio familiar e o meio hospitalar. Como parceiros, os familiares têm um papel activo na prestação de cuidados e na tomada de decisões; os utentes, como receptores de cuidados, necessitam de informação e acompanhamento por parte dos profissionais, a fim de desenvolverem competências para lidarem com a situação, em consonância com Hesbeen (2000) “ajudar o outro a tornar-se mais autónomo é ajudá-lo a ler, a compreender e a viver essa lei mestra da humanidade que diz respeito a todos os seres humanos sem excepção” (p. 113). Salientamos que nenhum utente/família tem alta da UNICARV para o domicílio/outra instituição ou serviço sem se fazer acompanhar do Relatório de Cuidados de Enfermagem Pós-Alta, assegurando-se assim a continuidade dos cuidados de saúde.

Na nossa relação enfermeiro/utente/família impera o respeito e a confiança, numa base de partilha de conhecimentos que visa a crescente autonomia, nomeadamente a avaliação das necessidades do utente, com o utente, recorrendo a linguagem não verbal quando as situações o exigiram, tendo em conta a sua dimensão global (física, psicológica, familiar e espiritual). Esta partilha ajuda o utente a superar a incerteza da sua situação de doença, ou o utente desenvolve um trabalho de adaptação à incerteza como parte integrante do seu percurso de vida, “emerge a esperança”, o que demonstra a aplicabilidade da Teoria da Incerteza na Doença de Marle Mishel no cuidar de utentes /famílias com patologia do

foro cardíaco. A família tem uma função fulcral no contexto da continuidade de cuidados e dentro da nossa esfera de competências envolvemo-la precocemente no processo terapêutico. Respeitar, segundo Hesbeen (2006) é

ver em cada ser humano uma pessoa, componente única da humanidade. Isto faz com que o respeito seja um trabalho, visto requerer uma atenção permanente e elevada, que permite desmontar qualquer tentativa de reduzir o outro aos seus actos e aos seus gestos, ao seu estatuto, à sua idade; à sua patologia (p.22).

Outra vertente da doença cardíaca, espelha-se na doença cardíaca crónica (utentes com insuficiência cardíaca em fase terminal) com fases de agudização que põe a vida em risco. Aqui pode resultar num novo nível de organização e numa nova perspectiva de vida, englobando o crescimento e a mudança do utente e da família resultantes da experiência da incerteza, de acordo com Hesbeen (2000)

a perspectiva do cuidar deve integrar-se nesta dimensão (um novo sentido a dar à vida) que convém não fazer regredir para um estado anterior ultrapassado mas de a ajudar a progredir tentando revelar o que a experiência da doença traz à vida do indivíduo e à daqueles que o rodeiam (p. 29).

Mais à frente na sua reflexão, Hesbeen (2000) afirmou que

a doença e a maneira com se pode reagir a ela enquadram-se, pois, na intensidade do desejo de viver de cada pessoa [...], a doença pode ser oportunidade para novos ânimos, para um novo sentido a dar à vida e para uma nova orientação (p. 29).

Reflectimos em seguida sobre uma experiência vivenciada durante o estágio relacionada com a morte de um utente. É sempre uma temática delicada de abordar mesmo quando conseguimos compreender e integrar que a morte faz parte da vida sendo a sua última etapa. Acompanhámos a esposa de um utente durante a transmissão da notícia da morte do marido. Apesar da Senhora ter conhecimento da gravidade da situação, mantinha a esperança na total recuperação do marido. No entanto, a situação evoluiu desfavoravelmente tendo o Senhor falecido durante a intervenção. Acompanhámos a Senhora até sair do hospital, não conseguindo demovê-la de ir para casa sozinha e a conduzir. Pedimos-lhe que nos telefonasse quando chegasse a casa, certificando-nos, por

um lado que chegava em segurança e por outro, criando espaço à manifestação da sua dor de uma forma não presencial, o que ocorreu durante o telefonema....

Ao longo do nosso percurso profissional acompanhámos muitos utentes na despedida da vida, acompanhámos muitas famílias nesta caminhada, mas desta forma foi a primeira vez, o que vai de encontro à premissa que norteia a nossa actuação desde sempre: todos os utentes são únicos e todas as famílias são únicas bem como as relações que estabelecem com os profissionais de saúde. Recordamos as palavras de Hennezel (1995) citada por Hesbeen (2000)

a compaixão consiste em acolher o sofrimento e a angústia de outros e, por sua vez, oferecer a confiança e a serenidade que cada um pode descobrir em si. Trata-se, nesta participação tão simples no sofrimento do outro, de estar com ele, de não o deixar só (p. 105).

Uma das dimensões do cuidar em enfermagem é a Relação de Ajuda, que tal como referiu Adam (1994) “é intrínseca aos cuidados” (p. 91). É reconhecido em enfermagem que a afirmação da competência profissional passa por uma prática de cuidar centrada na Relação de Ajuda. Hesbeen (2000) referiu-se à ajuda como sendo “a maneira como um acto ou um gesto toma sentido para a pessoa, que faz com que ele lhe seja de ajuda e que contribua para o seu bem-estar” (p. 64). Relação de Ajuda que se estabelece com o Outro, representa a forma mais nobre e exímia de cuidar, porque engrandece de forma magistral, a nossa existência, ela transforma-nos (Hesbeen, 2000). Para que o enfermeiro consiga construir uma Relação de Ajuda é fundamental que partilhe duas atitudes em relação ao doente: a aceitação incondicional das perspectivas e sentimentos do doente, a compreensão empática do mundo do doente (Lazure, 1994). Chalifour (2008) definiu esta relação como “uma interacção particular entre duas pessoas, o interveniente e o cliente, cada uma contribuindo pessoalmente para a procura e a satisfação de uma necessidade de ajuda” (p. 33). Esta interacção pressupõe um grande empenho por parte do enfermeiro já que como referiu Chalifour (2008)

é essencial que tenha elevados conhecimento e consciência de si-mesmo, com a finalidade de discernir o mais distintamente possível o que é que esta relação suscita em si, de que maneiras as suas características pessoais influenciam a qualidade da relação e que utilização pode fazer de si-mesmo, para fins terapêuticos (p. 23).

Tal vai de encontro ao que referiu Phaneuf (2005) quando afirmou que “ a implantação alargada da relação de ajuda nos cuidados de enfermagem supõe uma mudança de perspectiva a nível da percepção da identidade e da própria enfermagem, sendo a enfermeira imbuída da importância do seu papel autónomo” (p. 323). Ainda, segundo Phaneuf (2005), esta é uma relação com determinados objectivos, já que

favorece a criação do clima de compreensão e o fornecimento de apoio de que a pessoa tem necessidade [...] permite à pessoa compreender melhor a sua situação, aceitá-la melhor e, conforme o caso, abrir-se à mudança e à evolução pessoal, e tomar-se a cargo para se tornar mais autónoma (p. 324).

A Relação de Ajuda permite assim reconhecer o utente como detentor de um modo específico de actuação e interacção no seu ambiente, e ajudar a estruturar os meios que lhe permitam adquirir uma maior consciência de si mesmo acendendo aos seus recursos pessoais, que lhe permitirão fazer face às suas dificuldades. O utente assume assim um papel activo no processo terapêutico.

Com origem na psicologia humanista e desenvolvida por autores como Carl Rogers, a Relação de Ajuda, apresenta vários pressupostos teóricos, princípios e atitudes que o enfermeiro deverá conhecer, desenvolvendo capacidades que contribuam para uma elevada competência neste domínio.

Chalifour (2008) desenvolveu um modelo geral de intervenção de Relação de Ajuda no cuidar em enfermagem, de acordo com uma perspectiva holística e humanista, onde se podem identificar três momentos-chave:

- Fase de início da relação ou fase de orientação da relação – “tem início com o primeiro encontro e perdura até à definição da necessidade de ajuda” (p. 124). Esta fase inclui:

Favorecer a criação de um clima de confiança;

Clarificar os papéis assumidos por cada um na relação;

Acompanhar o cliente na expressão da sua necessidade de ajuda;

Informar o cliente de recursos humanos e físicos à sua disposição;

Esclarecer o cliente acerca das rotinas, políticas e regulamentos da instituição.

- Fase de trabalho ou a emergência das identidades – “tem início quando o interveniente esclareceu a necessidade de ajuda e as expectativas do cliente e já o conhece suficientemente, de modo a seleccionar os meios que vai utilizar para responder à sua necessidade” (p. 126).

- Fase de conclusão – caracteriza o fim da relação e inclui os seguintes aspectos:

Comunicar as suas impressões quanto à relação que se conclui;

Assegurar a transição do cliente entre a sua situação actual e a situação futura.

Estando atento a estas etapas, o enfermeiro pode usar os seus conhecimentos, habilidades e atitudes para poder estabelecer uma relação verdadeiramente terapêutica, dando sentido à mesma, segundo as necessidades e dificuldades que o utente apresenta, centrando-se sobre a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento ou a reabilitação.

O desenvolvimento das actividades planeadas e das actividades adicionadas ao planeamento inicial bem como a prestação directa de cuidados de enfermagem especializados ao utente/família ao longo do Estágio III permitiram-nos a consecução do objectivo 1 *“Cuidar em tempo útil e de forma holística a pessoa/família a vivenciar processos complexos de doença cardiovascular crítica e/ou falência orgânica na UNICARV”*.

Objectivo 2 – *“Elaborar proposta de operacionalização dos Planos de Evacuação tipo A e B da UNICARV, em situação de catástrofe no HSC”*.

A revisão alargada da literatura permitiu-nos o conhecimento do enquadramento legal da profissão de enfermagem em situação de catástrofe, assim, a Lei n.º 27/2006 de 3 de Julho, aprova a Lei de Bases da Protecção Civil, que na alínea e) do Artigo 46.º refere que são “agentes da protecção civil o INEM e demais serviços de saúde”.

Nos termos da alínea c) do nº 2 do artigo 2º do Decreto Regulamentar nº 66/2007, de 29 de Maio, na redacção dada pelo Decreto Regulamentar nº 21/2008, de 2 de Dezembro, a DGS emitiu a orientação nº 007/2010 de 06/10/2010 para a elaboração de Planos de Emergência nas Unidades de Saúde.

A alínea d) do Artigo 78.º do Decreto Lei n.º104/98 de 21 de Abril, alterado pela Lei n.º111/2009 de 16 de Setembro, CDE afirma que o enfermeiro assume o dever de “ser solidário com a comunidade, de modo especial em casos de crise e catástrofe, actuando sempre de acordo com a sua área de competência”, em articulação com a alínea e) do Artigo 46.º da Lei de Bases da Protecção Civil.

A revisão alargada da literatura permitiu-nos o conhecimento do Plano Especial de Emergência para o Risco Sísmico na Área Metropolitana de Lisboa e Concelhos Limítrofes (PEERS-AML-CL). Este Plano constitui um instrumento de suporte ao Sistema de

Protecção Civil para a gestão operacional em caso da ocorrência de um evento sísmico na referida região. De acordo com o definido na Lei de Bases de Protecção Civil, este Plano classifica-se como especial, quanto à finalidade, e como supra distrital, quanto à área geográfica de abrangência.

O PEERS-AML-CL constitui-se como uma plataforma que se encontra preparada para responder organizadamente aos danos provocados por um evento sísmico, definindo a estrutura de Coordenação, Direcção, Comando e Controlo e regulando a forma como é assegurada a coordenação institucional e a articulação e intervenção das organizações integrantes do Sistema Integrado de Operações de Protecção e Socorro (SIOPS) e de outras entidades públicas ou privadas a envolver nas operações.

O PEERS-AML-CL enquadra-se legalmente pelo disposto na Lei de Bases da Protecção Civil (Lei nº 27/2006, de 3 de Julho), no Sistema Integrado de Operações de Protecção e Socorro (Decreto-Lei nº 134/2006 de 25 de Julho) e nos critérios e normas técnicas para a elaboração e operacionalização de planos de emergência de protecção civil (Autoridade Nacional de Protecção Civil [ANPC], 2009).

Considerámos pertinente referir o Decreto-lei nº. 409/98 de 23 de Dezembro porque criou o Regulamento de Segurança contra Incêndio em Edifícios do Tipo Hospitalar, de forma a dotar estes edifícios de condições que reduzam os riscos de ocorrência de incêndio, garantam a segurança dos ocupantes e facilitem a intervenção dos bombeiros. O Incêndio constitui o acidente com maior frequência em estabelecimentos de saúde. Em seguida a Portaria nº1275/2002 de 19 de Setembro, teve como objectivo regular as condições de funcionamento dos estabelecimentos abrangidos pelo Regulamento de Segurança contra Incêndio. Esta Portaria instituiu a obrigatoriedade da Organização de Segurança contra Incêndios, onde constam o Plano de Prevenção, Plano de Emergência e a Vigilância e Protecção do estabelecimento, que incluem nomeadamente os Postos de Segurança e o Serviço de Segurança contra Incêndio. Neste diploma é atribuída a responsabilidade da segurança contra incêndios ao órgão de administração do estabelecimento hospitalar, o qual se afigura como o Responsável de Segurança, podendo apenas delegar as suas competências nesta área.

Reunimo-nos com a Enf. orientadora que nos disponibilizou os Planos de Emergência Tipo A e Tipo B relativo às equipas de evacuação do HSC. Tomámos conhecimento que estes planos foram concebidos por uma empresa privada e o seu

conteúdo é teórico, não está operacionalizado para cada serviço do hospital. Considerámos a informação muito limitada em relação ao que é efectuado no hospital.

Sentimos a necessidade em realizar um Estágio de Observação num local em que a Gestão do Risco estivesse mais desenvolvida e operacionalizada. Foi pedido e aceite um Estágio de Observação no Gabinete de Gestão do Risco de outro Hospital da área metropolitana de Lisboa (actividade não planeada), Relatório Reflexivo (Apêndice XXIV).

Após termos estudado e reflectido sobre as temáticas relacionadas com a catástrofe, Planos de Emergência do HSC, conhecimentos adquiridos no Estágio de Observação no Gabinete de Gestão do Risco de outro Hospital da área metropolitana de Lisboa, considerámos pertinente o desenvolvimento de mais uma actividade não planeada. Agendámos e realizámos uma reunião com a Engenheira MN e o Técnico de Segurança TA responsáveis pelo Gabinete de Gestão do Risco do HSC. Foi uma reunião muito útil porque tomámos conhecimento que o Plano de Emergência Interno iria ser revisto muito em breve, não faria sentido a realização de uma proposta de operacionalização sobre uma realidade que irá ser actualizada muito em breve. Após o verificado, em concordância com a Prof. e a Enf. orientadora pareceu-nos mais adequado a realização de um poster sobre a temática referida.

Reformulámos o objectivo 2 para ***“Elaborar poster formato A3 do Plano de Emergência Interno – Evacuação da UNICARV em situação de catástrofe no HSC”***.

Planeámos novas actividades que foram adicionadas ao objectivo 2 do PAC.

Com os conteúdos teóricos adquiridos e reflectidos construímos o poster A3 (protótipo I) (Apêndice XXV), ***“Plano de Emergência Interno – Evacuação da UNICARV em situação de catástrofe no HSC”***, enviámos por “mail” o protótipo I à Prof. e à Enf. orientadora para recolha de sugestões. Realizámos uma reflexão sobre as sugestões de melhoria do protótipo I com a Prof. e a Enf. orientadora, procedemos às alterações pertinentes e redigimos o poster final (Apêndice XXVI). Posteriormente recorremos a casa especializada para a impressão de dois posters. Os posters foram divulgados à equipa multidisciplinar sob a forma de afixação no corredor da UNICARV.

Consideramos ter sido uma estratégia eficaz para ultrapassar o constrangimento, as actividades planeadas para a consecução do objectivo 2 reformulado foram cumpridas com sucesso dentro do programa previsto para o Estágio III.

No âmbito do Estágio III e da temática da Catástrofe, as V Jornadas de Enfermagem do Serviço de Urgência do Centro Hospitalar de Setúbal (Apêndice XXIII) constituíram um momento de aprendizagem imprescindível, permitiu-nos a aquisição e sistematização de conhecimentos sobre conteúdos teóricos ainda não leccionados, o que beneficiou substancialmente o desenvolvimento do PAC.

Com os conteúdos abordados adquirimos saberes sobre o que é uma catástrofe, “catástrofes são eventos nefastos destruturantes da ordem normal das coisas, em que existe sempre, nos primeiros momentos uma desadequação entre os meios humanos e materiais de socorro e as necessidades que apresentam, quaisquer que sejam as circunstâncias e as consequências humanas” (Bandeira, 2008, p.47).

Outra concepção importante que retivemos foi que, como é impossível prever acidentes há que apostar na prevenção, estar atentos aos riscos, planear e treinar os planos de actuação para dar resposta a eventuais problemas, pois as catástrofes não se podem ensaiar, em consonância com o que nos disse Bandeira (2008) “aprender com os erros do passado, corrigindo-os através da experiência adquirida, melhorando permanentemente a capacidade e os métodos de intervenção. Assim, dever-se-á proceder a uma investigação retrospectiva Histórico-Médica associada à Medicina Preditiva” (p.18). Também Santos (2008) partilha a mesma opinião de Bandeira (2008), embora as catástrofes sejam fenómenos imprevisíveis no espaço temporal, são no entanto, predictíveis pelo cálculo de riscos, análise de vulnerabilidades, investigação de ocorrências passadas, no sentido de orientar a prevenção e dirigir a articulação das várias entidades responsáveis pela protecção dos cidadãos. Assim, segundo Bandeira (2008) é vital que todas as profissões da área da saúde estejam alertadas e sensibilizadas para as situações de catástrofe e a sua gestão.

4.3 Comparação com o perfil de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica

Objectivo 1 – ***“Cuidar em tempo útil e de forma holística a pessoa/família a vivenciar processos complexos de doença cardiovascular crítica e/ou falência orgânica na UNICARV”.***

Na Unidade Temática “Cuidados em Situação de Crise: Cliente e Família” foram abordados conteúdos tão importantes como os conceitos de Família e de Crise e a sua evolução ao longo dos tempos.

O “International Council of Nurses” – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) (2005) – Versão 1.0 define “Crise” como sendo uma Resposta Psicológica que se caracteriza por ser uma

situação temporária de desequilíbrio, tensão, comunicações ineficazes, dificuldade na resolução de problemas, no reconhecimento das mudanças e recursos; no reconhecimento ou utilização das redes de apoio externas, associada a acontecimentos de perda ou *stress*, como a morte ou o divórcio (p. 88).

A família deve ser entendida como um grupo dinâmico, variando de acordo com a cultura e o momento histórico, económico, cultural e social em que vive (Contim, 2001). O mesmo autor considerou a família como uma “unidade primária de cuidado” ou seja um espaço social onde seus membros interagem, trocam informações, apoiam-se mutuamente, buscam e medeiam esforços, para mitigar e solucionar problemas (Contim, 2001).

O impacto da doença grave sobre a pessoa, gera uma crise, sendo esta, a resposta da pessoa afectada por acontecimentos dolorosos, com o objectivo de superar essas dificuldades psicológicas, surgidas pela mobilização de poderosas reacções no sentido de aliviar o desconforto e retomar ao estado de equilíbrio emocional existente ou adaptado às novas circunstâncias de doença. A crise pode ser ultrapassada, sendo habitual, a pessoa aprender a usar as estratégias adaptativas. As crises são caracterizadas por duas fases, uma inicial em que a ansiedade e a tensão aumentam, e uma segunda, em que são postos em movimento os mecanismos de solução de problemas.

Uma abordagem positiva dentro de uma relação de apoio começa com a informação, instruções claras e simples que aos poucos devem ser repetidas e reforçadas. Importa responder às perguntas mais específicas.

Deve ser dada a oportunidade de expressar os sentimentos, acerca da situação o que pode fortalecer a relação terapêutica e ajudar o indivíduo durante o processo de reabilitação (Sardinãs et al., 2001).

A interacção entre os membros da família visa garantir a continuidade dos laços afectivos, amenizando o sofrimento causado pelo adoecer. Importa o doente reconhecer a sua família e quais as pessoas com que pode contar no decurso da doença e nos cuidados. O tipo de relações existentes numa família constitui uma das características da qual parece depender a saúde e doença dos seus membros, uma vez que essas relações possuem um valor terapêutico ou um valor patogénico, sendo a tendência a busca de um novo equilíbrio (Antunes, 2011). A sistematização destes conteúdos possibilitou-nos o aprofundamento de conceitos teóricos que aplicámos na prática permitindo-nos responder de forma holística em situações de crise com impacto familiar.

A Unidade Temática “Cuidados ao Cliente com Falência Multiorgânica” abordou conteúdos como:

“Multiple Organ Dysfunction Syndrome” (MODS) que descreve a disfunção progressiva e falência de dois ou mais órgãos inicialmente não envolvidos como resposta a um estímulo nócuo num curto espaço de tempo, neste estágio é feito o diagnóstico e actuação para não se chegar à falência. “Systemic Inflammatory Response Syndrome” (SIRS) é uma resposta inflamatória do hospedeiro, nesta fase o utente é tratado com corticoides com o objectivo de interromper a cascata inflamatória até haver resposta da terapêutica instituída. Choque hipovolémico, choque cardiogénico, choque distributivo, choque obstrutivo, diagnóstico e terapêutica (Marum, 2011). A sistematização dos supracitados conteúdos possibilitou-nos o aprofundamento de conceitos teóricos que nos apoiaram no planeamento de cuidados de enfermagem específicos o que nos possibilitaram um cuidado integral aos clientes/famílias com problemas resultantes da falência multiorgânica.

Na Unidade Temática “Intervenções de Enfermagem em Situação de Urgência” foram abordadas as temáticas sobre situação de urgência/emergência e a mais valia da criação e implementação das “Vias Verdes” nos cuidados urgentes/emergentes ao doente

crítico. A Triagem de Manchester como método eficaz na qualidade da resposta de cuidados ao doente crítico. Este método permite identificar critérios de gravidade de uma forma objectiva e sistematizada, permite indicar a prioridade clínica com que o utente deve ser atendido, identificar e definir o tempo alvo caso a caso.

A sessão lectiva sobre Suporte Imediato de Vida foi riquíssima porque nos permitiu a reflexão dos conteúdos teóricos com a nossa prática clínica diária, resultando no aperfeiçoamento da mesma. A sistematização destes conteúdos, possibilitou-nos o aprofundamento de conceitos teóricos e o desenvolvimento de competências ao nível do diagnóstico e planeamento de cuidados de urgência/emergência tendo em conta o grau de diferenciação e diversidade implicado nestes contextos.

A Unidade Temática “Intervenções de Enfermagem ao Cliente com Problemas Cardiovasculares” abordou conceitos teóricos sobre os principais problemas do cliente com alterações cardiovasculares, nomeadamente, enfarte agudo do miocárdio, choque cardiogénico, disritmias malignas. Os conteúdos leccionados são uma constante da nossa prática diária de cuidados como o foram no decorrer do Estágio III. A sua sistematização possibilitou-nos a fundamentação dos conceitos teóricos e incorporá-los no planeamento de intervenções de enfermagem essenciais que responderam às necessidades do cliente com problemas do foro cardiovascular.

Na Unidade Temática “Questões Éticas Emergentes em Cuidados Complexos” foram realizadas pelos alunos análises de situações de cuidados à luz dos princípios éticos. Reflectimos sobre as mesmas tendo em conta a complexidade e dificuldade dos aspectos relacionados com o doente crítico e os processos de vida-morte. Estes exercícios práticos permitiram-nos o aprofundamento das questões éticas decorrentes da prestação de cuidados em ambiente complexo. Podemos constatar de forma empírica que as situações vivenciadas se colocam como questões/problemas éticos de enfermagem quando são situações que possam beliscar a segurança e a dignidade dos utentes. Na sua tese de doutoramento Deodato (2010) concluiu que o conceito de problema ético de enfermagem é “uma interrogação relativa à escolha das intervenções de enfermagem, quando está em causa a protecção da pessoa e da sua dignidade” (p. 250).

Durante frequência das Unidades Temáticas supra descritas bem como as actividades desenvolvidas no PAC (já reflectidas no ponto 4.2.) tivemos sempre presente quais os objectivos a serem alcançados, qual o significado da competência e quais a

competências a desenvolver/aperfeiçoar. A operacionalização destas constituiu um indicador das actividades a desenvolver, tendo sido simultaneamente um indicador para a avaliação, pois se desconhecêssemos a nossa meta final teria sido difícil seleccionar o caminho adequado para a alcançar e não teria sido igualmente possível a sua avaliação e consequentemente o desenvolvimento e aperfeiçoamento de competências. Pela reflexão do exposto, aliada à diferenciada e excelente qualidade da nossa *praxis* consideramos ter desenvolvido e aperfeiçoado competências no cuidado à pessoa/família a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica, competência **K1 “Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica”** e respectivas Unidades de Competência **K1.1 “Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica.”**, **K1.2 “Gere a administração de protocolos terapêuticos complexos”**, **K1.3 “Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, otimizando as respostas”**, **K1.4 “Assiste a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e ou falência orgânica”**, **K1.5 “Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde”** e **K1.6 “Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e ou falência orgânica”** (Anexo I, Regulamento nº 124/2011), mobilizámos conhecimentos e habilidades múltiplas tendo respondido como enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica em tempo útil e de forma holística às situações que se apresentaram ao longo do estágio.

De acordo com toda a temática abordada e o trabalho produzido nas respectivas áreas de intervenção do enfermeiro especialista em Pessoa em Situação Crítica, consideramos ter desenvolvido e aperfeiçoado a Competência **C1 “Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional”** bem como as suas Unidades de Competência **C1.1 “Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão”** e **C1.2 “Orienta e supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade”** (Anexo III, Regulamento nº 122/2011).

A nossa reflexão encontrou ancoragem nas palavras de Alarcão (1996) no âmbito da enfermagem enquanto profissão autónoma e diferenciada. O autor afirma que a competência profissional “implica um conhecimento situado na acção, holístico, criativo, pessoal, construído, um conhecimento que depende, entre outras coisas, da capacidade do

profissional para apreciar o valor das suas decisões e as consequências que delas decorrem” (p. 19).

Objectivo 2 (reformulado) – ***“Elaborar poster formato A3 do Plano de Emergência Interno – Evacuação da UNICARV em situação de catástrofe no HSC”.***

A temática da Catástrofe era-nos um pouco desconhecida no contexto da profissão de enfermagem. Em cenários académicos anteriores foi um tema que de todo não foi abordado. O desenvolvimento da competência **K2 “Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da concepção à acção”** (Anexo I, Regulamento nº 124/2011) tornou-se um desafio ao longo do Estágio III.

Como já referimos, as V Jornadas de Enfermagem do Serviço de Urgência do Centro Hospitalar de Setúbal, o Estágio de Observação no Gabinete de Gestão do Risco no HSJ, a reunião com a Engenheira MN e o Técnico de Segurança TA responsáveis pelo Gabinete de Gestão do Risco do HSC, permitiram-nos a aquisição e sistematização de conhecimentos sobre catástrofe e a consecução do Objectivo 2 (reformulado) o que nos facilitou o desenvolvimento/aperfeiçoamento da competência **K2 “Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da concepção à acção”** e da unidade de competência **K.2.1 “Concebe, em articulação com o nível estratégico, os planos de catástrofe ou emergência”** (Anexo I, Regulamento nº 124/2011).

A Unidade Temática “Seminário de Peritos” coadjuvou-nos no aprofundamento e sistematização de conhecimentos na área da catástrofe, a sessão lectiva da Enf. CT, perita na área da catástrofe, constituiu um momento profícuo da nossa formação nesta área temática.

Inicialmente iremos fazer uma abordagem ao conceito de *perito*, baseámo-nos no artigo “DO PERITO E DO CONHECIMENTO EM ENFERMAGEM uma exploração da natureza e atributos dos peritos e dos processos de conhecimento em enfermagem” da autoria da Sr.^a Prof. Dr.^a Lucília Nunes. De seguida iremos reflectir sobre a sessão lectiva da perita CT.

Segundo Nunes (2010), um perito busca uma área de aprofundamento num sentido amplo, a palavra perito diz respeito a quem detém a perícia, os conhecimentos e habilidades, dirigidas a um fim definido. O *perito* é alguém cujo saber e educação num

dado campo é reconhecida, tanto na perspectiva científica (convencionalmente adquirida no ensino superior) como na prática (acumulada ao longo da sua experiência profissional).

Benner (2005) diz-nos que o *perito* suporta a sua acção a partir da experiência e da compreensão intuitiva das situações; O seu desempenho é altamente fluido, complexo e eficaz. O entendimento do perito é do enfermeiro que presta cuidados de enfermagem de elevada qualidade. Para Benner (2005) a enfermeira perita “tem uma enorme experiência, compreende, agora, de maneira intuitiva cada situação e apreende directamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e de diagnósticos estéreis” (p. 58).

Nunes (2010) considerou uma taxonomia dos domínios para um perfil e qualidades do perito: No domínio científico, estando na sua base a produção de conhecimento e um pensamento que articule teoria, fundamentação, perspectiva crítica e criativa; no domínio técnico e prático, relaciona-se com competência técnica com sustentação teórica, capacidade de agir no imprevisto e autonomia na tomada de decisão para a execução; no domínio clínico, na prestação directa de cuidados, a figura de referência que o próprio perito se torna, no seio da equipa, pois que é reconhecido como tal; emerge a intuição, a actuação rápida com capacidade de prever e antecipar; a segurança no contexto de trabalho. Os peritos clínicos podem utilizar o seu conhecimento e sabedoria prática para ensinar outros e influenciar os colegas a agir em benefício dos clientes o que torna um perito clínico num líder clínico; no domínio da gestão, distingue-se ainda a capacidade de usar ferramentas de diagnóstico, de planeamento estratégico, de avaliação e de melhoria contínua da qualidade, que suportem as decisões. Assim, segundo Nunes (2010)

de entre as abordagens possíveis, uma das que está, hoje, mais em voga liga o perito à abordagem das competências, formulando os tipos de saberes, à maneira francesa com o *savoir* (saber) a que correspondem as competências teóricas; *savoir-faire* (saber-fazer) que englobam as competências práticas; *savoir-être* (saber-ser e estar) que comportam as competências sócio-comportamentais” (p. 8).

Com a sessão lectiva da perita CT aprofundámos e sistematizámos conhecimentos na área da catástrofe nomeadamente: O conceito de “catástrofe (s)” ou “situações de excepção”. Para a OMS (2007) é qualquer acontecimento que cause prejuízos, destabilização económica, perda de vidas humanas e deterioração de saúde e dos serviços de saúde, a uma escala tal, que se justifique uma mobilização excepcional de auxílios

vindos de fora da comunidade ou zona atingida (tradução nossa). Para Bandeira (2008) “são eventos nefastos desestruturantes da ordem normal das coisas, em que “existe sempre, nos primeiros momentos uma desadequação entre os meios humanos e materiais de socorro e as necessidades que apresentam, quaisquer que sejam as circunstâncias e as consequências humanas” (p. 47). Para Leiva (2008) são acontecimentos súbitos, com perda de vidas humanas, elevado volume de feridos, geradores de uma grave desorganização e caos, que é preciso contrariar com uma organização operativa pluridisciplinar para reduzir os efeitos e minimizar as consequências.

No âmbito da Medicina de Catástrofe, Bandeira (2008) considera a classificação mais recente e de maior interesse, a que se refere à análise paramétrica, nomeadamente:

1. “Quanto aos efeitos sobre a comunidade (simples ou complexa).
2. Quanto à causa (de aparecimento rápido e de instalação longa).
3. Quanto à duração do factor desencadeante.
4. Catástrofes curtas (< 1 hora).
5. Catástrofes médias (< 24 horas).
6. Catástrofes longas (> 24 horas).
7. Quanto à duração do salvamento: curtas (<6 horas), médias (>6 horas e <24 horas), longas (>24 horas).
8. Quanto à extensão geográfica (raio <1 km, raio de 1 a 100 km, raio superior a 100 km).
9. Quanto à região: (urbanas e rurais).
10. Quanto às vítimas: moderada (número de vítimas entre as 25 e 99), média (número de vítimas entre 100 e 999, mas 50 a 250 hospitalizados), maior (número de vítimas superior a 1000 e mais de 250 hospitalizados).
11. Quanto à patologia apresentada.
12. Quanto à evacuação” (p. 54).

Também e de acordo com o mesmo autor, a Catástrofe pode ser classificada em:

1. Acidente Catastrófico de Efeito Limitado (ACEL). O termo ACEL torna-se útil em todas as situações nas quais o acidente, dada a sua área de influência, é limitado no tempo, no espaço e desprovido em princípio de riscos evolutivos.

2. Acidente Catastrófico de Efeito Major (ACEM). Quanto ao ACEM, é descrito como um acidente de abrangência alargada, quer em termos de implicados, quer no seu impacto social e político. Admite um número de vítimas compreendido entre 100 a 1000.
3. Catástrofe. O autor realça a sua maior abrangência em termos de território atingido, com implicações graves na rede de distribuição de água, electricidade, gás e saneamento, definida como “Catástrofe” “clássica”, resulta em mais de 1000 vítimas.
4. Mega-Catástrofe. A Mega-Catástrofe, na opinião do Professor Doutor Romero Bandeira, corresponde a um evento de âmbito alargado geograficamente, com um número de vítimas que excede sempre as 3000, caracteriza-se por uma destruição massiva numa ampla região territorial.

No mesmo âmbito Tavares, C. (2011) considera que a triagem em ACEL, em Catástrofe e em Condições Especiais é diferente da triagem diária dos Serviços de Urgência. Em ACEL a triagem tem em conta que o socorro de todos poderá levar algum tempo, mas que nenhum ficará sem suporte. Em Catástrofe a triagem coloca o enfoque sobre as vítimas críticas e graves, deixando de fora os feridos ligeiros e os que não apresentam imediata clara hipótese de sobrevivência. Em Condições Especiais são situações em que poderá ser necessário tomar medidas excepcionais de actuação, como descontaminação química, biológica ou radiológica. O modelo de triagem usado em catástrofe pode ser o de Manchester ou a START (simples triagem e rápido tratamento), sendo a START a mais utilizada. Este modelo de triagem é usado quando a exigência de atenção supera capacidade de resposta e, portanto, os esforços são direccionados para salvar o maior número de vítimas possível, escolhendo aquelas que apresentam maiores possibilidades de sobrevivência. O primeiro a chegar ao local deve dedicar-se à selecção das vítimas, enquanto chegam as unidades de apoio. O modelo START foi desenvolvido para o atendimento de ocorrências com múltiplas vítimas, pois permite a rápida identificação das que estão em grande risco de vida, seu pronto atendimento e a prioridade de transporte dos envolvidos mais gravemente feridos. O código de cores utilizado no modelo START é, cor vermelha (significa primeira prioridade, são as vítimas que apresentam sinais e sintomas que demonstram um estado crítico e necessitam tratamento e transporte imediato), cor amarela (significa segunda prioridade, são as vítimas que apresentam sinais e sintomas que permitem adiar a tenção e podem aguardar transporte; cor verde (significa terceira prioridade, são as vítimas que apresentam lesões menores ou sinais e sintomas que não requerem atenção imediata; cor preta (significa sem prioridade,

morte clínica, são vítimas que apresentam lesões obviamente mortais ou para identificação de cadáveres).

Da análise destes conteúdos pudemos concluir que as classificações são importantes, permitem adequar os recursos previamente face ao tipo de evento. A susceptibilidade à catástrofe depende de uma realidade preexistente, da qual participa cada vez mais o factor humano, permitindo tomar consciência da necessidade de procurar estratégias de desenvolvimento baseadas em processos de redução dos riscos.

Para que uma catástrofe se possa resolver, é necessário a activação dos planos de emergência, a interligação extraordinária de vários serviços, a actuação de equipas e procedimentos de excepção bem como, uma comunidade participativa com cultura de risco, razão pela qual, se torna imprescindível conhecer os efeitos das catástrofes e analisar os riscos (Leiva, 2008).

Pelo exposto consideramos ter adquirido os conteúdos teóricos que nos permitiram o desenvolvido/aperfeiçoamento da competência **K2 “Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da concepção à acção”** e das Unidades de Competência **K.2.2 “Planeia a resposta concreta ante as pessoas em situação de emergência multi-vítima ou catástrofe”** e **K.2.3 “Gere os cuidados em situações de Emergência e ou Catástrofe”** (Anexo I, Regulamento nº 124/2011).

Concluímos a nossa reflexão sobre a temática Catástrofe com o testemunho de duas enfermeiras que vivenciaram a Catástrofe na Madeira no dia 20/02/2010. Pestana e Bettencourt (2011) referiram que muitos enfermeiros trabalharam 24 horas consecutivas voluntariamente,

“os doentes não se sentiram abandonados e reconheceram o facto de termos ficado 24 horas. [...] Disseram-nos mesmo isso [...]” Reorganizaram-se e promoveram a segurança dos colegas, “ Nós dissemos às colegas que fiquem em casa porque as estradas estão a desabar e nós aguentamos. [...] Criámos as condições para que as assistentes operacionais ficassem. [...] Tivemos que gerir muito bem a alimentação e a roupa.”

Ajudaram a satisfazer as necessidades humanas básicas, “Sem perceber o que se estava a passar (...) vi na portaria pessoas encharcadas descalças, desnudadas. (...) Foi acolher as pessoas, proporcionar banho, roupa adequada.”

“Providenciámos [...] espaço de privacidade [...] algumas quiseram tomar banho e ficaram muito agradecidas de ter água quente.”

Proporcionaram apoio emocional, “A preocupação com as vítimas foi escutar, tratar o físico. [...] A vida estava em risco mas também atender ao emocional. [...] Havia um grande silêncio [...] foi um dia de choque e de grande tristeza.”

“Abriram-se as portas a prestaram-se os cuidados com a preocupação de não massificar, [...] de prestar cuidados individualizados. [...] desenvolveu-se uma ajuda que não imaginávamos.”

Sentiram, “Sofrimento, mas também gratidão por podermos ajudar os irmão mais necessitados.”

“Solidariedade para com os colegas e como dever profissional, [...] a empatia para com as pessoas que perderam o que era seu.”

“Consternação, pela perda de tantas vidas humanas e, incerteza. [...] havia um clima de insegurança devido ao tempo e à possibilidade de mais tragédias” (p. 43).

Assim, de acordo com Morton e Fontaine (2011) “ na ocorrência de um desastre, o papel da enfermagem nos cuidados críticos é fundamental. Ressalta a dependência deste em relação ao impacto do desastre sobre as estruturas das instituições, o meio ambiente e o número de profissionais disponíveis” (p. 213).

5. ANÁLISE CRÍTICA DAS COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM

No final do presente relatório apraz-nos uma reflexão sobre as competências de Mestre em Enfermagem (Decreto-Lei 74/2006 de 24 de Março a par com as actividades desenvolvidas no PIS e no PAC.

O cuidar do utente/ família adulto ou criança na UNICARV, requer um elevado grau de conhecimento, experiência e capacidade de trabalho em equipa multidisciplinar. O tempo médio de integração de um enfermeiro na UNICARV é de seis meses e com alguns anos de experiência profissional, só ao fim de um ano a exercer funções entra em escala de prevenção.

Com já referimos no presente relatório, na relação enfermeiro/utente/família impera o respeito e a confiança, numa plataforma de partilha de conhecimentos que visa a crescente autonomia.

Na admissão do utente/família na UNICARV para exame electivo ou de urgência, realizámos o seu acolhimento e a História Clínica de Enfermagem. A partir desta informação e da História Clínica Médica pudemos aferir, em equipa multidisciplinar quais as melhores opções do tratamento e quais as orientações mas pertinentes para o utente/família a quando da alta. Podemos concluir que a partir da História Clínica de Enfermagem e Médica, ficámos na posse da informação imprescindível que nos permitiu ao longo dos Estágios a realização de avaliações pormenorizadas dos utentes/famílias que cuidámos nas variadas situações complexas (enfarte agudo do miocárdio complicado ou não complicado, implantação de válvulas aórticas por via percutânea, encerramento de comunicações intra-auriculares e canais arteriais, etc). Esta avaliação permitiu-nos no contexto, analisarmos e sistematizarmos a informação que nos conduziu à formulação dos diagnósticos de enfermagem adequados a cada situação, a prescrição de intervenções de enfermagem geral e especializada e a gestão das situações de acordo com as prioridades que identificámos.

Foi pertinente o nosso empenho na concretização do folheto destinado ao utente/família a vivenciar o EAM com o título “E depois do enfarte?”. Este constituiu o ponto de partida na reabilitação/educação do utente/família com doença coronária. Mendes

(2012) no seu artigo “Reabilitação cardíaca após angioplastia coronária: um momento de ouro para a prevenção!”, comenta um estudo realizado pela Clínica Mayo sobre o impacto da reabilitação cardíaca em 2395 doentes consecutivos que foram submetidos a angioplastia entre 1994 e 2008, dos quais mais de 75% realizaram angioplastia com carácter de urgência ou de emergência. No grupo de doentes que integrou o programa de reabilitação cardíaca verificou-se uma diminuição muito significativa da mortalidade global, com valores que oscilaram entre 45 e 47%.

O Relatório de Cuidados de Enfermagem Pós-Alta permitiu-nos assegurar a continuidade dos cuidados no serviço/instituição destino, nos Cuidados de Saúde Primários e no domicílio, este faz referência às orientações terapêuticas, ao despiste precoce de complicações após os diferentes procedimentos e às intervenções de Enfermagem necessárias nos locais destino do utente.

Após termos realizado o Diagnóstico de Situação (PIS) em que identificámos a problemática na área da IACS, considerámos absolutamente necessária mais formação nesta área temática pelo que participámos no “12º Congresso Mundial de Esterilização” que incluiu um “Curso Básico de Esterilização”.

No que se relacionou com o desenvolvimento do PIS e a temática “Doente Crítico/Urgência/Emergência” considerámos relevante a frequência das formações 1º “Workshop” da VMER do Hospital de São José, Relatório Reflexivo e as “V Jornadas de Enfermagem do Serviço de Urgência do Centro Hospitalar de Setúbal”.

O Estágio de Observação no Gabinete de Gestão do Risco no HSJ constituiu um momento formativo riquíssimo para o desenvolvimento do objectivo *“Elaborar poster formato A3 do Plano de Emergência Interno – Evacuação da UNICARV em situação de catástrofe no HSC”*.

Em síntese, ao longo dos estágios identificámos os nossos recursos pessoais e adequámos as nossas necessidades de formação para o desenvolvimento do PIS e do PAC, a valorização da nossa auto-formação foi e será sempre uma componente essencial do nosso crescimento pessoal/profissional em complemento com o nosso passado pessoal e profissional.

O alicerce irrefutável na consecução dos objectivos do PIS e do PAC (nomeadamente na concretização da *“Norma de procedimentos de enfermagem na preparação das mesas para técnicas invasivas na UNICARV”* e a apresentação das “Guidelines” 2010 Reanimação Cardiopulmonar) foi a pesquisa do conhecimento em que

promovemos a prática baseada na evidência. Na Enfermagem, Prática Baseada na Evidência envolve a definição de um problema, a averiguação e avaliação crítica das evidências disponíveis, a implementação desta prática e análise dos resultados integrando uma tríade composta pela melhor evidência, as habilidades clínicas e a preferência do utente. A melhor evidência é procedente de pesquisa clínica relevante, focada no utente para apropriação das medidas de diagnóstico, indicadores de prognóstico e tratamento, reabilitação e prevenção. Os achados das investigações clínicas substituem as condutas previamente aceites por informações mais seguras, aperfeiçoadas e eficazes (Sackett, 2003). No fundo, a prática baseada na evidência é descrita como a metodologia para fazer o “bem” e é uma ferramenta que servirá para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde. É utilizada no sentido de identificar e promover boas práticas e ao mesmo tempo eliminar as práticas ineficazes e prejudiciais, trabalhando no sentido de diminuir a dificuldade entre a pesquisa de evidências e o seu uso (Santos, et al., 2007). Em suma, podemos afirmar que uma prática baseada na evidência vai ao encontro da obrigação social da enfermagem enquanto profissão e ciência, alicerçando a sua credibilidade entre as áreas de conhecimento no contexto da saúde e sustentando eventuais mudanças ao nível político no âmbito da saúde. Coerentemente é fundamental identificarmos, em termos de práticas baseadas em evidências, barreiras e atitudes, independentemente de terem uma origem pessoal, profissional, científica ou organizacional. O recurso à Prática Baseada na Evidência e à Metodologia de Projecto facultou-nos o substrato essencial que nos permitiu a compreensão e aplicação de forma proactiva dos nossos conhecimentos na resolução das problemáticas identificadas ao longo deste percurso formativo na nossa área de especialidade.

Demonstrámos no decorrer deste trajectória académica/profissional as nossas inquietações éticas e deontológicas nos diversos contextos de actuação. Assim, o N.º 3 da Alínea c) do Artigo 78.º do CDE, “artigo ético”, tem como princípio “a excelência do exercício na profissão, em geral, e na relação com os outros profissionais” ou seja “engloba o desenvolvimento de boas práticas, na sintonia dos saberes mais actuais”. Da mesma forma a Alínea c) do Artigo 88.º do CDE que na excelência do seu exercício o enfermeiro deve “manter a actualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente a aprofundada nas ciências humanas”. Neste contexto, o N.º 1 e o N.º 2 do Artigo 8.º do REPE afirmam respectivamente que os enfermeiros no seu exercício das suas funções “deverão adoptar

uma conduta responsável e ética e actuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos”, “o exercício da actividade profissional dos enfermeiros tem como objectivos fundamentais a promoção da saúde, a prevenção da doença”. No N.º1 da Carta dos Direitos do Doente Internado podemos ler que este direito a ser tratado no respeito pela dignidade humana, assim, “as instalações os equipamentos que o doente utiliza devem estar de acordo com a sua vulnerabilidade e situação clínica” (Nunes, L. et al., 2005). A revisão alargada da literatura permitiu-nos o conhecimento do enquadramento legal da profissão de enfermagem em situação de catástrofe, assim, a Lei n.º 27/2006 de 3 de Julho, aprova a Lei de Bases da Protecção Civil, que na alínea e) do Artigo 46.º refere que são “agentes da protecção civil o INEM e demais serviços de saúde”. A alínea d) do Artigo 78.º do Decreto Lei n.º104/98 de 21 de Abril, alterado pela Lei n.º111/2009 de 16 de Setembro, CDE afirma que o enfermeiro assume o dever de “ser solidário com a comunidade, de modo especial em casos de crise e catástrofe, actuando sempre de acordo com a sua área de competência”.

Ao finalizar este capítulo sublinhamos as palavras de Deodato (2004):

A excelência do cuidar depende das decisões que se tomam, porventura mais do que as normas que se cumprem, até porque, como já vimos, estas normas de qualidade só serão excelentes, se adequadas para a pessoa em concreto. E o processo de tomada de decisão, tendo em conta a procura da excelência, implica uma reflexão ética e deontológica adequada, à luz dos princípios e deveres estabelecidos (nomeadamente no Código Deontológico), e também fundamentada nos valores pessoais e profissionais (p. 29).

6. CONCLUSÃO

A realização do Estágio III permitiu-nos dar continuidade à aplicação da Metodologia de Projecto, desenvolvemos as etapas Execução, Avaliação e Divulgação dos Resultados. A avaliação, execução e a divulgação dos resultados materializou-se quer no presente relatório quer na elaboração de artigo para publicação sobre o PIS – “Proteger para Prevenir” (Apêndice I). A etapa da Execução da Metodologia de Trabalho de Projecto “materializa a realização, colocando em prática tudo o que foi planeado” (Ruivo & Ferrito, 2010, p. 23), as mesmas autoras afirmaram no que respeita à divulgação dos resultados que “esta consiste num dever ético do investigador. Tendo em conta que a Investigação pretende acrescentar conhecimento à comunidade científica revela-se fundamental a divulgação dos resultados, para que seja possível ter acesso aos mesmos” (p. 34).

O Projecto de Intervenção em Serviço resultou de uma problemática que identificámos na área da Prevenção e Controlo de Infecção – “Não conformidade dos procedimentos de enfermagem na preparação das mesas para técnicas invasivas na UNICARV”. Os conhecimentos adquiridos e reflectidos ao longo do Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica permitiram-nos o desenvolvimento de diversas estratégias e actividades que culminaram na elaboração da “Norma de procedimentos de enfermagem na preparação das mesas para técnicas invasivas na UNICARV”, tendo sido um contributo de elevada relevância para a Melhoria da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem prestados aos utentes submetidos a práticas invasivas na UNICARV.

Numa perspectiva deontológica, os princípios éticos e deontológicos a cumprir no exercício da profissão incluem a Investigação, esta surge como área de intervenção (no REPE); dever (Artigos 78.º e 88.º, do CDE e Artigo 9.º, pontos 5 e 6 do REPE); direito dos Enfermeiros (Artigos 75.º do CDE). Assim, consideramos que foram cumpridos e salvaguardados os critérios dos princípios éticos da Investigação em Enfermagem na aplicação da grelha de observação à equipa de enfermagem para o Diagnóstico de Situação, de acordo com o “International Centre for Nursing Ethics”, 2003.

O Projecto de Aprendizagem Clínica para os Estágios II e III foi desenvolvido com o enfoque no exercício profissional diário em que cuidamos de utentes adultos e crianças/família, com doença cardiovascular complexa que envolve procedimentos terapêuticos de médio e alto risco. Os conhecimentos adquiridos e reflectidos ao longo do Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica permitiu-nos o desenvolvimento de diversas estratégias e actividades tais como a realização da Sessão Formativa sobre as “Guidelines” Reanimação 2010, folheto informativo para o utente/família “E depois do enfarte?”, poster sobre “Plano de Emergência Interno – Evacuação da UNICARV em situação de catástrofe no HSC”, tendo sido um contributo de excelente relevância para o Cuidar em tempo útil e de forma holística a pessoa/família a vivenciar processos complexos de doença cardiovascular crítica e/ou falência orgânica na UNICARV bem como para a realização do poster supra referido.

A realização de tão gratificante percurso teórico e prático permitiu-nos a consecução dos objectivos inicialmente propostos para o relatório, em que descrevemos e reflectimos sobre as diferentes dimensões das situações enunciadas. No que concerne às dificuldades encontradas na realização do relatório relacionaram-se com sentimentos vivenciados que as palavras não conseguem descrever, como disse Hesbeen (2006) “existe o cuidado, aquele que não é nem acto nem gesto, que não se compra nem se vende. Este cuidado pode parecer bastante abstracto visto que as palavras para o exprimir são, por vezes, insuficientes ou se limitam a generalidades” (p. 27).

A reflexão na acção constituiu uma dimensão deveras facilitadora à produção do presente relatório, como afirmou Reyes (2007) “ (...) a aprendizagem bem entendida e bem facilitada deveria ser sinónimo de (vida vivida), de existência autêntica, de alegria partilhada e de crescimento constante” (p. 209) e Waldow (2009)

o profissional que adopta a prática de reflectir suas acções tornasse um aprendente de sua própria performance. Ele pensa sobre como poderia fazer diferente e melhor, [...] construir teorias, novas técnicas, testar hipóteses e modificar suas acções “in locu”. Para tal é necessário dedicação e concentração. [...] a reflexão-na-ação serve para focalizar a atenção do profissional aqui e agora, assim como na singularidade de sua relação com o paciente, a qual pode ser considerada uma experiência enriquecedora. Por outro lado, ocorre uma redução da monotonia já que,

por vezes, pode ocorrer desgaste pelas tarefas desenvolvidas, o que poderá ser minimizado” (p. 142).

Consideramos a oportunidade da realização dos Estágios em contexto de trabalho uma mais valia. Permite ao formando desenvolver estratégias e actividades visando a Melhoria Contínua dos Cuidados de Enfermagem no seu local de trabalho, bem como o desenvolvimento/aperfeiçoamento da sua própria praxis e da dos pares. Em concordância com uma concepção de Schon (2000), temos por hábito executar as nossas actividades do dia a dia sem pensar a seu respeito, ou pelo menos enquanto as estamos a executar. Não é uma actividade rotineira reflectir sobre o que se está a fazer exactamente no momento da acção. Não é incomum, porém, depararmo-nos com surpresas, que podem ser agradáveis ou desagradáveis. A enfermagem, com uma natureza essencialmente prática, pode beneficiar-se muito com esta tendência de reflectir sobre a prática. Existe, contudo, duas tendências que se aproximam: uma é a de reflectir a prática como um todo e que tem como meta principal, transformar a prática; outra é a de reflectir sobre o que se está a fazer e que, por sua vez, pode incluir uma reflexão na acção enquanto está sendo realizada a acção. A reflexão na acção mobiliza o conhecimento tácito, a intuição, aquele conhecimento que está latente e não consegue ser explicado. Conhecer na acção é a expressão que revela o conhecimento “inteligente”.

Perspectivamos para o futuro a avaliação da implementação do PIS, em Abril de 2012 (realizada em Maio/Junho de 2012). A integração da norma de procedimentos realizada para a UNICARV como Norma de Enfermagem do CHLO, (processo iniciado em Dezembro de 2011); Integrar a Comissão de Gestão do Risco do HSC, foi uma área na qual detinha poucos conhecimentos e que os desenvolvi ao longo da Especialidade, é uma área com deficit de intervenção no HSC. Como Enfermeira Especialista e Mestre, detenho competências para desenvolver projectos que contribuam para o progresso da segurança e da qualidade dos cuidados que consagramos aos nossos utentes. Dar continuidade à minha formação na área da Gestão do Risco.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu, A. (2010). *Exercício Físico e Coração Saudável*. Acedido em 14 de Novembro de 2011 em: www.spc.pt.

Adam, E. (1994). *Ser enfermeira*. Lisboa: Instituto Piaget.

AESOP. (2010). *Práticas Recomendadas para Bloco Operatório* (2ª ed.).

Alarcão, I. (1996). Reflexão crítica sobre o pensamento de D. Schön e os programas de formação de professores. In I. Alarcão (Org.), *Formação Reflexiva de Professores*, pp. 10-39.

Alexander, R. W. [et al.]. (2000). *Hurst's – O Coração*. (9ª ed.). Lisboa: Editora McGraw-Hill de Portugal.

ANPC. (2009). *Plano Especial de Emergência de Protecção Civil para o Risco Sísmico na Área Metropolitana de Lisboa e Concelhos Limítrofes (PEERS-AML-CL)*. Acedido em 28 de Maio de 2011 em: http://www.prociv.pt/Documents/PEERS_AML_CL.pdf

Antunes, A. (2011). *Aportes teóricos das sessões lectivas da Unidade Temática Cuidados em Situação de Crise: Cliente e Família*. 1º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

Bailey, D.E., Stewart, J.L. (2004). Incerteza na Doença. In *Teóricas de Enfermagem e sua Obra – Modelos e Teorias de Enfermagem* (5ª ed.). Loures: Lusociência.

Bandeira, R. (2008). *Medicina de Catástrofe – Da Exemplificação Histórica à Iatroética*. Porto: Editora da Universidade do Porto.

Barroso, F. (2011). *Aportes teóricos da Unidade Temática Cuidados ao Cliente com Múltiplos Sintomas/Controle de Infecção*. 1º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

Benner, P. (2005). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.

Carmo, M.R. (2011). *Aportes teóricos das sessões lectivas da Unidade Temática Intervenções de Enfermagem em Situação de Urgência*. 1º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

Carvoeira, M.N. (2007). *História do Controlo de Infecção Hospitalar*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.

CDC. (2010). *Healthcare-associated Infections*. Acedido em 2 de Julho de 2012 em: <http://www.CDC.gov/hai/index.html>>.

CDC. (2007). *Guidelines for isolation precautions: preventing transmission of infectious agents in healthcare settings*. Atlanta, GA. Acedido em 5 de Julho de 2012 em: <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/isolation/Isolation2007.pdf>

Chalifour, J. (2008). *A intervenção Terapêutica: Os fundamentos existencialhumanistas da relação de ajuda*. Portugal: Lusodidacta.

CHLO. (2010). *História*. Acedido em 20 de Dezembro de 2010 em: http://www.chlo.min-saude.pt/Hospital/Historia/default.htm#faq_2

CHLO. (2006). *Hospital de Santa Cruz*. Acedido em 20 de Dezembro de 2010 em: www.hsc.min-saude.pt/

Coelho, MS., Silva Arruda, C., Faria Simões, SM. (2011). Higienização das mãos como estratégia fundamental no controle da infecção hospitalar: um estudo quantitativo. *Enfermeria Global. Revista electrónica trimestral de Enfermería*, Enero. Acedido em 27 de Junho de 2012 em: www.um.es/eglobal/

Collière, Marie-Françoise. (1999). *Promover a vida* (3ª ed.). Lisboa: Lidel – Edições técnicas e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

Contim, D. (2001). *O significado do cuidar para familiares de crianças e adolescentes com doenças crônica*. Dissertação de mestrado, Universidade federal de São Paulo, São Paulo, Brasil.

Costa, A. C., Noriega, E., Fonseca, L. F., Silva, M. G. (2009). *Inquérito nacional de prevalência de infecção*. Lisboa, Direcção-Geral da Saúde. Acedido em 4 de Julho de 2012 em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i012628.pdf>

Costa, M. J. (2011). Aportes teóricos das sessões lectivas da Unidade Temática Intervenções de Enfermagem ao Cliente com Problemas Cardiovasculares. 1º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

Costa, M. J. (2001) *Guia prático para a concepção e elaboração de posters*. Acedido em 10 de Janeiro de 2011 em: <http://homes.dcc.ufba.br/~frieda/guiaposter.pdf>

Dantas, R., Dantas, D., Mendonça, A., Costa, I., Freires, M. (2010, Maio/Junho). Higienização das mãos como profilaxia das infecções hospitalares: Uma revisão. *Inter Cience Place Revista Científica Internacional Indexada*, pp. 85-103.

Deodato, S. (2004, Dezembro). A Excelência do Exercício: Perspectiva Ética e Deontológica. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, pp. 26-30.

Deodato, S. (2010). *Decisão Ética em Enfermagem: do Problema aos Fundamentos para Agir*. Tese de doutoramento não-publicada, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, Portugal.

Dewey, J. (1959). *Democracy and Education. An Introduction to The Philosophy of Education* (51st ed.). New York, The MacMillan Company, 1910.

DGS. (2011). *Estrutura Conceptual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente*. Relatório Técnico Final. Acedido em 1 de Novembro de 2011 em: http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Documents/2011/ClassificacaoISegDoente_Final.pdf.

DGS (2010a). *Orientações da OMS para Cirurgia Segura 2009*. Lisboa.

DGS (2010b). *Orientação de Boa Prática para Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde*. Lisboa.

DGS (2010c). *Guia Geral para a Elaboração de um Plano de Emergência das Unidades de Saúde*. Acedido em 28 de Maio de 2011 em: <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/A40A7050-17E4-4CAC-9C9D-2FECB0C05FA1/0/i013429.pdf>

DGS. (2008). *Programa Nacional de Controlo da Dor*. Acedido em 19 de Janeiro de 2011 em: <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/6861126B-C57A-46E1-B065-316C0CF8DACD/0/ControlodaDor.pdf>

DGS. (2007a). *Programa nacional de prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde*. Acedido em 20 de Janeiro de 2011 em: <http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2010/07/PNCI-2007.pdf>. 20 de Maio de 2011

DGS (2007b). Circular Normativa n.º 18/DSQC/DSC. *Comissões de Controlo de Infeção*.

DGS. (2003). *A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor*. Acedido em 19 de Janeiro de 2011 em: http://www.apcp.com.pt/uploads/Dor-5_sinal_vital.pdf

DGS. (1998). *O hospital Português*. Lisboa: Ministério da Saúde.

ECDC. (2010). *Annual Epidemiological Report on Communicable Diseases in Europe*. Stockholm, ECDC. Acedido em 5 de Julho de 2012 em: http://ecdc.europa.eu/en/publications/publications/1011_sur_annual_epidemiological_report_on_communicable_diseases_in_europe.pdf

European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation. (2010). *Recomendações 2010 para Reanimação do Conselho Português de Ressuscitação*. Coimbra: Ed. Paula Grácio.

Ferreira, J., GIL, V. (2009). Risco Cardiovascular Associado à Interrupção dos Antiagregantes Plaquetares e Anticoagulantes Orais. *Revista Portuguesa Cardiologia*, pp. 845-858. Acedido em 25 de Novembro de 2011 em: <http://repositorio.hff.min-saude.pt/bitstream/10400.10/111/1/RPC%201094.pdf>.

Fontana, R., T., Lautert, L. (2006, Maio/Junho). Prevenção e controle de infeções: um estudo de caso com enfermeiras. *Revista Brasileira de Enfermagem*, pp. 257-261. Acedido em 27 de Junho de 2012 em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n3/a02v59n3.pdf>

Fontana, R.T. (2006, Setembro/Outubro). As infecções hospitalares e a evolução histórica das infecções. *Revista Brasileira de Enfermagem*, pp. 703-706. Acedido em 15 de Agosto de 2012 em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n5/v59n5a21.pdf>

Fortin, Marie-Fabiane. (2009). *O Processo de Investigação* (5ª ed.). Loures: Lusociência.

Gavina, C., Pinho, T. (2010). *O Enfarte Agudo do Miocárdio*. Acedido em 14 de Novembro de 2011 em: www.spc.pt.

Goleman, D. (2010). *INTELIGÊNCIA EMOCIONAL* (15ª ed.). Lisboa: Temas e Debates.

Guerra, I.(1994). *Introdução à Metodologia de Projecto* (doc. Int.), CET, Lisboa. Acedido em 3 de Janeiro de 2011 em: <http://www.cfpa.pt/cfppa/pes/meterelatorios.pdf>

Hesbeen, W. (2006). *Trabalho de fim de curso, trabalho de humanidade, emergir com o autor do seu próprio pensamento*. Loures: Lusociência.

Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital: Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar* (1ª ed.). Loures: Lusociência.

Horan, T. C., Andrus, M., Dudeck, M. A. (2008). CDC/NHSN surveillance definition of health care – associated infection and criteria for specific types of infections in the acute care setting. *American Journal of Infection Control*, 36(5), pp. 309-332.

INC. (2005). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – Versão 1.0*. Edição do Autor: Geneva.

International Centre for Nursing Ethics. (2003). *Ethical Considerations in International Nursing Research: a report from the International Centre for Nursing Ethics*. Acedido em 5 de Julho de 2012 em: <http://nursing.ucla.edu/workfiles/research/Ethical%20considerations%20for%20international%20nursing%20research.pdf>

Isselbacher, K. J. [et al.]. (2009). *Harrison Medicina Interna* (17ª ed.). Rio de Janeiro: Editora McGraw-Hill do Brasil.

Kérouac, S. (1994). *La pensée infirmière – Conceptions et Stratégies*. Canadá: Éditions Maloine.

Klevens, R. M., Edwards, J. R., Richards, C. L., Jr., Horan, T. C., Gaynes, R. P., Pollock, D. A., Cardo, D. M. (2007). Estimating health care-associated infections and deaths in U. S. hospitals, 2002. *Public Health Reports*, 122(2), pp. 160-166.

Lazure, H. (1994). *Viver a Relação de Ajuda – abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira*. Portugal: Lusodidacta.

Legrand, L. (1992). *A Pedagogia do Projecto*, in Leite, E. et al., *Trabalho de Projecto 2*. Leituras comentadas. Porto: Edições Afrontamento.

Leite, E. e Santos, M. (2001). *Nos Trilhos da Área de Projecto: Metodologia do Trabalho de Projecto*. Acedido em 18 de Dezembro de 2010 em: http://www.crmariocovas.sp.gov.br/pdf/pol/trilhos_01.pdf

Leiva, C. Á. (2008). *Manual de atención a múltiples víctimas y catástrofes*. Madrid: Arán Ediciones.

Marum, S. (2011). *Aportes teóricos das sessões lectivas da Unidade Temática Cuidados ao Cliente com Falência Multiorgânica*. 1º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

Meda, A., Passos, L.F. (2001). Avaliação escolar: desafio e perspectivas. In: Castro AD de, Carvalho AMP, organizadores. *Ensinar a ensinar*, pp. 177-195. São Paulo: Pioneira.

Mendes, M.(2009). *Saúde cardiovascular no local de trabalho: uma responsabilidade uma responsabilidade partilhada!* Acedido em 14 de Novembro de 2011 em: <http://www.spc.pt/spc/>

Mendes, M. (2007). *Actividade física: a chave para viver melhor*. Acedido em 14 de Novembro de 2011 em: <http://www.spc.pt/spc/>.

Mendes, M. (2012, Outubro/Dezembro). Reabilitação cardíaca após angioplastia coronária: Um momento de ouro para a prevenção!. *Revista factores de risco*, pp. 42-43. Acedido em 3 de Janeiro de 2013 em: <http://www.spc.pt/DL/RFR/artigos/444.pdf>

Mendonça, S. (2009). *As competências profissionais dos Enfermeiros – A excelência do cuidar* (1ª ed.). Lisboa: Editorial Novembro.

Miguel, A. (2006). *Gestão moderna de Projectos: Melhores Técnicas e Práticas*, (2ª ed.). Lousã: FCA.

Minderico, C. (2010). *Alimentação e Doença Cardíaca*. Acedido em 14 de Novembro de 2011 em: www.spc.pt.

Minderico, C. (2009). *Coração Bem Nutrido*. Acedido em 14 de Novembro de 2011 em: www.spc.pt.

Ministério da Saúde. (1998). *Saúde: um compromisso. A estratégia de saúde para o virar do século 1998-2000*. Lisboa: Ministério da Saúde. Acedido em 1 de Novembro de 2011 em: <http://www.min-saude.pt>.

Mirza, A. (2011). *Hospital-Acquired Infections*. Acedido em 4 de Julho de 2012 em: <http://emedicine.medscape.com/article/967022-overview>>

Moncaio, A.C.S. (2010). *Higiene das mãos dos profissionais de saúde: subsídios para mudança comportamental na perspectiva da auto eficácia de Albert Bandura*. Dissertação de mestrado não-publicada, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.

Morton, P. G., Fontaine, D. K. (2011). *Cuidados Críticos de Enfermagem: uma abordagem holística* (9ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Nicolle, L. E. (2002). Nosocomial Infections. In: Breslow, L. (Ed.) *Encyclopedie of Public Health*, (Vol. 3). New York, Macmillan Reference USA, pp. 828-830.

Noami, P. O'Grady [et al.]. (2011). *Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections*. Acedido em 30 de Junho de 2012 em: <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/guidelines/bsi-guidelines-2011.pdf>

Nunes, L. (2011a). *Aportes teóricos da Unidade Temática Enquadramento conceptual de Enfermagem Médico-Cirúrgica*. 1º Curso de Pós – Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

Nunes, L. (2011b). *Aportes teóricos das sessões lectivas da Unidade Temática Questões Éticas Emergentes em Cuidados Complexos*. 1º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

Nunes, L. (2010, Julho/Setembro). DO PERITO E DO CONHECIMENTO EM ENFERMAGEM uma exploração da natureza e atributos dos peritos e dos processos de conhecimento em enfermagem. *Revista Percursos*, pp. 3 – 9.

Nunes, L. (2003). *UM OLHAR SOBRE O OMBRO: Enfermagem em Portugal (1881-1998)*. Loures: Lusociência-Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Nunes, L. (1999). *O que distingue alguns tipos de normas*. Acedido em 1 de Outubro de 2011 em: http://lnunes.no.sapo.pt/adescoberta_files/tiposnormas.pdf

Nunes, L., Amaral, M., Gonçalves, R. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Nunes, P. (2008). *Conceito de Análise SWOT*. Acedido em 20 de Dezembro de 2010 em: <http://www.knoow.net/cienceconempr/gestao/analiseswot.htm>

Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS). (2011). *Relatório de Primavera 2011. Da depressão da crise para a governação prospectiva da saúde*. Acedido em 26 de Junho de 2012 em: http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2011_OPSS_1.pdf.

OE. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Conselho de Enfermagem.

Pedro, A. L. (2008). *Recomendações para elaboração de um poster*. Associação nacional de Controlo de infecção. Acedido em 10 de Janeiro de 2011 em: <http://www.anci.pt/recomendacoes-para-elaboracao-de-um-poster>

Pereira, A., Pellegrini, M. (2007, Janeiro/Março). Alta Hospitalar: VISÃO DE UM GRUPO DE ENFERMEIRAS. *R Enferm UERJ*, pp. 40-45. Acedido em 25 de Novembro de 2011 em: <http://www.facenf.uerj.br/v15n1/v15n1a06.pdf>

Perrenoud, P. (2001). *Escola Reflexiva e nova racionalidade*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Pestana, V., Bettencourt, M. (2011, Outubro). Resposta dos Enfermeiros da Madeira/Portugal face a uma situação de catástrofe. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, pp. 42 – 43.

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.

Phipps, W., Sands, J., Marek, J. (2003). *Enfermagem Médico Cirúrgica: conceitos e prática clínica* (6ª ed.). Loures: Lusociência.

Pina, E., Ferreira, E., Marques, A., Matos, B. (2010). Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 10, pp. 27-39. Acedido em 10 de Junho de 2012 em: <http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2010/pdf/volume-tematico-seguranca-do-doente/4-Infecoes%20associadas%20aos%20cuidados%20de%20saude%20e%20seguranca%20do%20doente.pdf>

Pinto, S., Schub, T. (2011). Intravascular Catheter Use and Prevention of Infection. *Cinahl Information Systems, California, evidence-based care sheet*. Acedido em 10 de Junho de 2012 em: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=23&hid=15&sid=70fd785f-36a6-42b8-8d5d3fe855ca31cc%40sessionmgr13&bdata=Jmxhbm9cHQtYnImc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=rzh&AN=5000001104>

Quivy, R., Campenhoudt, L. (2003). *Manual de Investigação em Ciências Sociais* (3ª ed.). Lisboa: Gradiva.

Reyes, M.J.A. (2007). *A Inutilidade do Sofrimento* (22ª ed.). Lisboa: A esfera dos livros editor.

Rios, T. A. (2003). *Compreender e ensinar: por uma docência da melhor qualidade*. São Paulo: Cortez.

Ripp, S. (2010). Bacteriophage-based pathogen detection. *Advances in Biochemical Engineering/Biotechnology*, 118, pp. 65-83. Acedido em 2 de Julho de 2012 em: <http://netmed.com.br/pubmed/revistas.php?bd=pubmed&issn=0724-6145&submit=y&eword=&retstart=120>

Ruivo, M. A., Ferrito, C. (2010, Janeiro/Março). METODOLOGIA DE PROJECTO: COLECTÂNEA DESCRITIVA DE ETAPAS. *Revista Percursos*, pp. 1-37.

Sackett, D.(2003). *Medicina baseada em evidências: prática e ensino* (2ªed.). Porto Alegre: Artemed.

- Salomon, D., V. (2004). *Como fazer uma monografia* (11ª ed.). São Paulo: Martins.
- Santa-Clara, H. (2009). *Coração activo, coração feliz*. Acedido em 14 de Novembro de 2011 em: www.spc.pt.
- Santos, C. M. C.; Pimenta, C. A. M.; Nobre, M. R. C. (2007, Maio/Junho). A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. *Rev Latino-Am Enferm.*, pp. 508-511. Acedido em 3 de Janeiro de 2013 em: <http://www.redalyc.org/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=281421874023>
- Santos, P.A.F (2008). *Da Prevenção à Gestão do Risco – O Caso da Ponte 25 de Abril*. Dissertação de Mestrado não-publicada, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Sardinãs, C., Alfonso, L., Sosa, M., Arbona, F., Martínez, M. (2011). PROBLEMÁTICA ACTUAL DEL PACIENTE CON OSTOMÍA. *Rev. Cubana Med. Milit*, pp.256-262.
- Schiefer, U., Bal-Dobel, L., Batista, A. (2006). *Método Aplicado de Planeamento e Avaliação de Projectos* (1ª ed.). Cascais: Principia.
- Schon, D.A. (2000). *Educando o Profissional Reflexivo: um novo design para o ensino e a aprendizagem*. Trad. Roberto Cataldo Costa. Porto Alegre: Artmed.
- Schub, T., Caple, C. (2011). Hand Hygiene. *Information Systems, California, evidence-based care sheet*. Acedido em 10 de Junho de 2012 em: [http://web.ebscohost.com/ehost/resultsadvanced?sid=70fd785f-36a6-42b8-8d5d-3fe855ca31cc%40sessionmgr13&vid=28&hid=15&bquery=\(cross+infection\)+AND+\(hand+hygiene\)&bdata=JmRiPXJ6aCZjbGkwPUZUJmNsdjA9WSZjbGkxPURUMSZjbHYxPTIwMTEwMS0yMDExMTImbGFuZz1wdC1iciZ0eXB1PTEmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl](http://web.ebscohost.com/ehost/resultsadvanced?sid=70fd785f-36a6-42b8-8d5d-3fe855ca31cc%40sessionmgr13&vid=28&hid=15&bquery=(cross+infection)+AND+(hand+hygiene)&bdata=JmRiPXJ6aCZjbGkwPUZUJmNsdjA9WSZjbGkxPURUMSZjbHYxPTIwMTEwMS0yMDExMTImbGFuZz1wdC1iciZ0eXB1PTEmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl)
- Silva, N. R. (2009). *Leve o coração para o emprego e ponha-o a trabalhar*. Acedido em 15 de Novembro em: <http://www.spc.pt/spc/>
- Smietana, M., Bock, W. J., Mikulic, P., Ng, A., Chinnappan, R., Zourob, M. (2011). Detection of bacteria using bacteriophages as recognition elements immobilized on long-period fiber grating. *Optics Express*, 19 (9), pp. 7971-7978. Acedido em 2 de Julho de 2012 em: http://www.opticsinfobase.org/view_article.cfm?gotourl=http%3A%2F%2Fwww%2Eopticsinfobase%2Eorg%2FDirectPDFAccess%2FA67FB4B4%2D9AEC%2DAE91%2D2442366D37F641C6%5F211708%2Epdf%3Fda%3D1%26id%3D211708%26seq%3D0%26mobile%3Dno&org=
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2008). *Transporte de doentes críticos – recomendações*. Acedido em 26 de Outubro de 2011 em: http://www.spci.pt/Docs/GuiaTransporte/9764_miolo.pdf.
- Sousa, P., Pinto, F. J., Costa, C., Uva, A. S. (2008). Avaliação da qualidade em saúde: a importância do ajustamento pelo risco na análise de resultados na doença coronária. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, vol. 7, pp. 57-65.

Tavares, C. (2011). *Aportes teóricos das sessões lectivas da Unidade Temática Seminário de Peritos – Catástrofe*. 1º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

Tavares, A. (1990). *Métodos e técnicas de Planeamento em Saúde*. Cadernos de Formação n.º 2.

Tomey, A. M., Alligod, M. R. (2004). Teorias e Teorias de Médio Alcance. In *Teóricas de Enfermagem e sua Obra – Modelos e Teorias de Enfermagem* (5ª ed.). Loures: Lusociência.

Torres, A. A., Sanhueza, A.O. (2006). MODELO ESTRUCTURAL DE ENFERMERIA DE CALIDAD DE VIDA E INCERTIDUMBRE FRENTE A LA ENFERMEDAD. *Ciencia Y Enfermería*, pp. 9-17.

Turrini, R.N.T., Santo, A.H. (2002). Infecção hospitalar e causas múltiplas de morte. *Jornal de Pediatria*, vol.78, n.6, pp. 485-490.

Vieira, M. (2008). *Ser Enfermeiro Da Compaixão à Proficiência*. (2ª ed.). Lisboa: Universidade Católica Editora.

Waldow, V.R. (2009, Janeiro/Fevereiro). Momento de cuidar: momento de reflexão na acção. *Revista Brasileira de Enfermagem*, pp. 140-145. Acedido em 25 de Novembro de 2011 em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n1/22.pdf>

WHO (2010). *The Burden of Health Care-Associated Infection Worldwide*. Acedido em 6 de Janeiro de 2011 em: <http://www.who.int/gpsc/countrywork/summary201000430en.pdf>

WHO. (2007). *Risk reduction and emergency preparedness: WHO six-year strategy for the health sector and community capacity development*. Genebra, Suíça. Acedido em 28 de Maio de 2010 em: http://www.who.int/hac/techguidance/preparedness/emergency_preparedness_eng.pdf

WHO. (2002). *Prevention of hospital-acquired infections – A practical guide* (2ª ed.). Malta, World Health Organization. Acedido em 3 de Julho de 2012 em: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s16355e/s16355e.pdf>

Wilson, J. (2003). *Controlo de Infecção na Prática Clínica* (2ª ed.). Loures: Lusociência-Edições Técnicas e Científicas, Lda.

LEGISLAÇÃO

Lei n.º27/2006 de 3 de Julho (Lei de Bases da Protecção Civil)

Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro (Altera e republica o estatuto da Ordem dos Enfermeiros)

Decreto-lei n.º 161/96 de 4 de Setembro (Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros)

Decreto-lei n.º 104/98 de 21 de Abril (Aprova o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros Portugueses e altera o Regulamento Profissional dos Enfermeiros)

Decreto-lei n.º 409/98 de 23 de Dezembro (Aprova o Regulamento de Segurança contra Incêndio em Edifícios do Tipo Hospitalar)

Decreto-lei n.º 74/2006 de 24 de Março (Regulamentação das alterações introduzidas pela lei de Bases do sistema Educativo relativas ao novo modelo de organização do ensino superior no que respeita aos ciclos de estudos)

Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro (Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista)

Regulamento n.º 124/2011 de 18 de Fevereiro (Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica)

APÊNDICES

APÊNDICE I – Artigo – PIS – “Proteger para Prevenir”

Projecto “Proteger para Prevenir”

Autores:

Susana Cristina Pereira dos Santos Dias da Rocha¹

susana.dias.rocha@gmail.com

Maria de Lurdes dos Santos Martins²

mlsantosmartins@gmail.com

RESUMO

O presente artigo emerge do Projecto de Intervenção em Serviço que decorreu na Unidade de Hemodinâmica e Cardiologia de Intervenção, num Hospital público da área metropolitana de Lisboa, no contexto da frequência do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica de natureza profissionalizante, realizado na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

Aplicando a Metodologia de Trabalho de Projecto, através da técnica de observação directa e participante, utilizando uma grelha de observação, foi identificado um problema na área da Prevenção e Controlo de Infecção, designadamente da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) – Não conformidade dos procedimentos de enfermagem na preparação das mesas para técnicas invasivas.

A informação da análise “Swot” para a problemática diagnosticada, permitiu definir objectivos a curto e longo prazo, acções a implementar que permitam o alcance dos mesmos. Definiu-se como objectivo geral “Melhorar a Qualidade dos Cuidados de Enfermagem prestados aos utentes submetidos a práticas invasivas na Unidade de Hemodinâmica e Cardiologia de Intervenção”. A revisão alargada da literatura na área das IACS permitiu enunciar acções a implementar; construção de poster com as etapas dos procedimentos de enfermagem na preparação das mesas para técnicas invasivas na Unidade; elaboração de norma de procedimentos de enfermagem na preparação das mesas para técnicas invasivas na Unidade; divulgação da norma de procedimentos de enfermagem na preparação das mesas para técnicas invasivas na Unidade à equipa de enfermagem em sessão formativa; avaliação das estratégias desenvolvidas seis meses após a implementação.

PALAVRAS – CHAVE: Infecção – Prevenção e controlo nos cuidados de saúde; Metodologia de Projecto.

¹ Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, a exercer no CHLO – HSC

² Prof. Dra. Adjunta, ESS/IPS

ABSTRACT

This article arises from Department Intervention Project which took place at Cardiology Interventional Department in a public hospital, in Lisbon metropolitan area. The article was based on work done during the frequency of the 2nd Professional Master's Degree in Medical – Surgical Nursing of the Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

Applying Project Methodology, through direct and participant observation technique, using an observation grid, a problem was identified in Healthcare – Associated Infections → Non – compliance of nursing procedures in tables preparing for invasive techniques.

The Swot analysis information for problematic diagnosed, allowed define goals and actions implement to enable achievement of them. It was defined as a general objective “Improving Nurse Care Quality on invasive practices in Cardiology Intervention Department”.

A literature comprehensive review in Healthcare – Associated Infections has allowed implementing actions: Building poster with nursing procedures in tables preparing for invasive technique in Cardiology Interventional Department; Standards nursing procedures developing about tables preparing for invasive technique in Cardiology Interventional Department and Nursing training session about the same subject. Finally, evaluation developed strategies six months after implementation.

KEYWORDS: Infection – Prevention and control in healthcare; Project Methodology.

INTRODUÇÃO

O Projecto “ Proteger para Prevenir “ enquadra-se na área da Prevenção e Controlo de Infecção, designadamente da IACS.

As IACS são, geralmente, definidas como aquelas infecções identificadas entre 48h a 72h após a recepção de cuidados por profissionais de saúde em unidades de saúde, sendo excluídas infecções clinicamente aparentes ou que se encontrem em fase de incubação no momento da admissão (Wilson, 2003; Costa, et al., 2009).

A Direcção-Geral da Saúde (DGS) no Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (PNCI) refere que as IACS correspondem a um conceito alargado de “infecção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados ou procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afectar os profissionais de saúde no decorrer do exercício da sua actividade” (DGS – PNCI, 2007a, p. 4).

De acordo com os critérios definidos pelo Centers for Disease Control and Prevention (CDC), é ainda acrescentado que as IACS poderão apresentar-se de forma localizada ou sistémica,

traduzindo uma reacção adversa à presença de um ou mais agentes infecciosos ou suas toxinas (Horan, et al., 2008; CDC, 2010).

Actualmente, as infecções associadas aos cuidados de saúde (IACS), ou nosocomiais, encontram-se muito difundidas e constituem importantes causas de morbilidade e mortalidade. Esta crescente problemática de saúde pública tem ainda um elevado impacto económico, tendo vindo a sofrer uma pressão continuada com o aumento da concentração de pessoas, envelhecimento populacional, maior frequência de alterações da imunidade e prevalência das doenças crónicas. Acresce a aplicação de procedimentos de diagnóstico e terapêutica mais invasivos e aparecimento de microrganismos progressivamente mais resistentes aos antibióticos convencionais (Wilson, 2003; Ripp, 2010; Smietana et al., 2011).

O Relatório da Primavera 2011 do Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS) referiu que a taxa de prevalência nacional de IACS, subiu de 8,7% em 2003 para 9,8% em 2009 (OPSS, 2011). Com o aumento do recurso a procedimentos invasivos, tanto para diagnóstico como para terapêutica

pensa-se que a taxa de prevalência de IACS tenha tendência a aumentar ligeiramente ao longo dos anos (Nicolle, 2002; Wilson, 2003).

Deve-se estimular a consciencialização da equipa perante a segurança do ambiente, do utente e do próprio profissional no seu dia-a-dia hospitalar. Porque apenas o conhecimento do fenómeno IACS e das suas medidas preventivas, não garante a adesão e a eficácia de um atendimento com qualidade em saúde. Para se atingir o sucesso desta consciencialização, deve-se colocar o enfoque no envolvimento desses profissionais, estimulando a sua motivação, promovendo a sua formação nas diferentes situações da prestação de cuidados. Sendo estas as estratégias chave na diminuição dos índices de infecção hospitalar e na adopção de práticas correctas e seguras (Coelho, Silva Arruda, Faria Simões, 2011).

Os profissionais que trabalham na área da saúde devem assumir um compromisso com a sociedade de respeito aos princípios bioéticos, em especial a beneficência e justiça. Estudar indicadores epidemiológicos, avaliar procedimentos e intervir. Sistematizar acções de prevenção de infecções

permite antecipar danos assim como oferecer uma assistência igualitária e justa àquele que está sob cuidados de saúde. A sociedade não pode pagar o preço da negligência e da falta de competência técnica. É preciso que todos os profissionais da saúde se apropriem da filosofia da prevenção na sua prática diária. Neste contexto, certamente estará a iniciar-se um novo modelo de cuidado, com alicerces no humanismo, na ética, respeitando a cidadania em todas as áreas de cuidados (Fontana & Lautert, 2006).

Segundo a DGS (2007b), na sua Circular Normativa Nº 18/DSQC/DSC de 15 de Outubro, regulariza que as Comissões de Controlo de Infecção (CCI) devem integrar na sua composição um núcleo de membros dinamizadores ou elos de ligação. Estes têm por função a articulação entre a CCI e os serviços/departamentos/unidades funcionais, facilitando a aplicação sectorial do Plano Operacional de Prevenção e Controlo de Infecção.

Assim, o Nº 3 da Alínea c) do Artigo 78º. do Código Deontológico do Enfermeiro (CDE), “artigo ético”, tem como princípio “ a excelência do exercício na profissão, em geral, e na relação com os outros

profissionais” ou seja “engloba o desenvolvimento de boas práticas, na sintonia dos saberes mais actuais”. Da mesma forma a Alínea c) do Artigo 88.º do CDE que na excelência do seu exercício o enfermeiro deve “manter a actualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente a aprofundada nas ciências humanas”. Neste contexto, o Nº 1 e o Nº 2 do Artigo 8.º do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) afirmam respectivamente que os enfermeiros no seu exercício das suas funções “deverão adoptar uma conduta responsável e ética e actuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos”, “o exercício da actividade profissional dos enfermeiros tem como objectivos fundamentais a promoção da saúde, a prevenção da doença”. No Nº1 da Carta dos Direitos do Doente Internado podemos ler que este direito a ser tratado no respeito pela dignidade humana, assim, “as instalações os equipamentos que o doente utiliza devem estar de acordo com a sua vulnerabilidade e situação clínica” (Nunes, L. et al., 2005).

Concluído, apraz-me afirmar que as IACS implicam uma mudança de paradigma. A sua abordagem não ser centrada numa consequência inevitável do desenvolvimento tecnológico e terapêutico, mas acreditar que a prevenção é possível (Pina, et al., 2010). Assim, aplicando a Metodologia de Trabalho de Projecto, pretendeu-se “Melhorar a Qualidade dos Cuidados de Enfermagem prestados aos utentes submetidos a práticas invasivas na Unidade de Hemodinâmica e Cardiologia de Intervenção”

METODOLOGIA

A Metodologia de Trabalho de Projecto tem como objectivo principal a resolução de problemas, de acordo com o que Guerra (1994) afirmou “é uma metodologia ligada à investigação, centrada na resolução de problemas [...] é um conjunto de operações explícitas que permitem produzir uma representação antecipada e finalizante de um processo de transformação do real” (p.4). Utilizando-a adquirem-se capacidades e competências pela construção e concretização de projectos

em situações reais. A metodologia constitui-se como uma ponte entre a teoria e a prática, uma vez que o seu suporte é o conhecimento teórico que posteriormente se aplica na prática.

Leite e Ribeiro dos Santos (2001) afirmaram que a Metodologia de Trabalho de Projecto deve ser “desenvolvida em grupo, com pesquisa no terreno, por dinamizar a relação teoria-prática e pretender, num processo aberto [...] intervir sobre os problemas identificados” (p. 1). Os mesmos autores defenderam que esta metodologia “procura intervir para resolver situações concretas [...] com os recursos e os possíveis limites de intervenção [...] todo o desenvolvimento parte de uma planificação flexível passível de ser alterada segundo as necessidades do projecto” (p. 1). Segundo Tavares, A. (1990), a Metodologia de Trabalho de Projecto é composta por seis etapas, Diagnóstico de Situação; Definição dos objectivos; Planeamento, Execução; Avaliação; Divulgação dos Resultados – relatório final.

DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

A escolha desta área de intervenção prendeu-se com dois factores, ser uma

área em que o Enfermeiro Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica detém conhecimento, aptidão para adoptar uma atitude interventiva pedagógica e sensibilizadora dos pares neste contexto, ser uma área que espelha amplamente a qualidade dos cuidados que prestamos aos utentes.

A Unidade de Hemodinâmica e Cardiologia de Intervenção é um centro de referência nacional, onde são realizadas inúmeras técnicas invasivas altamente diferenciadas, tanto em situação programada como de urgência/emergência. Destacam-se, cateterismo cardíaco de diagnóstico e intervenção, biopsias cardíacas em utentes com transplante cardíaco, implantes de dispositivos médicos (pace-maker, cardioversor-desfibrilhador, stents coronários, renais e carotídeos, válvulas aórticas por via percutânea/transapical). Todos estes procedimentos e técnicas exigem práticas seguras para a prevenção das IACS. Nesta Unidade, é competência dos enfermeiros, a preparação das mesas estéreis para os procedimentos invasivos acima descritos. Temos uma percepção de que os enfermeiros não cumprem a totalidade das

recomendações na preparação das mesas estéreis.

Definimos como problema geral – Não conformidade dos procedimentos de enfermagem na preparação das mesas para técnicas invasivas na Unidade de Hemodinâmica e Cardiologia de Intervenção.

A revisão alargada da literatura facultou o conhecimento mais actualizado sobre as recomendações para tal procedimento. É recomendada a lavagem cirúrgica das mãos/desinfecção com solução alcoólica bem como a adopção de medidas de protecção individual (uso de barrete, máscara, bata e luvas esterilizadas) como práticas de prevenção das IACS. Estas práticas, para além dos blocos operatórios, destinam-se a salas de radiologia de intervenção e todas as áreas onde se possam realizar técnicas invasivas (Noami et al., 2011; Pinto & Schub, 2011; Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesa [AESOP], (2010); Dantas, R., Dantas, D., Mendonça, Costa, Freires (2010); DGS, 2010a, 2010b, 2007a; Pina, et al., (2010); CDC (2007); Wilson (2003).

Quivy e Campenhoudt (2003) advertiram que “para levar a bom termo o trabalho de observação é preciso poder responder às três perguntas seguintes: observar o quê? Em quem? Como? “ (p. 155). Construímos uma grelha de observação com as recomendações para os procedimentos de enfermagem. A grelha de observação é destinada ao observador, e não a um eventual entrevistado. Por conseguinte, a sua elaboração não está sujeita a restrições tão precisas como, por exemplo, as do questionário (Quivy & Campenhoudt, 2003). A recolha de informação foi realizada através da técnica de observação directa e participante. Quivy e Campenhoudt (2003) afirmaram que “ [...] o método de observação directa é particularmente adequado à análise não-verbal e daquilo que ele revela: condutas instituídas e os códigos de comportamento” (p. 198). A escolha da observação directa e participante prendeu-se com o facto de este método ter como vantagem, de acordo com Quivy e Campenhoudt (2003) “ [...] a autenticidade relativa dos acontecimentos em comparação com as palavras e com os escritos. É mais

fácil mentir com a boca do que com o corpo” (p. 199). Da mesma forma, Fortin (2009) referiu que “ o investigador pode decidir utilizar métodos de observação em situações particulares, se ele crê que os sujeitos em estudo teriam boas razões para modificar [...] os seus comportamentos com uma abordagem mais estruturada” (p. 242).

Da população dos 12 Enfermeiros da Unidade, foram sujeitos a observação 10, excluímos o enfermeiro observador e a Sra. Enf. Chefe. A grelha de observação foi aplicada nos dias 20, 21, 25, 27 e 28 de Janeiro de 2011, no horário 8h/15h e 15h/20h.

Foram realizados 53 registos de observação (amostra N=53).

Quadro 1 – Resultados da aplicação da grelha de observação em Janeiro de 2011

Práticas de Enfermagem	Nº de mesas preparadas	Resultados observados			
		Sim	%	Não	%
Uso de barrete	53	29	54,7%	24	45,3%
Uso de máscara	53	35	66,0%	18	34,0%
Lavagem cirúrgica das mãos/ Desinfecção das mãos com solução alcoólica adoptada no serviço	53	25	47,2%	28	52,8%
Uso de bata esterilizada	53	17	32,1%	36	67,9%
Uso de luvas esterilizadas	53	53	100,0%	0	0,0%

Verificou-se que a “Lavagem cirúrgica das mãos/desinfecção das mãos com solução alcoólica adoptada no serviço” e “Uso de bata esterilizada” foram práticas não adoptadas em 52,8% e 67,9% respectivamente.

Verificou-se que o “Uso de barrete” e o “Uso de máscara” foram práticas

adoptadas em mais de 50% das mesas estéreis preparadas, mas aquém da uma prática de excelência.

Salientamos o “Uso de luvas esterilizadas”, prática adoptada por todos os enfermeiros na preparação das mesas estéreis.

A informação da análise “Swot” para a problemática diagnosticada, permitiu definir objectivos a curto e longo prazo,

acções a implementar que permitam o alcance dos mesmos.

Quadro 2 – Matriz de análise “Swot” da Unidade de Hemodinâmica e Cardiologia de Intervenção

	FORÇAS	FRAQUEZAS
INTERNO (Organização)	⇒ Enfermeiros com larga experiência/conhecimento. ⇒ Formação contínua dos profissionais. ⇒ Enfermeira Chefe e equipa de enfermagem motivada para a mudança.	⇒ Pouca sensibilização da equipa multidisciplinar para as IACS. ⇒ Não cumprimento das recomendações da AESOP para preparação das mesas estéreis.
EXTERNO (Ambiente)	⇒ Recomendações da AESOP. ⇒ Programa Mundial de Controlo da Infecção.	⇒ Articulação com a Comissão de controlo de infecção do hospital
	FORÇAS	FRAQUEZAS

Da leitura da matriz, pareceu-nos que a maior dificuldade em otimizar o procedimento se prende com a pouca sensibilização da equipa multidisciplinar para a problemática da IACS, uma vez que a Enf. Chefe e a equipa de enfermagem se encontram motivadas para a mudança. As grandes oportunidades em relação ao ambiente externo são a existência de aportes teóricos direccionados para a temática abordada.

Identificámos como problemas parcelares que compõem o problema geral:

O não uso de barrete;

O não uso de máscara;

A não lavagem cirúrgica das mãos/desinfecção das mãos com solução alcoólica adoptada no serviço;

O não uso de bata esterilizada.

Determinámos como prioridades:

Dar conhecimento e discutir os resultados da grelha de observação com a Sra. Enf. Chefe;

Dar conhecimento dos resultados da aplicação da grelha de observação à Equipa de Enfermagem;

Delinear estratégias em Equipa para a resolução do problema identificado;

Implementação das estratégias delineadas;

Monitorização e verificação das estratégias implementadas; Divulgar os resultados.

DEFINIÇÃO DOS OBJECTIVOS

OBJECTIVO GERAL

Melhorar a Qualidade dos Cuidados de Enfermagem prestados aos utentes submetidos a práticas invasivas na Unidade de Hemodinâmica e Cardiologia de Intervenção.

OBJECTIVOS ESPECIFICOS

1. Aprofundar conhecimentos na área da Prevenção e Controlo de Infecção.

2. Construir poster formato A3 com as etapas dos procedimentos de enfermagem na preparação das mesas para técnicas invasivas na Unidade de Hemodinâmica e Cardiologia de Intervenção.

3. Elaborar norma de procedimentos de enfermagem na preparação das mesas para técnicas invasivas na Unidade de Hemodinâmica e Cardiologia de Intervenção.

4. Divulgar a norma de procedimentos de enfermagem na preparação das mesas para técnicas invasivas na Unidade de Hemodinâmica e Cardiologia de Intervenção à equipa de enfermagem em sessão formativa.

5. Avaliar o projecto (estratégias implementadas).

PLANEAMENTO E EXECUÇÃO

O projecto “Proteger para Prevenir” foi desenvolvido ao longo de três estágios na Unidade de Hemodinâmica e Cardiologia de Intervenção, entre Janeiro e Novembro de 2011.

Definimos como indicador a execução das 5 etapas da “Norma de procedimentos de enfermagem na preparação das mesas para técnicas invasivas na Unidade de Hemodinâmica e cardiologia de Intervenção”, em 100%.

As actividades/estratégias planeadas e desenvolvidas e os recursos utilizados (humanos, materiais e temporais) para cada objectivo específico visaram a sua

consecução e o alcance do objectivo geral.

AVALIAÇÃO DO PROJECTO – “Proteger para Prevenir”

A avaliação foi realizada fora do âmbito académico, num contínuo aperfeiçoamento das competências de Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica no contexto do exercício profissional.

A grelha de observação foi aplicada oito meses após a implementação da “Norma

de procedimentos de enfermagem na preparação das mesas para técnicas invasivas na Unidade de Hemodinâmica e Cardiologia de Intervenção”. Teve lugar nos dias 28, 29, 30, 31 de Maio e nos dias 1 e 6 de Junho 2012, no horário 8h/15h e 15h/20h. Foram realizados 53 registos de observação (amostra N=53). Da população dos 12 Enfermeiros da Unidade de Hemodinâmica e Cardiologia de Intervenção, foram sujeitos a observação 10, excluiu-se o enfermeiro observador e a Enf. Chefe.

Quadro 3 – Resultados da aplicação da grelha de observação em Maio/Junho de 2012

Práticas de Enfermagem	Nº de mesas preparadas	Resultados observados			
		Sim	%	Não	%
Uso de barrete	53	36	67,9%	17	32,1%
Uso de máscara	53	49	92,5%	4	7,5%
Lavagem cirúrgica das mãos/ Desinfecção das mãos com solução alcoólica adoptada no serviço	53	17	32,1%	36	67,9%
Uso de bata esterilizada	53	36	67,9%	17	32,1%
Uso de luvas esterilizadas	53	53	100,0%	0	0,0%

Verificou-se que a “Lavagem cirúrgica das mãos/Desinfecção das mãos com solução alcoólica adoptada no serviço” e “Uso de bata esterilizada” foram práticas não adoptadas em 67,9% e 32,1%

respectivamente na preparação das mesas estéreis.

Verificou-se que o “Uso de barrete” e o “Uso de máscara” foram práticas adoptadas em mais de 50% das mesas

estéreis preparadas, mas aquém de uma prática de excelência.

todos os enfermeiros na preparação das mesas estéreis.

Salienta-se o “Uso de luvas esterilizadas”, prática adoptada por

Quadro 4 – Resultados da aplicação da grelha de observação em Janeiro de 2011 versus Maio/Junho de 2012

Práticas de Enfermagem	Número de mesas preparadas	Resultados observados Janeiro 2011 (Diagnóstico de situação)				Resultados observados Maio/Junho 2012 (Avaliação dos resultados das estratégias implementadas)				Observação Janeiro 2011 Vs Maio/Junho 2012
		Sim	%	Não	%	Sim	%	Não	%	% Sim
Uso de barrete	53	29	54,7%	24	45,3%	36	67,9%	17	32,1%	13,2%
Uso de máscara	53	35	66,0%	18	34,0%	49	92,5%	4	7,5%	26,4%
Lavagem cirúrgica das mãos/ Desinfecção das mãos com solução alcoólica adoptada no serviço	53	25	47,2%	28	52,8%	17	32,1%	36	67,9%	-15,1%
Uso de bata esterilizada	53	17	32,1%	36	67,9%	36	67,9%	17	32,1%	35,8%
Uso de luvas esterilizadas	53	53	100,0%	0	0,0%	53	100,0%	0	0,0%	0,0%

Da análise do Quadro 4 podemos concluir:

“Uso de barrete”, ficou aquém do objectivo definido, no entanto verificou-se um aumento de utilização em 13.2%.

“Uso de máscara”, observou-se um crescimento acentuado nesta prática de protecção, tendo ficado perto do objectivo (92.5%).

“Lavagem cirúrgica das mãos/Desinfecção das mãos com solução alcoólica adoptada no serviço”, na primeira observação foi uma das práticas que se situou abaixo dos 50%. Na segunda observação verificou-se um agravamento de 15,1% na sua execução, ou seja, 67,7% das mesas foram preparadas sem lavagem cirúrgica das mãos/Desinfecção das mãos com solução alcoólica adoptada no serviço.

“Uso de bata esterilizada”, na primeira observação foi uma das práticas que se situou abaixo dos 50%, no entanto foi a prática que registou o maior incremento (35,8%), mas não suficiente para o objectivo pretendido.

“Uso de luvas esterilizadas”, a segunda observação veio confirmar que esta prática se encontra consolidada no procedimento.

CONCLUSÃO

Ainda que os resultados observados tenham ficado aquém do indicador definido, registou-se um progresso no sentido de “Melhorar a Qualidade dos Cuidados de Enfermagem prestados aos utentes submetidos a práticas invasivas

na Unidade de Hemodinâmica e Cardiologia de Intervenção”.

A prática de enfermagem “Lavagem cirúrgica das mãos/Desinfecção das mãos com solução alcoólica adoptada no serviço” suscita preocupação devido ao agravamento de 15,1% na sua execução, a DGS (2010b) referiu que:

a higiene das mãos é uma das medidas mais simples e mais efectivas na redução da infecção associada aos cuidados de saúde [...] a higiene das mãos integrada no conjunto das precauções básicas, constitui a medida mais relevante na prevenção no controlo da infecção (p. 2).

No final de Junho de 2012 foram apresentados os resultados à Enf. Chefe e realizada uma reunião de informação com a equipa de enfermagem para a discussão dos resultados. À data diligenciamos no sentido de compreender a razão/razões que levaram a um agravamento de 15,1% na prática “Lavagem cirúrgica das mãos/Desinfecção das mãos com

solução alcoólica adoptada no serviço” sensibilizar e incentivar a equipa de enfermagem na adopção desta prática.

A literatura explica que “ programas de intervenção pontuais parecem ter impacto de curta duração no aumento da adesão da prática da higiene das mãos” (Moncaio, 2010, p. 124). “Williams & Buckles (1988) demonstraram que, mesmo quando a frequência da lavagem das mãos aumenta significativamente na sequência de uma campanha promocional intensiva, seis meses depois ela decresce até ao nível prévio” (Williams & Buckles, 1988, citado por Wilson, 2003, p. 184). “Este achado foi confirmado por Larson e tal (1997), que concluíram que os grupos experimentais, os lavatórios automáticos e a informação de retorno sobre a frequência da lavagem das mãos têm um efeito mínimo de longo prazo sobre a mesma” (Larson et al, 1997, citado por Wilson, 2003, p. 184).

Moncaio (2010) advogou que “ o uso de um modelo amplo de metodologia de trabalho é de grande valia, pois actua em factores individuais, organizacionais e ambientais” (p. 124). Certamente este

e procuramos novos caminhos para será o caminho que teremos que continuar a percorrer numa aliança entre enfermeiros/enfermeiro elo de ligação com a CCI/CCI da instituição.

“Melhorar a prática da lavagem das mãos como medida chave de controlo de infecção, e encontrar novas formas de incentivar os profissionais a lavarem as mãos continuam a ser desafios importantes”(Hand Washing Liaison Group, 1999, citado por Wilson, 2003, p. 53).

BIBLIOGRAFIA

AESOP. (2010). Práticas Recomendadas para Bloco Operatório (2ª ed.).

CDC. (2010). *Healthcare-associated Infections*.

CDC. (2007). *Guidelines for isolation precautions: preventing transmission of infectious agents in healthcare settings*. Atlanta, GA.

Coelho, MS., Silva Arruda, C., Faria Simões, SM. (2011). Higienização das mãos como estratégia fundamental no controle da infecção hospitalar: um estudo quantitativo. *Enfermeria Global. Revista electrónica trimestral de Enfermería*, Enero.

Costa, A. C., Noriega, E., Fonseca, L. F., Silva, M. G. (2009). *Inquérito nacional de prevalência de infecção*. Lisboa, Direcção-Geral da Saúde.

Dantas, R., Dantas, D., Mendonça, A., Costa, I., Freires, M. (2010, Maio/Junho). Higienização das mãos como profilaxia das infecções hospitalares: Uma revisão. *Inter Science Place Revista Científica Internacional Indexada*, pp. 85-103.

DGS (2010a). *Orientações da OMS para Cirurgia Segura 2009*. Lisboa.

DGS (2010b). *Orientação de Boa Prática para Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde*. Lisboa.

DGS. (2007a). *Programa nacional de prevenção e controlo da infecção associada aos cuidados de saúde*.

DGS (2007b). Circular Normativa n.º 18/DSQC/DSC. *Comissões de Controlo de Infecção*.

Fontana, R., T., Lautert, L. (2006, Maio/Junho). Prevenção e controle de infecções: um estudo de caso com enfermeiras. *Revista Brasileira de Enfermagem*, pp. 257-261.

Fortin, Marie-Fabiane. (2009). *O Processo de Investigação* (5ª ed.). Loures: Lusociência.

Guerra, I.(1994). *Introdução à Metodologia de Projecto* (doc. Int.), CET, Lisboa.

Horan, T. C., Andrus, M., Dudeck, M. A. (2008). CDC/NHSN surveillance definition of health care – associated infection and criteria for specific types of infections in the acute care setting. *American Journal of Infection Control*, 36(5), pp. 309-332.

Leite, E. e Santos, M. (2001). *Nos Trilhos da Área de Projecto: Metodologia do Trabalho de Projecto*.

Moncaio, A.C.S. (2010). *Higiene das mãos dos profissionais de saúde: subsídios para mudança comportamental na perspectiva da auto eficácia de Albert Bandura*. Dissertação de mestrado não-publicada, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.

Nicolle, L. E. (2002). Nosocomial Infections. In: Breslow, L. (Ed.) *Encyclopedie of Public Health*, (Vol. 3). New York, Macmillan Reference USA, pp. 828-830.

Noami, P. O'Grady [et al.]. (2011). *Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections*.

Nunes, L., Amaral, M., Gonçalves, R. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

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

Pina, E., Ferreira, E., Marques, A., Matos, B. (2010). Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 10, pp. 27-39.

Pinto, S., Schub, T. (2011). Intravascular Catheter Use and Prevention of Infection. *Cinahl Information Systems, California, evidence-based care sheet*.

Quivy, R., Campenhoudt, L. (2003). *Manual de Investigação em Ciências Sociais* (3ª ed.). Lisboa: Gradiva.

Ripp, S. (2010). Bacteriophage-based pathogen detection. *Advances in*

Biochemical Engineering/Biotechnology, 118, pp. 65-83.

Smietana, M., Bock, W. J., Mikulic, P., Ng, A., Chinnappan, R., Zourob, M. (2011). Detection of bacteria using bacteriophages as recognition elements immobilized on long-period fiber grating. *Optics Express*, 19 (9), pp. 7971-7978.

Tavares, A. (1990). *Métodos e técnicas de Planeamento em Saúde*. Cadernos de Formação n.º 2.

Wilson, J. (2003). *Controlo de Infecção na Prática Clínica* (2ª ed.). Loures: Lusociência-Edições Técnicas e Científicas, Lda.

LEGISLAÇÃO

Decreto-lei n.º 161/96 de 4 de Setembro (Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros)

Decreto-lei n.º 104/98 de 21 de Abril (Aprova o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros Portugueses e altera o Regulamento Profissional dos Enfermeiros)

APÊNDICE II – Quadro I – Grelha de Observação

Quadro 1 – Grelha de Observação

Práticas de Enfermagem Em Observação	Executada (E)	Não executada (NE)
Uso de barrete		
Uso de máscara		
Lavagem cirúrgica das mãos/ Desinfecção das mãos com solução alcoólica adoptada no serviço		
Uso de bata esterilizada		
Uso de luvas esterilizadas		

APÊNDICE III – Quadro 2 – Resultados da aplicação da Grelha de Observação em
Janeiro de 2011

Quadro 2 – Resultados da aplicação da Grelha de Observação em Janeiro de 2011

Práticas de Enfermagem	Nº de mesas preparadas	Resultados observados			
		Sim	%	Não	%
Uso de barrete	53	29	54,7%	24	45,3%
Uso de máscara	53	35	66,0%	18	34,0%
Lavagem cirúrgica das mãos/ Desinfecção das mãos com solução alcoólica adoptada no serviço	53	25	47,2%	28	52,8%
Uso de bata esterilizada	53	17	32,1%	36	67,9%
Uso de luvas esterilizadas	53	53	100,0%	0	0,0%

APÊNDICE IV – Matriz de análise “Swot” da UNICARV do HSC

Matriz de análise “Swot” da UNICARV do HSC

	FORÇAS	FRAQUEZAS
INTERNO (Organização)	⇒ Enfermeiros com larga experiência/conhecimento. ⇒ Formação contínua dos profissionais. ⇒ Enfermeira Chefe e equipa de enfermagem motivada para a mudança.	⇒ Pouca sensibilização da equipa multidisciplinar para as IACS. ⇒ Não cumprimento das recomendações da AESOP para preparação das mesas estéreis.
EXTERNO (Ambiente)	⇒ Recomendações da AESOP. ⇒ Programa Mundial de Controlo da Infecção.	⇒ Articulação com a Comissão de controlo de infecção do HSC.
	FORÇAS	FRAQUEZAS

APÊNDICE V – Planeamento do PIS

Planeamento do Projecto de Intervenção em Serviço (PIS)

Estudante: Susana Cristina Pereira dos Santos Dias da Rocha	Orientador Enf. NG
Instituição: HSC	Serviço: Unidade de Hemodinâmica e Cardiologia de Intervenção (UNICARV)
Título do Projecto: “Prevenir para Proteger”	
Objectivos (geral específicos, centrados na resolução do problema. Os objectivos terão que ser claros, precisos, exequíveis e mensuráveis, formulados em enunciado declarativo, <u>já discutidos com o professor e o orientador</u>): <u>OBJECTIVO GERAL</u> Melhorar a Qualidade dos Cuidados de Enfermagem prestados aos utentes submetidos a práticas invasivas na UNICARV. <u>OBJECTIVOS Específicos</u> 6. Aprofundar conhecimentos na área da Prevenção e Controlo de Infecção. 7. Construir poster formato A3 com as etapas dos procedimentos de enfermagem na preparação das mesas para técnicas invasivas na UNICARV. 8. Elaborar norma de procedimentos de enfermagem na preparação das mesas para técnicas invasivas na UNICARV. 9. Divulgar a norma de procedimentos de enfermagem na preparação das mesas para técnicas invasivas na UNICARV à equipa de enfermagem em sessão formativa. 10. Planear a avaliação do projecto (estratégias implementadas).	
Identificação dos profissionais do serviço com quem vai articular a intervenção (chefia directa, orientador, outros elementos da equipa, outros profissionais, outros serviços) Enf. Chefe NG (orientadora de estágio), Enf. EM (Enf. responsável e elo de ligação à Comissão de Controlo de infecção do HSC), Enf. JB (responsável pela formação em serviço da UNICARV).	

Data: 29/04/2011 Assinatura: Susana Rocha					
Objectivos Específicos	Actividades/Estratégias a desenvolver	Recursos			Indicadores de Avaliação
		Humanos	Materiais	Tempo	
1-Aprofundar conhecimentos na área da Prevenção e Controlo de Infecção.	Pesquisa bibliográfica dirigida ao objectivo: - Base de dados (<i>B-On, Lilac, Medline, Ebsco, web</i>). - Site “Centers for Disease Control” (<i>CDC</i>) USA, (<i>DRAFT Guideline for the prevention of intravascular catheter-related infections 2009, Intravascular Guidelines for the Prevention of Catheter-Related Infections 2002</i>). - Site da Direcção Geral de Saúde (DGS) (Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde 2008, Programa Nacional de Controlo da Infecção 2007). – Manual de Operacionalização; Orientações da OMS para a Cirurgia Segura 2009, Recomendações para a prevenção da infecção do local cirúrgico, Prevenção de infecções adquiridas no hospital).	Prof. Orientadora, Enf. Orientadora do Projecto de Intervenção em Serviço (PIS), Enf. Elo de ligação com a Comissão de Controlo de Infecção do HSC.	Computador com acesso à internet, pen livros, revistas. Papel, canetas, lápis.	Março, Abril, Maio de 2011.	Apresenta relatório com Enquadramento Teórico.

Objectivo específico 1 (continuação)	- Obras da AESOP “Enfermagem Perioperatória: Da Filosofia à Prática dos Cuidados”, “Práticas Recomendadas para Bloco Operatório”. - Reunião com o elo de ligação da UNICARV com a Comissão de Controlo de Infecção do HSC. - Formação – “12º Congresso Mundial de Esterilização”.			22/06/2011 12/07/2011 12, 13, 14 15 de Outubro de 2011	Apresenta Relatório Reflexivo
---	--	--	--	---	--------------------------------------

2- Construir poster formato A3 com as etapas dos procedimentos de enfermagem na preparação das mesas para técnicas invasivas na UNICARV	-Pesquisa bibliográfica dirigida ao objectivo - Base de dados (B-On, Lilac, Medline, Ebsco, Web). -Relato fotográfico das etapas do procedimento. -Montagem do poster A3 com as etapas do procedimento. -Apresentação do protótipo I do poster à Prof. orientadora (por <i>mail</i>), à Enf. orientadora do PIS e à equipa de enfermagem, para recolha de sugestões. -Realização das alterações sugeridas. -Impressão de 3 posters A3 com as etapas do procedimento, em casa comercial especializada. -Afixação dos posters nas 3 salas da UNICARV.	Prof. Orientadora, Enf. Orientadora do Projecto de Intervenção em Serviço (PIS), equipa de enfermagem, funcionária da casa comercial especializada.	Livros, revistas, computador com acesso à internet, pen, máquina fotográfica, luvas, máscara, barrete, bata, tabuleiro para cateterismo cardíaco. Casa comercial. Papel, canetas, lápis. Fotocopiadora.	Março e Abril de 2011. 15/04/2011	Apresenta relatório com Fundamentação Teórica. Apresenta relatório com poster construído.
--	---	--	--	---	---

3- Elaborar norma de procedimentos de enfermagem na preparação das mesas para técnicas invasivas na UNICARV. (o que se realiza no hospital a esta data, são normas de procedimentos de enfermagem)	-Pesquisa bibliográfica dirigida ao objectivo - Base de dados (<i>B-On, Lilac, Medline, Ebsco, web</i>). - Site “Centers for Disease Control” (<i>CDC</i>) USA, (<i>DRAFT Guideline for the prevention of intravascular catheter-related infections 2009, Intravascular Guidelines for the Prevention of Catheter-Related Infections 2002</i>). - Site da Direcção Geral de Saúde (DGS) (Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde 2008, Programa Nacional de Controlo da Infecção 2007). – Manual de Operacionalização; Orientações da OMS para a Cirurgia Segura 2009, Recomendações para a prevenção da infecção do local cirúrgico, Prevenção de infecções adquiridas no hospital). - Obras da AESOP “Enfermagem Perioperatória: Da Filosofia à Prática dos Cuidados”, “Práticas Recomendadas para Bloco Operatório”. - “Recomendações para a prevenção da infecção associada aos dispositivos intravasculares”	Prof. Orientadora, Enf. Orientadora do PIS, Enf. Elo de ligação com a Comissão de Controlo de Infecção do HSC.	Livros, revistas, computador com acesso à internet, pen, Papel, canetas, lápis. Fotocopiadora.	Maio, Junho, Julho de 2011.	
---	---	---	---	------------------------------------	--

Objectivo específico 3 (continuação)	- “Orientação de boa prática para a higiene das mãos nas unidades da saúde”. - Realização de Estágio de Observação no Serviço de Cardiologia – Laboratório de Hemodinâmica do HSM. -Solicitação à Enf. Orientadora do PIS o “layout” da norma de procedimentos em vigor no HSC. -Redacção da proposta de norma. -Disponibilização do exemplar de proposta de norma à Prof. Orientadora, à Enf. Orientadora do PIS, à Enf. Elo de ligação com a Comissão de Controlo de Infecção do HSC e à equipa de enfermagem, para recolha de sugestões. -Reflexão com a Enf. Orientadora e Enf. Elo de ligação com a Comissão de Controlo de Infecção sobre as sugestões recolhidas. -Reflexão com a Prof. Orientadora em tutoria presencial. -Realização das alterações pertinentes e redacção da norma final.			15/07/2011 1ª Semana de Setembro de 2011 21, 22 de Setembro de 2011 22/09/2011 23/09/2011 26/09/2011 18/10/2011	Apresenta Relatório Reflexivo. Apresenta relatório com norma final.
---	---	--	--	--	---

4-Divulgar a norma de procedimentos de enfermagem na preparação das mesas para técnicas invasivas na UNICARV à equipa de enfermagem em sessão formativa.	-Em coordenação com Prof. Orientadora, Enf. Orientadora e Enf. Responsável pela formação em serviço da UNICARV, proceder ao agendamento da formação. - Publicitação da sessão de formação. - Construção da apresentação da norma em “PowerPoint”. - Submissão da apresentação da norma à Prof. e Enf. orientadora. - Alteração da apresentação da norma de acordo com as sugestões recebidas da Prof. e Enf. orientadora. -Realização do plano de sessão formativa (modelo do HSC). -Apresentação à equipa de enfermagem a norma de procedimentos.	Prof. Orientadora, Enf. Orientadora do PIS, Enf. Responsável pela formação em serviço, equipa de enfermagem.	Computador, pen, projector. Papel, canetas, lápis. Fotocopiadora. Sala para a formação.	Setembro de 2011. 27/10/2011 14/10/2011 15 e 16 de Outubro de 2011 15 e 16 de Outubro de 2011 18/10/2011 19/10/2011	Apresenta relatório com publicitação da sessão de formação Apresenta relatório com plano de sessão formativa. Apresenta relatório com conteúdo da sessão formativa.
---	---	---	--	--	--

Objectivo específico 4 (continuação)	-Avaliação da sessão formativa (modelo do HSC). -Anexação da norma ao dossier de protocolos e normas da UNICARV.			27/10/2011 28/10/2011	Apresenta relatório com avaliação da sessão formativa.
--------------------------------------	--	--	--	-------------------------------------	---

5-Planear a avaliação do projecto (estratégias implementadas).	-Aplicação da grelha de observação com os critérios já utilizados no diagnóstico da situação, seis meses após o final da implementação do projecto que culmina com a divulgação da norma em sessão formativa. -Definição de indicadores de avaliação para cada etapa da norma de procedimentos. -Tratamento dos resultados. -Apresentação e divulgação dos resultados à equipa de enfermagem recorrendo a sessão formativa.	Prof. Orientadora, Enf. Orientadora do PIS, Enf. Responsável pela formação em serviço, equipa de enfermagem.	Computador, pen, projector. Papel, canetas, lápis. Fotocopiadora. Sala para a formação.	Primeiro trimestre de 2012. Abril de 2012	Apresenta relatório com fundamentação teórica para a construção dos conteúdos da grelha de observação. Pretende-se que seis meses após a implementação do projecto, a equipa de enfermagem execute as 5 etapas da norma de procedimentos de enfermagem na preparação das mesas para técnicas invasivas na UNICARV, em 100%.
Cronograma: Consultar (Apêndice VI) – Cronograma do Planeamento actualizado.					
Orçamento: <u>Recursos Humanos:</u> Não foram alocados recursos humanos externos à UNICARV nem subcontratados.					

Recursos Materiais: Os custos associados à execução do projecto foram de 9 euros, referente à impressão dos posters.

Previsão dos constrangimentos e forma de os ultrapassar:

Identifico como potencial constrangimento o agendamento da acção formativa, reunir a totalidade da equipa de enfermagem numa só acção formativa poderá ser inviável, devido a férias e trocas de turno. Pretendo ultrapassar este constrangimento com a realização de duas sessões formativas.

Data 29/04/ 2011

Assinatura: Susana Rocha

Docente:

APÊNDICE VI – Cronograma do Planejamento PIS e PAC

CRONOGRAMA DO PLANEAMENTO (actualizado)

	Março				Abril				Maio				Junho				Julho				Agosto				Setembro				Outubro				Novembro			
	1ª s	2ª s	3ª s	4ª s	1ª s	2ª s	3ª s	4ª s	1ª s	2ª s	3ª s	4ª s	1ª s	2ª s	3ª s	4ª s	1ª s	2ª s	3ª s	4ª s	1ª s	2ª s	3ª s	4ª s	1ª s	2ª s	3ª s	4ª s	1ª s	2ª s	3ª s	4ª s	1ª s	2ª s	3ª s	4ª s
ACTIVIDADES PIS																																				
OBJECTIVO ESPECÍFICO 1	Aprofundar conhecimentos na área da Prevenção Controlo de Infecção																																			
Pesquisa bibliográfica dirigida ao objectivo.																																				
Reunião com o elo de ligação da UNICARD com a Comissão de Controlo de Infecção do HSC.																																				
Formção - "12º Congresso Mundial de Esterilização".																																				
OBJECTIVO ESPECÍFICO 2	Construir poster com as etapas dos procedimentos de enfermagem na preparação das mesas para técnicas invasivas na UNICARV																																			
Pesquisa bibliográfica dirigida ao objectivo.																																				
Relato fotográfico das etapas do procedimento.																																				
Montagem do poster A3 com as etapas do procedimento.																																				
Apresentação do protótipo I do poster à Prof.orientadora (por mail), à Enf. orientadora, à equipa de enfermagem , para recolha de sugestões																																				
Realização das alterações sugeridas.																																				
Impressão de 3 posters A3 com as etapas do procedimento, em casa comercial especializada.																																				
Afixação dos posters nas 3 salas da UNICARV.																																				

[illegible]

OBJETIVO ESPECÍFICO 3

Elaborar norma de procedimentos de enfermagem na preparação das mesas para técnicas invasivas na UNICARV

Pesquisa bibliográfica dirigida ao objectivo.

Realização de Estágio de Observação no Laboratório de Hemodinâmica - HSM.

Solicitação à Enf. orientadora do PIS o “layout” da norma de procedimentos em vigor no HSC.

Redacção da proposta de norma (protótipo I).

Disponibilização de exemplar do protótipo I à Prof. Orientadora, à Enf. Orientadora do PIS, à Enf. Elo de ligação com a Comissão de Controlo de Infecção do HSC e à equipa de enfermagem, para recolha de sugestões.

Reflexão com a Enf. orientadora e Enf. elo de ligação com com a Comissão de Controlo de Infecção sobre as sugestões recolhidas.

Reflexão com a Prof. orientadora e tutoria presencial.

Realização das alterações pertinentes e redação da norma final.

OBJETIVO ESPECÍFICO 4

Divulgar a norma de procedimentos de enfermagem na preparação das mesas para técnicas invasivas na UNICARV à equipa de enfermagem em sessão formativa

Em coordenação com Prof. orientadora, Enf. orientadora e Enf. responsável pela formação em serviço da UNICARV, proceder ao agendamento da formação.

Publicitação da sessão de formação.

[illegible]

[illegible]

[illegible]

APÊNDICE VII – Relatório Reflexivo – “12º Congresso Mundial de Esterilização”

RELATÓRIO REFLEXIVO DO 12º Congresso Mundial de Esterilização

No âmbito do Estágio III do 1º Curso de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

Aluna: Susana Rocha

Outubro 2011

No âmbito do 12º Congresso Mundial de Esterilização, que decorreu entre 12 e 15 de Outubro de 2011 no Centro de Congressos do Estoril, realizei no dia 12 de Outubro o **“Curso Básico em Esterilização”**, organizado pela Associação Nacional de Esterilização.

Defini como objectivo ao participar no curso “Aprofundar/actualizar e sistematizar conhecimentos relacionados com o controlo de infecção e esterilização”.

Os formadores do curso foram Valeska Stempliuk (Especialista em Controlo de Infecção da Organização Pan Americana de Saúde/OMS), Sílvia Isabel Acosta de Gnass (Especialista em Controlo de Infecções Hospitalares, Directora do Departamento de Prevenção e Controlo de Infecção do Riverside Country Regional Medical Center – Califórnia, EUA), peritos de referência na área do Controlo de Infecção.

As temáticas leccionadas foram:

- Princípios básicos da limpeza, características da água, propriedades dos detergentes, influência do tempo e temperatura no processo de limpeza.
- Desinfecção química. Propriedades e mecanismos de acção dos desinfectantes. Parâmetros essenciais para cada tipo de desinfectante químico.
- Microbiologia do ciclo de esterilização. Morte celular. Parâmetros essenciais para esterilização por vapor, óxido de etileno e plasma peróxido de hidrogénio.
- Factores determinantes na escolha do método de desinfecção e esterilização, custo, sustentabilidade do método, tempo de ciclo, segurança do processo e riscos ocupacionais.
- Avaliação visual e controlo químico da qualidade de limpeza.
- Indicadores químicos e biológicos para os processos de esterilização: características, margem de segurança, uso e documentação do resultados.

Os conteúdos da formação permitiram o aprofundamento, actualização e sistematização de conhecimentos relacionados com os princípios científicos dos processos de limpeza e esterilização; a metodologia de controlo dos processos de limpeza, desinfecção e esterilização.

Pelo exposto, considero o meu objectivo plenamente atingido e este momento formativo enriquecedor da minha praxis, articulando-se e contribuindo para o desenvolvimento da competência **K3 “ Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infecção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas”**, (Regulamento nº124/2011 de 18 de Fevereiro). Os conhecimentos mobilizados durante a formação constituem uma mais valia no âmbito da Especialidade Médico-Cirúrgica, a Prevenção/Controlo de Infecção e a esterilização são áreas específicas desta especialização, bem como para a consecução do objectivo do PIS “Melhorar a Qualidade dos Cuidados de Enfermagem prestados aos utentes submetidos a práticas invasivas na UNICARV”.

Por fim, apresento o programa do curso e o certificado de participação.

12 de Outubro de 2011 - 14h00 / 18h00

OBJECTIVOS	Escolher um método de esterilização e desinfeção apropriado para o seu serviço
CONTEÚDOS	• Critérios de escolha dos métodos de desinfeção e esterilização
DURAÇÃO	60 min
FORMADORES	Silvia Acosta e Valeska Stempliuk
MÉTODOS	Aula expositiva e exercícios
OBJECTIVOS	Conhecer os princípios científicos dos processos de limpeza desinfeção e esterilização
CONTEÚDOS	• Fundamentos da limpeza • Desinfeção química • Ciclos de esterilização e morte celular
DURAÇÃO	90 min
FORMADORES	Silvia Acosta e Valeska Stempliuk
MÉTODOS	Aula expositiva
OBJECTIVOS	Conhecer a metodologia de controlo dos processos de limpeza, desinfeção e esterilização
CONTEÚDOS	• Controlo do processo de limpeza • Controlo do processo de desinfeção • Controlo do processo de esterilização
DURAÇÃO	90 min
FORMADORES	Silvia Acosta e Valeska Stempliuk
MÉTODOS	Aula expositiva e exercícios

CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO



CURSO BÁSICO EM ESTERILIZAÇÃO

12 DE OUTUBRO DE 2011

Centro de Congressos do Estoril, Portugal

Certifica-se que

Susana Cristina Rocha

frequentou o Curso Básico em Esterilização com a duração de 4 horas.

Luísa Nogueira
Presidente da ANES

Organização:

anes
Associação Nacional de Esterilização

Patrocinador:

SUCH
Serviço de Utilização Comum

Entre os dias 13 e 15 de Outubro o 12º Congresso Mundial de Esterilização proporcionou um programa científico variado de elevada qualidade.

Defini como objectivo ao participar no 12º congresso Mundial de Esterilização “Aprofundar/actualizar e sistematizar conhecimentos relacionados com o controlo de infecção e esterilização”.

A sessão de abertura foi efectuada pela Exma. Sra. Dra. Elaine Pina (Coordenadora do Programa Nacional de Controlo da Infecção) que colocou o enfoque na segurança (utentes e profissionais) e na qualidade dos cuidados prestados aos utentes.

Foram apresentados 9 painéis dos quais destaco “Práticas Internacionais” (Esterilização com recursos limitados. O que é essencial?, Recomendações internacionais – novas tendências); “Factores Ambientais” (Novos desafios na embalagem de dispositivos médicos, especificações para o armazenamento de dispositivos médicos estéreis – qual o argumento?); “Novas tecnologias” (Desenvolvimento do novo método de desinfecção dos dispositivos médicos por fluidos supercríticos; “Riscos psico-sociais e formação” (A normalização como elemento para gerir o risco e a qualidade no serviço de esterilização Centralizada, Como otimizar as metodologias de formação). A tónica comum a todas as apresentações centrou-se uma vez mais na segurança e qualidade dos serviços prestados aos utentes.

Pelo exposto, considero o meu objectivo plenamente atingido e este momento formativo enriquecedor e produtivo para minha praxis, articulando-se e contribuindo para o desenvolvimento da competência **K3 “Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infecção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas”,** (Regulamento nº124/2011 de 18 de Fevereiro). Os conhecimentos mobilizados durante a formação constituem uma mais valia no âmbito da Especialidade Médico-Cirúrgica, a Prevenção/Controlo de Infecção e a

esterilização são áreas específicas desta especialização, bem como para a consecução do objectivo do PIS *“Melhorar a Qualidade dos Cuidados de Enfermagem prestados aos utentes submetidos a práticas invasivas na UNICARV”*.

Por fim, apresento o programa do Congresso e o certificado de participação.

Thursday, 13 October 2011

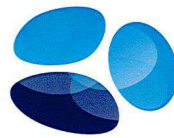
09.00	Opening Session Minister of Health, Portugal (tbc) Elaine Pina, Portugal - PNCI Coordinator Wim Renders, Belgium - WFHSS President Luisa Nogueira, Portugal - Chair of the Local Organizing Committee (ANES)
10.00	Lecture Moderator: Elaine Pina (Portugal) PNCI Coordinator-National Infection Control Programme Sterilization - challenges in the 21st century! Valeska Stempliuk (USA) Specialist in Infection Prevention and Control - PAHO/WHO
10.45	Coffee Break
11.30	Panel 1: Cleaning (I) Moderator: Luísa Nogueira (Portugal) President - ANES - Portuguese Association of Sterilization Validation of manual cleaning and disinfection procedures Anke Carter (Germany) Consultant Health Care - MMM Group Jurgen Gebel (Germany) Microbiologist - Institute for Hygiene and Public Health - Bonn University Cleaning with ultrasound: The secret life of bubbles Robert Mettin (Germany) Permanent Reseacher - Georg-August-University Goettingen
13.00	Lunch
13.45	Workshops
15.00	Panel 2: Cleaning (II) Moderator: Isabel Malta (Portugal) Director of the Central Sterile Supply Department - Portuguese Oncology Institute, Porto

	New insights in cleaning of highly complex minimal invasive surgery Diana Bijl (The Netherlands) Expert Sterile Medical Devices - Diana Bijl Consultancy Are the cleaners safe for medical devices? Story of an unfortunate experience Christine Denis (France) Chief Pharmacist CSSD - CHRU (University/regional hospital) of Lille
16.00	Coffee Break
16.30	Panel 3: Traceability Moderator: Duygu Percin (Turkey) Associate Professor - Department of Microbiology - University Faculty of Medicine Kayseri Medical device tracking – Myth or reality Cristina Rato (Portugal) Nursing Officer of the Central Support Steril Devices - Hospital da Luz Individual traceability of surgical instruments: guide of application Christophe Lambert (France) President - French Association of Sterilisation
17.30	Posters Presentations
Friday, 14 October 2011	
09.00	Panel 4: International practices Moderator: Amália Espada (Portugal) Responsible for CSSD - Hospital do Espírito Santo de Évora, E.P.E. Sterilization with limited resources, what is essential? Ana Paula Coutinho (Denmark) Technical Officer – Infection Prevention and Control, Alert and Response Operations, Division of Communicable Diseases, Health Security & Environment - World Health Organization - Regional Office for Europe Global warning - what next? Gillian Sills (United Kingdom) Director of Education The RUMED concept - a new WFHSS guideline Tillo Miorini (Austria) President - Austrian Society for Sterile Supply
10.45	Coffee Break
11.30	Panel 5: Environmental factors Moderator: Judite Neves (Portugal) Director of the Health Products Directorate - INFARMED - National Authority of Medicines and Health Products, I.P. Environmental control Manuela Cano (Portugal) Responsible for Air Quality Laboratory at the Air and Occupational Health Unit, Environmental Health Department - National Institute of Health Dr. Ricardo Jorge (INSA) Meeting the challenges of medical device packaging Gisela Cristina Mendes

	(Portugal) Technical Director and Quality Assurance Manager - Bastos Viegas Specifications for temperature and humidity in sterile storage environments - Where's the evidence? Terry McAuley (Australia) Sterilisation and Infection Control Consultant
13.00	Lunch
13.45	Workshops
15.00	Panel 6: Advanced technologies Moderator: Valeska Stempliuk (USA) Specialist in Infection Prevention and Control - PAHO/WHO Once upon a time in a lumen after washing process Hervé Ney (Switzerland) Head Manager of the CSSD - University Hospitals of Geneva Developing new sterilization methods of medical devices by supercritical fluids Alberto Bertucco (Italy) Full Professor of Chemical Engineering - University of Padua
16.00	Coffee Break
16.30	Panel 7: Training, psycho-social and other risks Moderator: Maria Glória Aboim (Portugal) Vice-president - ANES - Portuguese Association of Sterilization Standards are the instruments to manage risk and quality in the CSSD Caroline Conneely (Ireland) Central Decontamination Unit Manager - Children's University Hospital Psycho-social risks in closed environments Marisa Salanova (Spain) Full Professor on Social Psychology - University Jaume I, Castellón How to improve the training methodologies to be more efficient João Leite (Portugal) Psychologist
20.00	Congress Dinner
	Saturday, 15 October 2011
09.00	Panel 8: Airborne microbial contamination risks Moderator: Birte Oskarsson (Sweden) Vice President - WFHSS - World Forum for Hospital Sterile Supply Ventilation and airborne contamination Berit Reinmüller (Sweden) Docent of Energy and Environment Building Services Engineering - Chalmers University of Technology Bengt Ljungqvist (Sweden) Professor of Energy and Environment Building Services Engineering - Chalmers University of Technology

	Clothing systems used in operating rooms Berit Reinmüller (Sweden) Docent of Energy and Environment Building Services Engineering - Chalmers University of Technology Air movements and dispersion of contaminants Bengt Ljungqvist (Sweden) Professor of Energy and Environment Building Services Engineering - Chalmers University of Technology
10.45	Coffee Break
11.30	Panel 9: Best poster presentations Moderator: Wim Renders (Belgium) President - WFHSS - World Forum for Hospital Sterile Supply
12.30	Closing Ceremony Best Poster Award Presentation of the 2012 conference- JSMI, Japan

CERTIFICATE | CERTIFICADO



12th WORLD STERILIZATION CONGRESS

7th NATIONAL SYMPOSIUM OF STERILIZATION

12 - 15 October 2011 | Estoril, Portugal

We do hereby certify that
Certifica-se que

Susana Dias Rocha

has participated in the 12th World Sterilization Congress and 7th National Symposium of Sterilization, held at Estoril Congress Center, Portugal, from 12 to 15 October 2011.

participou no 12º Congresso Mundial de Esterilização e 7ª Jornadas Nacionais de Esterilização, que tiveram lugar no Centro de Congressos do Estoril, Portugal, de 12 a 15 de Outubro de 2011.

Luisa Nogueira
President of the Local Organizing Committee
Presidente da Comissão Organizadora Local

Wim Rinders
President of the International Organizing Committee
Presidente da Comissão Organizadora Internacional

Organization | Organização:
anes
Associação Nacional de Esterilização

WFHSS

APÊNDICE VIII – Poster “Proteger para Prevenir”

"PROTEGER PARA PREVENIR"



Fonte: Rocha, S. (2011)



Fonte: Rocha, S. (2011)



Fonte: Rocha, S. (2011)



Fonte: Rocha, S. (2011)



Realizado por: Enf.ª Susana Rocha
Estudante do 1º Curso de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Enf.ª Orientador Natália Gonçalves
Prof. Dr.ª. Alice Ruivo
Abril 2011

APÊNDICE IX – Relatório Reflexivo – Estágio de observação – Laboratório de
Hemodinâmica – Outro Hospital da área metropolitana de Lisboa

RELATÓRIO REFLEXIVO DO ESTÁGIO DE OBSERVAÇÃO

No âmbito do Estágio III do 1º Curso de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

Dia 15/07/2011

Outro Hospital da área metropolitana de Lisboa – Serviço de Cardiologia – Laboratório de Hemodinâmica

Aluna: Susana Rocha

Julho 2011

Dia 15/07/2011

O acolhimento no Laboratório de Hemodinâmica foi realizado pela Sra. Enf. Chefe FF.

Solicitei-lhe para não permanecer o turno completo no laboratório porque tinha interesse em tomar conhecimento das actividades de enfermagem desenvolvidas no pré e pós exame/intervenção no laboratório de Hemodinâmica. A Enf. FF. iniciou a visita mostrando-me a Unidade de Cuidados Intensivos de Cardiologia, Unidade esta com os equipamentos semelhantes à Unidade do HSC mas com um número de camas bastante superior ao HSC. Em seguida visitei a enfermaria de cardiologia que é constituída por duas alas de internamento, feminina e masculina, igualmente com um número superior de camas comparativamente ao HSC.

Na enfermaria de cardiologia existe um gabinete designado por “Gabinete Percurso Integrado do Doente”. Neste gabinete o enfermeiro realiza uma consulta de Enfermagem que inclui ensino pré e pós exame, história de enfermagem relacionada com doença cardíaca. Estas actividades deixaram de ser realizadas no HSC por falta de enfermeiros. “Perdeu-se” qualidade no atendimento ao utente cardíaco para exame Hemodinâmico, em que as actividades desenvolvidas são da área de competência exclusiva dos enfermeiros. Presentemente os contactos aos utentes para a realização do exame é feito telefonicamente pelas secretárias da Hemodinâmica, estas fazem o ensino em relação ao exame, à preparação para o exame e à medicação que devem tomar ou suspender.

No fim da visita à enfermaria de cardiologia tomei contacto com o “Gabinete de seguimento do utente pós-alta” que funciona desde 2004, neste gabinete exercem funções uma enfermeira e uma secretária. As actividades de enfermagem centram-se no acompanhamento dos utentes pós exame/intervenção Hemodinâmica.

Os utentes que só realizaram exame de diagnóstico são contactados telefonicamente pela enfermeira ao fim de 30 dias para despiste de alguma complicação tardia pós exame.

Os utentes que realizaram intervenção (angioplastia coronária, ablação de disritmias, etc.), são contactados telefonicamente pela enfermeira ao fim de 30 dias, 1 ano, 3 anos e 5 anos, tendo como objectivos o despiste de alguma complicação tardia pós exame, saber se utente tem aderido ao regime terapêutico e o seu estado de saúde, se faz as actividades de vida diária sem queixas ou se há recorrência das mesmas, fazendo e

encaminhamento para uma consulta de cardiologia no hospital ou médico de família, de acordo com a situação. Na minha realidade hospitalar estas actividades são desenvolvidas pelas secretárias da Hemodinâmica, mais uma vez, competências dos enfermeiros atribuídas a outros profissionais.

Saliento, que no momento da alta os utentes ficam em seu poder com nota de alta médica e de enfermagem, mas este gabinete envia uma cópia de ambas ou para o médico que referenciou ou para o médico de família com o objectivo da informação não se perder se o utente não procurar o médico a pós a alta.

O tempo restante deste turno (5 horas) foram passadas no laboratório de Hemodinâmica acompanhada pela Enf. responsável PM. O funcionamento do laboratório é semelhante à minha realidade. Observei porém, que em termos de organização/arrumação tanto dos materiais e fármacos necessários à prestação de cuidados de enfermagem, como a preparação das mesas para técnicas invasivas no laboratório, não são cumpridas as normas para a prevenção de infecção. Ainda não se encontram implementadas as normas de gestão do risco na área do medicamento. Na minha realidade hospitalar estes pontos acima referidos encontram-se em desenvolvimento (PIS), no referente à área do medicamento, os carros de urgência estão equipados e os fármacos rotulados de acordo com as recomendações internacionais, mas havendo muito trabalho a desenvolver na área da qualidade dos cuidados e na gestão do risco.

Este estágio de observação proporcionou-me conhecer uma realidade diferente relacionada com os exames/intervenções realizadas noutro laboratório de Hemodinâmica. Considero que a partilha desta experiência com os meus pares poderá constituir um momento privilegiado para impulsionar o desenvolvimento de novas actividades de enfermagem no serviço visando a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem, competências de uma futura enfermeira especialista, articulando-se e contribuindo para o desenvolvimento da competência **K1 “Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica”**, (Regulamento nº124/2011 de 18 de Fevereiro).

APÊNDICE X – “Norma de procedimentos de enfermagem na preparação das mesas para técnicas invasivas na UNIVARV”

NORMA DE PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM NA PREPARAÇÃO DAS MESAS PARA TÉCNICAS INVASIVAS NA UNICARV

Elaborado por: Susana Cristina Rocha

Data: 19/09/2011

Revisto por: Natália Gonçalves

Data: 07/10/2011

Aprovado por: Natália Gonçalves

Data: 14/10/2011

1. OBJECTIVO

Melhorar a Qualidade dos Cuidados de Enfermagem prestados aos utentes submetidos a práticas invasivas na UNICARV.

2. DESTINATÁRIOS

Enfermeiros que exercem funções na UNICARV.

3. INTRODUÇÃO

A Comissão de Controlo da Infecção Hospitalar surgiu na década de 70 com a preocupação em se conhecer os índices de infecção hospitalar, e tem como principal responsabilidade, a implantação de acções de biossegurança, que corresponde à adopção de normas e procedimentos seguros e adequados à manutenção da saúde dos clientes, dos profissionais e dos visitantes (TURRINI & SANTO, 2002).

Segundo a Infect Control Hosp Epidemiol (2010), as Infecções Associadas a Cuidados de Saúde (IACS) figuram no “Top 10” das causas de morte, tem implicações no custo económico do hospital, da família e da sociedade e criam desconfiança no sistema de saúde.

De acordo com a WORLD HEALTH ORGANIZATION (2010), as IACS são um problema transversal que nenhuma instituição ou país parece ter resolvido ainda. Em cada ano centenas de milhões de utentes são afectados por estas infecções, “ (...) na Europa a cada ano, mais de 4 milhões de pacientes são afectados por cerca de 4,5 milhões de episódios de IACS, que causam 16 milhões de dias extra de internamento, 37 mil mortes e custam cerca de 7 biliões de euros por ano” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010).

O Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (PNCI) afirma que “ (...) a IACS é um problema nacional de grande acuidade,

afectando não só a qualidade da prestação dos cuidados mas também qualidade de vida dos doentes e a segurança dos doentes e dos profissionais, aumentado exponencialmente os custos directos e indirectos do sistema de saúde” (PNCI 2007, p.7).

A Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesa, AESOP (2010) e Organização Mundial de Saúde, OMS (2009) recomendam a lavagem cirúrgica das mãos/desinfecção com solução alcoólica bem como a adopção de medidas de protecção individual (uso de barrete, máscara, bata e luvas esterilizadas) como práticas de prevenção das IACS. A AESOP (2010) refere que estas práticas, para além dos blocos operatórios, destinam-se a salas de radiologia de intervenção e todas as áreas onde se possam realizar técnicas invasivas.

4. INSTRUÇÕES DE UTILIZAÇÃO



Fonte: Rocha, S. (2011)

4.1 - Prática recomendada:

Deve ser usado barrete ou toca cirúrgica, que cubra o cabelo na sua totalidade.^{1,2,3,4,8}

Justificação:

Os barretes e toucas impedem a libertação de partículas para a atmosfera e a queda de cabelos sobre as roupas ou campos cirúrgicos.

4.2 – Prática recomendada:

A máscara deve ser usada na presença de ferida aberta, materiais estéreis abertos ou pessoas desinfectadas. Deve cobrir tanto a boca como o nariz e deve ser colocada de forma a desviar lateralmente as partículas provenientes das vias respiratórias que não devem ser dirigidas para o campo estéril.^{1,2,3,4,8}

Justificação:

O uso de máscara é uma importante medida de controlo da infecção. Tem a função de conter e filtrar as gotículas e microrganismos expelidos pela boca e nariz, durante a respiração, conversação, tosse, espirros.



Fonte: Rocha, S. (2011)

4.3 - Prática recomendada:

A desinfecção cirúrgica das mãos é uma técnica que deve ser padronizada para todos os profissionais. A utilização de antissépticos em solução alcoólica, não dispensa a higienização das mãos nem a escovagem das unhas na primeira desinfecção do dia.^{1,2,3,4,8,9}

Justificação:

A desinfecção cirúrgica das mãos tem uma componente mecânica e química.

A acção mecânica remove a sujidade, microrganismos transitórios e alguns microrganismos residentes. A acção química inibe a proliferação da flora residente.

A desinfecção cirúrgica só é eficaz se a técnica utilizada for a recomendada em relação ao material disponível, se for correctamente utilizada e se todas as áreas forem exposta à acção mecânica e à acção química do anti-séptico, cujo tempo de contacto deve ser no mínimo de 3 a 5 minutos (conforme indicação do fabricante).

4.3.1 - “Desinfecção cirúrgica das mãos”

Como executar?



Fonte: Rocha, S. (2011)

Molhar as mãos, antebraços e cotovelos.^{1,2,3,9}



Fonte: Rocha, S. (2011)



Fonte: Rocha, S. (2011)



Fonte: Rocha, S. (2011)

Escovar as unhas, primeiro uma mão, depois a outra e enxaguar. Friccionar no sentido distal – proximal, dedos, mãos e antebraços com a esponja impregnada de antisséptico que se encontra no verso da escova. Respeitar a ordem de fricção: mão direita, mão esquerda, punho esquerdo, punho direito; antebraço direito, antebraço esquerdo.^{1,2,3,9}



Fonte: Rocha, S. (2011)



Fonte: Rocha, S. (2011)



Fonte: Rocha, S. (2011)

Remover o anti-séptico sob água corrente, no sentido das mãos para os cotovelos. Fechar a torneira com o cotovelo, joelho ou pés, se a torneira não possuir foto sensor.

Secar com toalhetes estéreis descartáveis, um para cada braço no sentido distal-proximal.^{1,2,3,9}

4.3.2 - “Fricção anti-séptica das mãos”

Solução anti-séptica de base alcoólica (SABA). Duração total do procedimento 30 segundos.^{1,2,3,9}

Como executar?



Fonte: Rocha, S. (2011)

Aplique o produto numa mão em forma de concha para cobrir todas as superfícies.^{1,2,3,9}



Fonte: Rocha, S. (2011)

Esfregue as palmas das mãos, uma na outra.^{1,2,3,9}



Fonte: Rocha, S. (2011)

(2011)

Palma direita sobre o dorso esquerdo com os dedos entrelaçados e vice-versa.^{1,2,3,9}



Fonte: Rocha, S.

As palmas das mãos com os dedos entrelaçados.^{1,2,3,9}



Fonte: Rocha, S. (2011)

Parte de trás dos dedos nas palmas
opostas com dedos entrelaçados.^{1,2,3,9}



Fonte: Rocha, S. (2011)

Esfregue o polegar direito em
sentido rotativo, entrelaçado
na palma esquerda e vice-
versa.^{1,2,3,9}



Fonte: Rocha, S. (2011)

Esfregue rotativamente para trás
e para frente os dedos da mão direita
na palma da mão esquerda e vice-versa.^{1,2,3,9}



Fonte: Rocha, S. (2011)

O mesmo procedimento
anterior em relação aos
punhos e antebraços.^{1,2,3,9}



Fonte: Rocha, S. (2011)

Uma vez secas as suas mãos estão seguras.^{1,2,3,9}



Fonte: Rocha, S. (2011)

4.4 - Prática recomendada:

Sempre que se realizem técnicas cirúrgicas e/ou invasivas, é recomendado o uso de bata.^{1,2,3,4,8}

Justificação:

As batas esterilizadas constituem uma barreira bacteriana que minimiza o risco de transferência de microrganismos entre áreas não estéreis e estéreis e uma barreira protectora que diminui o risco de contaminação dos utilizadores.

4.5 – Prática recomendada:

Todos os procedimentos cirúrgicos, técnicas invasivas e/ou assépticas implicam o uso de luvas esterilizadas.^{1,2,3,4,8}

Justificação:

As luvas esterilizadas para além de serem uma barreira protectora para os profissionais, constituem também uma barreira microbiana que minimiza o risco de transferência de microrganismos dos profissionais para os doentes, durante procedimentos cirúrgicos e técnicas invasivas.

4.5.1 – Prática recomendada:

O uso de luvas esterilizadas implica, obrigatoriamente, uma prévia desinfecção das mãos.^{1,2,3,4,8}

Justificação:

A correcta desinfecção cirúrgica das mãos elimina os microrganismos transitórios e reduz, significativamente, os microrganismos residentes da pele, minimizando, assim, o perigo de transferência destes microrganismos entre áreas não estéreis e estéreis.

5. BIBLIOGRAFIA

1. AESOP - **Enfermagem Perioperatória: Da Filosofia à Prática dos Cuidados**. [s.i.]: Loures: Lusodidacta – Sociedade Portuguesa e Material Didáctico, Lda., 2006.
2. AESOP – **Práticas Recomendadas para Bloco Operatório**. 2ª ed. 2010.
3. DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (2010). **Orientações da OMS para Cirurgia Segura 2009**. ISBN 978 92 41598552.
4. **GUIDELINES FOR THE PREVENTION OF INTRAVASCULAR CATHETER** (2002). [consultado 28/02/2011 às 22:12]. Disponível em http://www.premierinc.com/safety/topics/guidelines/downloads/01_rr5110-IV-Catheter-02.pdf.
5. INFECT CONTROL (2010). [consultado 24/01/2011 às 23:11]. Disponível em <http://www.bing.com/search?q=Infec+Control+Hospt+Epidemiol,+2010&src=IE-Adress>.
6. PROGRAMA NACIONAL DE PREVENÇÃO E CONTROLO DA INFECCÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE (PNCI) (2007). [consultado 20/01/2011 às 14:06]. Disponível em <http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2010/07/PNCI-2007.pdf>. 20 de Maio de 2011

7. WORLD HEALTH ORGANIZATION (2010). **The Burden of Health Care-Associated Infection Worldwide**. [consultado 06/01/2011 às 23:38]. Disponível em <http://www.who.int/gpsc/countrywork/summary201000430en.pdf>
8. RECOMENDAÇÕES PARA PREVENÇÃO DA INFECÇÃO ASSOCIADA AOS DISPOSITIVOS INTRAVASCULARES (2006). [consultado 26/08/2011 às 23:52]. Disponível em <http://www.umcci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/PrevInfDisplIntravasculares.pdf>
9. CIRCULAR NORMATIVA nº13/DQS/DSD (2010). **Orientação de Boa Prática para Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde**. Lisboa. DGS. 42p.

Trabalho realizado no âmbito do 1º Curso Pós Licenciatura de Especialização
Enfermagem Médico-Cirúrgica



Sob a orientação:
Prof. Dra. Alice Ruivo
Enf. Natália Gonçalves

APÊNDICE XI – Publicitação da sessão de formação – Apresentação da norma

“PROTEGER PARA PREVENIR”

No dia **27/10** de 2011, entre as **14h e as 14:30h** - Quinta Feira,

Realizar-se-á uma sessão formativa dirigida aos enfermeiros da UNICARV, que tem por objectivo:

**Divulgar a norma de procedimentos de enfermagem na
preparação das mesas para técnicas invasivas na UNICARV**

Local: sala dos médicos - UNICARV

Desde já agradeço a vossa participação!
Susana Rocha

Trabalho realizado no âmbito do 1º Curso Pós Licenciatura de Especialização em
Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto
Politécnico de Setúbal
Sob a orientação:
Prof. Dra. Alice Ruivo
Enfª. Natália Gonçalves

APÊNDICE XII – Apresentação “PowerPoint” – Norma



PROJECTO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO PIS

“PROTEGER PARA PREVENIR”

Susana Rocha; Outubro 2011



- O Projecto “ Proteger para Prevenir “ enquadra-se na área da Prevenção e Controlo de Infecção, designadamente das Infecções Associadas a Cuidados de Saúde, (IACS);
- IACS figuram no “Top 10” das causas de morte, com implicações: custo económico do hospital, da família e da sociedade, criam desconfiança no sistema de saúde (Infect Control Hosp Epidemiol, 2010);
- “(...) na Europa a cada ano, mais de 4 milhões de pacientes são afectados por cerca de 4,5 milhões de episódios de IACS, que causam 16 milhões de dias extra de internamento, 37 mil mortes e custam cerca de 7 biliões de euros por ano” (OMS, 2010).

Susana Rocha; Outubro 2011

1º Curso de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

**A Metodologia de Projecto tem como objectivo principal a
resolução de problemas,**

**“é uma metodologia ligada à investigação, centrada na
resolução de problemas”, GUERRA (1994, p.4).**

Susana Rocha; Outubro 2011

1º Curso de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

OBJECTIVO GERAL:

- **Melhorar a Qualidade dos Cuidados de Enfermagem prestados aos utentes submetidos a práticas invasivas na UNICARV.**

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS:

- **Recapitular a problemática à Equipa de Enfermagem;**
- **Divulgar a norma de procedimentos de enfermagem na preparação das mesas para técnicas invasivas na UNICARV;**
- **Implementar a norma.**

Susana Rocha, Outubro 2011



DEFINIÇÃO DO PROBLEMA:

Não conformidade dos procedimentos de enfermagem na preparação das mesas para técnicas invasivas na Unidade de Hemodinâmica e Cardiologia de Intervenção.

Susana Rocha; Outubro 2011



COMO SE CHEGOU AO PROBLEMA?

Percepção de que os enfermeiros não cumprem a totalidade das recomendações;

Realizada uma observação directa dos procedimentos de enfermagem;

Aplicada grelha de observação nos dias 20, 21, 25 27 e 28 de Janeiro de 2011, no horário 8h/15h e 15h/20h.

Susana Rocha; Outubro 2011

1º Curso de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Resultados da aplicação da grelha de observação:

Práticas de Enfermagem	Nº de mesas preparadas	Resultados observados			
		Sim	%	Não	%
Uso de barrete	53	29	54,7%	24	45,3%
Uso de máscara	53	35	66,0%	18	34,0%
Lavagem cirúrgica das mãos/ Desinfecção das mãos com solução alcoólica adoptada no serviço	53	25	47,2%	28	52,8%
Uso de bata esterilizada	53	17	32,1%	36	67,9%
Uso de luvas esterilizadas	53	53	100,0%	0	0,0%

Susana Rocha; Outubro 2011

1º Curso de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

O que nos diz a literatura ?

- O Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (PNCI) afirma que
“(...) a IACS é um problema nacional de grande acuidade, afectando não só a qualidade da prestação dos cuidados mas também qualidade de vida dos doentes e a segurança dos doentes e dos profissionais, aumentado exponencialmente os custos directos e indirectos do sistema de saúde”. (PNCI 2007);

Susana Rocha; Outubro 2011



1º Curso de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

O que nos diz a literatura ? (cont.)

- A Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesa, AESOP (2010) e a Organização Mundial de Saúde, OMS (2009) recomendam:
A lavagem cirúrgica das mãos/desinfecção com solução alcoólica bem como a adopção de medidas de protecção individual (uso de barrete, máscara, bata e luvas esterilizadas) como práticas de prevenção das IACS.
- A AESOP (2010) refere que estas práticas, para além dos blocos operatórios, destinam-se a salas de radiologia de intervenção e todas as áreas onde se possam realizar técnicas invasivas.

Susana Rocha; Outubro 2011



1º Curso de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

O que nos diz o Código Deontológico do Enfermeiro (CDE) ?

- A alínea a) do Artigo 88.º do Código Deontológico do Enfermeiro refere que o enfermeiro procura, em todo acto profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever de:
“analisar regularmente o trabalho efectuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude” (CDE, 2009).

Susana Rocha; Outubro 2011

1º Curso de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

NORMA DE PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM NA PREPARAÇÃO DAS
MESAS PARA TÉCNICAS INVASIVAS NA UNICARV



Fonte: Rocha, S. (2011)

Prática recomendada:

Deve ser usado barrete ou touca cirúrgica, que cubra o cabelo na sua totalidade. 1,2,3,4,8

Justificação:

Os barretes e toucas impedem a libertação de partículas para a atmosfera e a queda de cabelos sobre as roupas ou campos cirúrgicos.

Susana Rocha; Outubro 2011

1º Curso de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

NORMA DE PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM NA PREPARAÇÃO DAS
MESAS PARA TÉCNICAS INVASIVAS NA UNICARV (cont.)



Fonte: Rocha, S. (2011)

Prática recomendada:

A máscara deve ser usada na presença de ferida aberta, materiais estéreis abertos ou pessoas desinfectadas. Deve cobrir tanto a boca como o nariz e deve ser colocada de forma a desviar lateralmente as partículas provenientes das vias respiratórias que não devem ser dirigidas para o campo estéril. 1,2,3,4,8

Justificação:

O uso de máscara é uma importante medida de controlo da infecção. Tem a função de conter e filtrar as gotículas e microrganismos expelidos pela boca e nariz, durante a respiração, conversação, tosse, espirros.

Susana Rocha; Outubro 2011

1º Curso de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

**NORMA DE PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM NA PREPARAÇÃO DAS
MESAS PARA TÉCNICAS INVASIVAS NA UNICARV (cont.)**



Fonte: Rocha, S. (2011)

Prática recomendada:

A desinfecção cirúrgica das mãos é uma técnica que deve ser padronizada para todos os profissionais. A utilização de antisépticos em solução alcoólica, não dispensa a higienização das mãos nem a escovagem das unhas na primeira desinfecção do dia.^{1,2,3,4,8,9}

Justificação:

A desinfecção cirúrgica das mãos tem uma componente mecânica e química. A acção mecânica remove a sujidade, microrganismos transitórios e alguns microrganismos residentes. A acção química inibe a proliferação da flora residente. A desinfecção cirúrgica só é eficaz se a técnica utilizada for a recomendada em relação ao material disponível, se for correctamente utilizada e se todas as áreas forem exposta à acção mecânica e à acção química do anti-séptico, cujo tempo de contacto deve ser no mínimo de 3 a 5 minutos (conforme indicação do fabricante).

Susana Rocha; Outubro 2011

1º Curso de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

**NORMA DE PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM NA PREPARAÇÃO DAS
MESAS PARA TÉCNICAS INVASIVAS NA UNICARV (cont.)**



Fonte: Rocha, S. (2011)

Prática recomendada:

Sempre que se realizem técnicas cirúrgicas e/ou invasivas, é recomendado o uso de bata.^{1,2,3,4,8}

Justificação:

As batas esterilizadas constituem uma barreira bacteriana que minimiza o risco de transferência de microrganismos entre áreas não estéreis e estéreis e uma barreira protectora que diminui o risco de contaminação dos utilizadores.

Susana Rocha; Outubro 2011

1º Curso de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

**NORMA DE PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM NA PREPARAÇÃO DAS
MESAS PARA TÉCNICAS INVASIVAS NA UNICARV (cont.)**



Fonte: Rocha, S. (2011)

Prática recomendada:

***Todos os procedimentos cirúrgicos, técnicas invasivas
e/ou assépticas implicam o uso de luvas
esterilizadas.^{1,2,3,4,8}***

Justificação:

**As luvas esterilizadas para além de serem uma barreira protectora
para os profissionais, constituem também uma barreira
microbiana que minimiza o risco de transferência de
microrganismos dos profissionais para os doentes, durante
procedimentos cirúrgicos e técnicas invasivas.**

Susana Rocha; Outubro 2011

1º Curso de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

BIBLIOGRAFIA

1. AESOP - **Enfermagem Perioperatória: Da Filosofia à Prática dos Cuidados**. [s.l.]: Loures: Lusodidacta – Sociedade Portuguesa e Material Didáctico, Lda., 2006.
2. AESOP – **Práticas Recomendadas para Bloco Operatório**. 2ª ed. 2010.
3. DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (2010). **Orientações da OMS para Cirurgia Segura 2009**. ISBN 978 92 41598552.
4. **GUIDELINES FOR THE PREVENTION OF INTRAVASCULAR CATHETER** (2002). [consultado 28/02/2011 às 22:12]. Disponível em http://www.premierinc.com/safety/topics/guidelines/downloads/01_rr5110-IV-Catheter-02.pdf
5. INFECT CONTROL (2010). [consultado 24/01/2011 às 23:11]. Disponível em <http://www.bing.com/search?q=Infec+Control+Hospt+Epidemiol,+2010&src=IE-Adress>.

Susana Rocha; Outubro 2011

1º Curso de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

BIBLIOGRAFIA (cont.)

6. PROGRAMA NACIONAL DE PREVENÇÃO E CONTROLO DA INFECÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE (PNCI) (2007). [consultado 20/01/2011 às 14:06]. Disponível em <http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2010/07/PNCI-2007.pdf>. 20 de Maio de 2011
7. WORLD HEALTH ORGANIZATION (2010). **The Burden of Health Care-Associated Infection Worldwide**. [consultado 06/01/2011 às 23:38]. Disponível em <http://www.who.int/gpsc/countrywork/summary20100430en.pdf>
8. RECOMENDAÇÕES PARA PREVENÇÃO DA INFECÇÃO ASSOCIADA AOS DISPOSITIVOS INTRAVASCULARES (2006). [consultado 26/08/2011 às 23:52]. Disponível em <http://www.umcci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/PrevInfDispIntravasculares.pdf>
9. CIRCULAR NORMATIVA nº13/DQS/DSD (2010). **Orientação de Boa Prática para Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde**. Lisboa. DGS. 42p.

Susana Rocha; Outubro 2011

1º Curso de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

OBRIGADA PELA VOSSA ATENÇÃO

Trabalho realizado no âmbito do 1º Curso Pós Licenciatura de
Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola
Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal

Sob a orientação:
Prof. Dra. Alice Ruivo
Enfª. Natália Gonçalves

Susana Rocha; Outubro 2011

APÊNDICE XIII – Plano de sessão de formação – Norma

Plano de Sessão

“PROTEGER PARA PREVENIR”

NORMA DE PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM NA PREPARAÇÃO DAS MESAS PARA TÉCNICAS INVASIVAS NA UNICARV

Local de realização: HSC - UNICARV

Formador: Susana Rocha

DATA: 27/10/2011

DESTINATÁRIOS: ENFERMEIROS que exercem funções na UNICARV

OBJECTIVO GERAL: No final da sessão os formandos adquiram conhecimentos sobre a norma de procedimentos e sobre a importância da prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS)

TEMPO DE DURAÇÃO: 20MIN

	Conteúdos/Actividades	Metodologia	Recursos didácticos	Tempo (Minutos)
Introdução	Comunicação do tema e dos objectivos	Expositiva	Projector Vídeo Computador	3'
Desenvolvimento	PIS – “Proteger para Prevenir” O Problema – Como se chegou ao problema Resultados da aplicação da grelha de observação O que nos diz a literatura? O que nos diz o Código Deontológico do enfermeiro? Norma de procedimentos de enfermagem	Expositiva Interrogativa	Projector de Vídeo Computador	12 ‘
Conclusão	Síntese da sessão Questionário de avaliação da acção de formação	Expositiva Interrogativa	Projector Vídeo Computador Papel/caneta	5'

APÊNDICE XIV – Questionário de avaliação da sessão de formação

Questionário de Avaliação da Acção de Formação

Acção de Formação: Norma de procedimentos de
Enfermagem na preparação das
mesas para técnicas invasivas na UNICARV

Data: / / 2011

Terminada esta acção de formação, a sua opinião vai permitir-nos reflectir sobre as aprendizagens

realizadas e a dinâmica estabelecida.

As suas respostas são importantes para a melhoria da qualidade de futuras acções de formação.

Agradeço o seu contributo!

Escala de Avaliação

1. Insuficiente 2. Suficiente 3. Bom 4. Muito Bom

Assinale com X a quadrícula correspondente à sua opinião

1. Programa da Acção de Formação	1	2	3	4
1.1. Objectivos da acção	☐	☐	☐	☐
1.2. Utilidade dos temas abordados para a prática profissional	☐	☐	☐	☐
1.3. Cumprimento do programa	☐	☐	☐	☐
1.4. Duração da acção	☐	☐	☐	☐

2. Funcionamento da Acção de Formação

	1	2	3	4
2.1. Eficácia da divulgação da acção	☐	☐	☐	☐
2.2. Qualidade da documentação distribuída	☐	☐	☐	☐
2.3. Utilização dos meios audiovisuais	☐	☐	☐	☐
2.4. Qualidade das instalações	☐	☐	☐	☐

3. Avaliação Global

	1	2	3	4
3.1. Nível de conhecimentos no início da acção	☐	☐	☐	☐
3.2. Nível de conhecimentos no final da acção	☐	☐	☐	☐
3.3. Nível de satisfação das suas expectativas	☐	☐	☐	☐

4. Sugestões Temáticas para as próximas formações:

APÊNDICE XV – Quadro 3 – Resultados da aplicação da grelha de observação
em Janeiro de 2011 versus Maio/Junho de 2012

Quadro 3 – Resultados da aplicação da grelha de observação em Janeiro de 2011 versus Maio/Junho de 2012

Práticas de Enfermagem	Número de mesas preparadas	Resultados observados Janeiro 2011 (Diagnóstico de situação)				Resultados observados Maio/Junho 2012 (Avaliação dos resultados das estratégias implementadas)				Observação Janeiro 2011 Vs Maio/Junho 2012
		Sim	%	Não	%	Sim	%	Não	%	% Sim
Uso de barrete	53	29	54,7%	24	45,3%	36	67,9%	17	32,1%	13,2%
Uso de máscara	53	35	66,0%	18	34,0%	49	92,5%	4	7,5%	26,4%
Lavagem cirúrgica das mãos/ Desinfecção das mãos com solução alcoólica adoptada no serviço	53	25	47,2%	28	52,8%	17	32,1%	36	67,9%	-15,1%
Uso de bata esterilizada	53	17	32,1%	36	67,9%	36	67,9%	17	32,1%	35,8%
Uso de luvas esterilizadas	53	53	100,0%	0	0,0%	53	100,0%	0	0,0%	0,0%

APÊNDICE XVI – Planeamento do PAC

Planeamento do Projecto de Aprendizagem Clínica (PAC)

Estudante: Susana Cristina Pereira dos Santos Dias da Rocha	Orientador Enf. NG
Instituição: HSC	Serviço: Unidade de Hemodinâmica e Cardiologia de Intervenção (UNICARV)
 <u>OBJECTIVOS</u> 1. Cuidar em tempo útil e de forma holística a pessoa/família a vivenciar processos complexos de doença cardiovascular crítica e/ou falência orgânica na UNICARV. 2. Elaborar proposta de operacionalização dos Planos de Evacuação tipo A e B da UNICARV, em situação de catástrofe no HSC.	
 Identificação dos profissionais do serviço com quem vai articular a intervenção (chefia directa, orientador, outros elementos da equipa, outros profissionais, outros serviços) Enf. Chefe NG(orientadora de estágio), Enf. EM (Enf. responsável de serviço a frequentar CPLEE-MC, Enf. JB (Enf. responsável de serviço, Enf. graduado). Dr. PS (Cardiologista) .	

Objetivos	Atividades/Estratégias a desenvolver	Recursos			Indicadores de Avaliação
		Humanos	Materiais	Tempo	
1- Cuidar em tempo útil e de forma holística a pessoa/família a vivenciar processos complexos de doença cardiovascular crítica e/ou falência orgânica na UNICARV.	Pesquisa/Revisão bibliográfica dirigida ao objetivo: - Base de dados (B-On, Lilacs, Medline, Ebsco, web). ─ European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010. Mobilização de conhecimentos e habilidades: - na prestação de cuidados ao utente emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica de doença cardiovascular. - na gestão e administração de protocolos terapêuticos complexos; - na gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica/falência orgânica, otimizando as respostas; -na assistência à pessoa/família com perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença/falência orgânica; - na gestão da comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde; - na gestão do estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica/falência orgânica. Promoção de sessão formativa em equipa multidisciplinar dirigida à equipa multidisciplinar da UNICARV sobre Guidelines for Resuscitation		Computador com acesso à internet, impressora, pen livros, revistas, UNICARV, protocolos da UNICARV.	Março a Novembro de 2011.	Apresenta relatório reflexivo da prática, à luz das competências do Enf. Especialista em EMC.

Objectivo 1 (continuação).	2010 do European Resuscitation Council. -Pesquisa/Revisão bibliográfica direccionada para a temática. - Reunião com Dr. PS, aferição dos conteúdos da sessão de formação. -Em coordenação com Enf. Orientadora, o Dr. PS e o Enf. Responsável pela formação em serviço da UNICARV, proceder ao agendamento da formação. - Transmissão à Prof. Orientadora a data agendada, (aula de tutoria presencial). - Realização do plano de sessão formativa (modelo do HSC). - Afixação da folha de publicitação da sessão de formação. -Apresentação à equipa multidisciplinar das actualizações das Guidelines for Resuscitation 2010 do European Resuscitation Council. -Avaliação da sessão formativa (modelo do HSC). Iniciação à preparação precoce para a alta da pessoa/família a vivenciar EAM - Elaboração de		Computador com acesso à internet, impressora, pen.	3 a 14 de Outubro de 2011. 8/11/2011. Agendada para 17/11/2011. 14/11/2011. 9/11/2011. 9/11/2011. 17/11/2011.	Apresenta relatório com plano de sessão formativa. Apresenta relatório com conteúdo da sessão formativa. Apresenta relatório com avaliação da sessão formativa.
---------------------------------------	--	--	---	--	--

Objectivo 1 (continuação)	um folheto informativo com o título “E depois do enfarte?” -pesquisa bibliográfica direccionada para a concepção do folheto informativo. -realização do protótipo I do folheto. -apresentação do protótipo I do folheto em reunião `a Enf. orientadora, equipa de enfermagem para recolha de sugestões. - Apresentação do protótipo I do folheto à Prof. orientadora, (aula de tutoria presencial). -realização do folheto informativo final com as alterações pertinentes. -disponibilização do folheto informativo junto do Enf. responsável pelo recobro para que o possa oferecer à pessoa/família. - Formação – 1º <i>Workshop</i> da VMER do Hospital de São José. - Formação – V Jornadas de Enfermagem do Serviço de Urgência do Centro Hospitalar de Setúbal.			Março a Novembro de 2011 27 de Outubro a 4 de Novembro de 2011. 7 a 9 de Novembro de 2011. 10/11/2011. 14/11/2011. 17/11/2011. 24/11/2011. 17/09/2011.	Apresenta relatório com protótipo I do folheto. Apresenta relatório com folheto informativo para pessoa/família a vivenciar EAM. Apresenta Relatório Reflexivo. Apresenta Relatório Reflexivo.
--------------------------------------	---	--	--	--	--

2- Elaborar proposta de operacionalização dos Planos de Evacuação tipo A e B da UNICARV, em situação de catástrofe no HSC (planeado) 2- Elaborar <i>poster</i> formato A3 do Plano de Emergência Interno – Evacuação da UNICARV em situação de catástrofe no HSC. (objectivo reformulado)	Pesquisa bibliográfica direccionada para o objectivo: -pesquisa na Web sobre o Plano Distrital e Nacional para catástrofe e emergência; - Pesquisa sobre o enquadramento legal da Profissão de Enfermagem em situação de catástrofe; - Reunião com a Enf. orientadora do PAC para disponibilização de informação sobre os Planos de Evacuação do HSC; - Redacção do protótipo I da proposta; - Disponibilizar exemplar do protótipo I à Prof. Orientadora, à Enf. Orientadora do PIS, à equipa de enfermagem com espaço para recolha de sugestões; -Reflexão com a Prof. Orientadora, a Enf. Orientadora sobre as sugestões recolhidas, -Proceder a alterações pertinentes; -Redacção da proposta final. -Divulgação da proposta à equipa multidisciplinar. Pesquisa bibliográfica direccionada para o objectivo: -pesquisa na Web sobre o Plano Distrital e Nacional para catástrofe e emergência; -Pesquisa sobre o enquadramento legal da Profissão de Enfermagem em situação de catástrofe; Reunião com a Enf. orientadora do PAC para disponibilização de informação sobre os Planos de Evacuação do HSC, (plano tipo A e B).		Computador com acesso à internet, impressora, pen.	20 e 21 de Outubro de 2011. Março a Novembro de 2011 Março e Abril de 2011. 30/06/2011.	Apresenta relatório reflexivo sobre catástrofe e seu enquadramento legal com a Profissão de Enfermagem. Apresenta proposta de operacionalização dos Planos de Evacuação Tipo A e B na UNICARV, em situação de catástrofe no HSC. Apresenta relatório reflexivo sobre catástrofe e seu enquadramento legal com a Profissão de Enfermagem.
---	--	--	---	---	---

	.Realização de Estágio de Observação – Gabinete de Gestão do Risco – HSJ. - Reunião com os responsáveis pelo Gabinete de Gestão do Risco do HSC. - Construção do poster A3 (protótipo I) – Plano de Emergência Interno – Evacuação da UNICARV em situação de catástrofe no HSC. - Apresentação por“mail” do protótipo I do poster à Prof. e Enf. orientadora, para recolha de sugestões. - Reflexão sobre as sugestões de melhoria do protótipo I com a Prof. e Enf. orientadora. - Redacção do poster final com as alterações pertinentes. - Divulgação do poster à equipa multidisciplinar sob a forma de afixação no corredor da UNICARV. - Formação – V Jornadas de Enfermagem do Serviço de Urgência do Centro Hospitalar de Setúbal.			14/07/2011. 27/09/2011. 29 de Setembro a 7 de Novembro de 2011. 7/10/2011. 8 a 12 de Novembro de 2011. 16/11/2011. 17/11/2011. 20 e 21 de Outubro de 2011.	Apresenta Relatório Reflexivo. Apresenta relatório com protótipo I do poster. Apresenta relatório com poster final. Apresenta Relatório Reflexivo.
--	--	--	--	--	--

APÊNDICE XVII – Apresentação “PowerPoint” – “Guidelines” 2010
Reanimação Cardiopulmonar

17 NOV 2011

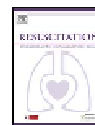
Resuscitation 92 (2011) 1–29



Contents lists available at ScienceDirect

Resuscitation

journal homepage: www.elsevier.com/locate/resuscitation



European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010

Section 1. Executive summary

Jerry P. Nolan^{a,*}, Jasmeet Soar^b, David A. Zideman^c, Dominique Blaren^d, Leo L. Bossaert^e, Charles Deakin^f, Rudolph W. Koster^g, Jonathan Wyllie^h, Bernd Böttigerⁱ, on behalf of the ERC Guidelines Writing Group



PEDRO JERÓNIMO SOUSA / SUSANA ROCHA

INTRODUÇÃO

SBV

T.

SAV

SCA

TRAINING

SBV

SAV

BRADICÁRDIA

TAQUICÁRDIA

RESUMO

2005 → 2010

Baseado em “*International Consensus on CPR Science with Treatment Recommendations (CoSTR)*”

1. Sumário
2. SBV adulto e DAE
3. Terapias eléctricas (DAE, Desfibriladores, Cardioversão, *Pacing*)
4. SAV Adulto
5. Abordagem inicial dos SCA
6. SAV pediátrico
7. RCP neonatal
8. PCR em circunstâncias de excepção
9. Formação em RCP
10. Ética na RCP e “*end-of-life decision*”

✿ Todos os respondedores - Compressões Torácicas

- ✿ 100 / min
- ✿ 5 cm
- ✿ Minimizar interrupções



✿ Responderes treinados – Compressões Torácicas / Ventilação

- ✿ 30 / 2



✿ Manter compressões constantes

- ✿ Minimizar pausas pré e pós choque (<5 seg)
- ✿ Manter compressões enquanto desfibrilhador carrega
- ✿ Risco baixo se reanimadores usam luvas (verificação de segurança curta)



✿ Desfibrilhação: Reforço da importância

- ✿ Prioritário (antes do SBV)
- ✿ Três choques seguidos: VF/VT presenciada, Hemodinâmica, Pós-cir Card.





- SBV qualidade
- Prevenir a PCR
- Murro pré-cordial: menos ênfase
- Fármacos via TET: não recomendada (EV ou Intraóssea)
- Fármacos na VF/VT: iniciam após o 3º choque, já em SBV (1 mg adrenalina, 300 mg amiodarona)
- Fármacos na ASS/AESP: retirada atropina



- EOT: não atrasar as compressões
- SAV: O₂ 100% → ROSC: ↓ FIO₂ para Sat O₂ 94-98%
- PCI pós ROSC: se apropriado, mesmo comatosos
- Tratamento da hiperglicémia pós ROSC (Glicose >180 mg/dL)
- Protocolo de hipotermia pós ROSC (VF/VT: mais evidência)



- ❖ **O₂: hipoxémia, dispneia, congestão pulmonar**
- ❖ **AAS: mesmo sem supervisão médica**
- ❖ **GpIIb/IIIa *upstream*: desencorajado**
- ❖ **REPERFUSÃO**
 - ❖ Preferir PCI (via verde coronária)
 - ❖ PCI rescue: OK
 - ❖ PCI facilitada: desencorajada (transferência após 6-24h)
 - ❖ PCI após ROSC: inclusão em protocolo de RCP
- ❖ **B-Bloq.: *Start low, go slow***



- ❖ **Formação credenciada**
- ❖ **Conhecimentos mantidos 3-6 meses**



Check response

Shake gently
Ask loudly: "Are you all right?"



If not responsive

Open airway & check for breathing

If breathing normally

↓

Turn into recovery position

- Call 112
- Continue to assess that breathing remains normal



If not breathing normally or not breathing

Call 112, find & bring an AED

Start CPR immediately





Start CPR immediately

Place your hands in the centre of the chest
Deliver 30 chest compressions:

- Press firmly at least 5 cm deep at a rate of at least 100/min
- Seal your lips around the mouth
- Blow steadily until the chest rises
- Give next breath when the chest falls
- Continue CPR



CPR 30:2



Switch on the AED & attach pads

Follow the voice prompts immediately
Attach one pad below the left armpit
Attach the other pad below the right collar bone, next to the breastbone
If more than one rescuer: don't interrupt CPR



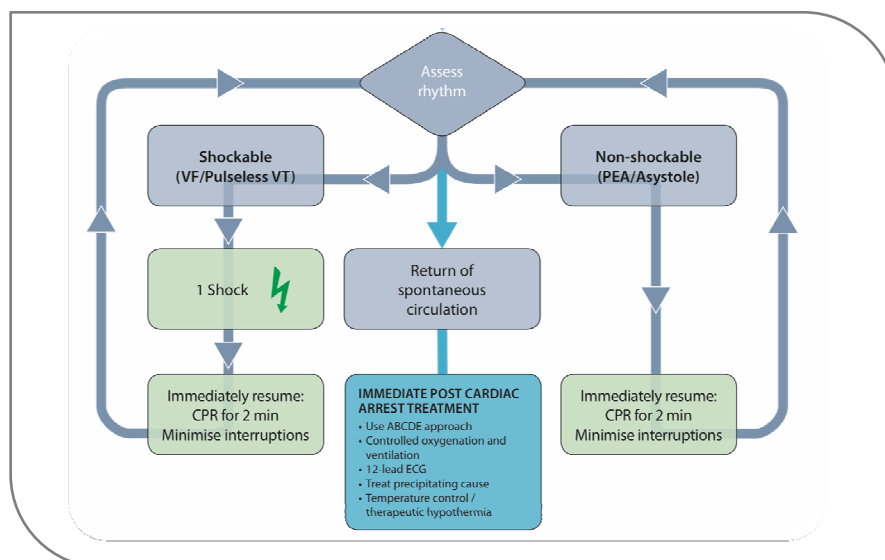
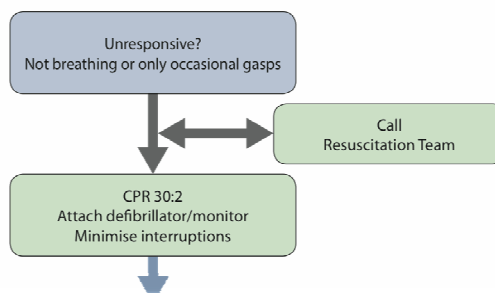
Stand clear & deliver shock

Nobody should touch the victim

- during analysis
- during shock delivery



Advanced Life Support Universal Algorithm





DURING CPR

- Ensure high-quality CPR: rate, depth, recoil
- Plan actions before interrupting CPR
- Give oxygen
- Consider advanced airway and capnography
- Continuous chest compressions when advanced airway in place
- Vascular access (intravenous, intraosseous)
- Give adrenaline every 3-5 min
- Correct reversible causes

REVERSIBLE CAUSES

- Hypoxia
- Hypovolaemia
- Hypo-/hyperkalaemia/metabolic
- Hypothermia
- Thrombosis
- Tamponade - cardiac
- Toxins
- Tension pneumothorax



Advanced Life Support Bradycardia Algorithm

- Assess using the ABCDE approach
- Ensure oxygen given and obtain IV access
- Monitor ECG, BP, SpO₂, record 12 lead ECG
- Identify and treat reversible causes (e.g. electrolyte abnormalities)

Assess for evidence of adverse signs:

- 1 Shock
- 2 Syncope
- 3 Myocardial ischaemia
- 4 Heart failure

Assess for evidence of adverse signs:

- 1 Shock
- 2 Syncope
- 3 Myocardial ischaemia
- 4 Heart failure

Atropine
500 mcg IV

Satisfactory
Response?

Interim measures:

- Atropine 500 mcg IV repeat to maximum of 3 mg
- Isoprenaline 5 mcg min⁻¹
- Adrenaline 2-10 mcg min⁻¹
- Alternative drugs*

OR

- Transcutaneous pacing

Seek expert help
Arrange transvenous pacing

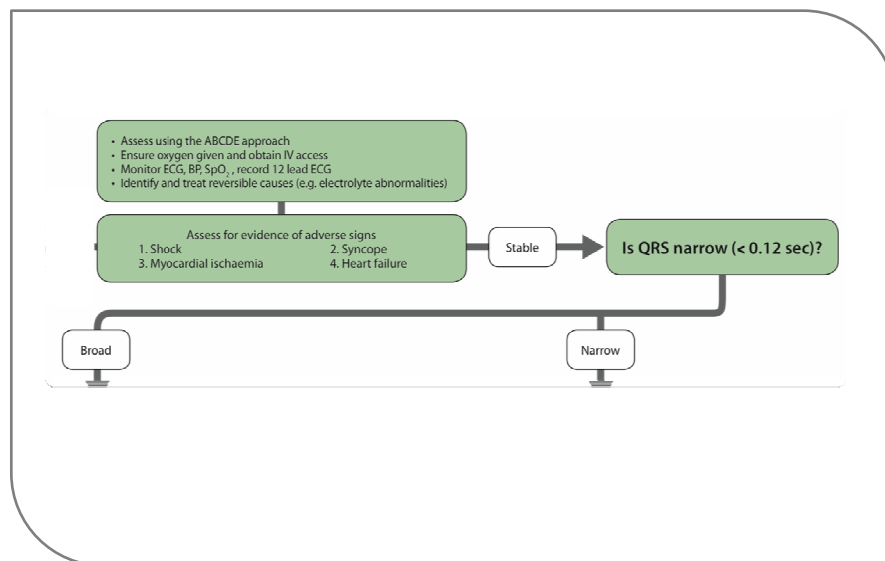
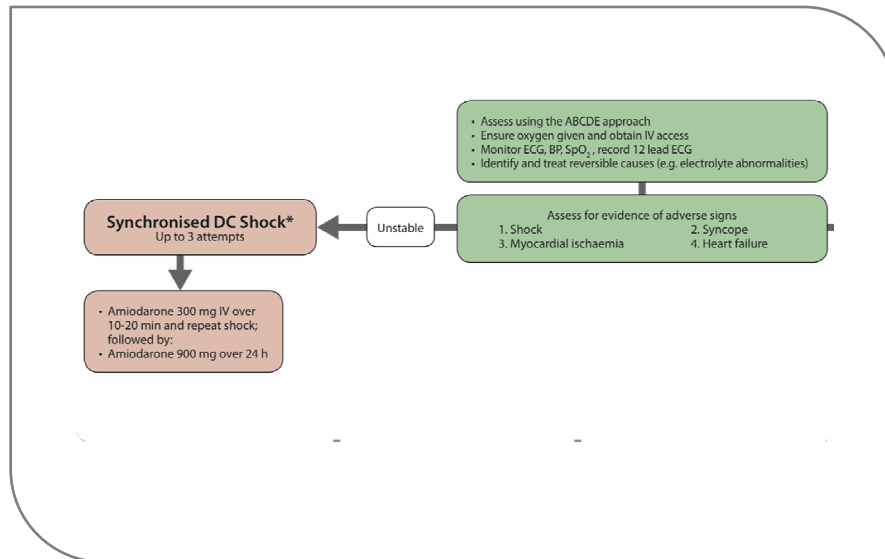
* Alternatives include:

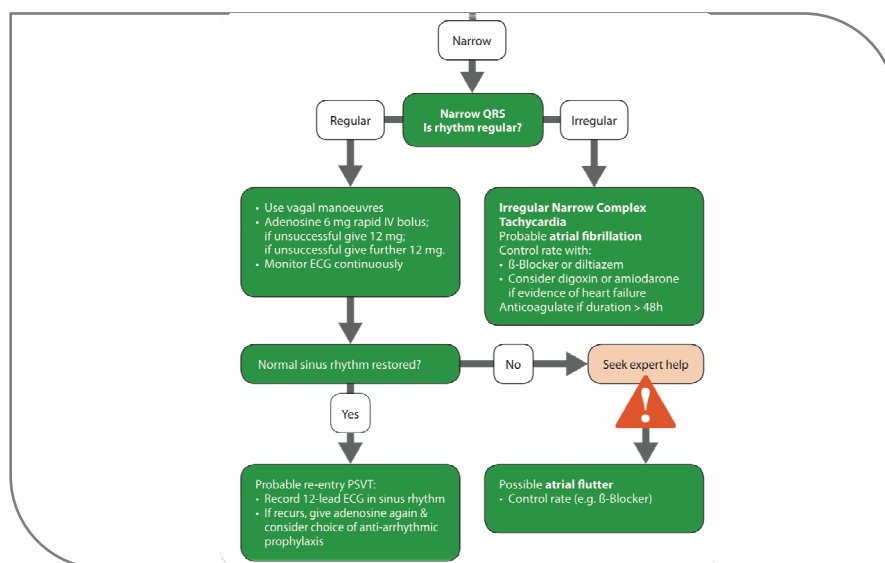
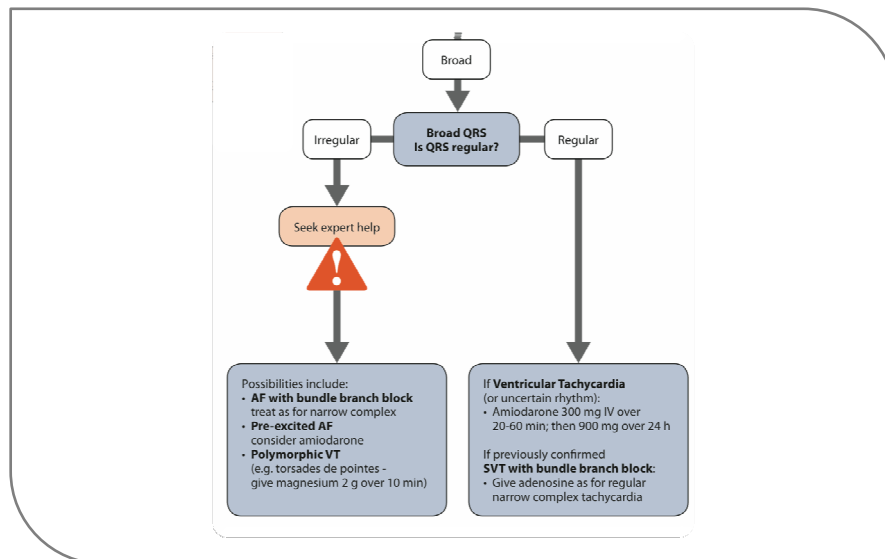
- Aminophylline
- Dopamine
- Glucagon (if beta-blocker or calcium channel blocker overdose)
- Glycopyrrolate can be used instead of atropine

Risk of asystole?

- Recent asystole
- Mobitz II AV block
- Complete heart block with broad QRS
- Ventricular pause > 3s

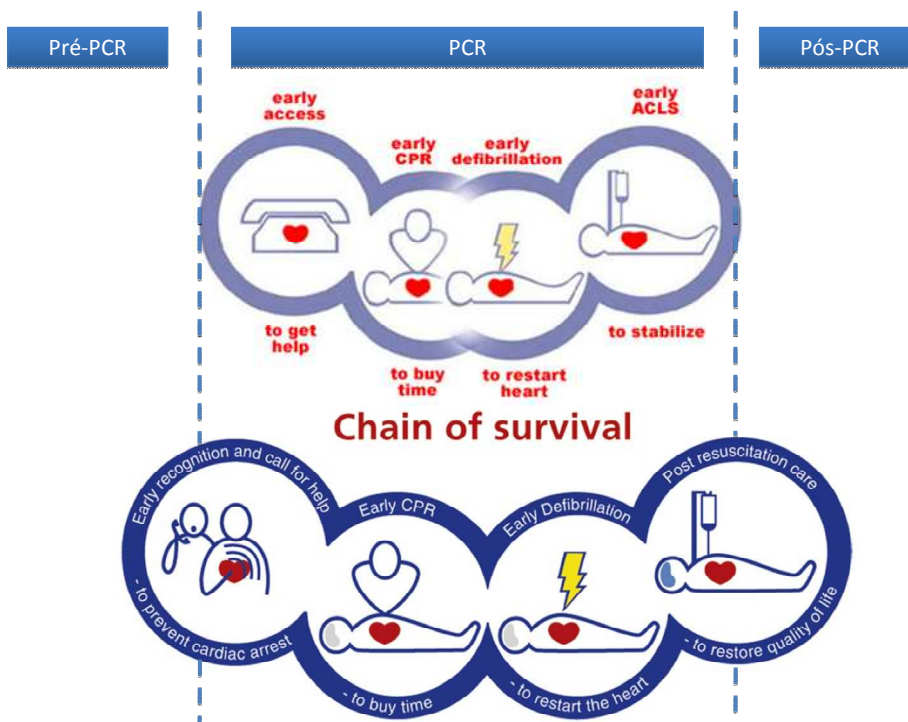
Observe





Desfibrilhação: Reforço da importância

- Três choques seguidos: VF/VT presenciada, Hemodinâmica, Pós-cir Card.
- Fármacos na VF/VT: iniciam após o 3º choque, já em SBV (1 mg adrenalina, 300 mg amiodarona)
- Fármacos na ASS/AESP: retirada atropina
- EcoCG: despiste de causas reversíveis
- SAV: O₂ 100% → ROSC: ↓ FIO₂ para Sat O₂ 94-98%
- PCI pós ROSC: se apropriado, mesmo comatosos
- Protocolo de hipotermia pós ROSC (todos os casos, VF/VT: mais evidência)



APÊNDICE XVIII – Plano de sessão de formação – “Guidelines” 2010
Reanimação Cardiopulmonar

Plano de Sessão

“Guidelines for Ressuscitation 2010 / European ressuscitation Council”

Local de realização: HSC - UNICARV **Formadores:** Pedro Jerónimo Sousa Susana Rocha

DATA: 17/11/2011

DESTINATÁRIOS: EQUIPA MULTIDISCIPLINAR DA UNICARV

OBJECTIVO GERAL: No final da sessão os formandos adquiram conhecimentos sobre as novas ***“Guidelines for Ressuscitation 2010”***

TEMPO DE DURAÇÃO: 30 min.

	Conteúdos/Actividades/Prelector	Metodologia	Recursos didácticos	Tempo (Minutos)
Introdução	Comunicação do tema e dos objectivos Susana Rocha	Expositiva	Projector Vídeo Computador	3´
Desenvolvimento	SBV (suporte básico de vida) Traçados Eléctricos de emergência SAV adulto (suporte avançado de vida) SCA (síndrome coronário agudo) <i>Training</i> SBV – <i>Guidelines</i> SAV – <i>Guidelines</i> Bradicardia / Taquicardia Pedro Jerónimo Sousa	Expositiva Interrogativa	Projector de Vídeo Computador	21´
Conclusão	Síntese da sessão Questionário de avaliação da acção de formação Susana Rocha	Expositiva Interrogativa	Projector Vídeo Computador Papel/caneta	6´

APÊNDICE XIX – Publicitação da sessão de formação – “Guidelines” 2010
Reanimação Cardiopulmonar

No dia **17/11** de 2011, entre as **8h e as 8:30h** — Quinta-Feira,

Realizar-se-á uma sessão formativa dirigida à equipa multidisciplinar da UNICARV, que tem por objectivo:

**Divulgar as Recomendações 2010 para
Reanimação, do Conselho Português de
Ressuscitação**

Local: sala dos médicos - UNICARV

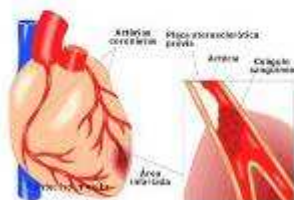
Prelectores: Pedro Jerónimo de Sousa
Susana Rocha

Trabalho realizado no âmbito do 1º Curso Pós Licenciatura de
Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde
do Instituto Politécnico de Setúbal

Sob a orientação:
Prof. Dra. Alice Ruivo
Enfª. Natália Gonçalves

APÊNDICE XX – Folheto “ E Depois do Enfarte?” – (Protótipo 1)

O que é o **Enfarte** **Agudo do** **Miocárdio ?**



O **EAM** ocorre quando uma determinada região do coração morre devido à ausência de sangue (oxigénio), por entupimento total da artéria coronária que o irriga.

Como se caracteriza a **DOR** no EAM ?

♥ É mais intensa e prolongada do que na Angina (mais de 15 minutos) e não desaparece com o repouso

♥ Localiza-se no meio do peito, é opressiva e penetrante e pode estender-se ao pescoço, ombros, costas, braço esquerdo ou ambos os braços, frequentemente acompanhada de palidez, sudorese, e por vezes náuseas e vômitos



Mais informações:
www.fisiocardia.com

www.enfarte.com

www.institutodocoracao.pt

www.fpcardiologia.pt

<http://portaldocoracao.wordpress.com>

www.alimentacaosaudavel.org/



HOSPITAL DE SANTA CRUZ
UNICARV



E DEPOIS DO ENFARTE



Trabalho realizado no âmbito do 1º Curso Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal



Realizado por: Susana rocha

Sob a orientação:

Prof. Dra. Alice Ruivo

Enf.ª Natália Gonçalves

O que é a Angina de Peito ?

É uma dor que resulta da falta temporária de oxigénio ao coração, devido ao estreitamento das artérias coronárias provocado por placas de gordura (colesterol) que aí se acumulam, dificultando a passagem do sangue.

Como se caracteriza a DOR da Angina ?

- ♥ Dura alguns minutos (10 a 15) e desaparece com o repouso ou tomando 1 comprimido sub-lingual de nitroglicerina
- ♥ Localiza-se mais frequentemente no meio do peito, é difusa, tipo peso ou aperto no peito que pode estender-se para a face interna do braço esquerdo
- ♥ Aparece geralmente pela actividade física (andar, subir ...), nervosismo, ansiedade, com o frio ou após ter feito uma refeição muito abundante (é facilmente confundida com com indigestão)



A Angina de Peito poderá levar ao EAM

O **EAM** pode provocar morte súbita. Em caso de dor intensa, com angústia, palidez e sudoreção, não hesite ligue



Após o **TRATAMENTO** do **EAM** na nossa Unidade de Intervenção, chegou a sua vez de colaborar na sua reabilitação e manter o tratamento eficaz, **como** ?

CONTROLANDO FACTORES DE RISCO

♥ Hipertensão



♥ Tabagismo



♥ Obesidade e aumento do colesterol no sangue



♥ Diabetes

♥ Tensão nervosa e ansiedade



♥ Inactividade física



ADOPTANDO NOVOS ESTILOS DE VIDA

♥ Pratique uma alimentação variada pobre em gorduras e docuras



♥ Pratique actividade física regular, deve iniciar aos poucos, marcha diária 20 a 30 minutos 3 a 5 vezes por semana



MUITO IMPORTANTE

Cumpra a medicação receitada pelo médico Cardiologista, medicamentos como:

Aspegic, Cartia, AAS 150mg

Plavix, Clopidogrel 75mg



SÓ PODE SER SUSPENSA COM AUTORIZAÇÃO DO SEU CARDIOLOGISTA

APÊNDICE XXI – Folheto “ E Depois do Enfarte?” – Final

♥Na sua actividade profissional



Fonte: <http://dicasnaguarda.com/2012/01/20/>



Fonte: <http://atodidada.org/2011/06/02/da-vida-nova.com>

Seja qual for o tipo de desequilíbrio ou insatisfação que confrontamos no trabalho, poderemos sempre recorrer ao lema: *"faça o que pode, com o que tem, onde estiver"*, val ver que vale a pena!¹⁴

MUITO IMPORTANTE

Cumpra rigorosamente a medicação
receitada pelo médico Cardiologista



Fonte: atodidada.org

**SÓ PODE SER SUSPENSA COM AUTORIZAÇÃO
DO SEU MÉDICO ASSISTENTE/CARDIOLOGISTA**

Saiba mais:

www.spc.pt

www.fisiocardia.com

www.enfarte.com

www.institutodocoracao.pt

www.fpcardiologia.pt

<http://portaldocoracao.wordpress.com>

www.alimentacaosaudavel.org/

Referências Bibliográficas / Electrónicas

1. ABERU, A. (2011). Exercelele Física e Coração Saudável [consultado 15/11/2011 às 22:00]. Disponível em www.spc.pt
2. ALEXANDER, R. Wayne [et al.] – Hurst's – O Coração. 9ª ed. Lisboa: Editora McGraw-Hill de Portugal, 2000. ISBN 972 773 064 7.
3. FAUCI [et al.] - Harrison Medicina Interna. 17ª ed. Rio de Janeiro: Editora McGraw-Hill do Brasil, 2008. ISBN 978-85 77260-51-6
4. DAVINA, C.; FENHO, T. (2010). O Enfarte Agudo do Miocárdio. [consultado 14/11/2011 às 21:30]. Disponível em www.spc.pt
5. MINDERICO, C. (2013). Alimentação e Doença Cardíaca. [consultado 14/11/2011 às 21:40]. Disponível em www.spc.pt
6. MINDERICO, C. (2015). Coração Bem Nutrido. [consultado 14/11/2011 às 21:50]. Disponível em www.spc.pt
7. MENDES, M.(2005). Saúde cardiovascular no local de trabalho: Uma responsabilidade, uma responsabilidade partilhada I. [consultado 15/11/2011 às 22:20]. Disponível em <http://www.spc.pt/spc/>
8. MENDES, M. (2017). Actividade física: a chave para viver melhor. [consultado 14/11/2011 às 22:50]. Disponível em <http://www.spc.pt/spc/>
9. RHPPS; WIMAR, SÓDQS, JUDY; MAREK, Jane – Enfermagem Médico Cirúrgica: conceitos e prática clínica. 1ª Edição: Loures: Lusociência, 2008. ISBN: 972-8988-65-7.
10. SILVA, N. R. (2005). Leve o coração para o emprego e poupe o do trabalho. [consultado 15/11/2011 às 00:05]. Disponível em <http://www.spc.pt/spc/>
11. SANTA-CLARA, I. (2019). Coração activo, coração feliz. [consultado 15/11/2011 às 22:15]. Disponível em www.spc.pt

Trabalho realizado no âmbito do 1º Curso Pós-Graduado de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Faculdade de Saúde do Instituto Politécnico de Saúde

Realizado por: Susana Rocha

2ºa orientação:

Prof. Dr.ª Alice Ruivo

3ªª orientação:

Prof.ª Natália Gonçalves



HOSPITAL DE SANTA CRUZ

UNICARV



E DEPOIS DO ENFARTE



O que é a Angina de Peito ?^[14]

A angina de peito caracteriza-se por uma dor torácica transitória ou uma sensação de pressão. A dor surge quando o músculo cardíaco não recebe oxigénio suficiente, devido ao estreitamento das artérias coronárias provocado por placas de gordura (colesterol) que aí se acumulam, dificultando a passagem do sangue.

Como se caracteriza a DOR na Angina ?^[14]

♥ Pode durar alguns minutos (10 a 15') e habitualmente desaparece com o repouso ou com a administração de 1 comprimido sub-lingual de nitroglicerina.

♥ Localiza-se frequentemente no peito, é difusa, tipo peso ou aperto que pode estender-se para o braço esquerdo.

♥ Aparece geralmente pela actividade física (andar, subir ...), nervosismo, ansiedade, com o frio ou após ter feito uma refeição muito abundante (é facilmente confundida com indigestão).

O que é o Enfarte Agudo do Miocárdio ?^[14]

O enfarte agudo do miocárdio, mais vulgarmente conhecido por "ataque cardíaco" resulta geralmente da lesão do músculo cardíaco devido à obstrução de uma ou mais artérias coronárias que o irrigam.

Como se caracteriza a DOR no Enfarte Agudo do Miocárdio?^[14]

♥ É mais intensa e prolongada do que na Angina (mais de 15 minutos) e não desaparece com o repouso.

♥ Localiza-se no meio do peito, é opressiva e penetrante e pode estender-se ao pescoço, ombros, costas, braço esquerdo ou ambos os braços. É frequentemente acompanhada de palidez, sudoração, e por vezes náuseas e vômitos.

O enfarte pode provocar morte súbita.

Em caso de dor intensa, com angústia, palidez e sudação, não hesite ligar



Após o **TRATAMENTO** do **ENFARTE** na nossa Unidade de Intervenção, chegou a sua vez de se **responsabilizar** pela sua **reabilitação** e manter o tratamento eficaz. **Como ?**

1. CONTROLANDO FACTORES DE RISCO^[15]

♥Hipertensão



Fonte: wikipedia.org



Fonte: wikipedia.org

♥Tabagismo



Fonte: wikipedia.org

♥Obesidade/aumento do colesterol e triglicéridos no sangue (dislipidémia)



♥Diabetes

♥Stress



Fonte: wikipedia.org



Fonte: wikipedia.org



Fonte: wikipedia.org

♥Sedentarismo

2. ADOPTANDO NOVOS ESTILOS DE VIDA

♥Pratique uma alimentação variada.^[16]

Exemplos de alimentos que **fazem bem ao seu coração**:

Legumes (salada/sopa), frutos vermelhos, pêssago, maçã, azeite, ervilhas, grão de bico, feijão branco, aveia, soja, amendoas, caju, cereais integrais, leite, iogurte e queijo magros, peixes ricos em omega 3 (sardinha, salmão), carnes brancas.



Fonte: wikipedia.org



Fonte: wikipedia.org

Substitua o sal por **ervas aromáticas** como por exemplo: coentros, salsa, hortelã, alecrim, cebolinho, oregãos, louro, manjerição, cravinho, etc.

Evitar alimentos pré-cozinhados, salgados/doces, refinados, alimentos com gordura hidrogenada (margarina e a maior parte das bolachas e biscoitos secos) e alimentos com gordura visível (entremeada, bacon, molhos gordos).

♥Pratique actividade física regular.^[16]

Passeio/marcha 20 a 30 minutos 3 a 5 vezes por semana, também pode fazer reabilitação pós-enfarte em locais especializados (de acordo com indicação do seu médico assistente).



Fonte: wikipedia.org

APÊNDICE XXII – Relatório Reflexivo – “1º *Workshop* da VMER do
Hospital de São José”

RELATÓRIO REFLEXIVO DO 1º WORKSHOP VMER DO H.S. JOSÉ

No âmbito do Estágio III do 1º Curso de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

Aluna: Susana Rocha

Setembro 2011

No dia 17/09/2011 em Lisboa, decorreu o 1º Workshop da VMER do Hospital de S. José subordinado ao tema “3 Anos de VMER”.

Defini como objectivo ao participar neste evento “Aprofundar/actualizar conhecimentos sobre socorro multi-vítima/doente crítico e catástrofe”.

Inicialmente foi realizada uma breve retrospectiva histórica da VMER do Hospital de S. José:

A Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) é um veículo de intervenção pré-hospitalar, concebido para o transporte rápido de uma equipa médica directamente ao local onde se encontra o doente (domicílio ou via pública). Com uma equipa constituída por um médico e um enfermeiro, dispõe de equipamento de Suporte Avançado de Vida e de Trauma.

Actuando na dependência directa dos CODU, as VMER têm base hospitalar, tendo como objectivo a estabilização pré-hospitalar e o acompanhamento médico durante o transporte de vítimas de acidente ou doença súbita em situações de emergência.

A VMER do Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE, designada pelo INEM por VMER de São José, foi inaugurada em 2 de Janeiro de 2008.¹

As temáticas abordadas foram:

A VMER – Ponte Hospitalar na Urgência e nas Unidades de Cuidados Intensivos

Foram apresentadas as perspectivas do médico de medicina interna, do cirurgião e do enfermeiro. O enfermeiro prelector apontou como principal vantagem desta “ponte hospitalar” as vítimas serem assistidas com qualidade em tempo útil no pré-hospitalar e encaminhadas directamente para os locais certos precocemente, seja a urgência de trauma, Hemodinâmica ou uma Unidade de Cuidados Intensivos diferenciada, de acordo com o diagnóstico previamente estabelecido. Esta articulação permite poupar vidas e sequelas futuras.

¹ <http://www.vmersjose.com/>

AS VIAS VERDES

As vias verdes coronária, AVC e sépsis são cruciais no socorro a vítimas de acidentes cardiovasculares assim como vítimas de sépsis que leva à disfunção multiorgânica. O atendimento precoce a estas vítimas no pré-hospitalar com as “*guidelines*” existentes para cada situação, o seu encaminhamento para unidades hospitalares diferenciadas e de referência, faz a diferença no prognóstico destes doentes.

No meu contexto de trabalho cuido diariamente de vítimas de patologia coronária transportada pela VMER. A assistência pré-hospitalar oferecida a estes doentes com enfarte agudo do miocárdio - EAM (medicação protocolada para o EAM e para o controlo da dor), permite-lhes chegarem à Unidade de Hemodinâmica para cateterismo cardíaco estáveis e com melhor prognóstico e sucesso no tratamento.

Igual experiência vivenciei no meu exercício profissional na Unidade de Cuidados Intensivos Coronários, doentes transportados pela VMER em edema agudo do pulmão, à chegada à unidade vinham mais estáveis devido à assistência no pré-hospitalar, evitando-se a ventilação invasiva e as complicações a esta associadas.

O FUTURO DA VMER?

Foram apresentados novos recursos como a utilização do compressor cardíaco externo, que tem como principal vantagem libertar um recurso humano para outros cuidados à vítima.

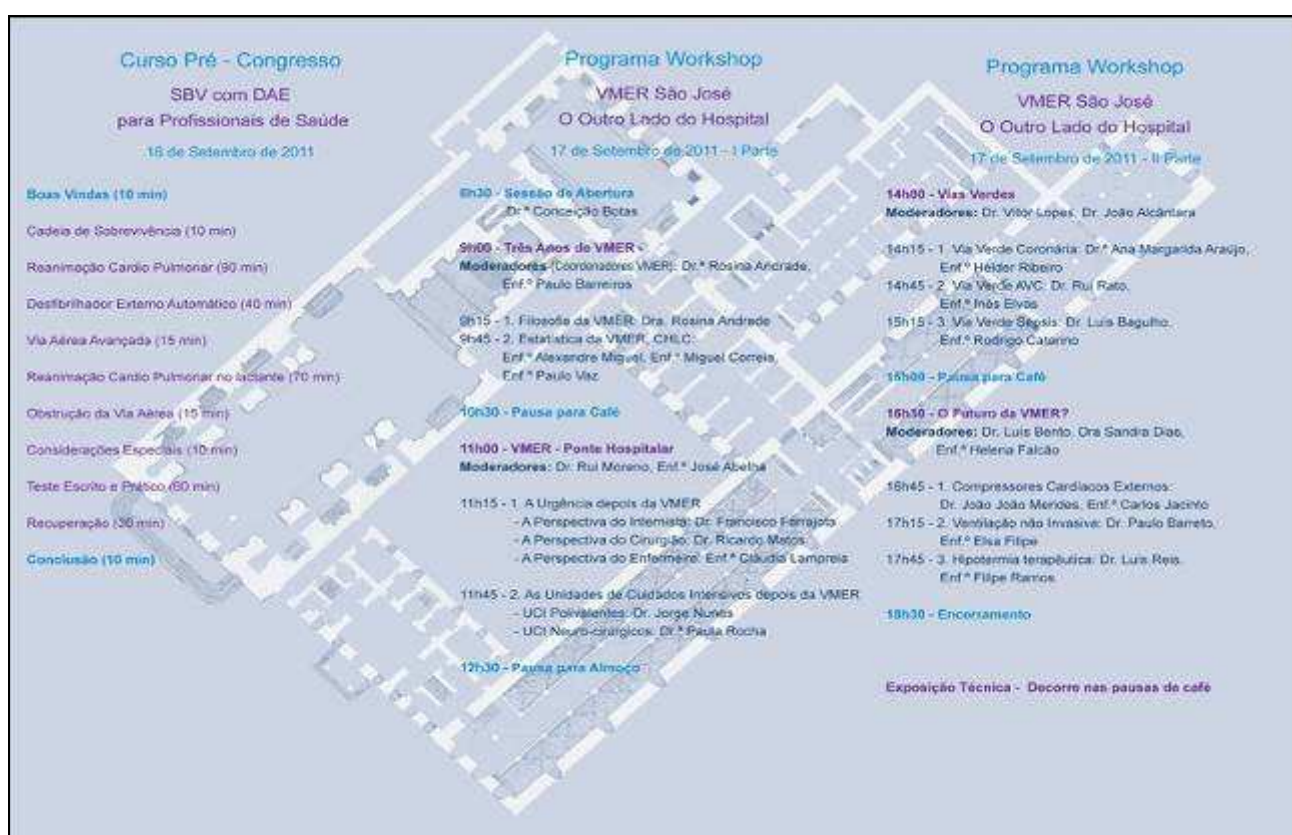
Foi realizada uma abordagem à técnica de ventilação não invasiva, quando utilizada precocemente no pré-hospitalar evita a ventilação invasiva. No meu contexto de trabalho, tenho recorrido a esta técnica para cuidar de doentes com dificuldade respiratória relacionada com estase pulmonar, com bons resultados.

Adquiri mais conhecimentos sobre a hipotermia terapêutica, técnica utilizada em recém-nascidos vítimas de paragem cardiorespiratória durante o parto com o objectivo de preservar o sistema neurológico. Esta terapia é igualmente utilizada em adultos vítimas de paragem cardiorespiratória, com o mesmo objectivo.

Pelo exposto, considero o meu objectivo plenamente atingido e este momento formativo enriquecedor e produtivo para minha praxis, articulando-se e contribuindo para o desenvolvimento das competências **K1 “*Cuida da pessoa a vivenciar processos*”**

complexos de doença crítica e ou falência orgânica” e K2 “ Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da concepção à acção”, (Regulamento nº124/2011 de 18 de Fevereiro). Os conhecimentos mobilizados durante a formação constituem uma mais valia para a consecução do objectivo do PAC *“Cuidar em tempo útil e de forma holística a pessoa/família a vivenciar processos complexos de doença cardiovascular crítica e/ou falência orgânica na UNICARV”.*

Por fim, apresento o programa do Workshop e o certificado de participação.





Certificado

Certifica-se que **SUSANA CRISTINA PEREIRA DOS SANTOS DIAS DA ROCHA**, participou no I Workshop VMER do CHLC, EPE, que se realizou no dia 17 de Setembro de 2011 em Lisboa.

Lisboa, 17 de Setembro, 2011

A Comissão Organizadora

Rita Gonçalves *Tiago Amal*

APÊNDICE XXIII – Relatório Reflexivo – “V Jornadas de Enfermagem do
Serviço de Urgência do Centro Hospitalar de Setúbal”

**RELATÓRIO REFLEXIVO das V Jornadas de Enfermagem do Serviço de
Urgência do Centro Hospitalar de Setúbal**

No âmbito do Estágio III do 1º Curso de Pós Licenciatura de Especialização em
Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de
Setúbal.

Aluna: Susana Rocha

Outubro 2011

No dia 20 e 21 de Outubro de 2011 realizaram-se as V Jornadas de Enfermagem promovidas pelo Serviço de Urgência Geral do Centro Hospitalar de Setúbal, o evento teve lugar no Auditório da Escola Superior de Ciências Empresariais do Instituto Politécnico de Setúbal.

Sob o lema *“Ver, ouvir, sentir – Um olhar sobre o cuidar”* e com o objectivo de *“Melhorar a qualidade de vida do doente crítico e não crítico que recorre aos serviços de urgência, promover a formação/melhorar os conhecimentos já interiorizados dos profissionais de saúde e fomentar a partilha de experiências entre esses”*, as Jornadas abordaram temáticas relevantes como:

“O doente crítico no pré-hospitalar”;

“Triage de Manchester – que presente? que futuro?”;

“O atendimento rápido das situações de risco – Vias verdes”;

“A continuidade dos Cuidados no Serviço de Urgência”;

“Serviço de Urgência – que contributos para a Formação em Enfermagem?”;

“Planos de Emergência e Catástrofe”¹.

Defini como objectivos ao participar nas Jornadas,

“Aprofundar/actualizar e sistematizar conhecimentos relacionados com o cuidar do doente crítico”;

“Adquirir e sistematizar conhecimentos relacionados com planos de emergência e catástrofe”.

¹ Fonte: <https://sites.google.com/site/vjornadassug/>.

Na mesa ***“O doente crítico no pré-hospitalar”*** foram abordadas temáticas relacionadas com os meios de intervenção disponíveis para a assistência ao doente crítico no pré-hospitalar que foram o SIV, VMER, Helitransporte e o Programa de Desfibrilhação Automática Externa. Coloquei o meu enfoque no Suporte Imediato de Vida e na Desfibrilhação Automática Externa, conteúdos igualmente leccionados na Unidade Temática “Intervenções de enfermagem a clientes em situação de urgência”, a partilha de experiências e conhecimentos foi muito rica.

Na mesa ***“Triagem de Manchester – que presente? que futuro?”*** foram igualmente abordados conteúdos das sessões lectivas da Unidade Temática “Intervenções de enfermagem a clientes em situação de urgência”. Saliento a partilha de informação que se relaciona com a melhoria da triagem, inclusão de novos algoritmos, melhoria na integração das Vias Verdes.

Os conteúdos da Unidade Temática e as experiências partilhadas nas Jornadas permitiram o aprofundamento, actualização e sistematização de conhecimentos teóricos aplicáveis na prática relacionados com a assistência ao doente crítico no pré-hospitalar, serviço de agência e intra-hospitalar.

A mesa ***“O atendimento rápido das situações de risco – Vias verdes”*** permitiu-me a sistematização de conhecimentos relacionados com esta temática. No meu contexto de trabalho acolho utentes transportados pela via verde coronária. Quando chegam à Hemodinâmica para realizar cateterismo cardíaco já lhes foram administrados os protocolos terapêuticos do enfarte agudo do miocárdio e todo o processo é muito mais rápido e eficaz poupando-se coração e melhorando o prognóstico destes utentes. Saliento os conteúdos abordados na via verde sépsis, relaciono-os com os conteúdos da Unidade Temática “Cuidados ao Cliente com Falência Multiorgânica”, a via verde sépsis trouxe um grande contributo para o atendimento precoce a utentes com “Síndrome de resposta inflamatória sistémica” (SIRS), o seu diagnóstico precoce evita a disfunção de um ou mais órgãos que levam à disfunção multiorgânica.

A abordagem das Vias Verdes e Triagem de Manchester constituíram um excelente complemento das aulas teóricas.

A mesa ***“A continuidade dos Cuidados no Serviço de Urgência”*** permitiu-me o conhecimento de como um serviço de urgência funciona para garantir a optimização

do encaminhamento dos utentes através de uma intervenção multidisciplinar, assim como a necessidade de uma abordagem interdisciplinar no planeamento da alta.

A mesa ***“Serviço de Urgência – que contributos para a Formação em Enfermagem?”*** trouxe os testemunhos de colegas sobre o seu percurso de aprendizagem em serviço de urgência assim como a importância do binómio orientador hospitalar/orientador da escola no percurso da formação em enfermagem.

Considero que mesa dedicada aos ***“Planos de Emergência e Catástrofe”*** foi um momento de aprendizagem indispensável, permitiu-me tomar conhecimento sobre conteúdos teóricos ainda não leccionados, favorecendo o desenvolvimento do Projecto de Aprendizagem Clínica sobre esta temática.

Pelo exposto, considero os meus objectivos plenamente atingidos e este momento formativo enriquecedor da minha praxis, articulando-se e contribuindo para o desenvolvimento das competências ***K1 “Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica”*** e ***K2 “Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi -vítima, da concepção à acção”***, (Regulamento nº124/2011 de 18 de Fevereiro).

Os conhecimentos adquiridos e mobilizados durante as Jornadas constituem uma mais valia no âmbito da Especialidade Médico-Cirúrgica, os cuidados ao doente em situação crítica e a emergência e catástrofe são áreas específicas desta especialização, bem como para a consecução dos objectivos do PAC.

Por fim, apresento o programa das Jornadas e o certificado de participação.

DIA 1

8.30 - ABERTURA DO SECRETARIADO

9.15 - SESSÃO DE ABERTURA

9.45 - DOENTE CRÍTICO NO PRÉ-

HOSPITALAR

MODERADOR: ENF. JOÃO VALENTE, CHS

SIV - ENF. SONIA SOUSA, CHS

VIMER - ENF. MIGUEL OLIVEIRA, CHS

HELITRANSORTE - ENF. LUIS FERNANDES, INEM

INEM

PROGRAMA DAE - ENF. MIGUEL VALENTE, HGO

HGO

10.30 - CAFÉ

11.00 - TRIAGEM DE MANCHESTER -

QUE PRESENTE - QUE FUTURO?

MODERADOR: DR. EUGÉNIO DIAS, CHS

PERSPECTIVAS FUTURAS - ENF. JOSÉ COINCAS, GPT

EXPERIÊNCIA DO SU DO HSB - ENF. PEDRO

CONTREIRAS, CHS

TRIAGEM DE MANCHESTER, EXPECTATIVAS E

ENSUADOS - ENF. ELÁVIO FARIAS E ENF.

CARLOS DUARTE, CHS

11.45 - O ATENDIMENTO RÁPIDO DAS

SITUAÇÕES DE RISCO - VIAS VERDES

MODERADOR: ENF. FERNANDO PINTO, CHS

VIA VERDE CORONÁRIA - ENF. JOSÉ

CAPELÃO, CHS

VIA VERDE AVC - ENF. MARIA BISCALHA, CHS

CHS

VIA VERDE TRAUMA - ENF. CLAUDIA

LAMPREIA, HSI

VIA VERDE SÉPSIS - ENF. SANDRA PONTE, HSF

HSFX

13.00 - ALMOÇO

14.30 - COMUNICAÇÕES LIVRES

15.15 - INTERVALO

15.30 - CONTINUIDADE DOS CUIDADOS NO

SERVIÇO DE URGÊNCIA

MODERADOR: ENF. HELENA MATOS, CHS

OTIMIZAÇÃO DO ENCAMINHAMENTO - ENF. IDÁLIA

VALÉRIO, CHS

INTEGRAÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS - ENF. PAULA

BANHA, CHS

RESPOSTA DA COMUNIDADE - ENF. UNIDADE DE

CUIDADOS NA COMUNIDADE, PALMELA

PLANEAMENTO DA ALTA - ENF. ILDA ROQUE, CHS

EQUIPA DE GESTÃO DE ALTAS - ENF. ROSA SILVA, CHS

GESTÃO DA SITUAÇÃO SOCIAL - D. SÍLVIA GOMES, CHS

17.30 - MOSCATEL DE HONRA

20.00 - JANTAR

DIA 2

9.00 - VULNERABILIDADES NO SERVIÇO DE
URGÊNCIA

MODERADOR: PROF. DOUTOR SÉRGIO DEODATO -

PRESIDENTE DO CONSELHO JURISDICCIONAL DA ORDEM

DOS ENFERMEIROS

UM SERVIÇO DE HUMANIZAÇÃO - PROF. DOUTOR FILIPE

ALMEIDA, H. São João

A EQUIPA MULTIDISCIPLINAR E O AMBIENTE DE

URGÊNCIA - ENF. ISABEL CORDEIRO, ENF. VÍCTOR

ALBERTO, CHS

PERSPECTIVA DO DOENTE - CARLOS VAZ

PERSPECTIVA DOS MÉDICOS - DR. TIAGO CONTREIRAS,

JORNALISTA

10.15 - EMERGÊNCIA E CATÁSTROFE - SITUAÇÕES
DE EXCEÇÃO, POSTO MÉDICO AVANÇADO

CONFERÊNCIA:

PROF. DOUTOR ROMERO BANDEIRA

11.00 - CAFÉ

11.30 - SERVIÇO DE URGÊNCIA -

QUE CONTRIBUÍMOS PARA A FORMAÇÃO
EM ENFERMAGEM?

MODERADOR: PROF. DOUTORA ALICE RUIVO, ESSS

MDP, EXERCÍCIO PROFISSIONAL TUTELADO - ENF.

ROGÉRIO GONÇALVES, OE SRS

DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM

ENFERMAGEM - PROF. DOUTORA TERESA SERRANO

SUPERVISÃO PEDAGÓGICA EM ENFERMAGEM - ENF.

JOÃO LONGO, SAMS

ENSINO CLÍNICO NO SU - EXPERIÊNCIA DOS

ESTUDANTES DE LICENCIATURA E ESPECIALIDADE,

ENF. CARLA BREU E ENF. RITA CIGARRO

ENSINO CLÍNICO NO SU - EXPERIÊNCIA DO

ORIENTADOR - ENF. GUILHERME AMARAL, CHS

13.00 - ALMOÇO

14.30 - TRANSPORTE DO DOENTE CRÍTICO NO
CHS

CONFERÊNCIA

DR. TIAGO TALECO, CHS

ENF. ALBANO PERDIGÃO, CHS

15.15 - INTERVALO

15.30 - PLANO DE EMERGÊNCIA E CATÁSTROFE

MODERADOR: DR. LACERDA CABRAL, PRESIDENTE

DO CA DO CHS

PAPEL DA PROTEÇÃO CIVIL - SR. JOSÉ BUCHO,

PROTEÇÃO CIVIL, SETUBAL

ACIDENTE COM MATERIAS PERIGOSAS - ENF. RUI

SOLSA, CHS

PLANOS DE EMERGÊNCIA E CATÁSTROFE NO PRÉ-

HOSPITALAR - ENF. ARTUR MARTINS, INEM

PLANO DE CATÁSTROFE EXTERNO DO CHS -

DR. ANTÓNIO XAVIER, CHS

PLANOS DE CATÁSTROFE INTERNO DO CHS - ENF.

SOLANGE ELEUTÉRIO, CHS

17.00 - ENTREGA DE PRÉMIOS

18.00 - ENCERRAMENTO

V JORNADAS DE ENFERMAGEM

SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL
CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL, E.P.E.

Certificado

Para os devidos efeitos declara-se que a(o) Ex.^a Sr.^a (o)

Susana Cristina Pereira dos Santos Rocha,

participou nas V Jornadas de Enfermagem do Serviço de Urgência Geral do Centro Hospitalar de Setúbal, subordinadas ao tema: “Ver, Ouvir e Sentir – Um Olhar Sobre o Cuidar”, que decorreram nos dias 20 e 21 de Outubro de 2011.

A Comissão Organizadora das V Jornadas em 21 de Outubro de 2011

UM OLHAR SOBRE O CUIDAR

COMISSÃO ORGANIZADORA DAS JORNADAS
DE ENFERMAGEM DO SERVIÇO DE
URGÊNCIA GERAL
HOSPITAL SÃO BERNARDO SETÚBAL
NIPC-901 350 906

20 - 21

APÊNDICE XXIV – Relatório Reflexivo – Estágio de Observação – Gabinete
de Gestão do Risco – Outro Hospital da área metropolitana de Lisboa

RELATÓRIO REFLEXIVO DO ESTÁGIO DE OBSERVAÇÃO

No âmbito do Estágio III do 1º Curso de Pós Licenciatura de Especialização em
Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de
Setúbal

Dia 14/07/2011

Outro Hospital da área metropolitana de Lisboa – Gabinete de Gestão do Risco

Aluna: Susana Rocha

Julho 2011

Os hospitais de SJ e de SM estão integrados no CHLC, fazem igualmente parte deste centro hospitalar o HC e o HDE.

Dia 14/07/2011

HSJ – Gabinete de Gestão do Risco.

A Sra. Enf. SR e o Sr. Prof. Dr. JF constituem os profissionais de referência da Gestão do Risco no CHLC.

Através de reuniões mensais fazem a ponte entre os gabinetes de gestão do risco dos 4 hospitais, que são constituídos por 4 enfermeiros a tempo inteiro e 4 médicos em tempo parcial.

No gabinete de Gestão do Risco do HSJ exercem funções a Sra. Enf. FB que desenvolve o seu trabalho em parceria com os diferentes serviços do hospital e o técnico, AJ, com formação em segurança, é responsável pelo plano de emergência interno e plano preventivo do hospital.

A Sra. Enf. FB tem uma vasta experiência hospitalar, chefiou a Unidade Vertebromedular durante 15 anos. A par com esta função, sempre se interessou pela gestão do risco hospitalar, realizando formação nesse sentido.

Em 2009 foi nomeada responsável pelo Gabinete de Gestão do Risco do HSJ.

Durante o ano de 2010 o gabinete de gestão do risco dedicou-se ao reconhecimento das pessoas e da estrutura hospitalar, desenvolvendo o trabalho no sentido de aproximação às equipas de profissionais. Em cada serviço, o director de serviço e a Enf. Chefe nomearam um interlocutor do risco.

O gabinete de gestão do risco elaborou e continua a elaborar documentos de recomendações de boas práticas/normas relacionadas com as políticas de segurança contra incêndios, área de segurança do circuito do medicamento, relato de incidentes, realizando formação nesse sentido.

Em 2011, a grande preocupação de actuação do gabinete de gestão do risco prende-se com a área do medicamento nas vertentes, identificação do medicamento e suas vias de administração; sinalética de perigo para fármacos com diferentes concentrações, para fármacos diferentes com embalagens semelhantes; política de um fármaco por

gaveta; política do doente certo, medicamento e dose certa; política de gestão de stocks contra o desperdício; circuito do medicamento em pediatria.

Com o objectivo de envolver os profissionais para esta problemática, foi nomeado pela Enf. chefe de cada serviço um responsável pelo medicamento.

Este estágio proporcionou-me o contacto com uma área importantíssima da gestão hospitalar e da qualidade, que na minha instituição se encontra em fase muito embrionária, área onde poderei desenvolver projectos e ter um papel activo como interlocutor do meu serviço com o Gabinete de Gestão do Risco.

Com o técnico AJ partilhei a minha necessidade de informação relacionada com um dos objectivos do PAC “Elaborar proposta de operacionalização dos Planos de Evacuação tipo A e B da UNICARV, em situação de catástrofe no HSC”. Tomei conhecimento que o referido técnico participou na construção do plano de emergência interno do HSC. Informou-me também que os modelos de evacuação tipo A e tipo B foram abandonados, porque após vários simulacros se verificou que não eram eficazes. No presente, o que se preconiza para os serviços é um levantamento das suas necessidades (sinalética de saída de emergência, localização dos extintores, etc) e, de acordo com os recursos humanos existentes e as suas capacidades de resposta, definir a sua área de actuação e formar os recursos humanos nesse sentido. Estas informações constituíram uma fonte importantíssima para o desenvolvimento do meu objectivo do PAC ao longo do Estágio III.

Tive a oportunidade de realizar com a Enf. FB e o técnico AJ uma visita a dois locais do hospital considerados críticos em termos de evacuação de emergência (serviço de urgência e Unidade Vertebromedular), observei como estão identificadas as saídas de emergência, como estão colocados os extintores, a afixação de cartazes informativos de como proceder em situação de emergência para evacuação do serviço. O gabinete de Gestão do Risco está a afixar estes cartazes em todos os serviços e nos locais de maior fluxo de pessoas dentro da instituição.

Este estágio de observação constituiu um momento formativo enriquecedor e produtivo para minha praxis, articulando-se e contribuindo para o desenvolvimento da competência **K2 “Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da concepção à acção”**, (Regulamento nº124/2011 de 18 de Fevereiro).

APÊNDICE XXV – Poster – “Plano de Emergência Interno – Evacuação da UNICARV
em situação de catástrofe no HSC” – (Protótipo 1)

PLANO DE EMERGÊNCIA INTERNO

Linhas de emergência:



Recepção 3001/3002

Ao accionar o 3001/3002 será atendido pelo recepcionista de serviço que por sua vez contactará os meios necessários e o Director de Emergência.

Qualquer que seja a emergência identifique-se, indique o local e o nº de telefone para contacto.

Quando devo utilizar o 3001/3002 ?

Em situações de emergência não clínicas e/ou catástrofe:

Incêndio / Explosão / Fuga de Gás

Violência e/ou Agressão Física

Desaparecimento de Doente

Paragem de Elevador

Acidente c/ gases medicinais

Acidente c/ produtos químicos

Inundação

Ameaça de Bomba

Pacote Suspeito

Interrupção súbita de energia

Sismo

PROCEDIMENTOS DE EVACUAÇÃO

Se receber ordem de evacuação da UNICARV pela Central de Segurança:

Interrompa o seu trabalho e inicie os preparativos para a eventual evacuação da sua área:

- Desobstrua os caminhos de evacuação;
- Abra as portas e mantenha-as abertas;
- Informe todos os ocupantes da sua área que se vai iniciar a evacuação da UNICARV;
- Conduza os ocupantes (adultos sem dificuldades de locomoção e pessoal não essencial) no sentido das saídas de emergência;
- Prepare o doente colocando-lhe a pulseira com a identificação e o nº do processo clínico e prepare os equipamentos indispensáveis para a manutenção do seu tratamento;
- Ajude todos os ocupantes com dificuldade de locomoção, deficientes ou feridos durante a evacuação;
- Dê indicação da localização do Ponto de Reunião – Portão Principal do Hospital de Santa Cruz;

TÉCNICAS DE EVACUAÇÃO



Fonte: www.saudeemmovimento.com.br

Trabalho realizado no âmbito do 1º Curso Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médica Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal



Sob a orientação:
Prof. Dra. Alice Ruivo
Enfª. Natália Gonçalves

APÊNDICE XXVI – Poster – “Plano de Emergência Interno – Evacuação da
UNICARV em situação de catástrofe no HSC” – Final

PLANO DE EMERGÊNCIA INTERNO



Linhas de emergência:

Recepção 3001/3002

Ao accionar o 3001/3002 será atendido pelo recepcionista de serviço que por sua vez accionará os meios necessários

Identifique-se, indique o local, o tipo de emergência e o nº de telefone para contacto

Quando devo utilizar o 3001/3002 ?

Em situações de emergência não clínica e/ou catástrofe:

Incêndio / Explosão / Fuga de gás
 Acidente c/ gás medicinal
 Acidente c/ produtos químicos
 Inundação
 Paragem de elevador
 Desaparecimento de doente
 Violência e/ou agressão física
 Ameaça de bomba
 Pacote suspeito
 Sismo

PROCEDIMENTOS DE EVACUAÇÃO

Interrompa o seu trabalho e inicie os preparativos para a evacuação da sua área de trabalho:

- Abra as portas e mantenha-as abertas;
- Oriente os ocupantes (adultos sem dificuldades de locomoção) no sentido das saídas de emergência;
- Prepare o utente e os equipamentos indispensáveis para a manutenção do seu tratamento e conduza-os para o exterior;
- Informe todos os ocupantes da sua área que se vai iniciar a evacuação da UNICARV para o **Ponto de Reunião – Portaria Principal do Hospital de Santa Cruz;**
- Ajude todos os ocupantes com dificuldades de locomoção ou deficientes durante a evacuação;

TÉCNICAS DE EVACUAÇÃO



Fonte: www.queestmovimento.com.br



Quatro Mãos

Autora: Susana Rocha
 Sob a orientação:
 Prof. Dra. Aires Rêgo
 Prof. Nélia Gonçalves



Trabalho realizado no âmbito do 1º Curso Pós-Graduado de Especialização em Intervenção
 Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto
 Politécnico de Setúbal

