



Patrícia Liliana Minas Costa **Relatório de Trabalho de Projeto**
Intervenções de Enfermagem na Prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica

Relatório de Trabalho de Projeto apresentado para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica realizado sob a orientação científica da Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica Elsa Monteiro

Julho 2013



Patrícia Liliana Minas Costa **Relatório de Trabalho de Projeto**
Intervenções de Enfermagem na Prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica

Relatório de Trabalho de Projeto apresentado para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica realizado sob a orientação científica da Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica Elsa Monteiro

Julho 2013

[DECLARAÇÕES]

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, de de

Declaro que este Relatório de Estágio se encontra finalizado e em condições de ser apreciada(o) pelo júri a designar.

A orientadora,

Setúbal, de de

“...O caminho da vida, o mais agradável e o mais inofensivo, passa pelas avenidas da ciência e do saber, e quem quer que possa remover quaisquer obstáculos desta via ou abrir uma nova perspectiva, deve ser considerado um benfeitor da humanidade...”

David Hume

AGRADECIMENTOS

A todos aqueles que possibilitaram a concretização deste projeto de aprendizagem:

- À Prof^ª Elsa Monteiro, pela orientação, disponibilidade e acompanhamento fornecidos;

- Aos Enf^{os} orientadores de estágio pela orientação e esclarecimento de dúvidas;

- Aos colegas e amigos pelas palavras de apoio e motivação;

- Aos colegas deste curso de mestrado por toda a partilha.

RESUMO

Este relatório visa descrever e apresentar uma reflexão crítica das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e das competências do Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, desenvolvidas durante os Estágios I, II e III, que faziam parte do plano de estudos do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da ESS do IPS, e que decorreram numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente de um Hospital Central de Lisboa onde tivemos oportunidade de desenvolver um Projeto de Intervenção em Serviço (PIS) e um Projeto de Aquisição de Competências (PAC).

Seguindo a Metodologia de Projeto, a problemática identificada no âmbito do PIS incidiu na Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV), área das IACS, corroborada com a aplicação de instrumentos de colheita de dados e de um instrumento de gestão. Planeámos, executámos e avaliámos atividades que permitiram atingir os objetivos inicialmente traçados e que consistiam em formar a equipa de enfermagem da UCIP, elaborar um procedimento setorial e construir uma grelha de auditoria que nos permitiu desenvolver a competência específica *Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção 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.*

Por outro lado, entrevistas não estruturadas com diversos enfermeiros da unidade da instituição supracitada, bem como a observação de algumas práticas de enfermagem, conduziram-nos à identificação de necessidades formativas no âmbito da pessoa a vivenciar processos de saúde/doença complexos permitindo a elaboração do PAC onde para além da prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, foram planeadas, executadas e avaliadas intervenções, que nos permitiram adquirir/desenvolver as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica: *Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica e Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação.*

Neste relatório, são ainda integrados todos os conhecimentos teóricos adquiridos nas unidades curriculares lecionadas ao longo deste curso de mestrado e todos os aspetos que nos levaram à aquisição/desenvolvimento de competências comuns e específicas do

enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica e ainda às competências de Mestre.

Palavras-chave: Intervenções de Enfermagem, Prevenção, PAV, Competências, Metodologia de Projeto

ABSTRACT

This report aims to describe and present a critical reflection of the common competencies of the specialist nurse in nursing the person in critical situation and of the competencies in medical-surgical nursing, developed during the internship I, II and III that made part of the syllabus of the first master's degree in medical-surgical nursing of the ESS of IPS, and that have been developed in an intensive care unit of a central Lisbon hospital, where we had the opportunity to develop a project intervention in service (PIS) and a project acquisitions of competencies (PAC).

Following the project methodology, the problematic identified in the area of the PIS, focused on pneumonia associated to mechanical ventilation, in the HAI context, and that was corroborated with the use of an instrument of data collection and of a management tool.

We planned, executed and evaluated activities that allowed us to achieve the initial objectives that we envisioned and that consisted in training a nurse team from the intensive care unit to elaborate a sectorial procedure and a grid audit which allowed us to develop a specific competency: "Maximize the intervention on the prevention and control of infection towards the person in critical situation and/or organic failure taking into consideration the complexity of the situation and the need of getting adequate responses in useful time."

On the other hand, non structured interviews with several nurses of the UCIP, as well as the observation of some nurse's practices, lead us to the identification of formative needs in the ambit of the person that experiences complex process of sickness/ health, allowing us to elaborate a PAC where, beyond the patient care, where also planned, executed and evaluated interventions that allowed us to acquire/develop the specific competencies of the specialist nurse in nursing the person in critical situation: "Care of the person that experience complex process of the critical disease and/or organic failure and streamline the response to catastrophe situation or emergency multi-victim, from the idea to action."

In this report, it's also mentioned all the academic knowledge acquired in the curricular unit that was taught through this master's degree and all the aspects, that lead us to acquire/developed common competencies and specific ones of this master's degree.

Key-words: nursing interventions, prevention, VAP, competencies, design methodology

LISTA DE ABREVIATURAS

Enf^a –Enfermeira

Sr^a – Senhora

LISTA DE SIGLAS

APED – Associação Portuguesa para os Estudos da Dor

BPS – Behavior Pain Scale

CCIH – Comissão de Controlo de Infeção Hospitalar

CDC – Centers Disease Control

CDE – Código Deontológico dos Enfermeiros

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

DGS – Direção Geral da Saúde

DMUM – Dispositivos médicos de utilização múltipla

DR – Diário da República

ECDC – European Centre for Disease Prevention and Control

EEEPSC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

EPI – Equipamento de Proteção Individual

ERC – European Resuscitation Council

EUA – Estados Unidos da América

FMEA – Failure Mode and Effects Analysis

HME – Heat and Moisture Exchanges

IACS – Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde

ICNA International Council Nurses Audit

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

MDOS – Síndrome de Disfunção Multi-Orgânica

NOC – Norma de Orientação Clínica

NPR – Nível de Prioridade de Risco

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAC – Projeto Aprendizagem de Competências

PCR – Paragem Cardio-Respiratória

PIS – Projeto de Intervenção em Serviço

PNCI – Plano Nacional de Controlo de Infeção

REPE – Regulamento Exercício da Profissão da Enfermagem

SABA – Solução aquosa de base alcoólica

SAV – Suporte Avançado de Vida

TET – Tubo Endotraqueal

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP – Unidade de cuidados Intensivos Polivalente

VE – Vigilância Epidemiológica

WHO – World Health Organization

ÍNDICE DE GRÁFICOS

pág.

Gráfico 1 - Utilização de EPI's durante a aspiração de secreções.....	145
Gráfico 2 - Técnica da aspiração de secreções	144
Gráfico 3 - Distribuição dos enfermeiros por sexo.....	146
Gráfico 4 - Distribuição dos enfermeiros por idade	146
Gráfico 5 - Distribuição dos enfermeiros de acordo com o grau acadêmico	147
Gráfico 6 - Percentagem de enfermeiros que possuem formação complementar em enfermagem	147
Gráfico 7 - Distribuição dos enfermeiros pelo tipo de formação complementar	148
Gráfico 8 - Distribuição dos enfermeiros de acordo com o nível de conhecimentos na área da prevenção da PAV	148
Gráfico 9 - Percentagem de enfermeiros com formação específica na área da prevenção da PAV	149
Gráfico 10 - Contexto em que a formação foi adquirida.....	149
Gráfico 11 - Distribuição dos enfermeiros pela data da última formação.....	150
Gráfico 12 - Percentagem de enfermeiros que conhecem a existência de normas de procedimento relacionadas com a prevenção da PAV	150
Gráfico 13 - Distribuição dos enfermeiros de acordo com o conhecimento que possuem acerca da atualização de normas no âmbito da prevenção da PAV.....	151
Gráfico 14 - Grau de importância atribuído pelos enfermeiros às intervenções de enfermagem na prevenção da PAV	152

ÍNDICE DE TABELAS

pág.

Tabela 1 - Frequência da realização das medidas gerais de prevenção na prevenção da PAV	142
Tabela 2 - Frequência da higienização das mãos pelos enfermeiros.....	143
Tabela 3 - Frequência de substituição de DMUM.....	145
Tabela 4 Avaliação das NOC´s pelos peritos	188
Tabela 5 - Apreciação Global da Ação de Formação "Intervenções de Enfermagem na Prevenção da PAV"	233
Tabela 6 - Avaliação do formador e metodologia utilizada na ação de formação "Intervenções de Enfermagem na Prevenção da PAV"	233
Tabela 7 - Apreciação global da ação de formação "Intervenções de Enfermagem ao Doente Queimado"	234
Tabela 8 - Avaliação do formador e metodologia da ação de formação "Intervenções de Enfermagem ao Doente Queimado"	234
Tabela 9 - Apreciação global da ação de formação "Plano de Emergência Interno - UCIP"	235
Tabela 10 - Avaliação do formador e metodologia utilizada na ação de formação "Plano de Emergência Interno "	235

INTRODUÇÃO.....	16
1 – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.....	19
1.1 – TEORIA DE ENFERMAGEM.....	22
1.2 – PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA.....	28
2 - PROJECTO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO.....	35
2.1 - DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO.....	37
2.1.1 - IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA.....	37
2.1.2 - ANÁLISE DO PROBLEMA.....	38
2.1.3 - DEFINIÇÃO DE OBJECTIVOS.....	41
2.2 - PLANEAMENTO, EXECUÇÃO E AVALIAÇÃO.....	42
2.3 – ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS COMUNS E ESPECÍFICAS.....	59
3- PROJETO APRENDIZAGEM DE COMPETÊNCIAS.....	63
3.1 - DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO.....	64
3.2 - PLANEAMENTO, EXECUÇÃO E AVALIAÇÃO.....	67
4 - ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS DE MESTRE.....	105
5 – REFLEXÃO FINAL.....	114
6 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	118
APÊNDICES.....	127
APÊNDICE I Ficha diagnóstico de situação.....	128
APÊNDICE II Grelha de observações para colheita de dados.....	136
APÊNDICE III Metodologia de tratamento de dados.....	138
APÊNDICE IV FMEA.....	153
APÊNDICE V Questionário aplicado aos enfermeiros da unidade.....	159
APÊNDICE VII Folha de consentimento livre e esclarecido.....	167
APÊNDICE VIII Ficha de planeamento do PIS.....	169
APÊNDICE IX Cronogramas do planeamento do PIS.....	174
APÊNDICE X Comparação das recomendações emanadas pelas diferentes entidades....	179
APÊNDICE XI Solicitação a peritos para avaliação das NOC's.....	184
APÊNDICE XII Avaliação das NOC's por peritos.....	187

APÊNDICE XIII Procedimento setorial “Intervenções de Enfermagem na Prevenção da PAV	189
APÊNDICE XIV Dossier Temático “Prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica”	205
APÊNDICE XV Plano da sessão “Intervenções de Enfermagem na Prevenção da PAV”	215
APÊNDICE XVII Avaliação das ações de formação.....	232
APÊNDICE XVIII Grelha de auditoria ao procedimento “Intervenções de Enfermagem na Prevenção da PAV	236
APÊNDICE XIX Planeamento do PAC	241
APÊNDICE XX Trabalho desenvolvido na Unidade Curricular Supervisão de Cuidados inserido na Unidade Curricular Enfermagem Médico-Cirúrgica do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica do IPS-ESS	249
APÊNDICE XXI Diapositivos que serviram de suporte à ação de formação “Intervenções de Enfermagem ao Doente Queimado numa UCIP”	279
APÊNDICE XXII Plano da sessão “Intervenções de Enfermagem ao Doente Queimado numa UCIP”	292
APÊNDICE XXIII Dossier Temático “ Plano de Emergência Interno – UCIP”	295
APÊNDICE XXIV Plano da sessão da ação de formação “Plano de Emergência Interno	304
APÊNDICE XXV Diapositivos que serviram de suporte à ação de formação “Plano de Emergência Interno”	307
APÊNDICE XXVI Folheto informativo “Atuação em situação de sismo	320
APÊNDICE XXVII Procedimento Setorial “Realização do penso do Doente Queimado....	1
APÊNDICE XXVIII Artigo “Intervenções de Enfermagem na Prevenção da PAV”	
Intervenções de Enfermagem na Prevenção da PAV	330
ANEXO 1 Grelha de avaliação de ações de formação em serviço.....	334

INTRODUÇÃO

No âmbito do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, foi-nos proposto a elaboração de um Relatório de Estágio que será objeto de discussão pública para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, conforme regulamentado no Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de Março (artigo 20º, nº1b).

O relatório de estágio é o trabalho final que relata o que foi observado, analisado e realizado devendo apresentar no seu conteúdo um enquadramento teórico e metodológico, com vista à elaboração de um trabalho de índole científica (Sousa & Baptista, 2011).

Assim, o presente relatório visa refletir todo o trabalho desenvolvido ao longo dos estágios curriculares realizados no âmbito do referido curso. Estes estágios, divididos em estágio I, II e III, decorreram entre 29 de Setembro de 2011 e 8 de Julho de 2012 numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente de um Hospital Central de Lisboa sob orientação tutorial da Enfermeira LM, Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, perita na área de cuidados intensivos e da Profª EM, Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, com uma duração total de 864 horas, correspondentes a 376h de contato em estágio (estágio I e II: 167h e estágio III: 209h), 460h de trabalho de formando, 28 horas para avaliação na escola, num total de 32 ECTS.

Cada estágio realizado (I,II e III) foi orientado para além do exercício clínico, para o desenvolvimento de um Projeto de Intervenção em Serviço (PIS) e um Projeto de Aprendizagem de Competências (PAC) com vista ao desenvolvimento/aquisição das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica tendo como referencial o regulamento das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2011b e 2011c).

O PIS foi desenvolvido de acordo com a metodologia projeto, através da identificação de uma problemática clínica de enfermagem médico-cirúrgica identificada em contexto de estágio, a Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica, que conduziu à

definição de objetivos, ao planeamento de todo um conjunto de intervenções, à sua execução e por fim à sua avaliação.

A PAV é das IACS a mais frequente nas UCI, sendo que 10 a 20% dos doentes entubados endotraquealmente e submetidos a ventilação mecânica desenvolvem uma PAV (SHEA, 2008), representando por isso um grande impacto para os serviços de saúde por prolongar o tempo de internamento, o tempo de ventilação mecânica e consequentemente o aumento dos custos financeiros para as instituições (Mendonça, 2009).

Cientes de que os enfermeiros desempenham um papel fundamental na sua prevenção, desenvolvemos o nosso PIS cujo objetivo geral era Divulgar recomendações de boas práticas de enfermagem baseadas na evidência no âmbito da prevenção da PAV e assim contribuir para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados aos utentes.

Por seu lado, o PAC foi elaborado com base na observação de práticas de enfermagem e de um conjunto de entrevistas não estruturadas realizadas a elementos dinamizadores da CCIH, da Gestão de Risco, bem como Enfermeira Chefe da Unidade que por sua vez nortearam o planeamento de intervenções, a sua execução e avaliação durante o estágio III, com vista ao desenvolvimento/aquisição das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica.

Assim, o presente relatório tem como objetivos:

- Explicitar o desenvolvimento do PIS, através da análise crítica e reflexiva de cada uma das etapas que o constituem;

- Expor o desenvolvimento do PAC;

- Fazer uma análise crítico-reflexiva sobre as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica e do Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica adquiridas/desenvolvidas no decorrer dos estágios e ao longo das unidades curriculares lecionadas no curso de mestrado supracitado.

- Avaliar todo o trabalho desenvolvido ao longo do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da ESS do IPS;

- Servir de instrumento de avaliação para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica;

Estruturalmente este relatório encontra-se organizado após a introdução em quatro partes: na primeira parte do relatório apresentamos o enquadramento teórico que serviu de

suporte ao trabalho desenvolvido, nomeadamente a Teoria da Enfermagem que suportou a nossa prática e a fundamentação teórica do PIS, na segunda parte apresentamos o PIS, onde realizamos uma análise crítica das atividades desenvolvidas em cada etapa da metodologia projeto e uma análise das competências comuns e específicas desenvolvidas, na terceira parte expomos o PAC, onde apresentamos o diagnóstico de situação que conduziu à elaboração do mesmo, e onde descrevemos através de uma análise crítico-reflexiva todas as intervenções realizadas. Na quarta parte apresentamos uma análise das competências de Mestre adquiridas ao longo deste curso de mestrado e por fim é apresentada uma reflexão final do trabalho realizado.

1 – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

O exercício profissional da enfermagem centra-se nas relações que se estabelecem entre o Enfermeiro aquele que cuida, e a Pessoa, considerada o centro do cuidar, ou entre o Enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidade).

Os termos Pessoa, Saúde, Ambiente e Enfermagem são fenómenos de interesse na disciplina de enfermagem, sendo Pessoa definida como um ser social, com dignidade própria, dotada de valores e crenças que a tornam única, cujos comportamentos são influenciados pelo ambiente onde vive e se desenvolve, este Ambiente é constituído por elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais que influenciam os estilos de vida da Pessoa e que se repercutem no conceito da sua Saúde, estado da condição individual da pessoa e que representa o seu bem-estar físico, conforto emocional e espiritual (Ordem Enfermeiros, 2001).

Por seu lado e de acordo com o artigo 4º ponto 1 do REPE (1996) Enfermagem “(...)é a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de Enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do seu ciclo vital e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional, tão rapidamente quanto possível”. O enfermeiro é deste modo, o profissional na área da saúde que no âmbito das suas qualificações profissionais possui as competências técnicas, científicas e humanas para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, através da execução de intervenções autónomas e interdependentes.

De acordo com o artigo 9º do REPE são *intervenções autónomas* “...as intervenções realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respetivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem.” e *intervenções interdependentes* “...as ações realizadas pelos enfermeiros de acordo com as respetivas qualificações profissionais, em conjunto com outros técnicos, para atingir um objetivo comum...” (Ordem dos Enfermeiros, 1998).

Partindo da premissa que a implementação de sistemas de qualidade em saúde é fundamental, a Ordem dos Enfermeiros definiu padrões de qualidade para a profissão de

enfermagem. Neste sentido, os enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros pretendem constituir-se como um instrumento que ajuda a precisar o papel do enfermeiro na sociedade e ainda permitir ao próprio enfermeiro refletir sobre o seu exercício profissional (Ordem Enfermeiros, 2001).

No sentido de disponibilizar à população cuidados diferenciados de qualidade, centrados nas necessidades da Pessoa e família, surgiram as Especialidades Clínicas em Enfermagem, cuja individualização das mesmas é feita de acordo com o alvo de intervenção dos cuidados e o campo de intervenção especializado (Ordem dos Enfermeiros, 2009).

De acordo com artigo 78º do CDE é princípio orientador da atividade dos enfermeiros a responsabilidade inerente ao papel assumido perante a sociedade, sendo por isso fundamental que a sociedade conheça esse mesmo papel, assim o enfermeiro especialista é de acordo com o ponto 3 do artigo 4º do REPE, “(...)o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade”.

Deve possuir um conhecimento aprofundado num domínio específico da enfermagem, demonstrar níveis elevados de julgamento clínico e de tomada de decisão, possuir um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que deve mobilizar no contexto da sua prática clínica de modo a avaliar as necessidades de saúde do grupo alvo e atuar em todos os contextos de vida das pessoas (Ordem dos Enfermeiros, 2011b)

O conjunto de competências atribuídas ao enfermeiro especialista decorrem do aprofundamento das competências do enfermeiro de cuidados gerais traduzindo-se em competências comuns e específicas. As competências comuns são partilhadas por todos os enfermeiros especialistas e as competências específicas decorrem das respostas humanas aos processos de vida, aos problemas de saúde e ao campo de intervenção definido para cada área de intervenção (Ordem dos Enfermeiros, 2009).

As *competências comuns* são do domínio da: responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, da gestão dos cuidados e das aprendizagens profissionais (Ordem dos Enfermeiros, 2011b) e as *competências específicas* do enfermeiro especialista definem-se como as competências que decorrem das respostas

humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde das pessoas/família no campo de intervenção definido para cada área da especialidade.

O alvo de intervenção *do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*, é a Pessoa em situação de doença crítica, ou seja “...aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Ordem dos Enfermeiros, 2011c).

Para além de dar resposta à complexidade das situações de saúde da pessoa/família em situação crítica, intervém na resposta a situações de catástrofe, definida como “...um acidente grave ou uma série de acidentes graves, susceptíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e eventualmente vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico...” ou emergência “...situação resultante da agressão sofrida por um indivíduo por parte de um qualquer fator que lhe origina a perda de saúde, brusca e violenta e que afetando-lhe ou potencialmente afetando-lhe algum órgão vital se não for imediatamente assistido porá em risco a sua vida” (Ordem Enfermeiros, 2011a).

Considerando o risco de infeção da pessoa em situação crítica, devido à complexidade da própria situação, da diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de múltiplas técnicas e procedimentos invasivos para a manutenção da sua vida, o enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica deve maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica (Ordem Enfermeiros, 2011a).

Os cuidados de enfermagem especializados 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 afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total. Exigem observação, colheita e procura contínua de dados com o objetivo de conhecer a situação da pessoa alvo de cuidados, prever e detetar precocemente as complicações, assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil” (Ordem Enfermeiros, 2011c).

O enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica tem ao seu dispor Padrões de Qualidade, que lhe permitem nortear a sua prática especializada, tendo os seguintes enunciados descritivos de qualidade: satisfação do cliente, promoção da saúde, prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a readaptação funcional, a

organização dos cuidados especializados, a prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados. Estes enunciados permitem explicitar a natureza da profissão de enfermagem e constituir um instrumento que ajude a precisar o papel do enfermeiro especialista junto dos clientes/comunidade, outros profissionais, público e políticos (Ordem Enfermeiros, 2011a).

Deste modo, perante o aumento do número de doenças de início súbito, a agudização de doenças crónicas, a complexidade de acidentes e a probabilidade de catástrofes naturais, que podem conduzir à falência ou risco de falência de funções vitais da Pessoa, o enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica assume-se como uma mais-valia para a implementação de cuidados especializados de qualidade (OE, 2011a)

Para auxiliar na tomada de decisões, bem como decidir acerca daquilo que sabe e precisa saber, o enfermeiro dispõe de teorias de enfermagem que devem constituir a base da sua prática, uma vez que são estas que com base nos seus princípios possibilitam o crescimento do conhecimento da profissão, além de fornecerem uma identidade ao enfermeiro e permitirem aos doentes, outros profissionais de saúde e gestores das unidades de saúde reconhecerem a sua importância nos serviços de saúde (Colley, 2003).

1.1 – TEORIA DE ENFERMAGEM

Para Polit et al, 2001 cit. por Colley (2003), as teorias de enfermagem podem ser divididas em diferentes categorias. De acordo com a sua função podem ser: descritivas, para identificar as propriedades e o funcionamento de uma disciplina, exploratórias, para examinar como as propriedades se relacionam e afetam a disciplina, preditivas para calcular as relações entre as propriedades e como essas relações ocorrem e a prescritiva, identificando em que condições as relações acontecem.

Por outro lado e de acordo com os mesmos autores, podem ainda ser classificadas de acordo com a generalidade dos princípios em que assentam e assim temos as metateorias, ou seja as teorias das teorias que identificam fenómenos específicos acerca de conceitos abstratos; as grandes teorias que fornecem uma ferramenta concetual em que a chave de cada conceito e principio das disciplinas podem ser identificados, as teorias de médio alcance, mais precisas pois apenas analisam uma situação particular com um numero limitado de variáveis, e por fim as teorias práticas que exploram uma situação

particular da enfermagem, identificando metas específicas e detalhes de como essas metas podem ser atingidas.

Para Lobo (1995) não existe uma teoria da Enfermagem que englobe todos os aspectos do alvo dos cuidados, portanto cabe ao enfermeiro conhecedor das diferentes teorias e modelos, selecionar aquela que mais se adapte à sua prática.

Tal como referido pela Ordem dos Enfermeiros (2009) o alvo de intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em situação crítica é a Pessoa ao longo seu ciclo vital, sendo que ao longo do seu ciclo vital ocorrem variadas mudanças que vão provocar alterações na Pessoa.

Neste sentido como suporte teórico ao trabalho desenvolvido, adotamos a Teoria das Transições de Meleis, uma vez que o foco dos nossos cuidados é a Pessoa e família a vivenciarem situações particulares de transições, nomeadamente processos saúde/doença devido a acontecimentos traumáticos como acidentes, agudização de doenças crónicas, ou aparecimento súbito de doença, complicações durante o seu internamento que obrigam ao seu prolongamento, catástrofes naturais que as colocam, tal como à sua família num estado de transição provocando-lhes mudanças abruptas na sua vida.

A Teoria das Transições de Meleis foi desenvolvida pela autora com o intuito de servir de suporte para compreender o fenómeno das transições e providenciar linhas orientadoras específicas para a prática de enfermagem e assim direccionar questões de pesquisa mais específicas (Meleis et al, 2000).

As transições definem-se como a passagem de uma fase da vida, condição ou estado para outro, referem-se tanto ao processo como ao resultado de complexas interações pessoa-ambiente. Ou seja, as transições são períodos que se estabelecem entre estados de elevada estabilidade e caem no domínio da enfermagem quando dizem respeito à saúde ou doença ou quando as respostas à transição são manifestadas por comportamentos relacionados com a saúde. Deste modo, as experiências humanas, as respostas ao efeito que a transição tem no bem-estar da Pessoa, bem como as estratégias que o enfermeiro deve utilizar para cuidar e ajudar as pessoas a alcançar processos de transição saudáveis são áreas de estudo da disciplina de enfermagem (Meleis, 2010).

Para Meleis, Sawyer, Messias & Shumacher (2000) as mudanças na saúde e na doença da pessoa originam processos de transição, sendo que a pessoa a vivenciar estes

processos tendem a encontrar-se num estado de maior vulnerabilidade aos riscos que podem afetar a sua saúde.

O princípio da Teoria das Transições na Enfermagem surgiu no sentido de conceptualizar o potencial problema que a Pessoa pode sofrer se não estiver devidamente preparada para uma experiência de transição, bem como descrever medidas de prevenção e intervenções terapêuticas a desenvolver pelo enfermeiro. A Enfermagem é a arte e a ciência que visa facilitar os processos de transição do Ser Humano, sendo missão da enfermagem promover uma transição saudável de forma a aumentar os ganhos em saúde, focando as suas intervenções na prevenção, promoção e intervenção em todo o processo de transição. Neste sentido, cuidar significa o processo que facilita o sucesso das transições (Meleis et al, 2000).

A autora e colaboradores consideram na sua teoria que a transição oferece a chave para interpretar as interações entre o ambiente e a pessoa em termos dos potenciais efeitos na saúde. Do ponto de vista individual, a transição deve ser observada tendo em conta a Pessoa alvo de cuidados, em relação ao ambiente, relaciona-se com a transição de diversas formas, como eventos que tornam necessários esses processos de transição (ex^o catástrofes naturais). A natureza particular do ambiente em que a transição ocorre pode impedir ou facilitar a transição, como por exemplo o risco de infeções associadas aos cuidados de saúde no decorrer de um internamento (Chick & Meleis, 1986).

Estruturalmente a transição consiste em três fases: início, período intermédio e o fim. O início caracteriza-se por sinais de antecipação e perceção, o período intermédio por instabilidade e confusão e o período final pela estabilidade (Chick & Meleis, 1986).

Os enfermeiros passam grande parte do seu tempo a cuidar de pessoas que vivenciam processos de doença, ou seja a vivenciar uma fase de transição. Neste sentido, o enfermeiro deve ter conhecimento dos diversos eventos que podem afetar o bem-estar da Pessoa, cabendo-lhe ajudar a Pessoa e família a lidar com essa multiplicidade de mudanças (Chick & Meleis, 1986).

Os principais conceitos da Teoria da Transição incluem: tipos e padrões de transição, propriedades das experiências de transição, condições de transição (enquanto facilitadoras ou inibidoras), processos indicadores, resultados indicadores e intervenções terapêuticas de enfermagem (Meleis et al, 2000).

Relativamente aos **tipos de transições**, existem as de: *desenvolvimento*, processos de maturação que ocorrem no decurso do ciclo vital do Ser Humano, como o nascimento, a adolescência, a menopausa, a idade e a morte; *de saúde e doença*, que ocorrem quando existe uma alteração súbita ou gradual de um estado saudável para um estado de doença aguda ou crónica; as *situacionais*, que incluem situações que requerem uma reorganização de papéis e comportamento por parte da Pessoa e Família, como o nascimento de um filho ou a morte de um familiar; as *organizacionais*, que surgem sempre que existem mudanças na estrutura e dinâmicas organizacionais (Meleis & Schumacher, 1994).

Quanto aos **padrões** das transições elas podem ser: *simples*, quando ocorre apenas uma mudança; *múltiplas*, quando existe mais do que uma transição; *sequenciais*, sempre que ocorrem múltiplas mudanças e existe ligação entre elas; *simultâneas relacionais*, mudanças relacionadas; *simultâneas não relacionais*, mudanças que ocorrem ao mesmo tempo mas não estão relacionadas. Muitas pessoas experienciam múltiplas transições ao invés de experimentarem uma única transição que não pode ser facilmente distinguida do contexto da sua vida diária (Meleis et al, 2000).

As transições enquanto fenómenos complexos e multidimensionais que são possuem diversas **propriedades**, tais como: *desconexão*, *perceção*, *consciencialização*, *envolvimento*, *mudança e diferenças*, *intervalo de tempo*, *pontos críticos e eventos* (Meleis et al, 2000).

A *desconexão* está associada a ruturas com sentimentos de segurança, incongruência entre expectativas, discrepância entre necessidades.

A *perceção* é o significado que a Pessoa tem das transições e varia de pessoa para pessoa, comunidade, culturas, sendo que diferenças na perceção das transições podem influenciar as respostas e comportamentos aos eventos.

A *consciencialização* refere-se à perceção, ao conhecimento e ao reconhecimento que a Pessoa tem da experiência de transição, sendo que o grau de consciencialização reflete o grau de congruência entre o que a Pessoa conhece do processo e das respostas que constituem um conjunto de perceções individuais numa situação idêntica.

O *envolvimento* refere-se ao grau de envolvimento no processo que a Pessoa demonstra, sendo que o nível de consciência influencia o nível de envolvimento, uma vez que não pode haver envolvimento se a pessoa não possuir consciência, ou seja, uma pessoa

que tem conhecimento das mudanças emocionais, sociais e ambientais vai apresentar um nível de envolvimento superior ao de uma pessoa que desconhece essas mudanças.

As transições ocorrem ao longo do tempo e por isso implicam *mudanças*: pessoais, relacionais, situacionais, sociais e ambientais, sendo que estas mudanças podem levar a processos internos e externos, sendo necessário identificarem os efeitos e significados dessas mesmas mudanças. Apesar de todas as transições envolverem mudança, nem todas as mudanças podem estar relacionadas com a transição. A *diferença* ocorre quando a pessoa se defronta com expectativas divergentes, se sente diferente, é visto como diferente ou vê o mundo de forma diferente. O enfermeiro ao conhecer estas propriedades pode desenvolver mestria em lidar com a mudança e com as diferenças e assim ser capaz de identificar o nível de conforto da pessoa.

Caracterizam-se por um *período de tempo* em que o final não é identificável, estendendo-se desde os primeiros sinais de antecipação, percepção ou demonstração da mudança por um período de instabilidade e angústia, até ao início do novo período de instabilidade.

Os *eventos e pontos críticos* consistem no marco temporal específico em que se inicia o processo de transição. Os *pontos críticos* estão relacionados com a altura em que existe uma consciencialização do início do processo de transição ou do término da mesma e com o envolvimento com a transição, por seu lado os *eventos* são determinados marcos na vida das pessoas como o nascimento ou um período de doença, e que estão habitualmente associados a um aumento da consciencialização de alterações ou diferenças e conseqüentemente a um maior envolvimento em lidar com as experiências de transição. Estes períodos são marcados por grande vulnerabilidade e requerem cuidados e atenção particular por parte do enfermeiro.

Existem condições que facilitam ou inibem o processo de transição, tais como: **condições pessoais**: significado que cada um fornece ao processo de transição, as expectativas em relação às transições, crenças e atitudes culturais, o estatuto socioeconómico, a preparação e conhecimento, o nível de planeamento e o bem estar físico e emocional. O **ambiente**, nomeadamente o contexto sociocultural, os suportes e recursos sociais e as próprias condições climatéricas e geográficas onde ocorrem as transições ajudam a perceber o contexto e as características dos processos transicionais (Schumacher & Meleis, 1994).

A transição leva a mudanças no estado de saúde, nas relações interpessoais, nas expectativas e competências da própria Pessoa, gerando um conjunto de padrões de resposta durante um período de tempo (Chick, Meleis, 1986; Schumacher, Meleis, 1994 cit Meleis et al, 2000).

São os **Padrões de resposta/indicadores de processo** que caracterizam as respostas de saúde, mobilizam a pessoa na direção da saúde e permitem ao enfermeiro avaliar a vulnerabilidade da pessoa e assim poder intervir precocemente no sentido de atingir resultados saudáveis. São considerados *indicadores de processo* o sentir-se ligado (família, profissionais de saúde, apoio social) a interação, o estar situado num determinado espaço e tempo e o desenvolvimento de confiança, pois o aumento dos níveis de confiança permitem à Pessoa lidar com os processo de transição. Os *indicadores de resultado* por seu lado incluem a mestria, o bem-estar, e a integração da identidade, que refletem a capacidade em lidar com a transição (Meleis et al, 2000).

O enfermeiro é muitas vezes o profissional de saúde o primeiro cuidador da pessoa e família que estão a passar por processos de transição, está atento às mudanças e exigências impostas pela situação de transição e é o agente que prepara a pessoa para o processo de transição, ajudando-a a desenvolver competências para lidar com essas situações (Meleis et al, 2000).

As **intervenções terapêuticas** são as ações levadas a cabo pelo enfermeiro ao longo do processo de transição. Existem três medidas que devem ser aplicadas à intervenção terapêutica: a avaliação da situação, a preparação para a intervenção e o papel de suplementação (Schumacher & Meleis, 1994).

É fundamental que o enfermeiro identifique as necessidades da Pessoa que se encontra a passar por uma fase de transição, e compreenda que a mesma situação pode gerar respostas diferentes por parte da Pessoa, bem como desenvolva conhecimentos relacionados com as dimensões, tempo, padrões e tipos de transições e saber quando e como intervir nessas transições. Tal como refere Zanolgi (1999) o enfermeiro ao basear a sua prática na Teoria da Transição, está a aumentar as possibilidades de ajuda à Pessoa enquanto ser holístico que é, não se focando apenas na cura. Conhecendo todos estes aspetos o enfermeiro pode avaliar, planear e implementar estratégias de prevenção, promover intervenções terapêuticas frente aos eventos de transição, com o objetivo de restabelecer a instabilidade gerada pelo processo de transição.

A Pessoa em situação crítica requer todo um conjunto de procedimentos e técnicas invasivas de diagnóstico e terapêutica para o restabelecimento e manutenção das suas funções vitais, predispondo-se a adquirir uma infecção em consequência dos cuidados prestados. A PAV apresenta-se como uma dessas consequências que a Pessoa em situação crítica pode desenvolver e sendo esta o tema do nosso PIS, passamos a aprofundá-la no subcapítulo seguinte.

1.2 – PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA

As IACS são uma realidade nas instituições de saúde e uma preocupação constante para todos aqueles que prestam cuidados, uma vez que para além de afetar a qualidade dos mesmos, afeta sobretudo a qualidade de vida dos doentes, a sua segurança e a dos próprios profissionais, sendo que de acordo com a WHO (2009) 1,4 milhões de pessoas no mundo adquiriram uma IACS, o que levou esta organização a criar a *World Alliance for Patient Safety* com a finalidade de reduzir os efeitos adversos associados aos cuidados de saúde.

Definidas como uma infecção adquirida pelo doente durante a prestação de cuidados no hospital ou em qualquer outra instituição prestadora de cuidados de saúde e que não estava presente ou em incubação no momento da sua admissão (Horan, Andrus & Dudeck, 2008) as IACS são um desafio para todos os profissionais de saúde. Tal como referido anteriormente, a pessoa em situação crítica necessita de um conjunto de procedimentos e técnicas invasivas para o restabelecimento e manutenção das suas funções vitais, tornando-a mais predisposta a adquirir uma infecção em consequência dos cuidados prestados. Sendo que em locais como as UCI, a percentagem de pessoas em situação crítica que pode adquirir uma IACS é de cerca de 30%, estando-lhe associadas elevadas taxas de morbidade e mortalidade (WHO, 2011).

A ventilação mecânica invasiva é uma das técnicas de suporte à manutenção das funções vitais da pessoa em situação crítica e enquanto procedimento invasivo, pela necessidade de introdução de um tubo endotraqueal nas vias aéreas (nasotraqueal, orotraqueal ou cânula de traqueostomia), pode acarretar alguns riscos, tais como a PAV (Koenig & Truwit, 2006).

A PAV define-se como uma infecção pulmonar provocada por vírus, bactérias e/ou fungos em doentes entubados endotraquealmente e submetidos a ventilação mecânica há mais de 48 horas (Koenig & Truwit, 2006).

De acordo com o CDC (2003) pode ser classificada em precoce ou tardia de acordo com o tempo do seu aparecimento. Relativamente à PAV precoce, esta ocorre quando o seu aparecimento surge até às 96 h após a entubação endotraqueal, e resulta por norma da aspiração consequente à própria entubação, ou seja provocada por microrganismos pertencentes à flora endógena da própria pessoa, sendo que por sua vez a PAV tardia ocorre após 96 horas da entubação e tem na sua etiologia microrganismos hospitalares, ou seja que pode resultar dos cuidados prestados.

De acordo com a DGS (2004), a PAV precoce ocorre quando há uma quebra nas defesas do hospedeiro propiciando a colonização microbiana, uma vez que a presença de uma via aérea artificial como o tubo endotraqueal provoca alterações nos mecanismos de defesa da via aérea, constituindo ainda um acesso direto às vias aéreas. Assim, os agentes microbianos patogénicos podem atingir o aparelho respiratório inferior por: microaspiração a partir da orofaringe, inoculação durante a entubação ou no ato da aspiração de secreções, Inalação de aerossóis contaminados, possível translocação bacteriana, menos frequente.

Para a ATSD (2005) a PAV é frequentemente causada por microrganismos bacterianos e mais raramente por vírus ou fungos (estes últimos mais frequentes em doentes imunodeprimidos). Os microrganismos responsáveis pela PAV mais frequentes são Bacilos Gram -: *P. aeruginosa*, *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae* e *Acinetobacter* e Cocos Gram + como o *Staphylococcus aureus* (MRSA).

Nos EUA, 86% das pneumonias nosocomiais estão associadas à ventilação mecânica, ocorrendo por ano entre 250000 e 300000 casos, o que significa uma taxa de incidência de 5 a 10 casos por cada 1000 dias de internamento (Koenig & Truwit, 2006). A nível europeu e de acordo com dados do ECDC, dos 70678 doentes que permaneceram na UCI no ano de 2009, por mais que dois dias, 7,1% adquiriram uma pneumonia, sendo que destes 91% estiveram com entubação endotraqueal (ECDC, 2011).

A PAV é das IACS a mais frequente nas UCI, sendo que 10 a 20% dos doentes entubados endotraquealmente e submetidos a ventilação mecânica desenvolvem uma PAV (SHEA, 2008) e representa um grande impacto para os serviços de saúde por prolongar o

tempo de internamento nas UCI, prolongar o tempo de ventilação mecânica e consequentemente o aumento dos custos financeiros para a instituição, (Mendonça, 2009).

Os fatores de risco que predisõem o doente a desenvolver uma PAV dividem-se em fatores extrínsecos como a presença de *tubo endotraqueal*, que permite o acesso direto de microrganismos potencialmente patogénicos às vias aéreas inferiores por acumulação e passagem de secreções contaminadas em redor do balão do tubo endotraqueal, o *Decúbito dorsal*, uma vez que este favorece o refluxo gástrico e a aspiração do conteúdo da orofaringe, facilitando assim a colonização microbiana das vias aéreas inferiores, a *Antibioticoterapia* uma vez que a exposição prévia a antibióticos aumenta o risco de colonização por microrganismos pertencentes à flora hospitalar e fatores intrínsecos como a *Imunodepressão*, *Fatores que impeçam uma libertação precoce do ventilador*, como estados de nutrição, concentração de hemoglobina, equilíbrio hidro-eletrolítico e metabólico, função cardíaca, sedação do doente, a utilização de fármacos bloqueantes neuromusculares (DGS, 2004).

O conhecimento destes fatores de risco é fundamental, nomeadamente dos fatores de risco extrínsecos, uma vez que é atuando sobre estes, que o enfermeiro pode representar um papel ativo na Prevenção da PAV.

Ao longo dos últimos anos têm sido desenvolvidos esforços pelas organizações de saúde no sentido da sua prevenção, cabendo aos profissionais de saúde, nomeadamente ao enfermeiro garantir a utilização eficaz e segura das medidas de prevenção baseadas na evidência, no sentido de se prestarem cuidados de qualidade e segurança para os doentes (DGS, 2007).

Assim, no sentido de minimizar ou eliminar os riscos do doente submetido a ventilação mecânica invasiva desenvolver uma PAV durante o seu internamento, foram investigadas e criadas *guidelines* por grupos de peritos de diferentes entidades nacionais e internacionais, que quando devidamente implementadas reduzem as taxas de PAV, melhoram os resultados dos doentes e as relações custo-benefício (SHEA, 2008)

Para servir de suporte ao trabalho desenvolvido, foram selecionadas as recomendações baseadas na evidência emanadas pelo CDC, sendo que cada recomendação é classificada por categorias de evidência, de acordo com os critérios do CDC/HICPAC:

IA - Fortemente recomendado, baseado em estudos científicos e epidemiológicos.

IB – Fortemente recomendado por alguns estudos epidemiológicos e forte suporte teórico.

IC – Recomendada a sua aplicação por leis, normas ou regulamentos.

II – A implementação é sugerida e suportada por estudos clínicos ou epidemiológicos ou fundamentação teórica.

Questão não resolvida – Representa um assunto não resolvido para o qual a evidência é insuficiente ou não existe consenso em relação à sua eficácia..

A cada recomendação corresponde o grau de evidência e encontram-se divididas em: Educação, Vigilância da PAV, Prevenção de transmissão de microrganismos, Prevenção da aspiração (CDC, 2004).

Educação

- Formação e informação dada à equipa prestadora de cuidados sobre prevenção da PAV, fatores de risco, epidemiologia e taxas de PAV na sua unidade (IA)

Vigilância da PAV

- Observação do cumprimento das medidas específicas de prevenção da PAV, através de auditorias de processo e estrutura (IIIB)

Prevenção de transmissão de microrganismos

Prevenção da transmissão pessoa a pessoa

- Higienizar as mãos com SABA ou água e sabão sempre:

- antes e após contato com os doentes (IA)

- antes e após contato com equipamento/material respiratório (IA)

- que no mesmo doente se transita de uma zona visivelmente contaminada para uma zona limpa (IA)

- Lavar as mãos com água e sabão sempre:

- após contato com sangue, mucosas ou fluídos corporais (IA)

- Utilizar os EPI's adequados a cada situação:
 - Utilizar Luvas perante risco de exposição a fluídos e/ou secreções e no manuseamento de objetos contaminados com as mesmas (IB), seguido de lavagem das mãos (IA)
 - Utilizar Bata quando se realizam procedimentos susceptíveis de gerar salpicos de secreções respiratórias (IB)
 - Utilizar máscara durante a aspiração de secreções com circuito aberto

Cuidados ao doente com traqueostomia


- Utilizar técnica assética na manipulação da traqueostomia (II)

Aspiração de secreções das vias respiratórias

- Utilizar luvas para a aspiração de secreções ou manipulação de objetos contaminados com secreções de qualquer doente (IA)
- Quando utilizado sistema de aspiração aberto, usar uma sonda estéril de uso único (II)
- Quando utilizado sistema de aspiração fechado, substituir a sonda sempre que se apresentar em mau funcionamento ou se encontrar visivelmente suja (IB)
- Usar apenas líquidos estéreis para remoção de secreções (IB)

Manutenção do material e equipamento

- Todo o material que vai ser desinfetado ou esterilizado deve ser previamente lavado (IA)
- Todo o material que entra em contato direto ou indireto com as mucosas do doente (material semicrítico) deve ser esterilizado ou sujeito a desinfecção térmica de alto nível (IA)

- O equipamento/material semicrítico termo-sensível deve ser submetido a desinfecção química de alto nível, seguida de enxaguamento, secagem e embalagem para evitar a recontaminação dos DMUM (IB)
- O enxaguamento final (após desinfecção química) do material semicrítico deve ser efetuado com água estéril (IB)
- Todo o material classificado de uso único  deve ser descartado após a sua utilização
- Os DMUM desinfetados devem ser guardados separados dos DMUM esterilizados e em armário fechado e ao abrigo da luz e do calor
- Os circuitos internos dos ventiladores não devem ser esterilizados por rotina (II)
- Os circuitos externos dos ventiladores devem ser substituídos entre doentes (IB) e no mesmo doente devem ser substituídos quando visivelmente sujos e/ou com problemas de funcionamento e de acordo com o tempo de utilização indicado pelo fabricante (IA)
- Os HME's devem ser substituídos sempre que se encontrem visivelmente conspurcados e/ou com problemas de mau funcionamento (IA)
- Os humidificadores de O₂ devem ser substituídos entre doentes, devendo ir ao SEC para serem submetidos a desinfecção de alto nível (desinfecção térmica) (IB)
- Os ressuscitadores manuais devem ser de uso individual para cada doente (IB) e sempre que se encontrem visivelmente contaminados e/ou sujos devem ser enviados para o SEC (IB)
- As máscaras de anestesia após serem utilizadas devem ser enviadas para o SEC para serem submetidos a desinfecção de alto nível, por processo físico (desinfecção térmica) (IB)
- A lâmina do laringoscópio deve ser desmontada imediatamente após a sua utilização (IB) e ser lavada com detergente neutro e água corrente, deve ser enxaguada abundantemente, após estar seca é mergulhada em álcool 70° durante 10' (IA).
- O cabo do laringoscópio aquando da presença de matéria orgânica, deve ser lavado por fricção com pano embebido em água e detergentes e posteriormente deve ser passado com um pano molhado com água. No final de cada utilização deve ser desinfetado com álcool a 70° (IB)

Prevenção da Aspiração

Prevenção da aspiração associada ao tubo endotraqueal

- Aspirar secreções acima do *cuff* do tubo endotraqueal antes de mobilizar ou transportar o doente, bem como antes de desinsuflar o *cuff* (II)
- Manter uma pressão do *cuff* adequada (aproximadamente 20 cm H₂O)

Prevenção da aspiração associada à alimentação entérica

- Manter a cabeceira da cama dos doentes entubados endotraquealmente elevada a 30-45°, caso não haja contra-indicação clínica (II)
- Verificar o posicionamento e a permeabilidade da sonda de alimentação entérica (IB)
- Avaliação de conteúdo gástrico

Prevenção da colonização da orofaringe

- Higiene oral a cada 2-4h previamente às mobilizações e seguido da aspiração de secreções da orofaringe (II)

Explanada a teoria de enfermagem e enquadramento teórico que serviu de suporte ao trabalho desenvolvido no PIS e PAC, no capítulo seguinte apresentaremos o desenvolvimento do PIS.

2 - PROJECTO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO

No âmbito do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica foi-nos proposto o desenvolvimento de um Projeto de Intervenção em Serviço (PIS) utilizando a metodologia de projeto em torno da identificação de uma problemática clínica na área da enfermagem médico-cirúrgica em contexto de estágio.

A metodologia de projeto baseia-se numa investigação centrada num problema/oportunidade real vivenciado, e visa sobretudo a implementação de estratégias e intervenções eficazes para a resolução do problema. É constituída por cinco etapas: diagnóstico da situação, definição de objetivos, planeamento, execução e avaliação e por fim a divulgação dos resultados (Ferrito, 2010).

De acordo com Leite et al (1989) cit por Alarcão (1996), esta metodologia visa: a produção de conhecimento, a sensibilização para uma metodologia de resolução de problemas, o estabelecimento de relações entre a teoria e a prática, desenvolvimento de capacidades de investigação, experimentar técnicas e métodos diversificados, compreender a realidade como um campo de saber.

Com o objetivo de darmos resposta ao plano de estudos do 1º Curso de mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde de Setúbal, realizámos um conjunto de três estágios interligados entre si numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente de um Hospital Central de Lisboa, onde tivemos a oportunidade de desenvolver o referido PIS.

Assim no sentido de contextualizar a ação onde foi desenvolvido o projeto passamos a fazer uma breve apresentação do local onde o mesmo decorreu.

Apresentação do local onde foi desenvolvido o PIS

A unidade onde foi desenvolvido o PIS, encontra-se integrada na Área dos Cuidados Intensivos e Urgência da referida instituição, dispõe de recursos humanos e materiais para dar resposta a doentes em estado crítico das especialidades Médica,

Cirúrgica e Traumatológica. Recebe doentes de toda a instituição hospitalar e referenciados de outros hospitais e CODU.

É uma unidade de nível III, constituída por: equipa de enfermagem e médica funcionalmente dedicadas e qualificadas, por médicos das especialidades de medicina interna, anestesia e cirurgia em presença física nas 24h, possuindo os meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica necessários, dispendo de medidas de controlo de qualidade e adotando ao nível da formação em enfermagem programas de ensino em prática clínica de cuidados intensivos tal como preconizado pela DGS (DGS, 2003).

De acordo com a DGS (2003), as unidades de cuidados intensivos são unidades onde se concentram competências, saberes e tecnologias de modo a suportar e recuperar as funções vitais de doentes que apresentam falência de uma ou mais funções vitais, potencialmente reversíveis.

A referida unidade no seu plano de ação para 2012 tinha definido como **missão** de enfermagem “*cuidar dos doentes em tempo útil, de forma personalizada, com garantia de qualidade assegurando um nível que se pretende de excelência e de rentabilidade de recursos*”, como **valores** a excelência da prática de enfermagem, a preservação da dignidade do doente e o atendimento das necessidades dos familiares e como **objetivos**:

- Melhorar as práticas de enfermagem no âmbito da Prevenção e Controlo de Infecção;
- Diminuir o ruído na unidade;
- Melhorar o acolhimento doente família na unidade e consequentemente melhorar a humanização dos cuidados;
- Continuar a elaboração de normas e procedimentos;
- Participar no registo nacional de infeção nosocomial das unidades de cuidados intensivos (HELICS UCI).

Tendo em conta os objetivos da unidade, propusemo-nos realizar um PIS que pudesse dar resposta aos mesmos.

Nos estágios I e II e de acordo com a metodologia de projeto, foram desenvolvidas as fases de diagnóstico de situação, definição de objetivos (APÊNDICE I), e o planeamento de intervenções, por sua vez no estágio III foram desenvolvidas as etapas da execução e avaliação.

Após uma breve apresentação do local onde foi desenvolvido o PIS, passamos a apresentar as diferentes fases que o constituem e no final faremos uma análise reflexiva das competências do enfermeiro especialista que adquirimos com o mesmo.

2.1 - DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

A fase do diagnóstico de situação visa a descrição de uma realidade onde se pretende atuar e mudar, sendo que desta fase da metodologia projeto fazem parte: a identificação a análise, contextualização do problema, com recurso a instrumentos de colheita de dados, a identificação dos problemas parcelares que constituem o problema identificado, a determinação de prioridades e a definição dos objetivos.

2.1.1 - IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA

Cientes de que os enfermeiros desempenham um papel fundamental na implementação de boas práticas de modo a prevenir as IACS, nomeadamente a PAV em doentes submetidos a ventilação mecânica, após pesquisa dos procedimentos existentes na referida unidade constatámos que apesar de algumas das medidas de prevenção da PAV estarem presentes em alguns procedimentos sectoriais como: aspiração de secreções, manutenção dos circuitos ventilatórios, higienização das mãos, não existia um procedimento sectorial nem multissetorial no âmbito das intervenções de enfermagem na prevenção da PAV. Durante algumas entrevistas não estruturadas com a equipa de enfermagem constatámos também que os mesmos não têm conhecimento da realidade da unidade em termos de taxas de infeção. Após entrevista não estruturada com a Enf^a Chefe da referida unidade, Enf^a Orientadora e elos de ligação com a CCIH, e depois de termos conhecido os objetivos que faziam parte do plano de ação da UCIP, definimos como problema:

- Pneumonia associada à ventilação mecânica – Uma realidade vivenciada na UCIP de um Hospital Central de Lisboa

2.1.2 - ANÁLISE DO PROBLEMA

As IACS são uma realidade nas instituições de saúde e uma preocupação constante para todos aqueles que prestam cuidados. Sendo também uma preocupação dos elementos responsáveis da UCIP.

Pela análise dos dados do HELICS UCI, programa de vigilância epidemiológica, disponibilizados pelos elos dinamizadores/ligação, da Unidade onde realizámos estágio, com a CCIH da instituição, verifica-se que a PAV é uma realidade neste serviço, sendo a IACS com taxas mais elevadas.

Nesta linha de ação, para contextualizarmos a área problemática, após autorização da Enf^a Chefe e com o conhecimento da equipa de enfermagem, procedemos a uma observação direta não participante das práticas que decorreu no período compreendido entre 09/01/2012 e 20/01/2012, com recurso a uma grelha de observação construída por nós para esse fim, baseada num conjunto de critérios fundamentados nas recomendações emanadas pelo CDC como medidas de prevenção da PAV, tendo a mesma sido discutida com a Enf^a Orientadora, a Enf^a Chefe e elo de ligação com a CCIH (APÊNDICE II). Segundo Fortin (2003) a observação não participante consiste em descrever os componentes de uma determinada situação ou seja selecionar, provocar, registar e codificar um conjunto de comportamentos e ambientes ligados aos objetivos da observação no terreno.

Para Fortin (2003) os observadores devem ser escolhidos com cuidado, formados para a observação e para o registo de comportamentos precisos. Neste sentido, para a realização das observações contámos com a colaboração de três elementos da unidade, um elo de ligação com a CCIH, devido à sua experiência em observação de práticas no âmbito da prevenção e controlo de infeção, um elemento externo que na altura se encontrava a prestar cuidados na unidade e um elemento da unidade.

A todos os referidos elementos foi realizada uma explicação minuciosa dos comportamentos a observar e a registar, pois tal como nos refere Fortin (2003) o observador desempenha diferentes papéis, por um lado deteta o comportamento humano, ou seja se determinado comportamento é produzido ou não, sendo por isso fundamental que o mesmo possua uma definição clara e precisa dos comportamentos a observar e por

outro lado age como informador, que compreende o significado de um comportamento num determinado contexto.

Recorremos a uma técnica de amostragem não probabilística, pois de acordo com Fortin (2003) neste tipo de amostragem, cada elemento da população não tem a mesma probabilidade de ser escolhido para formar a amostra, construindo-se assim uma amostra acidental cujos sujeitos incluídos estão num determinado local, num preciso momento, neste caso, a realizar turno e aprestar cuidados a doentes com ventilação mecânica, no mesmo dia que o investigador ou que os outros colaboradores que participaram na colheita de dados.

Segundo a mesma autora este tipo de amostragem tem como vantagens a sua simplicidade, pouca onerosidade, facilidade na organização e a limitação temporal, sendo que no entanto tem o risco de ser menos representativa do que uma probabilística, podendo existir enviesamento dos resultados, uma vez que nada garante que os sujeitos incluídos sejam representativos da amostra (Fortin, 2003).

Das observações realizadas e após termos procedido ao tratamento e à análise quantitativa dos dados através do programa informático Excel (APÊNDICE III), constatámos falhas na prevenção da transmissão de microrganismos pessoa-a-pessoa, nomeadamente na higienização das mãos, na aspiração de secreções, na prevenção da aspiração associada ao tubo endotraqueal, na avaliação da pressão do *cuff* do TET e na manutenção da cabeceira da cama elevada a 30°.

Com base nos resultados das observações construímos uma **FMEA**, (instrumento de gestão) no sentido de identificar as possíveis causas para a não realização das intervenções de enfermagem e assim podermos definir níveis prioritários de risco e planear as ações a desenvolver, pois segundo Moura (2000) este instrumento visa a identificação de potenciais modos de falha em cada etapa do processo, para que se possa determinar o efeito de cada uma das falhas sobre o mesmo, mediante um raciocínio dedutivo (APÊNDICE IV).

Da análise da FMEA constatámos que as áreas a intervir por ordem de prioridade de risco eram: higienização das mãos, a aspiração de secreções, elevação da cabeceira da cama, avaliação da pressão do *cuff* do TET e a higiene oral.

A existência de programas de formação/educação para os profissionais são fundamentais para a prevenção da PAV, pois como refere o DGS (2007) é necessário que os serviços possuam programas de educação/formação na área das IACS, na qual a PAV se inclui, bem como normas de procedimento com base nas recomendações emanadas e um programa de vigilância epidemiológica que permita um registo contínuo das mesmas para que se possa fazer uma análise e interpretação de dados, e assim se possam adequar as medidas de prevenção e controlo.

Assim, procurámos através de um questionário construído para esse fim, diagnosticar necessidades formativas no âmbito da equipa de enfermagem, nomeadamente se a mesma possuía formação na prevenção da PAV, que tipo de formação possuía e se conhecia os procedimentos existentes (APÊNDICE V).

No sentido de cumprirmos com todos os preceitos ético-legais, solicitámos autorização à Sr^a Diretora de Enfermagem para aplicação dos referidos questionários à equipa de enfermagem da UCIP da instituição supramencionada (APÊNDICE VI)

De modo a avaliar a eficácia e a pertinência do questionário antes da sua aplicação, aplicámos um pré-teste a 4 enfermeiros das diferentes equipas. Uma vez que não houve qualquer dificuldade, nomeadamente na compreensão semântica do mesmo, procedemos à sua aplicação a todos os enfermeiros da unidade no período de 15/01/2012 a 23/01/2012, sendo de salientar que aquando a sua aplicação foram protegidos os direitos dos enfermeiros enquanto pessoas, nomeadamente: o direito à intimidade, o direito ao anonimato e confidencialidade através de um consentimento livre e esclarecido onde se encontrava explícito o objetivo do projeto, e onde se garantia o anonimato da sua identidade, a confidencialidade dos dados, bem como a garantia que os dados recolhidos apenas eram utilizados para este projeto (APÊNDICE VII).

Da análise dos resultados obtidos, verificámos que todos os enfermeiros referem ter conhecimentos na área da PAV, no entanto cerca de 24 % dos mesmos consideram que esses conhecimentos são insuficientes. Quando questionados se possuem formação nesta área, 54% refere ter formação e cerca de 46% refere não ter formação. Dos 54% que responderam ter formação, os contextos em que a mesma foi adquirida foram diversos.

Quando questionados se conheciam os procedimentos relacionados com a prevenção da PAV existentes na UCIP, 65 % referem ter conhecimento da existência dos mesmos, sendo que 63% referem o procedimento da aspiração de secreções, 29% referem

o procedimento da manutenção dos circuitos internos dos ventiladores e apenas 13% refere o procedimento da higienização das mãos. Quanto à importância que os enfermeiros atribuem ao papel do enfermeiro na prevenção da PAV, à existência de normas de procedimento na instituição e no serviço, bem como à formação na área, a maioria atribui o grau entre muito e muitíssimo importante.

Da triangulação dos dados que segundo Fortin (2003) consiste na colheita de dados junto de diversas fontes de informação, pudemos inferir a necessidade de intervir a nível da formação e na elaboração de procedimentos setoriais na área da prevenção da PAV.

Nesta linha de ação e perante o descrito e analisado identificámos como **problemas parcelares**:

- Inexistência de procedimento multisectorial relativo à Prevenção da PAV na instituição;
- Níveis de formação no âmbito da prevenção da PAV diferentes na equipa de enfermagem, de acordo com os resultados dos questionários aproximadamente metade dos enfermeiros não possuem formação específica nesta área;
- Inexistência de avaliações às práticas dos enfermeiros e respetiva comunicação das falhas detetadas;
- Desconhecimento por parte da equipa de enfermagem das taxas das IACS na sua unidade;

Assim sendo, uma vez identificados os problemas parcelares, determinámos como **prioridades de ação**:

- Elaboração de procedimento sectorial sobre Intervenções de Enfermagem na Prevenção da PAV;
- Formação e treino da equipa relativamente às boas práticas na prevenção da PAV;
- Avaliação de práticas, através de auditoria interna;

2.1.3 - DEFINIÇÃO DE OBJECTIVOS

De acordo com Mão de Ferro (1999) os objetivos de um projeto visam os resultados que se pretendem alcançar. Deste modo, delineámos os seguintes objetivos:

Objetivo geral:

- Divulgar recomendações de boas práticas de enfermagem baseadas na evidência no âmbito da Prevenção da Pneumonia associada à Ventilação Mecânica, e assim contribuir para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados aos utentes da UCIP de um Hospital Central de Lisboa

Objetivos específicos:

- Elaborar um procedimento setorial “Intervenções de Enfermagem na Prevenção da PAV” para orientação dos enfermeiros da UCIP, relativamente aos cuidados a prestar ao doente submetido a ventilação mecânica, no sentido de prevenir a PAV

- Contribuir para a formação da equipa de enfermagem da UCIP, no âmbito das Intervenções de Enfermagem na Prevenção da PAV

- Desenvolver competências técnicas e científicas na área da auditoria a práticas de enfermagem no âmbito da Prevenção da PAV

No sentido de atingir os objetivos propostos, procedemos ao planeamento, que de acordo com Ramos (2008) é a etapa da metodologia de projeto, onde são estabelecidas as atividades e estratégias a desenvolver, identificados os recursos e calendarizadas as tarefas, e que passaremos a explicar.

.

2.2 - PLANEAMENTO, EXECUÇÃO E AVALIAÇÃO

De forma a dar resposta ao objetivo geral e específicos traçados após análise dos resultados obtidos durante a etapa diagnóstico de situação, identificámos as atividades, as estratégias e os recursos a utilizar e os profissionais com quem iríamos articular essas mesmas atividades nomeadamente: peritos na área da prevenção e controlo de infeção, Enf^a responsável pela formação em serviço, Enf^a elo de ligação com a CCIH, elementos da CCIH, Enf^a Chefe, e definimos os indicadores de avaliação que nos permitissem no final concluir se os objetivos definidos foram atingidos. (APÊNDICE VIII).

Para Carvalho (2001), os projetos são constituídos por dois momentos de avaliação, um primeiro momento designado por avaliação intermédia, realizada em concomitância temporal com a execução do projeto, que permite avaliar se as atividades planeadas estão a ser desenvolvidas ou se é necessário um reajuste das mesmas, bem como se é necessário recorrer a outro tipo de recursos para além dos que foram planeados, o outro momento de avaliação, ocorrerá no final do projeto e permite avaliar se os objetivos estabelecidos foram concretizados. Neste sentido, ao longo deste subcapítulo apresentamos a avaliação realizada ao longo da execução do PIS.

Qualquer projeto implica a elaboração de um cronograma de modo a precisar temporalmente as atividades a desenvolver para que haja um maior controlo na implementação do mesmo. Após a realização do planeamento, foi construído um **cronograma** enquanto guia orientador em termos temporais, e tendo como característica ser flexível, o que nos permitiu adicionar atividades que inicialmente não estavam previstas (APÊNDICE IX).

Depois de planeadas as atividades, identificados os recursos e enumerados os indicadores que foram analisados e discutidos com a Enf^a Chefe e Enf^a Orientadora, passamos à fase da execução e avaliação que decorreu durante o estágio III, parte integrante deste curso de mestrado e no local de estágio já mencionado.

No sentido de facilitar a leitura, procedemos a uma análise crítica e reflexiva das atividades realizadas e da avaliação efetuada para cada objetivo específico definido.

OBJETIVO 1 - Elaborar um procedimento setorial “Intervenções de Enfermagem na Prevenção da PAV”, para orientação dos enfermeiros da UCIP, relativamente aos cuidados a prestar ao doente submetido a ventilação mecânica, no sentido de prevenir a PAV.

As normas de orientação clínica (NOC's), em inglês designadas por *guidelines* definem-se como um conjunto de recomendações clínicas, desenvolvidas de forma sistematizada, cujo objetivo é auxiliar o profissional de saúde e/ou doente na tomada de decisão acerca de intervenções de cuidados de saúde, constituindo assim um instrumento de qualidade de prestação de cuidados. (Roque, Bugalho & Carneiro, 2007).

Na prática de enfermagem apresentam-se como um instrumento de trabalho, uma vez que facilitam a prática em múltiplas situações, facilitam a integração de novos elementos nos serviços e contribuem para a uniformização dos cuidados no sentido de uma melhoria da qualidade dos mesmos (Andrade, 1995).

Para Roque, Bugalho & Carneiro (2007) as NOC's apresentam vantagens para os profissionais de saúde uma vez que permitem o acesso fácil à síntese da informação relevante e eficaz, reforçam a qualidade da decisão através da indicação de recomendações claras e servem de base de referência para programas de qualidade em saúde bem como de esquema referencial da melhor prática, para os doentes, uma vez que estas podem substanciar a sua educação em saúde e para o próprio sistema de saúde, uma vez que uma prática baseada em evidência científica potencia a eficiência dos serviços, permitindo estabelecer comparações entre o que está standartizado e a prática, são elaboradas por grupos de profissionais especialistas na área, e apresentam um conjunto de características próprias, nomeadamente: são adaptadas localmente por aqueles que serão os seus utilizadores, são disseminadas através de ações educacionais específicas e são aplicadas localmente.

Para a sua elaboração, o grupo de trabalho procede a uma revisão sistemática da literatura, baseada em evidência científica relevante, em bases de dados eletrónicas, fontes de evidência primária e secundária, NOC'S disponíveis na literatura, revistas de síntese da evidência primária, livros, e até a opinião de especialista no tema em estudo. Sendo que o objetivo é a obtenção de estudos que respondam a questões precisas, com bom grau de segurança sobre a obtenção d toda a informação relevante. Uma boa pesquisa é aquela que apresenta uma boa sensibilidade (elevada proporção de artigos selecionados de boa qualidade, cientificamente sólidos e clinicamente importantes), uma boa especificidade (elevada proporção de artigos de baixa qualidade que não obedecem aos critérios), uma boa precisão (elevada proporção de artigos selecionados que obedecem aos critérios pré-definidos) e, finalmente, uma boa exatidão (rácio elevado de artigos relevantes que foram selecionados mais os artigos não relevantes que não foram selecionados, divididos por todos os artigos existentes na base de dados) (Roque et al, 2007).

Considerando que a DGS (2007) refere que os serviços devem ter normas de procedimento elaboradas com base em recomendações emanadas para que se possam adequar as medidas de prevenção e controlo de infeção e que faz parte das competências

do enfermeiro a elaboração de guias orientadores de boas práticas, elaborámos o procedimento setorial “Intervenções de Enfermagem na Prevenção da PAV”, no sentido de orientar os enfermeiros da UCIP relativamente aos cuidados de enfermagem a prestar ao doente submetido a ventilação mecânica de modo a prevenir a PAV.

Cientes da já existência de NOC's de Prevenção da PAV emanadas por diferentes organizações, e considerando que a adaptação de NOC's já existentes e publicadas pode ser uma solução aceitável para os profissionais de saúde que as vão utilizar, uma vez que esta metodologia permite reduzir a duplicação de esforços, tal como referido pela *Cochrane Collaboration* cit por Roque et al (2007) recorreremos à metodologia *adapte*, no sentido de elaborarmos um procedimento setorial suportado em recomendações baseadas na evidência de NOC's já existentes.

O recurso a esta metodologia e a consecução de todas as suas etapas, não estava inicialmente contemplada na etapa do planeamento, sendo que também a nossa inexperiência na sua utilização levou a um desfasamento em termos temporais do cronograma inicial, nomeadamente nas atividades desenvolvidas e na elaboração do procedimento no período estipulado.

A metodologia *adapte* visa potenciar a utilização de recomendações de elevada qualidade presentes em NOC's já existentes, e a sua adaptação a contextos da prática através de uma abordagem sistemática, sendo que todo o processo *adapte* visa garantir que as recomendações finais, abordem questões específicas da saúde relevantes para o contexto da prática a que se destinam e que as mesmas são adequadas para as suas necessidades e recursos existentes. A metodologia *adapte* surge assim como uma alternativa ao desenvolvimento de novas NOC's ou como a adaptação de orientações já existentes ao contexto da prática atual (Adapte, 2007).

A primeira fase do processo *adapte* passou por planear todas as outras fases, ou seja procedemos à preparação de todo o processo de adaptação. De acordo com o Adapte (2007) nesta fase a organização determina o projeto a elaborar, nomeadamente quem faz parte do projeto bem como o painel de peritos a consultar. Esta fase permite dar resposta a perguntas como: a população a que se pretende aplicar as recomendações tem características semelhantes ou adaptáveis à estipulada pela NOC original? As recomendações possuem características que lhe permitem ser incorporadas no contexto real? quais os recursos necessários e quais as implicações práticas na aplicação das

recomendações adotadas?. A resposta a estas questões serve de sustentação a uma metodologia cientificamente consistente da adaptação de NOC's.

A segunda fase do processo adapte, refere-se a todo o processo que envolve a fase de adaptação, nomeadamente: definição da questão, (engloba o âmbito e o propósito da NOC, sendo que auxilia à sua definição a identificação: da população em causa, das intervenções de interesse, dos profissionais para quem as recomendações serão orientadas, dos resultados esperados, do contexto em que as recomendações vão ser implementadas) a pesquisa e análise de NOC's já existentes, a avaliação dessas mesmas NOC's, a seleção da NOC a adaptar e a o rascunho da NOC adaptada (Adapte, 2007).

Nesta linha de ação, no sentido de definirmos a questão de saúde que estava na base deste procedimento, procurámos responder aos cinco itens que a metodologia adapte sugere. Identificámos como população alvo do nosso trabalho os doentes internados na UCIP submetidos a ventilação mecânica, identificámos os enfermeiros da referida unidade que prestam cuidados aos doentes submetidos a ventilação mecânica como os profissionais aos quais as recomendações se dirigem, como resultados esperados, identificámos a uniformização dos cuidados de enfermagem prestados aos doentes submetidos a ventilação mecânica, e também diminuição do risco destes doentes desenvolverem uma PAV e o contexto onde as recomendações vão ser implementadas é a UCIP de um Hospital Central de Lisboa.

Após respondermos aos itens que auxiliam na definição da questão em estudo, definimos a questão: Que evidências científicas suportam as intervenções de enfermagem a realizar no doente submetido a ventilação mecânica no sentido da prevenção da PAV?

Uma vez definida a questão, procedemos à pesquisa de NOC's existentes e publicadas após o ano de 2000, entre a segunda semana de Maio de 2011 e a quarta semana do mesmo mês, através de uma revisão de literatura existente. De acordo com FORTIN (2003) a revisão da literatura é um processo que consiste em fazer um levantamento e uma análise crítica de um conjunto de publicações sobre uma determinada temática. Pesquisámos em bases de dados eletrónicas, como a *Medline* (Pubmed) e em bases de dados de *guidelines*. Utilizámos os termos “*Guidelines to Prevent Ventilator-Associated Pneumonia*”, “*Guidelines nursing to Prevent Ventilator Associated Pneumonia*”, “*Prevenção da Pneumonia Associada ao Ventilador*” para a realização de pesquisa. Da pesquisa efetuada, encontrámos recomendações publicadas por diversas entidades

nacionais e internacionais, excluímos aquelas que já eram adaptação de outras NOC's e procedemos à comparação das recomendações emanadas pelas diferentes entidades/organizações relativamente ao grau de evidência que atribuem a cada recomendação (APÊNDICE X).

Após esta comparação, selecionámos as três que apresentavam: um maior número de recomendações com grau de evidência, as recomendações de forma clara e sucinta, nomeadamente:

“Guidelines for Preventing Health-care associated Pneumonia” 2003, emanadas pelo CDC

“Strategies to Prevent Ventilator Associated Pneumonia in Acute Care Hospital” 2008 emanadas pela SHEA

“Guidelines for the prevention of ventilator-associated Pneumonia in adults in Ireland” 2011, emanadas pelo HSPC.

Após esta etapa, submetemo-las a um painel de peritos da área, que para Nunes (2010) é alguém que detém profundo conhecimento sobre um determinado domínio e sabe quando, como e porquê usar esse conhecimento, que detém a perícia, os conhecimentos e habilidades dirigidas a um fim definitivo, para que procedessem à sua avaliação em termos de qualidade, com recurso ao instrumento AGREE II.

O instrumento AGREE (Instrumento de avaliação de Normas de Orientação Clínica) foi desenvolvido para avaliar a qualidade das NOC's. É uma ferramenta que permite avaliar o rigor metodológico e a transparência com que as NOC's são elaboradas. Deste modo, é objetivo do AGREE II fornecer um quadro referencial para: avaliar a qualidade das NOC's, disponibilizar uma estratégia metodológica para o desenvolvimento das NOC's, informar sobre como e qual é a informação que deve ser relatada em cada NOC (AGREE II, 2009).

Destina-se à sua utilização por prestadores de cuidados de saúde (que desejam realizar a sua própria avaliação de NOC antes de adotar as recomendações na sua prática clínica), elaboradores de NOC's (para obtenção de uma metodologia de desenvolvimento estruturada e rigorosa, que permita uma avaliação interna que garanta a solidez das recomendações) e responsáveis políticos (no sentido de os ajudar a decidir acerca de que NOC's que podem ser utilizadas na prática) (AGREE II, 2009).

É composto por 23 itens-chave organizados em 6 domínios, seguidos por dois itens de classificação global, sendo que cada domínio capta uma única dimensão de qualidade da NOC. O domínio 1 refere-se ao âmbito e finalidade da NOC, o domínio 2, ao envolvimento das partes interessadas, o domínio 3, ao rigor do desenvolvimento, o domínio 4 à clareza da sua apresentação, o domínio 5 à sua aplicabilidade e o domínio 6 à sua independência editorial (AGREE II, 2009)

Uma vez que é recomendado que cada NOC seja avaliada por dois ou preferencialmente por quatro avaliadores de forma a aumentar a fiabilidade da avaliação, solicitámos a quatro peritos (três elementos da comissão de controlo de infeção da instituição e um mestre em enfermagem médico-cirúrgica) para procederem à avaliação das NOC's supramencionadas (APÊNDICE XI). Tendo em conta que antes que o instrumento AGREE seja aplicado, é fundamental que os seus utilizadores leiam atentamente o documento de orientação do mesmo, reunimos com os mesmos para explicar o instrumento bem como lhes enviámos o instrumento AGREE II e o respetivo manual.

Esta avaliação das NOC's pelos membros do painel de peritos decorreu nas duas primeiras semanas de Junho de 2012, sendo que a NOC que obteve uma avaliação superior foi a emanada pelo CDC, com um *score* de 87% (APÊNDICE XII).

Uma vez selecionadas as "*Guidelines for Preventing Health-care associated Pneumonia*" 2003, emanadas pelo CDC, procedemos à discussão com a Enf^ª Chefe, Enf^ª elo de ligação com a CCIH, Enf^ª Orientadora e Enf^{as} da CCIH, no final da segunda semana de Junho de 2012, no sentido de eleger as recomendações com maior relevância para a prática de enfermagem. Após esta etapa, procedemos à elaboração do procedimento setorial, durante a terceira semana de Junho de 2012.

Na última fase da metodologia *adapte*, que visa a obtenção do feedback das partes interessadas, acerca do documento elaborado, nomeadamente dos profissionais que vão utilizar as recomendações na prática, o estabelecimento de um processo de revisão e atualização da NOC, a aprovação para a sua implementação e por fim a apresentação do documento final (Adapte, 2007), procedemos à apresentação do procedimento, na quarta semana de Junho de 2012, à Enf^ª Chefe da unidade, Enf^ª elo de ligação com a CCIH e Enf^ª Orientadora, que sugeriram algumas modificações.

Em concomitância temporal reunimos com as Enf^{as} da CCIH, às quais também apresentámos o procedimento, tendo sido apontadas algumas sugestões, nomeadamente a complementação do procedimento com procedimentos multisetoriais já existentes, nomeadamente o da Higienização das Mãos e o das Precauções Básicas, enquanto medidas fundamentais na prevenção e controlo de infeção.

Ainda durante a última semana de Junho de 2012 apresentámos o procedimento à equipa de enfermagem, uma vez que enquanto prestadores de cuidados a doentes submetidos a ventilação mecânica, serão os principais utilizadores deste procedimento. O procedimento foi deixado na sala de reunião durante essa semana para que todos tivessem acesso ao mesmo e assim pudessem apresentar sugestões de modificações. Após integração de todas as sugestões fornecidas pelos diferentes elementos, concluímos o procedimento setorial (APÊNDICE XIII) que foi novamente apresentado à^a Enf^a Chefe da unidade, ficando a aguardar aprovação, para que posteriormente possa ser disponibilizado à equipa de enfermagem.

Toda a NOC deve ser sujeita a uma revisão periódica, uma vez que esta ação permite a identificação de falhas e a sua correção em processos futuros, sendo que de acordo com Roque et al (2007) esta atualização deve ser realizada com uma periodicidade no máximo de três em três anos. Neste sentido, com base nos autores supracitados, recomendamos uma revisão e atualização do procedimento dentro de três anos.

Uma das atividades planeadas para este objetivo era a criação de um dossier temático para que o mesmo viesse a constituir um documento de leitura rápida onde também pudesse constar os artigos originais que serviram de suporte à elaboração do procedimento setorial (APÊNDICE XIV).

Para Lourenço (2004) um dossier temático define-se como um conjunto de documentos reunidos num dossier, que pode ser em formato digital, resultado de uma pesquisa bibliográfica e relacionados com uma temática, que podem ser utilizados para aprofundamento de um determinado assunto. Pode ser constituído por um conjunto de material diverso como: estudos, artigos, fotocópias de textos, entre outros. O mesmo autor considera que na sua organização existem aspetos a ter em conta, nomeadamente: identificação do tema a que o dossier se refere, existência de um plano de apresentação no seu início, no sentido de dar uma ideia rápida acerca do seu conteúdo, a informação deve apresentar-se devidamente organizada e deve ter uma boa apresentação com: capa

(identificação do estabelecimento, data da sua elaboração, título e identificação do autor), um índice ou plano, uma introdução onde devem constar os objetivos visados com o dossier, os diversos documentos selecionados, uma conclusão e as referências bibliográficas.

Com base no descrito, procedemos então à elaboração do dossier temático intitulado “Prevenção da PAV”, que se encontra dividido em seis partes: na primeira parte constam as recomendações emanadas por organizações nacionais e internacionais que quando devidamente implementadas melhoram os resultados das taxas da PAV, na segunda parte apresentamos um conjunto de cinco artigos de estudos efetuados referentes aos conhecimentos dos enfermeiros relativos à PAV, na terceira parte incluímos três exemplos de *bundles* de prevenção da PAV, na quarta parte foram reunidos três procedimentos setoriais da UCIP, que consideramos fundamentais para a prevenção da PAV, na quinta parte é integrado o procedimento setorial “Prevenção da PAV – Intervenções de Enfermagem” elaborado para a unidade e por último na sexta parte são apresentados os diapositivos que serviram de suporte à ação de formação realizada na UCIP intitulada “Prevenção da PAV – Intervenções de Enfermagem”. No final, encontram-se as referências bibliográficas utilizadas.

Pelo descrito e pelos indicadores de avaliação inicialmente definidos, consideramos ter atingido o objetivo definido, uma vez que conseguimos desenvolver as atividades previamente planeadas, bem como integrar outras que se revestiram de primordial importância para a concretização do mesmo, como por exemplo a utilização da metodologia Adapte, que consideramos ser uma ferramenta útil para a nossa intervenção enquanto enfermeiros especialistas.

OBJETIVO 2 - Contribuir para a formação da equipa de enfermagem da UCIP de um Hospital Central de Lisboa, no âmbito das Intervenções de Enfermagem na Prevenção da PAV

A educação/formação dos profissionais relativamente à prevenção da PAV é uma recomendação unânime a várias entidades que definiram estratégias e recomendações para a prevenção da PAV.

Com base nesta recomendação e nos dados obtidos durante a fase de diagnóstico de situação deste projeto, em que nos deparamos com o fato de apenas cerca de metade dos enfermeiros terem formação no âmbito da Prevenção da PAV, e tendo presente que é competência comum do enfermeiro especialista do domínio do **desenvolvimento das aprendizagens profissionais, responsabilizar-se por ser facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho**, propusemo-nos a realizar uma ação de formação na UCIP no sentido de contribuir para a formação da equipa de enfermagem no âmbito das Intervenções de Enfermagem na Prevenção da PAV.

Recorremos a pesquisa bibliográfica acerca da PAV e da sua prevenção que nos permitisse selecionar adequadamente os conteúdos a apresentar, tendo contribuído para a mesma a pesquisa de recomendações baseadas na evidência de NOC's já existentes e a elaboração do dossier temático já falado anteriormente. Por outro lado, foi também necessário recorrer a alguma bibliografia do âmbito da pedagogia no sentido de nos auxiliar na preparação e planeamento da formação.

Após pesquisa bibliográfica sobre a temática, e definidos os potenciais conteúdos a apresentar na ação de formação, foram discutidos os mesmos, durante a última semana de Maio, com a Enf^a Orientadora, Enf^a Chefe, Enf^a elo dinamizador com a CCIH e Enf^a responsável pela formação em serviço, uma vez que tal como nos refere Mão de Ferro (2011) para que uma formação vá de encontro às necessidades dos participantes e da organização, e evite o desinteresse das pessoas, é necessário que se faça um levantamento das necessidades formativas.

Desta discussão, considerámos em conjunto, que seria pertinente apresentar: a definição de PAV, a sua epidemiologia a nível internacional e nacional, e sobretudo a nível local, nomeadamente as taxas de PAV da unidade, a sua patogénese, a sua etiologia, fatores de risco e prevenção. Relativamente à prevenção da PAV, foram abordadas todas as recomendações existentes na literatura e emanadas pelas diferentes entidades, sendo que foi dado ênfase naturalmente às Intervenções autónomas de Enfermagem, que de acordo com o artº 9 do REPE "...são as ações realizadas pelos enfermeiros, sob a sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respetivas qualificações profissionais...", sendo que ficou também decidido ser pertinente a apresentação dos resultados das observações das práticas efetuadas durante a fase de diagnóstico da situação.

Cada ação de formação, de acordo com Ketele et al (1988) compreende um conjunto de tarefas constituídas por três domínios diferentes: organizacional, uma vez que é necessário mobilizar todo um conjunto de recursos (humanos, materiais e financeiros) com vista à realização de uma atividade, pedagógico uma vez que para preparar uma ação de formação é necessário refletir sobre os métodos e técnicas a adotar no sentido que os formandos atinjam os objetivos definidos e científico uma vez que é necessário organizar todo um conteúdo de formação num domínio científico e técnico.

Esta organização é de acordo com Mão de Ferro (2011) constituída por cinco fases: planeamento da sessão, preparação da sessão, preparação do grupo, desenvolvimento e conclusão.

Na fase do planeamento da sessão, devem ter-se em conta aspetos logísticos como o local onde vai decorrer a formação, nomeadamente a existência de cadeiras, mesas e sua disposição, o tipo de dispositivos que se vão utilizar, e por outro lado os aspetos humanos, ou seja a população-alvo a quem a ação de formação se destina para que se possam adequar os conteúdos e a linguagem a ser utilizados (Mão de Ferro, 2011). Deste modo, o local escolhido para a sessão, foi a sala de reuniões da unidade, uma vez que possuía as condições físicas necessárias à apresentação da mesma, cadeiras, mesa e quadro de projeção.

A fase da preparação da sessão, refere-se à elaboração do plano de sessão, no qual devem estar definidos a ordem e a estruturação dos assuntos a apresentar, o tempo da sessão e os meios didáticos a ser utilizados (Mão de Ferro, 2011).

Para Mão de Ferro (2011) a construção do plano de sessão reveste-se de primordial importância uma vez que: inspira confiança ao formador, permite uma apresentação ordenada, indica a lista dos meios didáticos a serem utilizados, dá coesão à sessão e auxilia na avaliação da estratégia escolhida quanto aos métodos e técnicas.

Na preparação do grupo, deve ter-se em conta o modo como a temática vai ser abordada, devendo sempre procurar adaptar-se aos participantes (Mão de Ferro, 2011), e no sentido de obedecer a este critério, procurámos captar a atenção do grupo apresentando dados relativos à própria unidade, nomeadamente as taxas de PAV, os resultados das observações realizados na fase de diagnóstico de situação, bem como procurámos estabelecer sempre relação entre aquilo que era exposto e a prática.

No desenvolvimento da sessão, deve existir particular atenção ao modo como a matéria é exposta, bem como deve ser fomentada a participação do grupo de formandos. Por fim a conclusão, momento de extrema importância pois é aqui que deve ser feita a síntese de tudo aquilo que foi dito (Mão de Ferro, 2011).

Com base no descrito, elaborámos o plano de sessão (APÊNDICE XV) na primeira semana de Junho de 2012.

Para a apresentação da ação de formação, recorremos ao *power point*, que foi construído durante a segunda semana de Junho de 2012, cujos conteúdos foram baseados em literatura recente e atualizada e a sua construção baseada nas regras da sua elaboração (APÊNDICE XVI). Enquanto recurso didático audiovisual o *power point* auxilia e facilita o processo de aprendizagem e enquanto auxiliar pedagógico do formador, potencia uma aprendizagem mais facilitada, organizada e sistematizada dos formandos (Clemente, Ferrão & Martins, 2005).

Ainda na segunda semana de Junho de 2012, procedemos à marcação da ação de formação com a Enf^a Responsável pela formação em serviço. Uma vez marcada a ação de formação, foi divulgada e posteriormente realizada no dia 4 de Julho de 2012, às 15h na sala de reuniões da unidade, à qual assistiram 37% dos enfermeiros da unidade.

Os métodos pedagógicos referem-se ao nível da organização e sistematização de procedimentos e atitudes dos formadores e formandos no contexto da formação, sendo um elemento fundamental na orientação do trabalho desenvolvido. Definem-se como um conjunto de ações de formador destinadas a fazer desenvolver nas pessoas a capacidade de aprender novas habilidades, obter novos conhecimentos e modificar atitudes e comportamentos (Mão de Ferro, 2011).

Desta forma, optámos pelo método expositivo que é definido por Mão de Ferro (2011) como aquele em que o formador desenvolve oralmente um assunto, dando o conteúdo da sessão, estruturando o raciocínio e o resultado e pelo método ativo pois de acordo com o mesmo autor, permite aos formandos trazer experiências pessoais para a sessão levando a um maior envolvimento dos mesmos. Sendo que, neste sentido optámos pela utilização destes dois métodos pois se por um lado íamos apresentar conteúdos relacionados com a PAV, nomeadamente as recomendações de prevenção de PAV, por outro lado pretendíamos fomentar a reflexão sobre a prática, ou seja pretendíamos que os

formandos refletissem e discutissem sobre o que está recomendado e aquilo que realmente efetuam na prática.

No final da apresentação, foi realizada a avaliação da sessão pelos formandos utilizando como instrumento de avaliação a grelha em utilização na unidade (ANEXO I), que permitiu aos formandos fazer uma apreciação global da formação, e uma avaliação do formador e da metodologia utilizada. Assim, relativamente à apreciação global da formação, todos os participantes classificaram os critérios em avaliação em “concorda” e “concorda totalmente”, a referir que 73% dos participantes “concordaram totalmente” nos critérios: “As suas expetativas em relação à formação foram atingidas” e “Os objetivos da formação foram atingidos” e 87% dos participantes no critério “Para a sua atividade profissional a atividade foi útil”.

Relativamente aos parâmetros que avaliavam o formador e a metodologia utilizada, a maioria dos participantes classificou o formador e a metodologia utilizada em “Muito Bom”, nomeadamente no “domínio dos conhecimentos” (67%), na “facilidade de transmissão de conhecimentos” (80%), no “interesse demonstrado no esclarecimento de dúvidas” (67%).

Pelo referido, consideramos ter atingido o objetivo específico, uma vez que apresentamos uma análise de todas as atividades desenvolvidas que possibilitaram a consecução dos indicadores de avaliação construídos para a avaliação do objetivo.

Apesar de por si só a educação dos profissionais não reduzir as taxas de infeções tal se como se verifica numa revisão de literatura levada a cabo por Ward (2011) em que pretendia analisar se por si só a educação tem um efeito direto na redução das taxas de infeção e na mudança dos comportamentos na prática. No entanto, o que se crê é que conjugada com outras intervenções, a educação é um elemento fundamental nos programas de prevenção e controlo de infeção (Farrington, 2007).

OBJETIVO 3 - Desenvolver competências técnicas e científicas na área da auditoria a práticas de enfermagem na área da Prevenção da PAV

A auditoria clínica visa a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, melhorando o atendimento à pessoa. Ao permitir a identificação de áreas que querem

melhoria, possibilita a implementação de mudanças no indivíduo, equipa ou serviço, através de um acompanhamento sistemático que valide essa mesma mudança (Institute for Healthcare Improvement,s/d).

Uma vez que a prevenção e controlo de infeção é reflexo da qualidade e segurança dos cuidados prestados aos doentes internados, a auditoria em controlo de infeção é considerada o veículo ideal para avaliar a eficácia dos programas de controlo de infeção, uma vez que disponibiliza padrões que permitem avaliar a qualidade do atendimento, possibilitando documentar as práticas que exigem melhoria (Bryce, Scharf, Walker, & Walsh, 2007).

A auditoria em prevenção e controlo de infeção permite uma análise organizada de práticas e procedimentos, apresentando-se como uma oportunidade de identificação e correção de falhas (Bryce et al, 2007).

O processo de auditoria é um processo cíclico, que envolve quatro etapas, uma primeira etapa onde é efetuada a identificação de um tópico e o estabelecimento de padrões a avaliar, uma segunda etapa referente à fase de colheita de dados, onde é efetuada a observação das práticas, uma terceira etapa, onde é realizada a análise dos dados recolhidos e onde se comparam os resultados com os padrões pré-estabelecidos, e uma última e quarta etapa que diz respeito à implementação e monitorização da mudança, podendo para isso recorrer-se a re-auditorias, sendo que o objetivo final da auditoria em prevenção e controlo de infeção é a melhoria da qualidade das práticas e consequentemente dos cuidados prestados (Hay, 2006).

Devem ser realizadas em períodos de tempo longos, de modo a refletir com mais precisão as práticas levadas a cabo pelos profissionais de um determinado serviço em comparação com observações realizadas num único espaço de tempo, podendo o auditor aproveitar rondas diárias para efetuar algumas observações (Bryce et al, 2007)

De acordo com o ICNA (2005) toda a auditoria deve ser devidamente planeada no sentido de evitar interrupções às atividades durante a ocorrência da mesma, nomeadamente: deve ser assegurada a acessibilidade ao local, deve ser fornecida informação relevante, devem estar disponíveis a documentação e o pessoal ou seja deve haver um planeamento adequado com os profissionais do local que vai ser auditado.

Pelo fato dos processos de auditoria conduzirem a mudanças nas práticas, podem observar-se obstáculos às mesmas como é o caso de profissionais mais resistentes à mudança, problemas organizacionais ou até pobres relações entre diferentes grupos profissionais. De modo a ultrapassar esses obstáculos, diversas estratégias podem ser levadas a cabo nomeadamente: envolvimento de profissionais de diferentes equipas, colocação dos planos de ação da auditoria em locais estratégicos para que todos tenham conhecimento do problema e da sua possível solução, pela demonstração que essa mudança levará a uma melhoria no atendimento ao doente e no feedback dos resultados obtidos aos profissionais do local auditado (Hay, 2006).

Duas revisões sistemáticas realizadas pela Cochrane vêm nos confirmar que o *feedback* dos resultados dados aos profissionais leva a mudanças e melhoria das suas práticas (Jamtvedt, Young, Kristofferson, O'Brien & Oxman, 2007).

Os projetos de auditoria devem estar inseridos em programas devidamente estruturados, com uma liderança eficaz e com a participação de todos os profissionais, sendo que a existência de um protocolo padronizado no processo de auditoria enquanto modelo imparcial, organizado e estruturado fornece resultados eficazes e melhora os padrões de controle de infeção da instituição (Hay, 2006).

Por seu lado, as grelhas de auditoria enquanto instrumentos de trabalho, são fundamentais nos processos de auditoria uma vez que permitem obter dados acerca da conformidade com as políticas estabelecidas dentro da instituição, sendo que os dados obtidos através das mesmas auxiliam as instituições a programar anualmente os seus programas de controlo de infeção, a monitorizar a sua eficácia, auxiliar no planeamento estratégico de modo a atingir os objetivos do programa de controlo de infeção a logo prazo (ICNA, 2005).

Assim, no sentido de permitir a avaliação da conformidade das práticas da UCIP com as recomendações descritas no procedimento setorial “Intervenções de enfermagem na Prevenção da PAV” apresentado anteriormente, elaborámos uma **grelha de auditoria** (APÊNDICE XVIII).

Da grelha de auditoria elaborada fazem parte a identificação do tema, a identificação dos auditores, o local que vai ser auditado, as fontes de informação para a

obtenção dos dados e um conjunto de critérios e standards, que permitirão avaliar a conformidade ou não das práticas com as recomendações do procedimento.

Os **standards** referem-se a níveis de desempenho exigido, ou seja definem-se como o objetivo a ser cumprido, apresentam-se sob a forma de um conjunto de parâmetros (os critérios) que especificam recursos, atividades e resultados previstos. Tal como os critérios, devem basear-se em fontes reconhecidas como diretrizes nacionais e revisões da literatura. Para a avaliação da prática dentro de cada standard, a ferramenta de auditoria deve incluir dentro de cada standard critérios que determinem se a unidade tem políticas e procedimentos abrangentes, possui estruturas adequadas para garantir o cumprimento dos procedimentos e se esses procedimentos estão atualizados, sendo que para a obtenção de um standard é necessário o cumprimento do conjunto de critérios agrupados a esse mesmo standard, uma vez que (Hay, 2006).

Na grelha apresentada temos como standards a título de exemplo: estruturas de higienização das mãos, a higienização das mãos, a utilização dos EPI's, a prevenção da aspiração e a manutenção dos DMUM e equipamento. Tal como referido para a definição dos critérios, também os standards forma definidos com base nas recomendações emanadas pelo CDC, possuindo por isso o nível de evidência das mesmas.

Por sua vez, os **critérios** definem-se como uma declaração sistematicamente desenvolvida, que pode ser utilizada para avaliar a adequação de decisões específicas de saúde, serviços e resultados, sendo que para que sejam válidos têm que: possuir nível de evidência, referirem-se a aspetos importantes do cuidado e ser mensuráveis (ICNA, 2005). Na grelha por nós elaborada, os critérios dizem respeito a cada uma das recomendações definidas no procedimento que por sua vez foi elaborado com base nas recomendações emanadas pelo CDC, possuindo por isso cada critério o nível de evidência correspondente à recomendação a que se refere.

De acordo com Hay (2006) os critérios podem ser classificados de **estrutura**, **processos** e **resultados**. De **estrutura**, quando estão relacionados com a disponibilidade e organização de recursos humanos e materiais, de **processos** quando estão relacionados com aquilo que é realizado com os recursos existentes e de **resultados** quando permitem medir o efeito que as atividades têm sobre a saúde.

A grelha elaborada é assim constituída por critérios de estrutura e de processo, como exemplos de critérios de estrutura, temos os incluídos nas *estruturas que possibilitem*

a *higienização das mãos* (exº: existência de lavatório por cada sala de prestação de cuidados para a higienização das mãos, existência de sabões líquidos e antissépticos em cada lavatório), e os incluídos na *disponibilidade de equipamentos de proteção individual* (exº existência de EPI disponíveis em cada quarto e de modo visível), uma vez que permitem avaliar se a unidade possui as estruturas físicas (lavatório, suportes) e os recursos materiais (SABA, sabões líquidos, toalhetes, EPI's) necessários para os profissionais poderem desenvolver as suas atividades. Como critérios de processos temos a título de exemplo: a higienização das mãos antes e após o contato com o doente, antes e após contato com equipamento do doente, a utilização de luvas limpas no manuseamento de objetos contaminados, a avaliação da pressão do cuff, entre outros, enquanto ações dos enfermeiros descritas como fundamentais na prevenção da PAV.

Todos os critérios avaliados devem ser marcados com “sim”, “não” ou “N/A”(não aplicável). O “N/A” deve ser utilizado quando por exemplo uma recomendação não é viável, como por exemplo a não elevação da cabeceira da cama a 30º devido à existência de uma contraindicação médica para a sua elevação. Os comentários devem ser escritos no local identificado na grelha de auditoria como observações, devendo incluir as razões para a realização ou não de determinado critério, bem como pode servir para identificar áreas que requeiram formação específica.

Fundamental para avaliar a conformidade das práticas com as recomendações do procedimento é a atribuição de níveis de conformidade e a sua categorização. Neste sentido, baseámo-nos na categorização do ICNA, em que as categorias de conformidade são distribuídas da seguinte forma: $\leq 75\%$ corresponde a um cumprimento mínimo, 76%-84% corresponde a um cumprimento parcial e $\geq 85\%$ corresponde a conformidade total. Sendo que a fórmula de cálculo para avaliar o índice de qualidade correspondente ao cumprimento de cada *standard* (conjunto de critérios) é: o nº de respostas sim em cada *standard* sobre o nº de respostas aplicáveis vezes 100. Por seu lado para se avaliar a taxa global de cumprimento do procedimento é a soma de todos os pontos obtidos nos *standards* sobre o nº total de standards vezes 100 (ICNA, 2005).

Outro aspeto que foi tido em conta na elaboração da grelha de auditoria foi a definição das fontes de informação a que se deve recorrer para a colheita de dados, nomeadamente consulta, entrevista ou observação das práticas.

Após a construção da grelha de auditoria procedemos à sua discussão e validação com a Enf^a orientadora de estágio, Enf^a Chefe da unidade, a Enf^a elo de ligação com a CCIH e Enf^a da CCIH, procedendo posteriormente à incorporação das alterações, essencialmente de nível semântico.

A grelha de auditoria foi construída em concomitância temporal com a elaboração do procedimento setorial “Intervenções de Enfermagem na Prevenção da PAV “, uma vez que tal como já referido anteriormente cada critério definido corresponde a uma componente das recomendações do protocolo, tendo ficado terminado na última semana de Junho 2012.

No final de realizadas todas as atividades planeadas e identificados os profissionais com quem nos articulámos com vista à concretização das mesmas, consideramos ter atingido os objetivos definidos para este PIS, sendo que a sua elaboração contribuiu para o desenvolvimento profissional da equipa de enfermagem, e trará benefícios para a equipa que poderá basear a sua prática em recomendações baseadas na evidência, para a chefia do serviço que poderá realizar avaliar e monitorizar as práticas, utilizando a grelha de auditoria elaborada, e adequar o programa de prevenção e controlo de infeção, para a unidade que poderá reduzir a incidência da PAV e essencialmente para o doente uma vez que lhe serão assegurados cuidados seguros e de qualidade.

2.3 – ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS COMUNS E ESPECÍFICAS

O recurso à observação direta não participante das práticas, ao possibilitar-nos a identificação da PAV como uma problemática na UCIP, permitiu-nos demonstrar uma conduta profissional antecipatória, tendo conduzido à gestão na equipa de práticas de cuidados seguros, sendo que consideramos por isso ter desenvolvido a competência comum **Promove a prática de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal**

A aplicação de um questionário à equipa de enfermagem que nos permitiu diagnosticar necessidades formativas no âmbito da prevenção da PAV bem como a

elaboração do procedimento setorial “Intervenções de Enfermagem na prevenção da PAV” permitiu-nos desenvolver a competência comum **responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.**

Gostaríamos de salientar que todas as nossas intervenções foram realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana, pois cada enfermeiro foi livre de participar no questionário, tendo-lhe sido apresentado o documento de consentimento livre e esclarecido. Atendemos aos valores universais como a igualdade, a liberdade responsável, a verdade e justiça, a competência e o aperfeiçoamento profissional, tendo como princípio orientador a excelência do exercício na profissão e na relação com outros profissionais, tal como disposto no artigo 78º do CDE.

O pedido de autorização à Direção de Enfermagem e à Enf^a Chefe, para implementação dos instrumentos de colheita de dados, bem como a utilização de um formulário de consentimento livre e esclarecido aquando do preenchimento dos questionários, evidencia o respeito e promoção da proteção dos direitos humanos, uma vez que demonstrámos que tivemos em conta todos os preceitos ético-legais que refletem o direito à informação, confidencialidade e segurança dos dados, e sobretudo o respeito pela dignidade e autodeterminação dos enfermeiros, que nos permitiu desenvolver a competência comum do enfermeiro especialista **promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.**

Ao reconhecermos os distintos papéis e funções dos diversos intervenientes do projeto, soubemos como recorrer a cada um deles no sentido de negociar as atividades planeadas e necessárias que visavam a consecução dos objetivos, pondo à prova as nossas competências de liderança, na mobilização e gestão desses mesmos intervenientes para conseguirmos atingir os objetivos do projeto, o que nos permitiu desenvolver a competência comum **adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados do domínio da gestão dos cuidados.**

A realização da revisão sistemática da literatura, o recurso à metodologia ADAPTE e ao instrumento *agree*, demonstra uma prática clínica suportada na investigação e no conhecimento, uma vez que interpretámos e organizámos dados provenientes da evidência,

para além disso divulgámos esses dados através da elaboração do procedimento e da criação do dossier temático, contribuindo para a aprendizagem, para a destreza nas intervenções e para o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros. Consideramos por este motivo ter desenvolvido a competência comum **baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.**

A elaboração do procedimento setorial, a sua validação com a CCIH, a sua discussão com a Enf^a Chefe, Enf^a Orientadora, elo de ligação e equipa de enfermagem permitiu a atualização do plano de prevenção e controlo de infeção da UCIP baseado na evidência nomeadamente no estabelecimento de procedimentos fundamentais na prevenção da PAV, o que demonstra a nossa capacidade **de liderar o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção de acordo com as normas de prevenção**, unidade de competência específica do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica.

A concretização da etapa de diagnóstico de situação exigiu da nossa parte um conhecimento aprofundado do plano nacional de controlo de infeção bem como das diretrizes das CCI o que nos permitiu a identificação na UCIP das necessidades em matéria de prevenção e controlo de infeção, nomeadamente na prevenção da PAV. Esta fase foi fundamental para estabelecermos estratégias que visavam a prevenção da PAV na UCIP, ou seja auxiliou-nos a **conceber um plano de prevenção e controlo da infeção** no âmbito da prevenção da PAV que integra uma competência específica do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica **Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção 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.**

A conceção e gestão deste PIS no âmbito do controlo e prevenção da PAV contribuí-o para a **melhoria da qualidade**, uma vez que fomos capazes de identificar uma oportunidade de melhoria, estabelecemos prioridades e estratégias de melhoria e ainda contribuímos para a boa prática com a elaboração do procedimento setorial, do dossier temático e com a formação da equipa de enfermagem. Por outro lado promovemos um ambiente terapêutico e seguro ao atuar na prevenção de complicações decorrentes da prestação de cuidados, nomeadamente a pneumonia em consequência da ventilação mecânica invasiva.

A elaboração do procedimento setorial “Intervenções de enfermagem na prevenção da PAV” cujo objetivo é uniformizar os cuidados de enfermagem prestados ao doente submetido a ventilação mecânica, bem como a grelha de auditoria, podem ainda ser vistos como sistemas de trabalho de forma a reduzir a probabilidade de ocorrência de erro humano.

Também o auto-conhecimento e a assertividade foram desenvolvidos ao longo de todo este processo, o que nos permitiu identificar os fatores que pudessem intervir no relacionamento com a equipa. Reconhecemos ainda os nossos limites pessoais e profissionais, e por isso soubemos quando recorrer a outros profissionais para sustentar e levar a cabo o projeto.

Uma vez apresentado o PIS e as competências desenvolvidas com a elaboração do mesmo, apresentamos no próximo capítulo o PAC que visava a aquisição das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica.

3- PROJETO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

Para Perrenoud (1998) competência é um saber-mobilizar, ou seja é a capacidade de mobilizar um conjunto de recursos, como conhecimentos, ferramentas e atitudes de modo a enfrentar com eficácia situações complexas.

Em Enfermagem, as competências baseiam-se nas qualidades pessoais do enfermeiro e comportam a mobilização do saber-ser, saber-fazer e saber-saber, aplicados aos cuidados de enfermagem, o que implica uma combinação de múltiplas dimensões onde se vão interligar os saberes científicos, organizacionais e técnicos. Estas competências não se formam instantaneamente, e desenvolvem-se com base na formação, na personalidade do próprio enfermeiro, de um saber-fazer orientado pela prática, na interpretação das situações e nas experiências passadas (Phaneuf, 2005).

Para adquirirmos as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica que nos permitam prestar cuidados altamente qualificados como resposta às necessidades afetadas da Pessoa cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais no âmbito do saber-ser, saber-fazer e saber-saber, elaborámos através de um pensamento reflexivo e sustentado na observação das práticas de enfermagem e na realização de entrevistas não estruturadas a profissionais envolvidos quer na prestação direta de cuidados, quer na gestão de cuidados de saúde o referido PAC durante os estágios I e II do curso de mestrado já mencionado, com vista a esquematizar as atividades a desenvolver durante o estágio III (APÊNDICE XIX).

Deste modo era **Objetivo Geral** deste PAC:

Adquirir/desenvolver as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica de acordo com o Regulamento n.º 124/2011 de 18 de Fevereiro, nomeadamente:

K.1 - Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica

K.2 - Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação

K.3 - Maximiza a intervenção na prevenção e controlo de infeção 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

Para melhor compreensão, apresentamos agora o diagnóstico de situação que nos conduziu à definição dos objetivos específicos a fim de atingirmos as competências específicas do EEPSC atrás mencionadas.

3.1 - DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

Durante os estágios I e II que decorreram no período compreendido entre Outubro de 2011 e Fevereiro de 2012, foi realizado um diagnóstico de situação, que permitiu a elaboração deste PAC suportado na identificação de necessidades de intervenção na UCIP de um Hospital Central de Lisboa no âmbito da Enfermagem Médico-Cirúrgica, para a qual contribuí-o a integração na equipa de enfermagem, entrevistas não estruturadas com a Enf^a Chefe, Enf^a Orientadora, Enf^a elo de ligação com a CCIH, Enf^a responsável pela formação em serviço bem como a auscultação dos enfermeiros da UCIP.

A prestação direta de cuidados a doentes que se encontravam a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, colocou-nos perante variadas situações com as quais na nossa prática diária não estamos familiarizados, nomeadamente doentes do foro neurocrítico, traumatológico, médico e cirúrgico, submetidos a diversas técnicas e procedimentos tais como: ventilação mecânica não invasiva, técnicas de depuração renal, drenagens ventriculares externas, monitorização invasiva (como avaliação da PIC e da PIA), cateteres PICCO, orientando assim uma pesquisa bibliográfica, que nos permitiu prestar cuidados de enfermagem especializados no âmbito da vigilância, monitorização e terapêutica do doente em situação crítica. Sendo que no sentido de aumentar o nosso crescimento pessoal e autonomia na prestação de cuidados, definimos como **objetivo específico: Prestar cuidados especializados de enfermagem à Pessoa de médio e alto risco**

A pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica devido à sua instabilidade hemodinâmica pode necessitar de medidas de SAV, sendo por isso fundamental que o enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica seja detentor dos conhecimentos necessários de modo a iniciar essas mesmas medidas o mais precocemente possível. Assim propusemos como **objetivo específica: Adquirir/aprofundar conhecimentos sobre pessoa em situação emergente e na antecipação de focos de instabilidade.**

Apesar de não ser frequente a admissão de doentes queimados nesta unidade, uma vez que existem unidades específicas e com características próprias para o seu tratamento, a verdade é que pode acontecer, tal como sucedeu durante o estágio I e II, em que nesta unidade foi admitida uma doente queimada. Durante o seu internamento, surgiram algumas dúvidas no seio da equipa de enfermagem relativamente aos cuidados a prestar à doente, nomeadamente no âmbito da prevenção e controlo de infeção bem como relacionadas com os posicionamentos dos diferentes segmentos corporais afetados, sendo que a nossa experiência profissional com o doente queimado, uma vez que prestamos cuidados de enfermagem ao doente queimado desde 2003, permitiu-nos ter um papel ativo no esclarecimento de dúvidas no âmbito dos cuidados de enfermagem ao doente queimado.

Deste modo após auscultação da equipa de enfermagem e da Enf^a Orientadora identificámos as necessidades formativas da mesma no âmbito das Intervenções de Enfermagem ao Doente Queimado, levando-nos a traçar o **objetivo específico: Formar a equipa de enfermagem sobre Intervenções de Enfermagem ao Doente Queimado,** através de ação de formação.

Os objetivos específicos supracitados visavam o desenvolvimento da competência específica *Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica*

O enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica, é o profissional qualificado para integrar equipas de atendimento em contexto extra e inter-hospitalar à pessoa/família em situação crítica, uma vez que colabora na elaboração de procedimentos de emergência com a finalidade de salvar o maior número de vidas e proporcionar o melhor tratamento às vítimas, através de uma otimização dos recursos disponíveis (“DR II Série”, 35 11/02/18, Regulamento n.º 124/2011). Neste sentido, e de modo a contribuir para o desenvolvimento da competência K.2 do referido regulamento,

definimos como **objetivo específico: Aprofundar/adquirir conhecimentos sobre o plano de emergência interno de um Hospital Central de Lisboa**

De acordo como o DECRETO-LEI nº 27/2006 da Lei de Bases da Proteção Civil no seu artigo 6º “...todos os trabalhadores estão obrigados a participar nos Planos de Emergência dos seus locais de trabalho”, sendo que para tal é necessário que os mesmos tenham conhecimento do mesmo e saibam quais os procedimentos a adotar numa situação de emergência. Após consulta dos documentos existentes na unidade e do plano de formação da unidade, verificámos que ainda não estava disponível o procedimento com as medidas a adotar numa situação de emergência não clínica, bem como não estava no plano de formação a sua divulgação, sendo que definimos como **objetivo específico: Divulgar o Plano de Emergência Interno – Instruções especiais de Segurança, à equipa de enfermagem e de assistentes operacionais**, através de ação de formação.

No sentido de nos inteirarmos sobre a temática bem como adquirirmos contributos fundamentais à consecução dos objetivos específicos traçados que nos permitisse o desenvolvimento da competência específica *Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação*, decidimo-nos pela realização de um estágio de 26 horas no Gabinete de Gestão de Risco da mesma instituição.

Após entrevista não estruturada com a Enfª Responsável pelo referido gabinete, constatámos a necessidade de intervenção no âmbito da atuação numa situação de sismo, uma vez que não existe ainda nada direcionado diretamente para uma situação destas. Esta necessidade surge pelo fato da instituição se encontrar em estreita relação com duas das zonas sismogénicas mais importantes que afetam Portugal, o Banco de Gorringe e a falha do Vale Inferior do Tejo (CHLC -) que o coloca numa situação vulnerável. Neste sentido, definimos como **objetivo específico: Elaborar um folheto informativo para distribuir pela instituição sob modo de atuação em situação de sismo.**

As IACS são cada vez mais uma preocupação para as UCI, sendo fundamental a criação e implementação de estratégias que promovam a sua prevenção. No sentido de aprofundar conhecimentos no âmbito dessas estratégias, definimos como **objetivo específico: Adquirir/aprofundar conhecimentos sobre a utilização de Bundles na prevenção da infeção associada ao CVC**

A elaboração do penso do doente queimado é um procedimento complexo, sobretudo quando realizado numa unidade de cuidados intensivos, onde recursos humanos

e materiais têm que ser adaptados para a sua execução. Deste modo e no sentido de uniformizar o procedimento da realização do penso do doente queimado, prevenir o risco de infeção e prevenir complicações a nível da sua mobilidade, definimos como **objetivo específico: Elaborar procedimento sectorial “Realização do Penso do Doente Queimado” para a UCIP.**

A consecução destes objetivos específicos visava o desenvolvimento da competência específica *Maximiza a intervenção na prevenção e controlo de infeção 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*

3.2 - PLANEAMENTO, EXECUÇÃO E AVALIAÇÃO

A etapa do planeamento aquando a elaboração de um projeto refere-se a um plano detalhado do mesmo, nomeadamente às atividades (que dizem respeito aos elementos do trabalho realizado) a desenvolver, aos meios (recursos humanos, materiais e financeiros) a utilizar e às estratégias (eficiência na utilização dos meios) (Miguel, 2006).

Após definidos os objetivos específicos, procedemos ao planeamento das atividades a desenvolver no sentido da sua concretização, identificámos recursos materiais e humanos com quem nos iríamos articular e definimos os indicadores de avaliação (APÊNDICE XIX).

De modo a facilitar a leitura apresentamos uma análise crítica e reflexiva das atividades desenvolvidas para cada objetivo específico, sendo que em simultâneo abordamos as unidades de competência que fomos desenvolvendo.

Objetivo específico: Prestar cuidados especializados de enfermagem à Pessoa de médio e alto risco

Cuidar designa a atenção que o enfermeiro presta a uma pessoa que vive uma situação particular com vista a ajudá-la, contribuindo para o seu bem-estar, promovendo a sua saúde (Hesbeen, 2000). Neste sentido adotamos o conceito de cuidar proposto por Meleis na sua Teoria das Transições, como um processo que facilita o sucesso das transições vivenciadas pela pessoa e família, uma vez que realizámos estágio numa UCIP

local onde são vivenciados pela pessoa e família diferentes tipos de transições, nomeadamente: de desenvolvimento, como a morte, situacionais, que requerem reorganização de papéis por parte dos elementos da família, de saúde-doença, em que a pessoa de um momento para o outro assiste a uma alteração de em estado de saúde para um estado de doença aguda ou crónica.

Assim, consideramos que ao cuidar estamos a mobilizar todos os nossos conhecimentos e habilidades múltiplas de forma a responder em tempo útil e de forma holística às necessidades da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica e à sua família.

Durante a prestação direta de cuidados à pessoa de médio e alto risco constatámos que a abordagem à pessoa em situação crítica é complexa exigindo um planeamento rigoroso e adequado por parte de toda a equipa multidisciplinar. No sentido de atuar na manutenção ou recuperação das suas funções vitais, realizámos intervenções interdependentes, ações em conjunto com outros técnicos, em função do planeamento definido pela equipa multidisciplinar, como por exemplo as prescrições ou orientações previamente formalizadas (administração de terapêutica, execução de determinadas técnicas como por exemplo a técnica de depuração renal) e intervenções autónomas, intervenções de nossa iniciativa e responsabilidade e de acordo com as nossas qualificações profissionais (Ordem dos Enfermeiros, 1998).

A pesquisa bibliográfica permanente, o esclarecimento de dúvidas com a Enf^ª Orientadora e os aportes teóricos obtidos nos módulos Cuidados ao Cliente com Falência Multiorgânica e Intervenções de Enfermagem ao Cliente com Problemas Cardiovasculares lecionados neste curso de mestrado, forneceram-nas a fundamentação teórica necessária para sustentarmos a nossa prática.

Procurámos ao longo dos estágios, ficar responsáveis pelos doentes que nos facultassem mais experiências de aprendizagem. Assim, perante a complexidade da situação de saúde do doente que nos estavam atribuídos, as nossas intervenções visaram a vigilância e a monitorização de forma a *identificar focos de instabilidade* e a execução de cuidados complexos de forma a dar resposta a esses mesmos focos. Para além disso ***gerimos ainda a administração de protocolos complexos***, nomeadamente o protocolo de perfusão endovenosa contínua de insulina que exigia um controlo rigoroso da glicémia no sentido de obter glicémias dentro dos intervalos estabelecidos para evitar complicações.

No âmbito das nossas competências específicas, executámos técnicas de elevada complexidade, e colaborámos em determinados procedimentos com a equipa multidisciplinar, pois tal com referido no artº 81 do CDE na sua alínea b) enquanto membro da equipa de saúde o enfermeiro assume o dever de trabalhar em articulação e complementaridade com os restantes profissionais de saúde.

As técnicas de depuração extra-renal exigem *cuidados técnicos de alta complexidade*, e sendo uma área onde possuímos menos experiência, procurámos ao longo da estágio aprofundar conhecimentos e mais autonomia na sua execução.

Estas técnicas dividem-se em três tipos: hemodiálise convencional intermitente, hemofiltração contínua e a diálise peritoneal. A hemofiltração contínua é das técnicas referidas a única utilizada na unidade onde realizámos estágio, e com a qual tivemos contato, motivo pelo qual só nos referiremos a ela. Esta técnica fundamenta-se na remoção por convecção dos solutos através de uma membrana, que geralmente tem características físicas que permitem uma remoção mais eficaz de moléculas de peso molecular mais elevado assim como uma remoção rápida e fácil de água, ou seja permite a remoção rápida de fluídos isotónicos sem provocar hipotensão, um controlo rápido e mantido da azotemia e a administração de grandes quantidades de fluídos, sendo que os seus princípios de ação são a difusão, convecção e a ultrafiltração (Ponce, 1999)

Podem ser divididas em arteriovenosas e venovenosa, sendo que o que as distingue é a utilização de bomba de sangue. Qualquer dos métodos permite a remoção da água, eletrólitos e outros solutos de baixo peso molecular pelo princípio da convecção e adicionalmente a utilização de infusão de líquido de diálise confere o componente dialítico à técnica. Para que todo este processo possa ocorrer é necessária existência de um circuito extracorporal e uma bomba de sangue que permita extrair o sangue do doente, bem como um acesso venoso de duplo lúmen. A escolha da técnica a utilizar é decidida pela equipa médica sendo que para Ponce (1999) dependerá sempre das características do próprio doente, da disponibilidade de bombas e do nível de experiência do *staff* da UCI.

Neste sentido, colaborámos na colocação dos acessos venosos, necessários à realização da técnica, cumprindo e fazendo cumprir todos os procedimentos de prevenção e controlo de infeção, como manutenção de um ambiente adequado, limitando o número de pessoas na sala e ainda na manutenção da técnica asséptica. Montámos e preparámos todo o sistema extra-corporal, verificámos a permeabilidade dos lúmens do cateter e procedemos

à ligação da pessoa em situação crítica à máquina. Durante este procedimento manuseámos o acesso venoso com técnica assética, vigiámos o local de inserção para despiste de sinais inflamatórios, mantivemos uma monitorização constante dos sinais vitais e alarmes que podem refletir complicações e perante complicações, como por exemplo instabilidade hemodinâmica, atuámos no sentido da sua resolução.

Gostaríamos de referir que a experiência do contato com a técnica contribuíram para um maior conhecimento do seu funcionamento, sendo que para além da destreza no manuseamento da máquina, adquirimos mais capacidades de resposta perante complicações.

Prestámos cuidados a doentes de diferentes foros, como neurocríticos, cirúrgicos, traumatológicos, que nos permitiram o contato com diversas técnicas e procedimentos como monitorização invasiva (cateter picco, avaliação de PIC, avaliação de PIA, drenagens ventriculares externas, ventilação não invasiva), posicionamento de doentes com traumatismos vertebro-medulares, transporte do doente crítico. Atuámos ainda em complementaridade com a equipa multidisciplinar na colocação de cateteres centrais, linhas arteriais, drenagens pleurais, sondas vesicais, realização de broncofibroscopias, que não sendo para nós uma novidade devido à nossa experiência profissional, nos permitiram atuar mais autonomamente.

Confrontámo-nos com algumas situações complexas, nomeadamente na informação a prestar (dar ou não informações acerca de um doente, quanto este se encontra incapacitado para verbalizar a sua vontade) a comunicação de más notícias, situações de fim de vida, que exigiram tomadas de decisão. Para Deodato (2010) o cuidado em enfermagem resulta das decisões tomadas pelo enfermeiro, sendo que estas decisões baseiam-se em diferentes fundamentos e exigem um pensamento crítico por parte do enfermeiro.

De acordo com Morton et al (2007) as habilidades de um pensamento crítico permitem ao enfermeiro especialista visualizar o seu doente como um todo, analisar os dados que se lhe apresentam, fazer uma avaliação dos problemas e determinar as intervenções apropriadas para solucionar os problemas. Durante a prestação de cuidados, desenvolvemos o nosso pensamento crítico, pois ao longo de cada etapa do processo de enfermagem refletimos criticamente sobre a nossa prática, porque consideramos que só um pensamento crítico, enquanto norteador do processo de enfermagem, nos permitirá no

futuro identificar problemas complexos de saúde no nosso doente e família, formular diagnósticos de enfermagem, identificar resultados esperados e planejar intervenções de enfermagem devidamente fundamentadas em princípios científicos, éticos, jurídicos, deontológicos.

Para o desenvolvimento deste raciocínio crítico na tomada de decisão em cuidados complexos, foram fundamentais os aportes teóricos adquiridos nas aulas lecionadas nos módulos Questões Éticas Emergentes em Cuidados Complexos, Ética em Enfermagem, Direito em Enfermagem e Análise do Código Deontológico, nomeadamente os fundamentos éticos, deontológicos e jurídicos que permitiram uma tomada de decisão ponderada, bem como os aportes teóricos adquiridos no módulo Supervisão de Cuidados.

Nas aulas dos módulos Questões Éticas Emergentes em Cuidados Complexos e Supervisão de Cuidados, foram discutidos casos complexos do âmbito da Enfermagem Médico-Cirúrgica vivenciados por todos nós em contexto de estágio. Sendo que no módulo Supervisão de Cuidados, elaborámos um trabalho onde pudemos aplicar os contributos adquiridos nos módulos referidos no parágrafo anterior (APÊNDICE XX). Com este trabalho pretendia-se que após identificação de uma situação problemática, definíssemos objetivos, formulássemos diagnósticos de enfermagem e planeássemos intervenções de enfermagem fundamentadas em princípios científicos e normas técnicas que justificassem as nossas opções na tomada de decisão; e em fundamentos éticos, jurídicos, deontológicos que legitimassem as nossas escolhas.

Consideramos assim, que uma prática baseada na reflexão, bem como os contributos adquiridos nos referidos módulos contribuíram para a aquisição de níveis elevados de julgamento clínico que nos permitam no futuro tomadas de decisão devidamente ponderadas.

Durante a prestação de cuidados, a dor enquanto 5º sinal foi sempre monitorizada, sendo que procedemos à **gestão diferenciada da dor e do bem-estar** da pessoa em situação crítica. Realizámos intervenções autónomas, no âmbito da avaliação, registo e gestão de medidas não farmacológicas da dor (posicionamento, relaxamento, distração), bem como de intervenções interdependentes, na gestão de medidas farmacológicas (na administração de terapêutica e na avaliação dos seus efeitos).

Descrita como uma experiência multidimensional, desagradável e que envolve desde a componente sensorial à componente emocional, a dor pode estar associada a uma

lesão tecidular ou ser descrita em função da mesma. Pelo facto de envolver várias componentes e de cada pessoa sentir a dor à sua maneira, é descrita como um fenómeno complexo e subjetivo. O facto de poder não existir uma relação direta entre o fator causal e a própria dor explica o facto de uma mesma lesão provocar diferentes intensidades de dor em pessoas diferentes. (APED, s/d).

Uma dor moderada a severa é experienciada pela pessoa em situação crítica, devido a um conjunto de agentes causais aos quais estão sujeitos como procedimentos invasivos, as próprias lesões traumáticas, a própria patologia e mesmo alguns procedimentos de enfermagem a que são submetidos como a aspiração de secreções ou os posicionamentos (Puntillo et al, 2004). Sendo um problema frequente, pode aumentar a morbidade do doente, e afetar a sua qualidade de vida (Ahlers et al, 2008). Uma vez que reflete a humanização dos cuidados em saúde, o controlo da dor deve ser uma prioridade no âmbito da prestação de cuidados, sendo que neste sentido a DGS emitiu uma circular normativa a equipar a dor ao 5º sinal vital (DGS, 2003). O alívio da dor tem que ser percebido como um direito do doente e um dever do enfermeiro para com o seu doente, e por este motivo, a gestão da dor faz parte das nossas prioridades enquanto enfermeiros.

O primeiro passo para uma adequada gestão da dor é a sua avaliação, cujos objetivos são: determinar os elementos que possam justificar, manter ou exacerbar a dor, apurar o impacto que a dor tem no doente e verificar a eficácia das intervenções terapêuticas propostas. Esta avaliação deve ser sempre que possível obtida por relato do próprio doente, uma vez que se trata tal como referido anteriormente, de uma experiência subjetiva e também devido à inexistência de testes objetivos para a medir. No entanto muitas vezes a pessoa em situação crítica que não é capaz de relatar a sua dor, devido a sedação, alterações do seu estado de consciência, gravidade da própria patologia, tornando-a vulnerável ao não reconhecimento da mesma (Keela et al, 2006), tendo sido sendo por isso fundamental enquanto enfermeiros especialistas, a identificação de evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar, que nos permitissem reconhecer a dor da pessoa em situação crítica.

Recorremos a escalas de dor, para avaliar a dor da pessoa em situação crítica e adequámo-las ao seu estado clínico, pois tal como referem Puntillo et al (2004) existem escalas validadas internacionalmente que possibilitam ao enfermeiro que cuida do doente crítico proceder à avaliação da dor, devendo estas ser adaptadas à capacidade cognitiva e

psicomotora de cada doente. Para a pessoa que conseguia expressar a intensidade da sua dor utilizámos as escalas unidimensionais, escala numérica e visual analógica e para os doentes sedados, ou incapazes de se expressar utilizámos a escala BPS, onde se incluem as categorias físicas e comportamentais. Procedemos ao seu registo sistemático em local adequado e pré-estabelecido.

Para Rigotti & Ferreira (2005) a avaliação da dor deve ser realizada de modo sistemático, na admissão do doente, após procedimentos dolorosos, após cada intervenção efetuada ao doente e a intervalos regulares, pois só assim é possível planear e otimizar a terapêutica prescrita

Os mesmos autores referem que o registo da dor é fundamental no processo de gestão da dor, na medida que permite que os dados sejam partilhados pelos diferentes profissionais intra e inter-equipas, promove uma melhoria na qualidade dos cuidados prestados, bem como uma continuidade dos mesmos.

A relação empática que estabelecemos com a pessoa em situação crítica foi fundamental em todo o processo, sendo que recorremos a técnicas de comunicação para detetar evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar no doente, nomeadamente tensão muscular, polipneia, esgar facial, taquicardia, ansiedade, agitação.

Os aportes teóricos adquiridos nas aulas teóricas do módulo Intervenções de Enfermagem à Pessoa com Dor contribuíram para a compreensão da complexidade do fenómeno que é a dor da pessoa em situação crítica, tendo contribuído para o melhor planeamento das nossas intervenções durante o estágio.

Em todo o processo do cuidar é fundamental o estabelecimento de uma relação com a pessoa, a família e destes com o próprio ambiente onde decorre a ação, de modo a que possam ser identificadas necessidades e mobilizadas as competências necessárias para o planeamento de intervenções que ajudem pessoa e família a ultrapassar os processos transacionais.

Para que esta interação ocorra é imprescindível o conhecimento dos diferentes conceitos de família, de crise, bem como os focos de intervenção no âmbito familiar numa situação de crise, neste sentido as aulas lecionadas no módulo Cuidados em situação de Crise: cliente e família contribuíram para o conhecimento aprofundado destes conceitos,

permitindo o planeamento de intervenções especializadas perante situações de crise com impacto familiar.

Considerando a UCI como um terreno, onde ocorrem vários tipos de transições tal como referido anteriormente, são várias as emoções que a pessoa internada e família vivenciam tais como: ansiedade, angústia, insegurança, frustração, apreensão, depressão, solidão, ambivalência, baixa auto estima, conflito de papéis, sofrimento e que vão interferir no bem-estar físico e emocional das mesmas (Meleis & Shumacher, 1994).

A doença para além de ser constituída por um conjunto de alterações fisiológicas, é também um processo psicossocial e espiritual, exigindo por isso uma prestação de cuidados à pessoa e família com base numa perspetiva holística, centro da prática de enfermagem e base do conceito da Teoria das Transições (Meleis et al, 2000).

Com base no descrito, enquanto prestadores de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica, utilizámos como definição de família a descrita pela CIPE (2005:171) “grupo de seres humanos vistos como uma unidade social ou um todo coletivo, composta por membros ligados através da consanguinidade, afinidade emocional, incluindo pessoas que são importantes para o cliente, pois é abrangente e refere-se ao elemento de referência para o doente.

São diversas as situações que levam ao internamento da pessoa numa unidade de cuidados intensivos tais como trauma, agudização de doença crónica, ou aparecimento súbito de um problema e surgem repentinamente e de modo ameaçador para a própria e para a família abalando a estabilidade e equilíbrio da própria estrutura familiar (Meleis et al, 2000).

Ao longo do estágio observámos vários tipos de transições, identificámos as várias emoções que acompanharam essas mesmas transições por parte da Pessoa e Família, identificámos esses sinais como uma resposta ao agente causador de *stress*, e planeámos intervenções especializadas no sentido de ajudarmos a pessoa e família a ultrapassá-las. De acordo com Mitchell (1995) o *stress* é definido como os padrões das reações psicológicas e fisiológicas a estímulos emocionais e físicos, ou seja ocorrem reações de stress quando a capacidade de adaptação às exigências da vida se encontra sobrecarregada.

Perante os agentes causadores do *stress*, a família pode desenvolver mecanismos de adaptação aos mesmos, no sentido de manter o equilíbrio familiar, sendo que estes

mecanismos são definidos como a resposta individual à mudança no ambiente, podendo ser positivos ou negativos (Morton, 2007). Enquanto conhecedores de um conjunto de técnicas fisiológicas e cognitivas importantes para o domínio do *stress* recorreremos às mesmas no sentido de ajudar a pessoa e a família.

No entanto a reação ao *stress* pode falhar, e doente e família podem entrar em crise perante a situação crítica (Morton, 2007). De acordo com a CIPE (2005, p.88) crise é definida como “a resposta psicológica com as características específicas: 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 morte ou divórcio”. Sentimentos de pânico, medo, descrença dão origem a atos irracionais como solicitação excessiva, isolamento, recusa em sair de junto do seu familiar, cabendo-nos interpretar o sentimento que a pessoa em crise está a experimentar, mesmo este não seja identificado pela pessoa como um problema.

Apesar das situações de crise serem difíceis de classificar pois dependem de condições que facilitam ou inibem esse processo de transição, tais como o próprio significado que cada um dá ao processo de transição, as expectativas que cada um tem em relação ao processo de transição, as próprias crenças, estatuto socioeconómico, o conhecimento e preparação, o planeamento e até o bem-estar físico e emocional, o modo como pessoa e família ultrapassam o processo transicional depende da qualidade de ajuda que lhe é prestada. Os enfermeiros são os primeiros cuidadores da pessoa e família e por esse motivo estão atentos às mudanças e exigências impostas pela situação de transição, são eles que os preparam para as transições os ajudam a desenvolver competências para lidar com essa situação (Meleis et al,2000).

Enquanto enfermeiros especialistas em pessoa em situação crítica somos detentores de um conjunto de habilidades interpessoais no sentido de maximizar a satisfação da pessoa/família, e ajudá-los a ultrapassar as situações de crise, uma vez que possuímos competências necessárias para dar resposta às suas necessidades. Recorreremos às linhas condutoras propostas por Meleis para ajudar pessoa e família a ultrapassar o processo de transição, nomeadamente: identificámos necessidades de cuidados individuais e procurámos identificar os tipos de transição, as condições, os fatores que poderiam interferir bem como os indicadores de resposta aos processos de transição, atuámos no

sentido de preparar para a mudança de papéis, ajudámos a pessoa e família a desenvolver estratégias, clarificar papéis/funções (Schumacher & Meleis, 1994).

Durante a prestação de cuidados, demonstrámos *conhecimentos sobre a gestão da ansiedade e do medo vividos pela pessoa em situação crítica e família*, na disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas e atendimento. Por considerarmos que o primeiro contacto da família com a unidade é primordial, tomámos conhecimento do procedimento sectorial existente na unidade e aplicámo-lo, procedemos à apresentação da UCIP, das suas regras de funcionamento, dos recursos disponíveis, entregando o guia de acolhimento existente no serviço. Foi realizada a apresentação da unidade bem como a explicação da situação do doente, da unidade do doente nomeadamente os equipamentos e materiais e toda a tecnologia no sentido de preparar a família para a realidade que iria encontrar e assim tentar reduzir a sua ansiedade.

Fundamental em todo este processo, foi o estabelecimento de uma relação terapêutica com a pessoa/família. Para Phaneuf (2005) esta relação estabelece-se através da mobilização de um conjunto de competências comunicacionais. Ir ao encontro da pessoa/família pressupõe construir dos mesmos uma imagem mais precisa, sendo que no domínio dos cuidados de enfermagem a representação que formamos da pessoa junto da qual intervimos deve ser suficientemente clara para que possamos compreendê-la e ajudá-la. O primeiro contacto com a família/doente reveste-se assim de grande importância, sendo necessário propiciar um ambiente apropriado, estabelecer uma relação de confiança e recorrer às técnicas de capacidade de escuta e de empatia, fundamentais para prevenir, promover e intervir nos processos de transição.

Durante a prestação de cuidados ao doente em situação crítica e família, seleccionamos e utilizámos de forma adequada as habilidades de relação de ajuda, que para Lazure (1994) são: a escuta, a clarificação, a confrontação, a empatia, o respeito e a congruência., bem como avaliámos o processo de relação estabelecida, o que nos permitiu desenvolver a unidade de competência ***Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica.***

Cuidar numa perspetiva holística implica também atender à espiritualidade da pessoa e família, tal como definido no artigo 81º do CDE “ O enfermeiro, no seu exercício, observa os valores humanos pelos quais se regem o individuo e os grupos em que este se integra...” assumindo o dever de “...Respeitar e fazer respeitar as opções políticas,

culturais, morais e religiosas da pessoa e criar condições para que ela possa exercer nestas aéreas os seus direitos” e ainda “respeitar a integridade bio-psicossocial, cultural e espiritual da pessoa” no seu artigo 82º referente aos direitos à vida e à qualidade de vida. Neste sentido procurámos integrar as diferentes dimensões da espiritualidade na prática de cuidados, através da identificação das necessidades espirituais da pessoa e família.

As necessidades espirituais definem-se como o desejo ou a necessidade de encontrar um sentido para a experiência que é a vida. Levantam questões mais amplas do conhecimento acerca do sentido da vida. São necessidades gerais da Pessoa e relacionam-se com o seu desejo de saber e encontrar significado e coerência para a sua própria pessoa, história (Rivier et al cit por Pauly & Laroutis, 2007).

Pauly & Laroutis (2007) consideram que essas necessidades espirituais podem exprimir-se através de emoções expressas, sinais de desânimo, sentido que cada um dá à sua vida, valores e crenças, perspectivas de futuro, capacidade como forma resolvidas dificuldades no passado.

Os aportes teóricos adquiridos no módulo Espiritualidade e Cuidados de Enfermagem contribuiram para a nossa capacidade de dar significado à experiência do cuidar através da integração das diferentes dimensões do Ser Humano.

O conceito de doente terminal engloba um conjunto de critérios que o caracterizam como estados de doença avançada, incurável e terminal; escassa ou nula possibilidade de resposta ao tratamento ativo, específico para a patologia de base; o grande impacto que provoca na família, doente, amigos e equipa de saúde relacionado com o sofrimento e com o processo de morte; sendo que a sua evolução é no sentido da degradação progressiva e da falência multiorgânica. É uma situação particular de saúde de grande instabilidade como outras fases de transição do ciclo da vida, mas com a singularidade de se reportar ao fim de vida (Sapeta & Lopes, 2007).

Durante o estágio contactámos e prestámos cuidados a doentes em fase terminal, nomeadamente a doentes cuja possibilidade de resposta ao tratamento ativo era escassa ou nula. Perante estes doentes, algumas vezes vivenciámos sentimentos de fracasso e culpa pelo desfecho da situação. Tal como refere Sapeta & Lopes (2007), sentimentos de fracasso, culpa, ansiedade e incerteza são alguns dos sentimentos vivenciados pelos

enfermeiros que prestam cuidados a doentes em fim de vida sobretudo em contexto de doentes agudos.

Os mesmos autores consideram que para os profissionais de saúde os cuidados em fim de vida sobretudo em contexto de doentes agudos, tornam-se muito exigentes quanto às habilidades e competências, porque enquanto Seres Humanos reagem como pessoas comuns com emoções e sentimentos negativos de rejeição face à morte e aos doentes moribundos.

Os aportes teóricos adquiridos no Módulo Cuidados ao Cliente em Fim de Vida bem como a vivência na UCIP, permitiram-nos diagnosticar as principais necessidades da pessoa em fase terminal de vida e da família, identificar as respetivas intervenções de enfermagem a adotar nestas situações e planear os cuidados a prestar.

Os Cuidados Paliativos referem-se à abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes e sua família que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, da preparação e gestão do fim de vida e do apoio no luto. São dispensados com base nas necessidades do doente e família e constituem uma resposta à necessidade de tratar, cuidar e apoiar os doentes com prognóstico de vida limitado. Têm como componentes essenciais: o alívio dos sintomas, o apoio psicológico, espiritual e emocional, o apoio à família, o apoio durante o luto e a interdisciplinaridade (Programa Nacional de Cuidados Paliativos, 2010).

Aquando a prestação de cuidados ao doente em fim de vida, centrámos todas as nossas intervenções no sentido do bem-estar da pessoa nomeadamente na implementação de ações paliativas, definidas como quaisquer medidas terapêuticas sem intuito curativo que visam minorar as repercussões negativas da doença sobre o bem-estar global do doente (Programa Nacional de Cuidados Paliativos, 2010).

Também neste contexto a família foi alvo dos nossos cuidados, *demonstrámos conhecimentos e habilidades da dignificação da morte e dos processos de luto*, sendo que fornecemos o apoio e informação necessários, de modo a contribuir para que a família compreendesse e aceitasse este processo de transição vida/morte.

Pelo descrito consideramos ter desenvolvido a unidade de competência, *Assiste a pessoa e a família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica se saúde /doença e/ou falência orgânica*

Comunicar más notícias à pessoa e família infelizmente surge como um imperativo em UCI. De acordo com Pereira (2008:30) má notícia “...é aquela que afeta negativamente as expectativas de vida da pessoa, devido a uma situação vivenciada diretamente ou com alguém próximo.” Apesar de muitas vezes associadas à transmissão do diagnóstico de doenças terminais, a má notícia pode também referir-se situações traumatizantes para a pessoa e família, como sequelas de patologias, lesões vertebro-medulares, lesões neurológicas irreversíveis, tais como pudemos experienciar ao longo do estágio.

A informação à pessoa surge como um direito na carta dos direitos do doente internado (DGS, 2005), sendo por isso e de acordo com o artigo 84º do CDE dever do enfermeiro, no respeito pelo direito à autodeterminação “ Atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo individuo em matéria de cuidados de enfermagem.” Muitas vezes as informações a transmitir podem causar-nos momentos de grande ansiedade, sobretudo quando aquilo que comunicamos são más notícias.

Cientes da importância desta temática para o desenvolvimento de competências no âmbito da transmissão de más notícias, assistimos à ação de formação “Comunicação de más notícias à família do doente crítico”. Na ação de formação para além do conceito de más notícias, foi apresentado o protocolo SPIKES, enquanto modelo orientador na comunicação de uma má notícia, e descreve de maneira didática seis passos a ser seguidos. Assim, o primeiro passo, *setting up*, refere que deve ser adequado na unidade um espaço físico para transmitir a notícia, o segundo passo, *perception*, refere que enfermeiro deve tentar perceber aquilo que a família já sabe, no terceiro passo, *invitation*, o enfermeiro deve ter perceber aquilo que a família quer saber, no quarto passo, *knowledge*, o enfermeiro começa a transmitir a informação propriamente dita, o quinto passo, *emotions*, o enfermeiro deve responder empaticamente à reação da família, e por último, *strategy and summary* o enfermeiro deve fazer um resumo de toda a informação transmitida e delinear um plano de acordo com as necessidades do doente e família (Pereira, 2008).

A condução da formação apresentou-se bastante pertinente, uma vez que começou por questionar cada um dos participantes relativamente aos sentimentos vivenciados

aquando a necessidade de comunicar uma má notícia, bem como o que cada um considerava pertinente no momento da mesma, e à medida que ía apresentando cada um dos passos do protocolo SPIKES, íamos fazendo a analogia com a nossa própria realidade.

Após a participação na referida formação consideramos que é fundamental que os serviços tenham um plano de acolhimento à família adequado; que enquanto enfermeiros tenhamos como referência um guia orientador de trabalho, como por exemplo o protocolo SPIKES que nos facilite a comunicação com a família; o recurso a técnicas exploratórias, no sentido de avaliar o que a família sabe, o que quer saber, de validação, no sentido de validar que a informação foi compreendida, e de empatia para que a família perceba que percebemos o que está a sentir naquele momento; e que tenhamos a consciência de que as nossas respostas empáticas, as afirmações de validação por parte da família, bem como questões exploratórias, são a base do apoio emocional prestado à família.

Para além da aprendizagem dos conteúdos abordados na formação, a discussão em grupo gerada em torno desta temática permitiu pela reflexão conjunta um aperfeiçoamento da comunicação de más notícias na prática.

A comunicação é o instrumento de base à relação terapêutica, imprescindível na intervenção em cuidados de enfermagem, que permite ao enfermeiro conhecer o seu doente. Encontra-se em toda a parte e situa-se nos planos cognitivo e afetivo, pode ser intencional ou acidental. No entanto existem alguns obstáculos às trocas de informações entre doente e enfermeiro, nomeadamente: o nível de educação dos interlocutores, as diferenças culturais, a língua falada, os valores, a religião e a espiritualidade, a diferença de idade, o desenvolvimento intelectual e o estatuto social, os preconceitos e estereótipos sociais (Phaneuf, 2005).

A comunicação verbal e não-verbal é fundamental em todas as intervenções de enfermagem ao doente e família, pois é através da mesma que enfermeiro/família/doente se tornam acessíveis entre si.

Reconhecendo que a linguagem não verbal nos pode dizer tanto ou mais que a linguagem verbal, uma vez que tal como nos diz Lazure (1994:105) “...é a linguagem não verbal que na maior parte das vezes traduz os estados de alma relacionados com as palavras ouvida”, permanecemos atentos aos gestos e comportamentos dos nossos doentes

e família, procurando entender junto dos mesmos, qual a origem desses comportamentos, cientes que esses mesmos comportamentos revelam a reação da pessoa/família a algo.

Recorremos a estratégias de comunicação verbal e não-verbal de modo a transmitir informações e opiniões pertinentes e identificar sentimentos, emoções, informações da pessoa e família. Perante a pessoa em situação crítica com obstáculos à comunicação como é o caso do doente ventilado, recorremos a estratégias facilitadoras da comunicação em doentes com barreiras à comunicação, e para isso utilizámos os instrumentos existentes no serviço, como cartões identificativos de atividades, quadro mágico, papel, caneta.

Demonstrámos conhecimentos em estratégias facilitadoras da comunicação em pessoas com barreira à comunicação através da utilização dessas mesmas estratégias, tal como referenciado em cima, bem como adaptámos a comunicação à complexidade do estado de saúde da pessoa em situação crítica pelo que consideramos ter desenvolvido a unidade de competência *Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde.*

Objetivo específico: Adquirir/aprofundar conhecimentos sobre pessoa em situação emergente e na antecipação de focos de instabilidade

Em UCI os doentes encontram-se monitorizados 24h e sob apertada vigilância o que nos possibilita uma atuação antecipatória perante a instabilidade, no entanto situações de PCR podem ocorrer e enquanto enfermeiros especialistas em enfermagem em pessoa em situação crítica devemos possuir conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida.

A PCR define-se como uma deficiência de oxigenação celular que ocorre de forma súbita por ineficiência da função circulatória ou por paragem da função respiratória, sendo observados essencialmente quatro padrões de alterações do ritmo cardíaco: assistolia, atividade elétrica sem pulso, taquicardia ventricular sem pulso e fibrilhação ventricular (Cintra, Nishide & Nunes, 2001).

Habitualmente a PCR em ambiente intra-hospitalar não é um acontecimento súbito, mas sim o resultado de uma falência progressiva. Independentemente da causa/doença subjacente, os sinais de agravamento são reflexo de insuficiência respiratória, cardíaca ou

deterioração neurológica. Sendo por isso fundamental reconhecer as vítimas em risco de PCR e atuar de imediato (INEM, 2011).

De acordo com descrito na literatura, existe uma sequência de procedimentos que quando realizados de forma encadeada e sequencial contribuem para a melhoria dos resultados no socorro à pessoa em PCR e são eles: reconhecer a situação de emergência e pedir ajuda, iniciar de imediato as manobras de Suporte Básico de Vida no sentido de ganhar tempo, aceder à desfibrilhação tão precocemente quanto possível e quando indicado de modo a repôr a atividade cardíaca e os cuidados pós-reanimação/SAV precoce. Esta cadeia designa-se de cadeia de sobrevivência. Um SBV de qualidade e ininterrupto contribui para o sucesso da reanimação Sendo fundamental que cada vez mais profissionais de saúde tenham formação e capacidade para desfibrilhar de imediato, respeitando os algoritmos de reanimação (ERC, 2010).

Tal como referido anteriormente, é fundamental reconhecer as vítimas em risco de PCR, assim no sentido de identificar focos de instabilidade e atuar de forma antecipatória aos mesmos enquanto enfermeiros especialistas em enfermagem à pessoa em situação crítica, devemos ser capazes de reconhecer quais as potenciais causas da PCR bem como saber atuar perante elas.

A PCR pode ocorrer devido a problemas primários da via aérea (obstrução da via aérea por secreções, sangue, objetos, comida, etc), respiratórios (falência respiratória) ou associada a patologia cardiovascular, sendo que devemos reconhecer que as manifestações mais frequentes que nos sugerem que o doente pode estar em risco de entrar em PCR são os sinais de dificuldade respiratória, a elevação da frequência cardíaca, diminuição do débito cardíaco, hipotensão, prostração, letargia, estado confusional ou deterioração do estado de consciência. Do ponto de vista respiratório os sinais e sintomas mais frequentes são a dispneia, o aumento da frequência respiratória e a descida da satO₂, a pele fria, cianosada e a oligúria que sugerem diminuição do débito cardíaco (INEM, 2011).

Perante a obstrução da via aérea devemos proceder à permeabilização das vias aéreas através de aspiração de secreções, posicionamento, extensão da cabeça, adjuvantes da via aérea, entubação traqueal, numa situação de ventilação inadequada deve ser realizada uma avaliação adequada do doente e dos seus sinais vitais, administrar O₂ suplementar e colaborar com os demais profissionais no tratamento da causa subjacente, nomeadamente na execução de determinados procedimentos como a entubação traqueal. (INEM, 2011)

Em doentes vítimas de paragem cardíaca o principal objetivo da monitorização electrocardiográfica é a identificação do ritmos de modo a instituir o tratamento correto, sendo que mais importante que identificar o ritmo exato é saber que se trata de um registo de ECG anormal e avaliar a sua repercussão em termos hemodinâmicos. Quando se interpreta um ritmo devem colocar-se as questões: há atividade elétrica? Qual a frequência ventricular? O ritmo é regular? A duração do QRS é normal? Há atividade auricular? Qual a relação da atividade auricular com a ventricular? É fundamental o conhecimento e a identificação dos ritmos associados a paragem cardíaca, nomeadamente: fibrilhação ventricular, taquicardia ventricular sem pulso, assistolia e atividade elétrica sem pulso. Sendo que a desfibrilhação é o único método para restabelecer a circulação espontânea na vítima em fibrilhação ventricular e a taquicardia ventricular sem pulso, devendo ser realizada o mais precocemente possível e de forma eficiente e segura.

São aspetos a ter em conta a via de administração de fármacos (preferencialmente a endovenosa) bem como conhecer as indicações, ações e doses dos fármacos utilizados na reanimação, sendo que a sua administração deve ser efetuada de acordo com o estabelecido no algoritmo do SAV (INEM, 2011).

Em jeito de conclusão o SAV inclui: manutenção do suporte básico de vida e desfibrilhação precoce quando indicada, utilização de equipamentos e técnicas especiais de ventilação e controlo das vias aéreas, monitorização cardíaca e reconhecimento dos ritmos cardíacos, obtenção e manutenção de acesso venoso, terapêutica, desfibrilhação/cardioversão, terapêuticas específicas após a reanimação (ERC, 2010).

Ainda no sentido de dar resposta a este objetivo específico, participámos como formandos na ação de formação “**Suporte Avançado de Vida**”, onde foram apresentadas sobretudo as últimas alterações às *guidelines* do SAV, tendo sido dado ênfase aos fármacos utilizados em situação de reanimação e a manobras de Suporte Básico de Vida num manequim.

Consultámos também os procedimentos multissectoriais e sectoriais existentes na unidade relativos à reanimação de doentes, bem como identificámos os carros de emergência existentes na unidade, logo nas primeiras semanas de estágio. Uma vez que os mesmos se encontravam selados, conforme o preconizado, aproveitámos os dias de revisão do carro para participar nessa atividade e fazermos o reconhecimento dos mesmos, de modo a podermos atuar de forma rápida em caso de necessidade.

A unidade onde decorreu o estágio, possui dois carros de emergência, um em cada sala de nível III, constituído por todo o material e terapêuticas necessárias à reanimação dos doentes, desfibrilhador e algoritmos a ser seguidos. Apesar de existir a nível da instituição um procedimento multissetorial para a constituição dos carros de emergência, no sentido da uniformização dos mesmos, o grupo de trabalho responsável pela reanimação da UCIP, planeou os seus próprios carros de emergência de acordo com a sua realidade.

Existe ainda um cronograma de revisão do carro de urgência, e do desfibrilhador no sentido da verificação do bom funcionamento do equipamento e da validade dos materiais e drogas.

Num procedimento setorial estão definidas as funções de cada elemento da equipa de enfermagem perante uma situação de paragem cardiorrespiratória, o que nos parece bastante útil, uma vez que numa situação de paragem é fundamental que os papéis estejam definidos no sentido de se atuar o mais rapidamente possível, e que vai de encontro ao que Cintra, Nishide & Nunes (2001) consideram, ou seja, que cada profissional deve ter funções definidas numa situação de PCR. Do procedimento faz parte ainda o mapa da distribuição de revisão do carro de urgência, de modo a que calhe a todos os enfermeiros a sua realização, bastante pertinente porque ao fazerem a revisão do carro os enfermeiros familiarizam-se com os locais dos diferentes materiais e com o funcionamento dos diferentes equipamentos, pois tal como referem Cintra, Nishide & Nunes (2001) é fundamental que a equipa de enfermagem tenha um domínio do conteúdo existente no carro de urgência e no manuseamento do material.

A participação no módulo seminário de peritos, inserido na unidade curricular Enfermagem Médico-Cirúrgica II, lecionado no terceiro semestre do curso, intitulado de SAV, contribui-o para a cimentação dos nossos conhecimentos no âmbito do SAV. Neste seminário com a duração de 8 horas, foi apresentada durante a manhã a parte teórica referente ao SBV e SAV, foi feita a apresentação da cadeia de sobrevivência, identificadas as causas da PCR e a sua resolução, identificados ritmos electrocardiográficos e à tarde foram apresentadas bancas práticas onde pudemos desenvolver habilidades no âmbito do SAV nomeadamente manobras de SBV em manequim, manuseio da via aérea (com recurso a adjuvantes da via aérea como a máscara laríngea, tubo nasofaríngeo), entubação endotraqueal e desfibrilhação e na resolução de casos clínicos simulados.

Pelo descrito consideramos ter adquirido os conhecimentos necessários à identificação de focos de instabilidade do doente em situação crítica permitindo-nos atuar na sua antecipação de forma pronta.

Objetivo específico: Formar a equipa de enfermagem da UCIP sobre Intervenções de Enfermagem ao Doente Queimado

As queimaduras, devido à sua fisiopatologia podem conduzir a pessoa a uma situação de doença crítica e/ou falência multiorgânica. Os cuidados de enfermagem ao doente queimado são bastante complexos e exigem um vasto leque de conhecimentos e a mobilização de competências relacionais, científicas e técnicas. Consideramos por isso que o papel do enfermeiro é fundamental pois visa a diminuição da taxa de mortalidade, o tempo de internamento, as sequelas físico-psicológicas, a promoção do bem-estar do doente queimado e a prevenção das complicações associadas à queimadura (Cintra, Nisheide & Nunes, 2001).

Enquanto enfermeiros especialistas responsabilizamo-nos por sermos facilitadores da aprendizagem em contexto de trabalho na área da especialidade, e neste sentido realizámos uma ação de formação para a equipa de enfermagem, apresentada na sala de reuniões da UCIP no dia 04/06/2012 pelas 15h, no sentido de favorecermos a sua aprendizagem, destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades na prestação de cuidados à pessoa vítima de queimadura, pois tal como refere Mão de Ferro (2011) o objetivo da formação é aumentar os conhecimentos, modificar atitudes e desenvolver aptidões.

A ação de formação tinha como objetivo geral partilhar conhecimentos sobre o tratamento do doente queimado e respetivas intervenções de enfermagem. Pelo que apresentamos de seguida todas as atividades desenvolvidas para a concretização do referido objetivo.

No sentido de complementar os nossos conhecimentos no âmbito do cuidado à pessoa vítima de queimadura, obtidos com a experiência a trabalhar numa unidade de queimados desde 2003, procedemos a uma pesquisa bibliográfica que servisse de suporte ao trabalho a desenvolver.

Após a pesquisa bibliográfica, intensificada na segunda quinzena de Abril de 2012, mas mantida ao longo de todo o período até à apresentação da ação de formação, elaborámos um rascunho dos conteúdos que considerávamos pertinentes apresentar, na primeira semana de Maio de 2012 e procedemos à sua discussão com a Enf^a Orientadora, durante a segunda semana de Maio de 2012, que nos auxiliou a selecionar aqueles que seriam mais pertinentes para a prática da equipa de enfermagem, uma vez que apesar de considerarmos que todos seriam importantes, a realidade é que não seria possível numa ação de formação em serviço abordar todos os aspetos. Tal como refere Mão de Ferro (2011) a formação deve ser orientada para as necessidades da organização e intervenientes, devendo por isso partir da realidade existente, não podendo aparecer sem que sejam fixadas as suas finalidades.

Da discussão com a orientadora concluímos que deveríamos abordar para além da definição de queimadura e sua classificação, os temas: fisiopatologia do doente queimado (monitorização e despiste de complicações) prevenção da infeção no doente queimado, controlo da dor, nutrição e a realização dos pensos. Sendo que em todos os temas seria dado como é óbvio ênfase ao papel do enfermeiro em cada um deles.

O choque no doente queimado resulta de uma combinação complexa entre a hipovolémia, a falência da bomba miocárdica e as variações das resistências no quadro da resposta inflamatória, ou seja associa três principais mecanismos que podem estar na base dos diferentes estados de choque. O tratamento do doente queimado nesta fase visa manipular a cascata inflamatória, preencher adequadamente e o mais precocemente possível doente e manter o transporte adequado do O₂, no sentido de prevenir a falência orgânica (Aynaud & Levy, 2010).

O enfermeiro tem nesta fase um papel primordial na monitorização (sinais vitais, débito urinário, respiração) vigilância (estado de consciência) e administração de terapêutica (fluidoterapia), no sentido de despistar complicações, nomeadamente a disfunção dos principais órgãos afetados (Urden et al, 1996). Consideramos que abordar o tema do choque no doente queimado, permitiu-nos desenvolver a unidade de competência presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica, uma vez que um conhecimento adequado da fisiopatologia do doente queimado, permite através de uma monitorização e vigilância adequadas identificar focos de instabilidade e responder de forma adequada a essa instabilidade.

A queimadura está associada a um estado de imunossupressão caracterizada por uma diminuição dos mecanismos de defesa mecânicos (pele, cílios nasais, parede do sistema respiratório destruídos) que facilitam a entrada de microrganismos que podem ser patogênicos (Ramzy, 1999).

Do mesmo modo, existem fatores que predisõem o doente queimado ao desenvolvimento de infecções, nomeadamente: idades extremas, deficiência das defesas imunológicas, os procedimentos invasivos a que têm que ser submetidos, a % de superfície corporal atingida, a profundidade da queimadura, a ausência de pele, a presença de tecidos desvitalizados, cuidados impróprios no manuseamento das queimaduras (Murray & Hospenthal, 2008).

A infecção assume-se assim como uma das complicações mais frequentes no doente queimado, sendo mesmo a sua principal causa de morte (Weber & Mcmanus, 2004). Neste sentido o enfermeiro desempenha um papel fundamental na sua prevenção nomeadamente: no respeito pelas normas de prevenção e controlo de infeção, na utilização de técnica asséptica na realização dos pensos, na prevenção de transmissão cruzada, na implementação de isolamento protetor ao doente queimado.

A queimadura grave (stress, perda de líquidos, hipertermia, infeção) provoca alterações orgânicas importantes e um aumento do metabolismo do doente queimado (Ignery & Gratton, 2008). Esse hipermetabolismo evolui no tempo e diminui progressivamente com a cicatrização das queimaduras, sendo que a vigilância do estado nutricional do doente ajuda a definir os aportes adequados bem como a identificar os doentes em risco de complicações (Berger & Chioléro, 2010).

De acordo com os mesmos autores o suporte nutricional tem como objetivos: responder às necessidades em energia e nutrientes, manter a massa magra, suportar as funções dos diversos órgãos, promover o controlo metabólico, modular a resposta inflamatória e apoiar a cicatrização e as defesas imunitárias. Sendo que o enfermeiro tem um papel fundamental na promoção da ingestão suficiente de calorias e proteínas do doente queimado, na vigilância de perdas de peso, na administração de alimentação entérica o mais precocemente possível, na colaboração com outros profissionais na avaliação do estado nutricional (Ignery & Gratton, 2008). Assim, sendo a nutrição considerada um tratamento primário das queimaduras, achámos pertinente a sua inclusão na ação de formação.

A dor do doente queimado é considerada uma dor única, constituída por duas componentes distintas: a dor contínua e a dor devida aos cuidados locais e caracterizada por uma intensidade excepcional e variabilidade de doente para doente (Echinard & Latarjet, 2010). O enfermeiro desempenha um papel fundamental no controlo da dor, sendo que faz parte das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica fazer a **gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica**. Consideramos que ao abordarmos a temática da dor no doente queimado, promovemos a sua avaliação na equipa de enfermagem, bem como promovemos a sua gestão em termos de medidas farmacológicas e não farmacológicas no combate à dor do doente queimado.

Gostaríamos de referir que contribuíram para a compreensão e aprofundamento do conhecimento do doente queimado, para além da experiência e da bibliografia consultada, os conteúdos apresentados nas aulas teóricas lecionadas ao longo deste curso de mestrado, nomeadamente nos módulos: Cuidados ao Cliente com Falência Multiorgânica, Cuidados ao Cliente com Múltiplos Sintomas/Controlo e Prevenção Infeção, Intervenções de Enfermagem à Pessoa com Dor.

Após discutirmos e selecionarmos os conteúdos a apresentar com a En^{fa} Orientadora, recorreremos ao *power point* enquanto recurso didático, para construção dos diapositivos que serviram de suporte à ação de formação durante a terceira semana de Maio de 2012, tendo os mesmos sido apresentados à orientadora de estágio e professora da escola (APÊNDICE XXI).

No início da terceira semana de Maio de 2012, planeámos a ação de formação. Reunimos com a En^{fa} responsável pela formação em serviço e definimos com ela a data da apresentação, o local onde a mesma iria ter lugar (sala com cadeiras e mesa) e o tipo de dispositivos que iríamos necessitar: *datashow*, computador e quadro para projetar a imagem. Neste âmbito foi construído e colocado na sala de passagem de turno e sala de pausa, o folheto informativo, com base no *layout* existente na unidade para divulgação das ações de formação em serviço, onde foi feita a divulgação da ação de formação nomeadamente o tema, a data, a hora, o local e a formadora.

No sentido de ordenar a apresentação, durante a terceira semana de Maio de 2012 elaborámos o plano de sessão (APÊNDICE XXII) para a nossa ação de formação, que tinha um tempo previsto de 60 min.

Participaram na ação de formação 30% dos enfermeiros da unidade, e foi utilizado o método expositivo na apresentação dos temas, sendo que no entanto procurámos que os participantes tivessem uma atitude ativa na mesma

O *feed-back* obtido dos participantes foi bastante positivo, uma vez que consideraram e verbalizaram que as temáticas apresentadas foram bastante úteis para a sua prática quando prestam cuidados à pessoa vítima de queimadura, pois referiram que pelo fato de não ser muito frequente a admissão destes doentes nesta unidade, quando o mesmo acontece deparam-se com algumas dúvidas, sobretudo na execução do penso do doente queimado. Gostaríamos ainda de salientar que a presença de uma Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica como participante na ação de formação, que já trabalhou com doentes queimados anteriormente e que agora desempenha funções nesta unidade enriqueceu bastante a discussão final, permitindo estabelecer a ponte entre o que foi apresentado e a realidade da unidade.

No final da ação de formação solicitámos aos participantes que realizassem a avaliação da mesma, utilizando como instrumento a grelha de avaliação da unidade que permite aos formandos fazer uma apreciação global da formação, e uma avaliação do formador e da metodologia utilizada. A maioria dos participantes “concordou totalmente” com os critérios em avaliação, 100% considerou que os objetivos da formação foram atingidos, 100% considerou que a formação favoreceu a aquisição/consolidação de conhecimentos, 100% considerou que foram abordados todos os pontos que considerou importantes, 77% considerou que a formação apresentou bom nível técnico-pedagógico.

Em relação à avaliação dos participantes relativamente ao formador e metodologia, constatou-se que de um modo geral a avaliação feita foi em “muito bom”, 100% dos participantes classificou em “muito bom” os critérios “domínio dos conteúdos apresentados”, “facilidade de transmissão dos conhecimentos”, “clareza na transmissão dos conhecimentos”, “interesse demonstrado no esclarecimento de dúvidas” (APÊNDICE XVII).

Com esta análise crítica e reflexiva das atividades desenvolvidas, consideramos ter demonstrado que os objetivos específicos supracitados foram atingidos e que os mesmos nos conduziram ao desenvolvimento da competência específica *Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica*.

Objetivo específico: Aprofundar/adquirir conhecimentos sobre o plano de emergência interno de um Hospital Central de Lisboa

A Pessoa no decurso da sua vida pode ver-se perante situações que podem colocar a sua vida em perigo, como é o caso de acidentes graves, catástrofes naturais, que num curto espaço de tempo a podem levar à falência ou risco de falência das suas funções vitais, das quais pode resultar a morte se não forem implementadas as devidas medidas de suporte de vida.

A Ordem dos Enfermeiros no enquadramento concetual dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica, define Emergência como uma situação de agressão sofrida por um indivíduo devido a qualquer fator que lhe origina a perda brusca e violenta de saúde, e que lhe afeta ou pode potencialmente afetar algum órgão vital, sendo que se não for imediatamente assistido, porá em grave risco a sua vida” (Ordem dos Enfermeiros, 2011). No mesmo âmbito refere que a Emergência multi-vítima envolve um número de vítimas suficientemente elevado para alterar o normal funcionamento dos serviços de emergência e a prática de cuidados de saúde.

A Catástrofe é definida pela Lei de Bases da Proteção Civil, no seu artigo 3º da Lei nº 27/2006 de 03 de Julho de 2006, como um acidente grave ou uma série de acidentes graves, susceptíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e eventualmente vítimas afetando intensamente as condições de vida da população. Existem dois tipos de situações que podem conduzir à catástrofe: as situações de alta intensidade mas de curta duração, em que o fator precipitante ocorre de modo inesperado atingindo um pico dentro de poucas horas como é o caso dos desastres naturais ou provocados pelo homem como sismo, incêndios, acidentes rodoviários e as situações de baixa intensidade mas de longa duração, como as pandemias e algumas catástrofes radiológicas ou nucleares.

As catástrofes são assim acontecimentos inevitáveis e imprevisíveis, que conduzem a momentos de grande confusão e descoordenação, sendo necessário a existência de planos hospitalares de emergência que permitam atuar no sentido de salvar vidas.

De acordo com Alves e Redondo (1999) o plano hospitalar de emergência pode ser definido como o conjunto de ações a realizar ordenadamente para dar resposta a uma

situação catastrófica em que o hospital se veja envolvido. Deve ser constituído por dois documentos: Plano de Emergência Externo e Plano de Emergência Interno, sendo que de acordo com o local onde a catástrofe tem lugar assim é colocado em prática um ou o outro plano. Assim, se a catástrofe ocorrer fora do hospital sem o afetar é ativado o plano de emergência externo se no entanto o hospital for atingido diretamente é ativado o plano de emergência interno.

No sentido de adquirirmos contributos que nos permitissem desenvolver a competência específica Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação, realizámos um estágio de 26 horas, durante o mês de Maio de 2012, no Gabinete de Gestão de Risco da instituição atrás citada.

Neste gabinete exercem funções os profissionais responsáveis pela elaboração dos planos de prevenção que anteveem situações de emergência interna e de atuação perante essas mesmas situações, nomeadamente por coordenadora e coordenadora adjunta (enfermeiras da instituição), por interlocutores que estabelecem a ponte com os diferentes hospitais que constituem o centro hospitalar (engenheiro+técnico) e ainda por um elemento executivo, responsável dos técnicos de segurança contra incêndios. Sendo que durante o estágio mantivemos um contato mais direto com a Enf^a coordenadora adjunta e com o executivo técnico.

De acordo com a Política de Gestão de Risco da Instituição este gabinete é responsável por definir estratégias de gestão de risco para o centro hospitalar de modo a promover e implementar uma metodologia que permita identificar, avaliar e prevenir as situações que possam comprometer a segurança dos doentes, acompanhantes, profissionais, visitantes, através da consciencialização dos profissionais sobre a existência dos riscos promovendo a responsabilização individual e coletiva no controlo dos fatores causais.

A segurança geral e a segurança contra incêndios são duas das vertentes tratadas neste gabinete. A segurança contra incêndios está à responsabilidade da unidade de segurança contra incêndios e tem por **missão** promover um ambiente seguro ao nível das instalações do centro hospitalar, dinamizar atividades na área da segurança contra incêndios, articular com a gestão de risco, colaborar com profissionais, doentes, acompanhantes e outras identidades. Neste âmbito é realizada formação teórico-prática e de carácter obrigatório a todos os colaboradores do hospital no sentido de os capacitar para atuarem perante uma situação de incêndio.

A consulta de documentos existentes, e as entrevistas não estruturadas com os profissionais acima mencionados, permitiu-nos tomar conhecimento dos planos de atuação existentes na instituição, nomeadamente o plano de catástrofe e o plano de segurança.

O plano de catástrofe é um plano de emergência externa que tem por objetivo avaliar os riscos previstos, descrever as disponibilidades dos meios e recursos existentes no centro hospitalar, definir as ações a desenvolver perante situações de emergência externa ao hospital que o podem afetar ou não diretamente.

Por sua vez, o plano de segurança é constituído pelo plano de emergência interno, pelo plano de prevenção e pelos registos de segurança. O plano de emergência interno reúne informações e estabelece procedimentos que permitam organizar e empregar os recursos humanos e materiais existentes, numa situação de emergência nas instalações hospitalares. O plano de prevenção é constituído pelos procedimentos que devem ser adotados para evitar a ocorrência de situações de catástrofe (incêndios) na instituição de modo a que sejam mantidas as condições de segurança que decorrem de medidas de autoproteção, elabora ainda as normas de atuação que todos os profissionais que desempenham funções na instituição devem conhecer para poderem atuar. O plano de segurança visa o estabelecimento de normas orientadoras que previnam a ocorrência de incidentes de segurança, e no caso da sua ocorrência a tomada de medidas rápidas eficazes e assertivas, de modo a minimizar as consequências daí decorrentes.

As normas de atuação de cada profissional no seu serviço, perante uma situação de emergência não clínica são operacionalizadas sob a forma de procedimentos setoriais denominados de “Instruções Especiais de Segurança” sendo que durante o estágio constatámos que o procedimento previsto para a UCIP, local onde estávamos a realizar o nosso estágio, já se encontrava elaborado sendo que ainda não havia sido apresentado e divulgado na referida unidade.

Durante o estágio tivemos a oportunidade de participar num simulacro de incêndio, organizado pela unidade de segurança contra incêndios na consulta externa de uma instituição hospitalar.

Para Alves & Redondo (1999) os simulacros refletem um cenário real de determinadas situações de emergência e têm por finalidade: treinar de modo a melhorar as competências de cada indivíduo; assegurar que as tarefas de cada um estão bem compreendidas e assimiladas; avaliar o comportamento dos elementos que integram as

equipas de intervenção; avaliar o tempo de reação de todos os envolvidos no exercício. Ou seja, os simulacros contribuem assim para familiarizar o pessoal com os procedimentos predefinidos a adotar numa situação de emergência não clínica

Constatámos que para a consecução do referido simulacro, foi necessário um planeamento adequado e prévio, tendo sido necessário coordenar todo um conjunto de recursos humanos e materiais. Uns dias antes da realização do simulacro, assistimos à formação dada aos profissionais que exercem funções no referido serviço, no sentido de lhes explicitar quais os objetivos do simulacro bem como quais os procedimentos definidos, no sentido de estes saberem como atuar.

Esta experiência vivenciada, possibilitou-nos identificar aspetos que são necessários ter em conta numa situação de emergência não clínica, nomeadamente a comunicação entre os diferentes elementos, o manuseamento de meios de combate a incêndio, o conhecimento dos processos de evacuação de pessoas, utentes e profissionais. No final do simulacro foi realizada uma reunião com todos os elementos que participaram no simulacro, tendo sido identificadas as falhas que ocorreram, no sentido de se definirem melhorias.

A pesquisa bibliográfica e a documentação que resultou da mesma, bem como os documentos obtidos durante o estágio, permitiram a elaboração de um dossier temático intitulado “Plano de Emergência Interno – UCIP” (APÊNDICE XXIII) para deixar na unidade. Este dossier tinha como objetivo contribuir para os conhecimentos dos profissionais desta unidade e assim permitir uma atuação mais rápida e eficaz numa situação de emergência não clínica, e é constituído por material relacionado com o plano de emergência interno da unidade, nomeadamente: instruções especiais de segurança definidas para os profissionais, plantas com identificação dos equipamentos de combate a incêndios, plantas com os percursos de evacuação pré-definidos, legislação relativa à Lei de Bases de Proteção Civil, procedimentos multissetoriais emanados pela instituição relativos à Política de Atuação Contra Incêndios, dois artigos relacionados com a elaboração de planos de emergência internos hospitalares, diapositivos que serviram de suporte à formação “Divulgação do Plano de Emergência Interna da UCIP”.

Objetivo específico: Divulgar o plano de emergência interno – instruções especiais de segurança, à equipe de saúde da UCIP através de ação de formação

Para Alves & Redondo (1999) o Plano de Emergência Interno é definido como um conjunto de ações ordenadas e regras de procedimentos a realizar pelo pessoal do hospital em caso de sinistro, sendo o objetivo final gerir de forma otimizada os recursos disponíveis, minimizar os danos sobre os doentes, pessoal e instalações até à chegada de socorros externos.

De acordo com o Decreto-Lei nº 27/2006 da Lei de Bases da Proteção Civil, no seu artigo 6º, todos os trabalhadores de uma instituição estão obrigados a participar nos Planos de Emergência dos seus locais de trabalho.

Neste seguimento, o conhecimento dos mesmos pelos profissionais das instituições é imprescindível para melhorar a assistência hospitalar às vítimas, pois tal como referem Alves & Redondo (1999) para que o plano de emergência interno se revele eficaz deve ser previamente estruturado, devendo as funções operacionais a executar por cada trabalhador estar previamente rotinadas. Os colaboradores do hospital devem estar informados dos riscos gerais e particulares do local onde desenvolvem a sua atividade, estar cientes do papel a desempenhar, conhecer os materiais de proteção ao seu alcance, assim como a sua utilização e manipulação e estarem conscientes da sequência de ações a concretizar (primeiro dar o alarme e depois lutar contra o sinistro).

As atividades desenvolvidas para a concretização deste objetivo encontram-se interligadas com as atividades descritas para o objetivo anterior, uma vez que a pesquisa bibliográfica elaborada e a elaboração de um dossier temático com material relacionado com o plano de emergência interno da UCIP, contribuíram para a construção dos diapositivos que serviram de suporte à ação de formação.

Faz parte das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica planear a resposta concreta ante as pessoas em situação de emergência multi-vítima ou catástrofe, e neste sentido ao identificarmos no decorrer do estágio no gabinete de gestão de risco, a existência de um procedimento com as “Instruções Especiais de Segurança para a UCIP”, ainda não divulgado aos profissionais da UCIP, adotámos uma atitude pró-ativa no sentido da sua divulgação. Reunimos com a Enfª Chefe e Enfª Orientadora que consideraram uma intervenção de toda a pertinência, e a

partir daí assumimo-nos como elo de ligação com a unidade de segurança contra incêndios, sob a supervisão da Enf^a Orientadora e do técnico executivo da referida unidade.

Neste contexto, apresentámos o procedimento à Enf^a Chefe da UCIP, no final da última semana de Maio de 2012, e foram realizadas as alterações sugeridas em concordância com o técnico executivo. Após finalizado o procedimento, iniciámos a preparação da ação de formação, que tinha como objetivo geral partilhar conhecimentos sobre o plano de emergência interno e como objetivo específico divulgar à equipa de enfermagem procedimentos de atuação em situação de emergência não clínica definidos para a UCIP.

Durante a primeira semana de Junho de 2012 foram discutidos com o técnico executivo da unidade de segurança contra incêndios quais os conteúdos a apresentar, e reunimos com a Enf^a Responsável pela formação em serviço, no sentido de agendar a data da ação de formação e proceder à divulgação da mesma. À semelhança das outras ações de formação realizadas em contexto de estágio, foram afixados posters de divulgação da mesma na sala de reuniões da unidade e na sala de passagem de turno. A referir também que a mesma foi fortemente divulgada pela Enf^a Chefe nas passagens de turno, o que demonstra a pertinência da temática.

Na segunda semana de Junho de 2012, elaborámos o plano da sessão (APÊNDICE XXIV) no sentido de organizarmos a ação de formação e construámos os diapositivos que iriam servir de suporte à mesma (APÊNDICE XXV). A 28/06/2012 procedemos à apresentação da ação de formação, conforme planeado, sendo que assistiram à formação 11 profissionais. Gostaríamos de salientar que referimos que estaríamos disponíveis para repetir a ação de formação em caso de necessidade. Utilizámos o método expositivo e utilizámos como recursos audiovisuais o *datashow*.

A ação de formação teve uma duração de aproximadamente de 45min, sendo que nos primeiros 5 minutos fizemos uma apresentação do tema e objetivos da formação, nos 30 min seguintes, correspondentes ao desenvolvimento da ação de formação, apresentámos a definição de plano de emergência interno, à identificação definimos quais são as situações de emergência não clínicas, apresentámos o organograma do plano de emergência interno bem como as funções de cada elemento que o constitui, apresentámos as instruções especiais de segurança definidas para os profissionais da unidade, identificámos as vias de evacuação dos doentes previstas bem como a unidade para onde evacuar estes doentes e os meios de combate a incêndios existentes na unidade, com

recurso à planta da unidade. Nos 5 min seguintes realizámos uma síntese da ação e esclarecemos dúvidas levantadas, tal como apresentámos o dossier temático elaborado e que iria ficar na unidade para consulta.

O *feedback* e a discussão gerada no final da apresentação foram bastante positivos, sendo que todos partilharam da opinião da pertinência da mesma, uma vez que todos reconheceram a necessidade e importância do conhecimento das funções de cada um numa situação de emergência não clínica. Ficou também decidido que seria pertinente que o procedimento com as instruções especiais de segurança deveria ficar exposto, em locais visíveis da unidade, nomeadamente na sala de passagem de turno e na sala de reuniões.

No final solicitámos aos participantes que fizessem uma avaliação da ação de formação relativamente ao global da formação e em relação ao formador e à metodologia utilizada. A maioria dos participantes “concordou” e “concordou totalmente” em todos os critérios avaliados, sendo de salientar que 64% “concorda totalmente” com o critério “Para a sua atividade profissional a atividade foi útil”, “Favoreceu a sua aquisição/consolidação de conhecimentos”, “Foram abordados todos os pontos que considerou importantes” e 82% consideraram “concorda totalmente” com o critério “Os audiovisuais utilizados foram adequados à mensagem transmitida”

Em relação à avaliação do formador e da metodologia utilizada, 73% dos participantes avaliou em “Muito bom” a prestação da formadora nos critérios “Domínio dos conteúdos apresentados”, “Clareza na transmissão dos conhecimentos” e 91% dos participantes avaliou em “Muito bom” o critério “Interação com o grupo” (APÊNDICE XVII).

Os diapositivos que serviram de suporte à ação de formação ficaram disponíveis na unidade, em suporte informático e também no dossier temático “Plano de Emergência Interno-UCIP”, para que todos os profissionais que não tiveram oportunidade de assistir à ação de formação, possam consultar. Um aspeto que consideramos positivo foi o fato de a Enf^a Chefe ter divulgado e reforçado à equipa de enfermagem, nas reuniões da passagem de turno a existência do referido dossier temático e ter incentivado à sua consulta.

Objetivo específico: Elaborar um folheto informativo para distribuir pela instituição sob modo de atuação em situação de sismo

Os sismos representam uma séria ameaça para a vida das pessoas em todo o mundo. Apesar da investigação realizada dos últimos tempos, a verdade é que ainda não é possível prever exatamente a hora e o local onde os mesmos podem ocorrer.

De acordo com o Instituto de Meteorologia de Portugal (s/d) os sismos ocorrem com mais frequência em regiões onde já se verificaram no passado. A instituição onde decorreu o estágio localizada na cidade de Lisboa, encontra-se em estreita relação com duas das zonas sismogénicas mais importantes que afetam Portugal, o Banco de Gorringe e a falha do Vale Inferior do Tejo e já anteriormente afetada por um sismo de elevada magnitude.

Apesar de não haver como prever um sismo, a única maneira de atuarmos no sentido de minimizar os seus efeitos é na formação de todos no sentido de adequar os comportamentos de cada um durante a sua ocorrência. Com base no descrito e considerando o nosso papel enquanto enfermeiros especialistas decidimos elaborar um folheto no sentido de sistematizar as ações a desenvolver na prevenção, na ocorrência e no após uma situação de sismo.

Procedemos a uma pesquisa bibliográfica e com base nas recomendações emanadas por entidades nacionais (Instituto de Meteorologia de Portugal e Proteção Civil) e internacionais (CDC) para a população em geral, procedemos a uma adaptação para o contexto hospitalar. A maior parte dos acidentes pessoais resultantes dos sismos, resultam da queda de objetos e destroços, sendo por isso fundamental que os serviços e profissionais confirmem periodicamente se as condições de segurança do seu serviço se encontram mantidas, como por exemplo corredores e saídas de emergência desobstruídas, armários fixados à parede, mobiliário com as rodas trancadas, garrafas de gases medicinais devidamente presas e acondicionadas, se existe sinalética e se a mesma se encontra correta, se todos os profissionais conhecem as suas funções numa situação de emergência, se os equipamentos necessários à manutenção da vida se encontram devidamente fixados (seringas infusoras, monitores, etc).

Durante a ocorrência de um sismo, é fundamental que cada um se proteja de imediato, assegurando a sua segurança, para que depois possa ajudar os outros.

Após a ocorrência de um sismo, a primeira coisa a fazer deve ser verificar as condições de segurança, e atuar de acordo com aquilo que se encontra, obedecendo sempre às regras de segurança.

Após elaboração do folheto (APÊNDICE XXVI), apresentámo-lo e discutimo-lo com a Enfª do Gabinete de Gestão de Risco e o Técnico Executivo da Unidade de Segurança contra Incêndios. Da discussão surgiram algumas alterações que foram realizadas, tendo o mesmo ficado finalizado durante a última semana de Maio de 2012. Posteriormente foi solicitada autorização para divulgação do mesmo, sendo que no entanto e enquanto proposta, ficou integrado no dossier temático elaborado para a UCIP.

A pesquisa bibliográfica realizada, nomeadamente a consulta do plano de segurança da instituição, o estágio realizado no Gabinete de Gestão de Risco, bem como as aulas teóricas a que assistimos no módulo seminário de peritos “Catástrofe” no 3º semestre deste curso de mestrado, possibilitaram-nos o conhecimento dos planos e os princípios de atuação em situações de catástrofe, identificar os vários tipos de catástrofe e as suas implicações para a saúde, sistematizar as ações a desenvolver numa situação de catástrofe ou emergência e compreender como é feita a atribuição e desenvolvimento de papéis aos diferentes elementos da equipa.

Todas estas aprendizagens adquiridas com o trabalho realizado desenvolveram a nossa capacidade para gerir os cuidados em situações de emergência e/ou catástrofe e adquirir a competência específica **Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação.**

Objetivo específico: Adquirir/aprofundar conhecimentos sobre a utilização de *bundles* na prevenção da infeção da corrente sanguínea associada ao CVC

As infeções da corrente sanguínea adquiridas em contexto hospitalar estão na maioria das vezes associadas ao uso de cateteres venosos centrais, em que os doentes com cateter apresentam taxas de bacteriemia mais elevadas do que os doentes sem cateter. Estas taxas podem no entanto ser influenciadas por fatores de risco intrínseco do próprio doente

(gravidade do doente) ou fatores relacionados com o próprio cateter (condições em que é colocado, tipo de cateter, local onde é colocado) (DGS, 2006).

A patogénese das infeções relacionadas com o cateter é multifatorial e complexa, sendo que as potenciais fontes de contaminação dos dispositivos intravasculares são as mãos dos profissionais, a microflora da pele do doente, a ponta de cateter contaminada durante a inserção, a colonização das conexões do cateter (devido às múltiplas manipulações), fluídos contaminados e a via hematogénea (DGS, 2006)

As infeções nosocomiais da corrente sanguínea são das infeções adquiridas no hospital aquelas que mais contribuem para a mortalidade e morbilidade e para o aumento de custos na prestação de cuidados de saúde (DGS, 2012).

De acordo com o Relatório de Vigilância Epidemiológica das Infeções Nosocomiais da Corrente Sanguínea relativo ao ano de 2010 elaborado pelo PNCI, a taxa das INCS associadas a CVC (que podem ser consideradas evitáveis) foi de 2,5/1000 dias de presença do dispositivo, com uma mortalidade de 17,3%, sendo que ainda que a demora média dos doentes com INCS foi de 33,8 dias, enquanto que a demora média global foi de 8,2 dias. As UCI são dos serviços onde as INCS foram mais frequentes, tal como se constata no mesmo relatório (DGS, 2012).

O mesmo relatório refere que os fatores de risco mais significativos para o aparecimento de INCS foram a presença de CVC e nutrição parentérica, sendo que dos 63,8% de episódios de INCS primárias, 23,6% estavam associados ao cateter venoso central.

Com base neste relatório o PNCI recomenda a implementação de *bundles* para a prevenção das infeções associadas a CVC, com base em recomendações existentes. Estas recomendações quando devidamente cumpridas podem reduzir as taxas de INCS, e dividem-se em seis níveis de intervenção: seleção do cateter, seleção do local de inserção, técnica assética e desinfeção cutânea durante a inserção do cateter, manutenção do cateter e local de inserção, estratégias para a substituição do cateter e profilaxia antibiótica (DGS, 2006).

O conceito de *Bundle* foi desenvolvido pelo Institute for Healthcare Improvement e é definido por um grupo de intervenções que quando implementadas em conjunto resultam em melhores resultados para o doente do que quando realizadas individualmente, ou seja é

um conjunto pequeno de medidas simples baseadas em evidências que quando realizadas em conjunto, melhoram os resultados. Tem por finalidade ajudar os profissionais de saúde a prestarem cuidados de uma forma mais segura (Institute for Healthcare Improvement, S/D).

No sentido de prevenir ou reduzir as taxas de infecção da corrente sanguínea associada ao cateter venoso central foi criado a *bundle* do cateter venoso central, constituída por um conjunto de cinco etapas: higiene das mãos dos profissionais e utilização de barreiras protetoras, desinfecção adequada da pele do doente onde vai ser colocado o cateter, escolha adequada do local a cateterizar, avaliação diária do local de inserção para despiste de sinais e infecção e remoção do cateter logo que já não seja necessário (Institute for Healthcare Improvement, S/D).

Para aprofundarmos conhecimentos no âmbito da prevenção da infecção da corrente sanguínea associada ao cateter venoso central, nomeadamente na utilização de *bundles*, participámos como formandos na ação de formação “Aplicabilidade da *bundle* do CVC numa UCI”, onde foi apresentado um projeto de implementação de *bundle* do CVC.

A *bundle* apresentada foi criada pela Enf^a com vista à sua aplicação numa UCI e contemplava apenas medidas no sentido da manutenção do cateter venoso central. Estas medidas baseadas na evidência consistiam: higiene das mãos dos profissionais de saúde antes da manutenção do CVC, das suas linhas ou da realização dos pensos, despiste de sinais de infecção no local de inserção do CVC como rubor, dor, tumefação durante a realização do penso, utilização de técnica assética na realização do penso, registo da realização do penso e das características do local de inserção.

A prestação de cuidados à pessoa internada na UCIP possibilitou-nos ainda o contato com ferramentas de monitorização e vigilância de infecção nosocomial da corrente sanguínea, tais como as folhas calendário e o formulário de vigilância nosocomial das infeções da corrente sanguínea.

Este formulário é aberto individualmente para cada doente, sempre que é colocado um cateter venoso central, onde é registado o local onde é colocado o cateter, o número de vezes que é realizada punção para a colocação do cateter, se é uma colocação emergente ou programada, se é utilizada a técnica assética na sua colocação, se é escolhido o local adequado, sendo que posteriormente sempre que é realizada manipulação o cateter seja para administração de terapêutica seja para realização do penso, deve ser registado se se

procedeu à higienização das mãos, à desinfecção do local de administração, se o penso foi realizado com técnica asséptica e se foram pesquisados sinais de infeção no local de inserção. Quando este formulário está completo, os dados são registados pela Enf^a elo de ligação com a CCIH numa plataforma *on line* da DGS.

A concretização deste objetivo possibilitou-nos um conhecimento mais aprofundado do Plano Nacional de Controlo de infeção que os permitirá no futuro conceber planos de prevenção e controlo de infeção na nossa prática.

Objetivo específico: Elaborar procedimento sectorial “Realização do Penso do Doente Queimado” para a UCIP de um Hospital Central de Lisboa

O objetivo do tratamento das queimaduras é o seu encerramento, sendo para isso fundamental controlar a infeção através de uma limpeza e desbridamento meticuloso, promover a reepitelização e preparar a ferida para o enxerto (Urden, 1996).

Para Rossi et al (2010) a realização do penso do doente queimado visa manter a área queimada limpa, prevenir infeções e promover a sua cicatrização, implicando por isso a manutenção da perfusão tecidual e preservação dos tecidos viáveis. As áreas queimadas consideradas contaminadas, devido à rápida proliferação e colonização por microrganismos decorrentes da existência de tecido desvitalizado, exigem uma limpeza e desbridamento dos tecidos não viáveis. Sendo por isso a limpeza das áreas queimadas essencial para a eficácia do tratamento.

O procedimento da realização do penso do doente queimado engloba duas etapas fundamentais: limpeza da ferida, no sentido de remover tecidos desvitalizados soltos, exsudado e medicação tópica anterior, e a realização do penso propriamente dita (Rossi et al, 2010).

A limpeza da queimadura pode ser feita com um agente de limpeza antisséptico não agressivo, como a clorhexidina que depois será lavado com soro fisiológico ou água estéril, e seca com movimentos suaves (Echinard & Latarjet, 2010)

O que se preconiza é que a realização do penso da pessoa vítima de queimadura, seja realizado em ambiente o mais controlado possível, devendo todo o material necessário

ser previamente preparado e devendo os profissionais responsáveis pela realização do penso utilizar técnica asséptica (Ignery e Gratton, 2008).

Ainda no âmbito da pesquisa bibliográfica, recorreremos aos procedimentos multissetoriais existentes na instituição, elaborados por peritos na área da prevenção e controlo de infeção, nomeadamente os procedimentos: precauções básicas, higiene das mãos e utilização de equipamento de proteção individual no sentido de complementar o nosso procedimento setorial. Também a nossa experiência profissional na execução de pensos à pessoa vítima de queimadura possibilitou uma descrição sequencial de todo o procedimento que é o penso do doente queimado, nomeadamente no estabelecimento de um circuito requerido na prevenção e controlo de infeção na realização do penso, como por exemplo a colocação e remoção do equipamento de proteção individual, momento de substituição de luvas, proteção das áreas limpas com campos esterilizados.

Enquanto procedimento doloroso, requer que seja efetuado sob efeito de analgesia, implicando por parte do enfermeiro uma avaliação rigorosa da dor e uma adequação da analgesia (Brychat & Magnoste, 2011). Por este fato estabelecemos no procedimento que deve ser administrada terapêutica analgésica prescrita devendo o enfermeiro avaliar a eficácia da mesma.

A execução do penso visa ainda manter a mobilidade da área afetada e prevenir sequelas, sendo por isso fundamental um posicionamento terapêutico adequado, ou seja é importante que os segmentos articulares sejam colocados em posição de capacidade cutânea máxima durante a realização do penso (Ignery & Gratton, 2008). Neste sentido, é apresentado no procedimento o posicionamento adequado dos diferentes segmentos corporais de acordo com o descrito na literatura.

Com base na literatura consultada, na nossa experiência profissional e nos conhecimentos adquiridos nas aulas teóricas lecionadas no segundo semestre deste curso de mestrado, no módulo Cuidados ao Cliente com Pessoa com Múltiplos Sintomas/Controlo e prevenção de Infeção, elaborámos o procedimento setorial “Realização do penso do Doente Queimado” (APÊNDICE XXVII), no sentido de fazer cumprir os procedimentos estabelecidos na prevenção e controlo de infeção da pessoa vítima de queimadura.

Durante a terceira semana de Maio de 2012, apresentámos o documento à Enf^ª elo de ligação da Unidade de Queimados com a CCIH, enquanto perita na prevenção e

controlo de infeção da pessoa vítima de queimadura, bem como à fisioterapeuta da mesma unidade, no sentido de discutirmos alguns pontos que necessitavam de ser clarificados, sendo que posteriormente foram introduzidas as alterações sugeridas pelos referidos elementos.

O procedimento foi apresentado e discutido com a Enfª Orientadora e posteriormente apresentado à equipa de enfermagem durante a ação de formação “Intervenções de Enfermagem ao Doente Queimado na UCI”. Foram abordados todos os pontos que constituem o procedimento, tendo sido efetuada uma explicação mais aprofundada, com recurso a fotografias de todo o procedimento que é penso. No final do estágio o procedimento encontrava-se a aguardar a aprovação da Enfª Chefe da unidade.

Com a elaboração deste procedimento consideramos ter **liderado o desenvolvimento de procedimentos de prevenção e controlo de infeção**, nomeadamente na prevenção da infeção da pessoa vítima de queimadura, de acordo com as normas de prevenção.

Consideramos que neste momento somos detentores de um conhecimento mais aprofundado dos programas existentes a nível do Plano Nacional de Controlo de Infeção, nomeadamente o programa nacional de vigilância epidemiológica das infeções nosocomiais da corrente sanguínea associada ao CVC, bem como da existência de estratégias que contribuem para a prevenção e controlo de infeção, como as *bundles*, o que nos permitirá enquanto enfermeiros especialistas em enfermagem à pessoa em situação crítica **conceber planos de prevenção e controlo de infeção e assim dar resposta às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica**.

A elaboração do PIS no âmbito da prevenção da PAV e já apresentado no capítulo anterior, a pesquisa bibliográfica no âmbito das infeções nosocomiais da corrente sanguínea associada ao CVC, enquanto problema major para a segurança do doente, as recomendações para a sua prevenção e a implementação de *bundles* baseadas na evidência, a elaboração do procedimento setorial “ Realização do penso do doente queimado, bem como as aulas teóricas lecionadas no módulo Cuidados ao Cliente com múltiplos Sintomas/Controlo e Prevenção do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, contribuíram para o desenvolvimento da competência específica **Maximiza a intervenção na prevenção e controlo de infeção 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.

Em jeito de síntese, consideramos que o desenvolvimento de todas atividades planeadas e descritas para cada um dos objetivos específicos permitiram-nos atingir o objetivo geral deste PAC: Adquirir/desenvolver as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica de acordo com o Regulamento n.º 124/2011 de 18 de Fevereiro, nomeadamente:

K.1 - Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica

K.2 - Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação

K.3 - Maximiza a intervenção na prevenção e controlo de infeção 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.

4 - ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS DE MESTRE

A prestação de cuidados ao doente em situação crítica durante os estágios clínicos, exigiram da nossa parte a mobilização de um elevado nível de conhecimentos, capacidades e habilidades que nos permitiram identificar e responder a problemas complexos de saúde da pessoa em situação crítica e família.

A pesquisa bibliográfica, o esclarecimento de dúvidas junto da Enf^a Orientadora de estágio, a reflexão em torno da prestação de cuidados, as experiências vivenciadas, a auscultação da equipa de enfermagem, bem como os aportes teóricos adquiridos nos diversos módulos lecionados ao longo do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da ESS-IPS, possibilitaram-nos fazer uma avaliação exaustiva da pessoa e família, diagnosticar e gerir problemas, prescrever intervenções de enfermagem gerais e especializados e avaliar resultados.

Os contributos teóricos adquiridos em cada um dos módulos lecionados revestiram-se de primordial importância para a prática de cuidados especializados, na medida em que contribuíram para a compreensão de problemas do âmbito da Enfermagem Médico-Cirúrgica e sua resolução através da implementação do processo de enfermagem.

Por seu lado, o módulo Cuidados em Situação de Crise: Cliente e família revelou-se fundamental para a compreensão dos conceitos de família e de crise e consequente planeamento de intervenções em situações de crise, o módulo Cuidados ao Cliente com falência Multiorgânica na identificação das principais situações de falência orgânica e na formulação de diagnósticos de enfermagem e planeamento de intervenções de enfermagem especializadas, o módulo Intervenções de Enfermagem à Pessoa com Dor, na compreensão da complexidade do fenómeno dor, e na gestão diferenciada da dor, através da identificação de evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar e na identificação de medidas farmacológicas e não farmacológicas, o módulo Cuidados ao Cliente em Fim de Vida, na identificação das necessidades do doente em fim de vida, bem como das intervenções de enfermagem específicas do cuidado ao doente em fim de vida, o módulo Espiritualidade e Cuidados de Enfermagem, no desenvolvimento da capacidade de dar significado à experiência do cuidar e integrar a espiritualidade no cuidado que prestamos, o

módulo Intervenções de Enfermagem ao Cliente com Problemas Cardiovasculares, na abordagem ao doente com alterações hemodinâmicas, na identificação de necessidades e no planeamento de intervenções de enfermagem

A formulação de diagnósticos de enfermagem constituídos por focos e juízos e a definição de intervenções de enfermagem constituídas por ações, com recurso ao instrumento de trabalho CIPE, bem como a sua utilização no trabalho desenvolvido no módulo Supervisão de Cuidados, promoveram o desenvolvimento de um processo de raciocínio, fundamental na prática de cuidados.

De acordo com Deodato (2010) o cuidado em Enfermagem materializa-se em atos que derivam de decisões com fundamentos de diversa natureza. A reflexão conjunta em sala de aula, bem como o trabalho realizado no módulo de Supervisão de Cuidados, que consistia na identificação de um problema e sua resolução através de intervenções de enfermagem, seguindo o processo de enfermagem, devidamente fundamentadas em princípios científicos, éticos, jurídicos e deontológicos, para o qual mobilizámos os aportes adquiridos nos módulos Questões Éticas Emergentes em Cuidados Complexos, Ética em Enfermagem, Direito em Enfermagem e Análise do Código Deontológico, permitiram-nos seleccionar os meios e estratégias mais adequados à resolução de um determinado problema e assim clarificar e estruturar a forma como tomamos decisões no contexto da prática nos diferentes domínios das competências comuns e específicas.

Referenciámos doentes e família no sentido de assegurar a continuidade dos cuidados, nomeadamente através da elaboração da carta de enfermagem, bem como na passagem de informação pertinente aquando a transferência do doente para outro serviço. O contato com outros elementos da equipa multidisciplinar que não se encontram em presença física na unidade, como psicóloga, líder espiritual, assistente social, possibilitaram também uma continuidade dos cuidados prestados, pois tal como é referido no artigo 83º do CDE, do direito ao cuidado, na sua alínea b) o enfermeiro assume o dever de “orientar o individuo para outro profissional de saúde mais bem colocado para responder ao problema, quando o pedido ultrapasse a sua competência” bem como na sua alínea d) “assegurar a continuidade dos cuidados, registando fielmente as observações e intervenções realizadas”.

Salientamos também que a elaboração do PIS exigiu uma gestão adequada do nosso tempo, para que conseguíssemos desenvolver todas as atividades delineadas dentro do

tempo previsto, permitindo-nos ainda desenvolver competências específicas no âmbito da liderança na gestão de recursos e tempo e da supervisão de cuidados, através da aplicação de uma grelha de observação na fase de diagnóstico de situação no sentido de observar práticas de cuidados de prevenção da PAV.

A reflexões acerca das práticas que conduziram à escolha das diferentes temáticas a trabalhar nos PIS e PAC bem como o desenvolvimento de argumentos rigorosos para as justificarem contribuíram para o aumento do desenvolvimento da nossa tomada de decisão.

Pelo descrito consideramos ter demonstrado a competência **Demonstre competências clínicas específicas na conceção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem** bem como a competência **Aja no desenvolvimento da tomada de decisão e raciocínio conducentes à construção e aplicação de argumentos rigorosos**

O saber do enfermeiro revela-se na prática dos cuidados, quando é capaz de identificar as respostas humanas da saúde, e traduzi-las num foco de atenção da sua prática intervindo de forma autónoma, quando observa atentamente e despista alterações de saúde no indivíduo, quando revela compromisso afetivo e quando demonstra efetiva preocupação pelo seu aperfeiçoamento profissional (Fernandes, 2007).

Ao longo da nossa vida profissional, pudemos constatar que a prática nos obriga muitas vezes a questionar a teoria, bem como a integrar novos conhecimentos, pelo que é fundamental desenvolver um espírito de autoformação e reflexão sobre os conhecimentos e as competências que vamos adquirindo através da experiência.

Por considerarmos que a formação é um dos pilares fundamentais para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, uma vez que é determinante na orientação da nossa prática e tendo por base o descrito no artigo 88º do CDE, referente à excelência do exercício, que nos diz que o enfermeiro procura em todo o ato profissional a excelência do exercício assumindo o dever de “manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas”, após o curso base de enfermagem, fomos desenvolvendo o nosso processo de aprendizagem a nível pessoal e profissional através da formação contínua com vista ao aprofundamento/desenvolvimento de competências, aptidões e conhecimentos e que nos conduziu a este curso de mestrado no sentido de desenvolver saberes teóricos e práticos na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Ao longo de todo este processo de aprendizagem identificámos as nossas próprias necessidades de formação, que nos orientou a busca da mesma. A elaboração do PAC no estágio I deste curso de mestrado, permitiu-nos identificar necessidades de formação no âmbito da Enfermagem Médico-Cirúrgica planear e executar todo um conjunto de atividades e de mobilização de recursos durante o estágio II e III, com vista à aquisição de novos saberes. Pois tal como refere Charlier (1998) cit por Fernandes (2007) a prática constitui um contexto de aprendizagem poderoso pois coloca-nos em contato com um conjunto de conhecimentos e informações que nos seriam inacessíveis de outra forma.

A frequência do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da ESS-IPS promoveu em diversos momentos a autoformação, nomeadamente na unidade curricular Gestão de Processos e Recursos, módulo criação de empresas, em que nos foi solicitado a realização de um projeto de intervenção organizacional, que nos colocou perante novos desafios, como a utilização de ferramentas de gestão e que exigiu uma pesquisa bibliográfica centrada numa área com a qual não estávamos familiarizados. No entanto, a elaboração desse trabalho revelou-se bastante gratificante pela reflexão crítica a que conduziu, bem como a experiência que ofereceu na utilização de novas ferramentas e metodologias de trabalho.

Também a elaboração do PIS nos colocou perante novas aprendizagens, a utilização da metodologia de projeto, que permitiu desenvolver uma capacidade reflexiva e de análise crítica nas diversas etapas do projeto, sendo que a experiência adquirida com a sua utilização, permitir-nos-á recorrer à mesma enquanto enfermeiras especialistas para a resolução de problemas na criação de projetos que visem a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Para a execução de cada etapa da metodologia projeto, mobilizámos diversos conhecimentos e recursos e introduzimos novos como a metodologia ADAPTE e o instrumento AGREE, que exigiram da nossa parte um conhecimento mais profundo dos mesmos, promovendo a nossa autoformação.

A utilização dos instrumentos de colheita de dados como os questionário, a observação das práticas, a FMEA, a ação de formação realizada desenvolveu a nossa capacidade de procurar e mobilizar recursos de outras áreas do conhecimento como a pedagogia, a gestão, a investigação para a concretização do nosso projeto.

Pelo descrito consideramos ter **Realizado desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências ao longo da vida e em complemento às adquiridas.**

A identificação de uma área problemática no contexto da prática, no caso do âmbito da Prevenção e Controlo de Infeção, competência específica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem `Pessoa em situação Crítica, permitiu-nos mobilizar e aplicar um conjunto de conhecimentos adquiridos previamente e em diversos contextos, que possibilitou levar a cabo todo um conjunto de intervenções que permitiram a concretização dos objetivos específicos do nosso PIS.

Falamos assim da realização de uma pós-graduação frequentada previamente a este curso no âmbito da prevenção e controlo de infeção, na pesquisa bibliográfica direcionada para a Prevenção da PAV, nas discussões com os diversos elementos e peritos que contribuíram para a execução deste projeto, da experiência como elo de ligação com a CCIH da unidade onde desempenhamos funções e no módulo Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Múltiplos Sintomas/Controlo e Prevenção de Infeção (pelo conhecimento de metodologias disponíveis nas áreas da: vigilância epidemiológica, elaboração de normas, da formação e da auditoria em controlo de infeção).

É dever do enfermeiro tal como descrito no artigo 88º do CDE a procura em todo o ato profissional da excelência do exercício, assumindo o dever de “analisar regularmente o trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude”, “procurar adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa”, “garantir a qualidade e assegurar a continuidade dos cuidados das atividades que delegar, assumindo a responsabilidade pelos mesmos”.

No sentido de atender a este dever, o nosso PAC permitiu a resolução de problemas identificados através da mobilização de todo um conjunto de conhecimentos adquiridos.

Ao identificarmos necessidades formativas na equipa de enfermagem no âmbito dos cuidados de enfermagem à pessoa vítima de queimadura, mobilizámos e aplicámos os conhecimentos adquiridos ao longo dos nove anos a cuidar da pessoa vítima de queimadura, pela experiência obtida e pelos contributos adquiridos nos diferentes contextos de formação (formação em serviço, congressos na área de queimados, pesquisa bibliográfica) o que nos possibilitou servir de consultores para a equipa de enfermagem e outros profissionais de saúde e atuar de forma proactiva na equipa. Deste modo, contribuímos para a formação profissional da equipa de enfermagem da UCIP, ao

apresentarmos uma ação de formação intitulada “Intervenções de Enfermagem ao Doente Queimado”, bem como na elaboração do procedimento setorial “Realização do Plano do Doente Queimado”.

Também a elaboração de uma ação de formação no sentido de divulgar o plano de emergência da UCIP, a elaboração de um dossier temático no mesmo âmbito e a construção de um folheto informativo acerca da atuação numa situação de sismo em contexto hospitalar, contribuiu para a aplicação dos conhecimentos obtidos no estágio realizado no Gabinete de Gestão de Risco, na pesquisa bibliográfica e no módulo Seminário de Peritos-Catástrofe.

Um melhor conhecimento do papel do enfermeiro especialista na sociedade e o âmbito da sua intervenção em contexto de cuidados em Enfermagem Médico-Cirúrgica, tornou-se facilitado pela integração e reflexão acerca dos conceitos, fundamentos e teorias das Ciências da Enfermagem, sendo que o contributo teórico adquirido no módulo Enquadramento Conceptual de Enfermagem Médico-Cirúrgica revestiu-se de primordial importância uma vez que possibilitou a compreensão do papel do Enfermeiro Especialista e do seu âmbito de intervenção, bem como na identificação da Teoria de Enfermagem que serviu de suporte à nossa prática de cuidados e a todo o trabalho desenvolvido.

O módulo Supervisão de Cuidados e a metodologia utilizada em sala de aula, resolução de problemas de Enfermagem Médico-Cirúrgica através da reflexão em grupo e pela fundamentação das intervenções de enfermagem, bem como a realização do trabalho já mencionado anteriormente, permitir-nos-ão enquanto enfermeiros especialistas fazer a gestão de casos.

Pelo fato de termos elaborado o PIS no âmbito da PAV, que requereu o contato com elementos e peritos de diferentes equipas para a concretização de todas as etapas do projeto, a formação dada à equipa de enfermagem nos âmbitos já referidos anteriormente, bem como o fato de termos assumido o papel de elo de ligação da unidade com o Gabinete de Gestão de Risco no sentido de divulgar os procedimentos a adotar em situação de emergência não clínica, Consideramos ter demonstrado a competência de mestre **Integre equipas de desenvolvimento multidisciplinar de forma proactiva.**

Durante a elaboração do PIS, utilizámos capacidades de investigação no sentido de melhorar e fazer evoluir a prática. Assim, o PIS foi desde a etapa inicial, diagnóstico da situação até à etapa da execução, sustentado em conhecimentos baseados na investigação,

uma vez que refletimos sobre as suas implicações, e recorreremos a recursos e tecnologias da informação, tendo para isso mobilizado os diversos conhecimentos adquiridos nas aulas teóricas lecionadas neste curso de mestrado já referido, nomeadamente na Unidade Curricular Investigação, módulos Métodos de tratamento de informação e Trabalho, que permitiram a formulação e planeamento de um conjunto de atividades com vista ao desenvolvimento do mesmo, sendo de realçar que o módulo Trabalho Projeto, permitiu-nos desenvolver capacidades na utilização desta metodologia de trabalho centrada na resolução de problemas em contexto da prática, nomeadamente nas diferentes etapas que a caracterizam.

Por seu lado, no módulo Métodos de tratamento de informação, foram-nos apresentados os diversos métodos de recolha de dados de natureza quantitativa e qualitativa, bem como o seu tratamento e apresentação. Sendo que com base nestes contributos, recorreremos a alguns desses métodos de recolha de dados que integrámos na etapa do diagnóstico de situação do nosso PIS, nomeadamente o questionário e uma grelha de observação criada para o efeito e com base nas recomendações baseadas em evidência (emanadas por uma organização) que visava observar se as práticas de enfermagem no âmbito da prevenção da PAV iam de encontro ao que é recomendado na literatura.

Na aplicação dos instrumentos de colheita de dados foram cumpridos todos os preceitos ético-legais que refletem o direito à informação, confidencialidade e segurança dos dados, tendo sido sempre respeitada a dignidade e autodeterminação dos enfermeiros da UCIP, sendo que o módulo Ética em Investigação foi fundamental para a compreensão do respeito pelos princípios éticos em investigação, nomeadamente os procedimentos a adotar que reflitam esses mesmos princípios, como é o caso do pedido de autorização para aplicação dos instrumentos de colheita de dados e do consentimento livre e esclarecido que foi oferecido a cada um dos enfermeiros que aceitou responder ao questionário.

Com o PIS, analisámos e implementámos resultados de investigação e contributos da evidência para a resolução de um problema, identificado durante a etapa do diagnóstico de situação, bem como na utilização da metodologia adapte durante a etapa de execução do PIS, que possibilitou a elaboração de um procedimento setorial “Intervenções de Enfermagem na Prevenção da PAV”, com base em recomendações baseadas em evidência de *guidelines* já existentes. Para o efeito realizámos pesquisa em bases de dados eletrónicas, como a *Medline*, (*Pubmed*), e em bases de dados de *guidelines*, posteriormente

submetemos essas *guidelines* à avaliação de peritos e com base nessa avaliação, selecionámos aquela na qual o nosso procedimento se baseou.

Também para a elaboração do procedimento setorial “Realização do Pensão do doente queimado” realizámos uma revisão sistematizada da literatura com base em evidência científica, sendo que os contributos adquiridos no módulo Investigação, foram imprescindíveis, uma vez que orientaram a pesquisa da informação e forneceram-nos conhecimentos acerca dos diferentes meios de obter a informação.

Gostaríamos ainda de salientar que durante a elaboração do PIS e PAC regemo-nos sempre pelos princípios gerais do enfermeiro descritos no artigo 78º do CDE que nos refere que “as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade humana e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro”, observando sempre na relação profissional valores como a igualdade, a liberdade responsável, a verdade e a justiça, o altruísmo e a solidariedade, a competência e o aperfeiçoamento profissional.

Pelo descrito consideramos ter demonstrado a aquisição da competência **Inicie, contribua para e/ou sustenta investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência.**

Com o trabalho desenvolvido consideramos ter contribuído para a formação dos nossos pares, uma vez que em ambos os projetos ao realizarmos uma análise diagnóstica da situação, identificámos oportunidades de melhoria bem como necessidades formativas, sendo que adequámos a formação às necessidades da equipa de enfermagem, pois tal como nos refere Mão de Ferro (2011) é necessário adequar a formação dos indivíduos às responsabilidades a que cada um são exigidas.

O mesmo autor refere também que a formação visa a capacitação do outro numa perspetiva de mudança de forma a permitir a realização e o desenvolvimento dos indivíduos e respetivas potencialidades, sendo que define formação como um conjunto de atividades que são organizadas e desenvolvidas com o objetivo de proporcionar aos indivíduos oportunidades e meios para adquirirem conhecimentos (saber-saber), capacidades práticas (saber-fazer), atitudes e comportamentos (saber-ser) e o conjunto das três anteriores (saber-evoluir).

Consideramos que com as atividades desenvolvidas: as ações de formação no âmbito da prevenção da PAV, dos cuidados de enfermagem à pessoa vítima de queimadura, divulgação do plano de emergência interno, elaboração de procedimentos “

Intervenções de Enfermagem de Prevenção da PAV” e “Elaboração do penso do doente queimado” contribuimos para o saber-evoluir da equipa de enfermagem da UCIP e para o seu aperfeiçoamento, definido por Mão de Ferro (2011) como habilitar o outro para aumentar ou manter o seu desempenho profissional através da aquisição e melhoria dos conhecimentos, habilidades e atitudes.

Para Hesbeen (2000) a formação do enfermeiro baseia-se na aquisição e desenvolvimento de competências que lhe permitem prestar cuidados de enfermagem à pessoa com vista a ajudá-la. O mesmo autor considera ainda que o perfil do enfermeiro é determinado por conhecimentos, aptidões e qualidades humanas desenvolvidas ao longo da formação que vai adquirindo.

A formação engloba todas as ações que contribuem para que o enfermeiro alargue os seus horizontes e melhore a sua capacidade de ir ao encontro do beneficiário dos cuidados ou atualizar competências técnicas com vista a uma maior destreza, mudanças de comportamentos, ou utilização de novos procedimentos (Hesbeen, 2000), neste sentido também a elaboração dos dossiers temáticos “ Prevenção da PAV” e “ Plano de Emergência Interno – UCIP” se apresentaram como meios de atualização e de desenvolvimento de conhecimentos da equipa de enfermagem.

Consideramos que a elaboração dos dois projetos, através da **análise diagnóstica, planeamento, intervenções e avaliação no âmbito da formação, onde integrámos a investigação, e tendo por base as políticas de saúde**, trouxe ganhos para a equipa de enfermagem uma vez que contribuimos para um aumento de conhecimentos que se refletirá numa melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Por tudo o que acabámos de expor neste capítulo e ao longo de todo o trabalho, chegou o momento de fazer uma reflexão final de todo o trabalho desenvolvido bem como das competências adquiridas/desenvolvidas que apresentaremos no capítulo que se segue.

5 – REFLEXÃO FINAL

A elaboração deste relatório possibilitou-nos uma análise crítico-reflexiva das intervenções desenvolvidas e devidamente fundamentadas, que foram realizadas de forma sequencial ao longo dos estágios clínicos.

Consideramos ter atingido todos os objetivos definidos para a elaboração deste relatório, uma vez que explicitámos o desenvolvimento do PIS e do PAC que conduziram à aquisição das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e refletimos sobre as aprendizagens adquiridas no decorrer dos estágios e das unidades curriculares lecionadas neste curso de mestrado.

Os estágios enquanto oportunidades de formação experiencial, proporcionaram-nos um espaço de aprendizagem tendo contribuído para o desenvolvimento de competências especializadas ao nível da avaliação, planeamento, intervenção e investigação em processos associados à médico-cirúrgica, pela concretização dos projetos PIS e PAC.

A conceção e gestão do PIS no âmbito das Intervenções de Enfermagem na Prevenção da PAV, contribuiu para a melhoria contínua da qualidade e para a implementação de um ambiente terapêutico e seguro, uma vez que se pretendem prevenir complicações decorrentes da prestação de cuidados, nomeadamente a pneumonia em consequência da ventilação mecânica na pessoa submetida a ventilação mecânica.

A utilização da metodologia de projeto na sua elaboração, permitiu-nos desenvolver competências na área da investigação, durante a etapa de diagnóstico de situação, com a utilização de instrumentos de colheita de dados e tratamento de dados, bem como durante a execução com o recurso à metodologia ADAPTE.

A etapa de execução conduziu à formação dos enfermeiros, à elaboração de um procedimento setorial suportado em recomendações baseadas na evidência de uma NOC já existente, com recurso à metodologia ADAPTE, e à elaboração de uma grelha de auditoria que permitirá no futuro a avaliação e monitorização das práticas de enfermagem no âmbito da Prevenção da PAV.

A elaboração do PIS colocou-nos perante novas aprendizagens, nomeadamente a utilização da metodologia projeto, que permitiu a identificação de oportunidades de melhoria em contexto real e a metodologia ADAPTE que conduziu à utilização de recomendações baseadas na evidência de normas já existentes, contribuindo para uma prática baseada na evidência,

A utilização de ambas as metodologias, contribuíram para o desenvolvimento da nossa capacidade reflexiva e de análise crítica na execução das diversas etapas que as constituem, para o estabelecimento de relações entre a teoria e a prática, para a interpretação da realidade enquanto campo de saber e para a produção de conhecimento. Enquanto enfermeiras especialistas pretendemos recorrer a estas metodologias no futuro para a implementação de projetos que visem a melhoria contínua da qualidade.

Mobilizámos conhecimentos da investigação, na utilização dos instrumentos de colheita de dados utilizados no diagnóstico de situação, na metodologia adapte que conduziu à elaboração do procedimento setorial e a própria metodologia de projeto, refletimos sobre as suas implicações em cada fase, e utilizámos recursos e tecnologias da informação

Este relatório bem como a elaboração de um artigo (APÊNDICE XXVIII) possibilita-nos a divulgação dos resultados obtidos com a elaboração do PIS, uma vez que permitem dar a conhecer à população, e outras entidades a pertinência do mesmo, bem como todo o caminho percorrido na resolução de um problema.

O PAC foi desenvolvido com base na identificação das nossas próprias necessidades de formação no âmbito da prestação de cuidados ao doente a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, bem como das necessidades do local onde decorreram os estágios, no âmbito dos cuidados especializados referentes ao campo de ação da enfermagem médico-cirúrgica, e possibilitou-nos o desenvolvimento/aquisição das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica.

Os doentes admitidos numa UCIP são doentes que apresentam uma elevada complexidade, exigindo por isso um elevado nível de conhecimentos, capacidades e habilidades. Esta exigência orientou uma procura permanente de conhecimentos através de

pesquisa bibliográfica no sentido de sermos capazes de avaliar exaustivamente o doente e família a vivenciar situações complexas, diagnosticar e gerir problemas.

A pesquisa bibliográfica orientada para as necessidades de formação sentidas, a solicitação do enfermeiro orientador para o esclarecimento de dúvidas e supervisão do trabalho que estava a ser desenvolvido, bem como a integração dos conhecimentos adquiridos nas aulas teóricas, contribuíram para o nosso crescimento pessoal e profissional e para uma maior autonomia na prestação de cuidados especializados à Pessoa em situação crítica, através de uma observação, colheita e procura contínua de dados com o objetivo de prever e detetar precocemente complicações e assegurar intervenções precisas em tempo útil.

Consideramos que a reflexão em torno da prestação de cuidados, a discussão com a equipa de enfermagem acerca de situações vivenciadas, bem como a transformação do conhecimento na ação, promoveram o desenvolvimento de um pensamento crítico, fundamental à prática do enfermeiro especialista.

Contribuímos para o desenvolvimento profissional da equipa de enfermagem onde estávamos integrados, através da realização de ações de formação para onde mobilizámos conhecimentos de diferentes áreas e procurámos utilizar estratégias adequadas a cada situação.

Durante a execução de ambos os projetos, mobilizámos recursos pessoais e profissionais e procurámos ativamente junto dos enfermeiro orientador e dos demais técnicos, contributos no sentido da sua concretização, tendo tido sempre em consideração os princípios éticos da profissão e do código deontológico do enfermeiro. Ainda neste contexto, realizámos um estágio opcional de observação e reflexão no Gabinete de Gestão de Risco, no sentido de adquirir contributos e incorporá-los na execução do PAC. Desenvolvemos ainda competências de liderança, que possibilitaram a execução das atividades e intervenções planeadas, bem como uma gestão adequada dos referidos recursos.

Gostaríamos de salientar que aspetos como a reflexão sobre a prática, associada aos contributos teóricos adquiridos nas unidades curriculares em contexto de sala de aula, as tutorias individuais e em grupo, bem como a disponibilidade da Prof^a EM no

esclarecimento de dúvidas e na orientação das atividades, foram fundamentais para a concretização dos projetos e para ultrapassar as dúvidas que iam surgindo.

A elaboração deste relatório foi fundamental para o nosso desenvolvimento pessoal e profissional enquanto futuras enfermeiras especialistas, pelas reflexões críticas acerca da prática, das experiências em contexto de estágio que conduziram ao desenvolvimento e aquisição das competências do Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

6 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADAPTE Collaboration (2007). Manual for Guideline Adaptation: version 1.0. Acedido a 15 Abril de 2012 em www.adapte.org

AGREE Next Steps Consortium (2009). The AGREE II Instrument. Acedido a 15 de Abril de 2012 em www.agreetrust.org

Ahlers, S. et al (2008) – Comparision of different pain scoring systems in critically ill patients in a general ICU. *Critical Care* , 12: 15 Acedido a 15 de Janeiro de 2012 em <http://ccforum.com/content/pdf/cc6789.pdf>

Alarcão, I (2007) – Supervisão da prática Pedagógica, Uma Perspectiva da Desenvolvimento e Aprendizagem. 2ª ed. Coimbra I

Alves. A.& Redondo, J. (1999) – Plano de Emergência Hospitalar. Instituto Nacional de Emergência Médica.

American Heart Association (2010) – Highlights of the 2010, Guidelines for CPR and ECC.

American Thoracic Society Documents [ATSD] (2005) – Guidelines for the Management of Adults with Hospital-acquired, Ventilator-associated, and Healthcare-associated Pneumonia. *Am J Respir Crit Care Med*, 171, 338-416. Acedido a 10 de Maio de 2012 em <http://ajrccm.atsjournals.org/content/171/4/388.full>

Andrade, O (1995) - Manual de normas e procedimentos dos serviços de enfermagem em saúde pública, *Revista de saúde Publica*.

Assembleia da República (2006). Lei nº 27/2006 de 3 de Julho: Lei de Bases da Proteção Civil. Diário da República, 1ª série, nº 126, 4696-4706

Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (s/d) – Dor , Acedido a 15 de Janeiro de 2012 em <http://www.aped->

dor.org/index.php?lqp=conteudo&op=d67d8ab4f4c10bf22aa353e27879133c&id=1afa34a7f984eeabdbb0a7d494132ee5

Aynaud, P & Levy, C. Choque *in* Echinard, C. & Latarjet, J. (2010) – Queimaduras. Loures: Lusociência. ISBN: 978-972-893077-6

Berger, M & Chioléro, R. Metabolismo e nutrição do queimado grave *in* Echinard, C. & Latarjet, J. (2010) – Queimaduras. Loures: Lusociência. ISBN: 978-972-893077-6

Betrus, P.– Controlo do Stress *in* PHIPPS, et al (1995)- Enfermagem Médico-Cirúrgica Conceitos e Prática Clínica. 2ª ed. Lisboa. Lusodidacta, 1995. ISBN 972-96610-06

Bryce, E., Scharf, S., Walker, M. & Walsh, A. (2007) - The infection control audit: The standardized audit as a tool for change. *AJIC*, 35: 4, 271-283

Carvalho, A & Diogo, F.(2001) – Projeto Educativo. 4ª ed. Porto: Edições Afrontamento. ISBN: 972-36-0349-7

Carvalho, C.; Júnior, C & Franca, S (2007) – III Consenso Brasileiro de Ventilação Mecânica – Ventilação mecânica: princípios, análise gráfica e modalidades ventilatórias. *J Bras Pneumol*, 33: 2 Acedido a 7 de Fevereiro de 2012 em http://www.jornaldepneumologia.com.br/portugues/suplementos_caps.asp?id=47

Centre for Disease Control and Prevention [CDC] (2003) – Guidelines for Preventing Healthcare Associated Pneumonia. Practices Advisori Committee, 53:1-36. Acedido em 6 de Novembro de 2011 em <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5303a1.htm>

Chick, N. & Meleis, A (1986)Transitions a nursing concern. In Meleis, A. (2010) *Transitions Theory: middle range and situation specific theories in nursing research and practice* 1ª Edição, 24-36. Nova Iorque: Springer Publishing Company

- Plano de Emergência Externo e Catástrofe. Lisboa, 2008

Cintra, E.; Nisheide, V. & Nunes, W. (2001) – Assistência de Enfermagem ao Paciente Gravemente Enfermo. São Paulo. Atheneu.

Clemente,F.; Ferrão, P. & Martins, S. (2005) Recursos didáticos. Nova Etapa – Consultores em Gestão e Recursos Humanos

Colley, S (2003) – Nursing Theory: its importante to practice. *Nursing Standard*. 17:46, 33-37.

Deodato, S.. (2010, Outubro-Dezembro). Supervisão de Cuidados: Uma estratégia curricular de Enfermagem. *In Percursos*, 7, 3-8

Direcção-Geral da Saúde [DGS] (2003a). Cuidados Intensivos, Recomendações para o seu desenvolvimento. Acedido a 1 de Fevereiro de 2012 em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006185.pdf> ISBN 972-675-097-0

Direção Geral da Saúde [DGS] (2003b). Circular Normativa nº09/DGCG de 14 de Junho – “A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor”. Lisboa.

Direção-Geral da Saúde [DGS] (2004). Recomendações para a prevenção da infeção respiratória em doente ventilado. Plano Nacional de Controlo de Infeção.

Direção Geral da Saúde [DGS] (2005) Carta dos Direitos do Doente Internado

Direção Geral de Saúde [DGS] (2006). Recomendações para a prevenção da infeção associada aos dispositivos intravasculares. *Plano Nacional Controlo Infeção*

Direção Geral de Saúde [DGS] (2007). Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde. Plano Nacional de Controlo de Infeção Acedido a 10 de Dezembro 2011 l em <http://www.dgs.pt/ms/3/default.aspx?id=5514>

Direção Geral de Saúde [DGS] (2008). Vigilância Epidemiológica de infeção Nosocomial em Unidades de Cuidados Intensivos Helics-UCI. Plano Nacional Controlo Infeção

Direção Geral de Saúde [DGS] (2010). Proposta de revisão de programa nacional de cuidados paliativos. Programa Nacional de Cuidados Paliativos

Direção Geral de Saúde [DGS] (2012). Vigilância epidemiológica das infeções nosocomiais da corrente sanguínea – Relatório da vigilância epidemiológica das infeções nosocomiais da corrente sanguínea. Plano Nacional Controlo Infeção

Echinard, C. & Latarjet, J. (2010) – Queimaduras. Loures: Lusociência. ISBN: 978-972-893077-6

European Centre Disease Prevention and Control [ECDC] (2011) – Annual epidemiological report-Reporting on 2009 surveillance data and 2010 epidemic intelligence data. Stockholm. Acedido a 5 de Novembro 2011 em http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/1111_SUR_Annual_Epidemiologica_1_Report_on_Communicable_Diseases_in_Europe.pdf

European Ressuscitation Council [ERC] (2010). European Ressuscitation Council: Guidelines for Ressuscitation 2010.

Farrington, M. (2007) – Infection Control Education: how to make na impact-tools for the job – *Journal of Hospital Infection*, 65: S2, 128-132

Fernandes, O. (2007). Entre a teoria e a experiência – Desenvolvimento de competências de Enfermagem no ensino clínico no hospital do curso de licenciatura. Loures: Lusociência. ISBN 978-972-8930-36-3

Ferreira, M. (2008)– Comunicação de Más Notícias e Gestão do Luto. Coimbra: Formasau, ISBN 978-972-8485-92-4

Ferrito, C. (2010, Janeiro-Março) – Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Revista Percursos.15* ISSN 1646-45067. Acedido a 10 Dez. de 2011 em http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf .

Ferro, A. (2011) – Na Rota da Pedagogia. Edições Colibri. ISBN: 972-772-069-2

Fortin,M. (2003) – O processo de investigação. 3ª edição. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-10-X

Hay, A. (2006) – Audit in infection control, *Jornal of Hospital Infection*, 62, 270-277

Hesbeen, W. (2000) – Cuidar no Hospital Enquadrar os Cuidados de enfermagem numa Perspectiva de Cuidar. Loures: Lusodidacta. ISBN 972-8383-11-8

Horan, T, Andrus, M. & Dudeck, M. (2008) - Surveillance definition of health care-associated infection and criteria of specific types in the acute care setting. *Am J Infect control* , CDC/NHSN, Atlanta 36:5. Acedido a 5 de Novembro 2011 em http://www.cdc.gov/nhsn/PDFs/pscManual/17pscNosInfDef_current.pdf-

Infection Control Nurses Association [ICNA] (2005) – Audit tools for monitoring infection control guidelines within the community setting.

Institute for Healthcare Improvement [IHI] (s/d) - Implement the IHI Central Line Bundle. Acedido a 6 Fevereiro de 2012 em <http://www.ihl.org/knowledge/Pages/Changes/ImplementtheCentralLineBundle.aspx>

Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM] (2011). Manual de Suporte Avançado de Vida.

Jamtvedt, G., Young, J. Kristofferson, D.T., O'Brien MA & Oxman, AD (2007).- Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes (Review), The Cochrane Library, 4.

Keela, H. et al (2006)– Pain Assessment in the Patient Unable to Self-Report. *Pain Management Nursing*. 7:2. Acedido a 15 de Janeiro de 2012 em <http://www.aspmn.org/Organization/documents/NonverbalJournalFINAL.pdf>

Ketele, J. et al (1988) – Guia do Formador. Lisboa: Edições Horizonte. ISBN: 972-9295-84-0.

Koenig, S. & Truwit, J. (2006) - Ventilator-Associated Pneumonia: Diagnosis, Treatment, and Prevention. *Clinical Microbiology Reviews*.19: 4 Acedido a 21 de Novembro de 2011 em <http://cmr.asm.org/content/19/4/637.short>

Lazure, H. (2004) – Viver a Relação de Ajuda, abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira. Lisboa: Lusodidacta. ISBN: 972-95399-5-2.

Lobo, M. – Cuidados de Enfermagem a Adultos Doentes: Perspectivas Teóricas in Phipps, et al (1995) - Enfermagem Médico-Cirúrgica Conceitos e Prática Clínica. 2ª edição. Lisboa. Lusodidacta. ISBN 972-96610-06

- Lourenço, V. (2004) – Ferramentas do aprendiz de filósofo. Porto: Porto Editora.
- Meleis, A (2010) – Transitions Theory Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice. Springer Publishing Company. New York. ISBN 978-0-8261-0535-6
- Meleis, A.; Sawyer, L.; Im, E.; Messias, D.; Shumacher, K. (2000). Experiencing: an emerging middle-range theory. In Meleis, A. (2010) *Transitions Theory: middle range and situation specific theories in nursing research and practice* (1ª Edição, p 52-65). Nova Iorque: Springer Publishing Company
- Mendonça, M. (2009) – Serviço de Controle de Infecções Hospitalares na Prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação mecânica. *Prática Hospitalar*. 66.
- Miguel, A. (2006) – Gestão Moderna de projetos: Melhores Técnicas e Práticas” 2ª Edição. FCA, Lousã. ISBN: 972-722-502-0
- Mitchell, P. – Stress e sua superação in PHIPPS, et al (1995) - Enfermagem Médico-Cirúrgica Conceitos e Prática Clínica. 2ª edição. Lisboa: Lusodidacta. ISBN 972-96610-06
- Morton, P. et al (2007)- Cuidados Críticos de Enfermagem: Uma Abordagem Holística. 8ª edição. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, ISBN 978-85-277-1267-5
- Moura, C. (2000) - Análise de modo e efeitos de falha potencial (FMEA): Manual de referência Acedido a 5 Julho 2011 em <http://www.estv.ipv.pt/PaginasPessoais/amario/Unidades%20Curriculares/Inova%C3%A7%C3%A3o/Textos%20apoio/FMEA.pdf>
- Murray, C. & Hospenthal, D. (2008), “*Burn wound infections*”, acedido em <http://emedicine.medscape.com/article/213595>
- NHS (2005) – Infection control in adult care homes: final standards. Edinburgh ISBN – 0-7559-4282
- Nunes, L. (2010, Julho-Setembro) – Do Perito e do Conhecimento em Enfermagem, uma exploração da natureza e atributos dos peritos e dos processos de enfermagem. *Revista*

Percursos, 17, 3-9 Acedido a 10 de Outubro de 2012 em http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Percursos_n17.pdf

Ordem dos Enfermeiros (1998). Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro: Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de Setembro, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei nº104/98 de 21 de Abril.

Ordem dos Enfermeiros (2001). Divulgar: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos. Acedido a 15 de Janeiro de 2012 em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/PadroesqualidadeCuidadosEnfermagem.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2003). Código Deontológico do Enfermeiro: anotações e comentários. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros~

Ordem dos Enfermeiros (2005). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem Versão 1.0 – Lisboa. ISBN 92-95040-36-8

Ordem dos Enfermeiros (2009) Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem (SIECE), Individualização e Reconhecimento de Especialidades Clínicas em enfermagem, Perfil de competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista. *Caderno Temático*. Acedido a 15 de Janeiro de 2012 em <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/cadernostematicos2.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2011a). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.

Ordem dos Enfermeiros (2011b). Regulamento nº122/2011: Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. *Diário da República*, 2ª série, nº35, 8648-8653

Ordem dos Enfermeiros (2011c). Regulamento nº124/2011: Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica. *Diário da República*, 2ª série, nº35, 8656-8657

Pauly, C. & Lauroutis, R. (2007) – *Accompagnement spirituel: des pistes pour aller à la rencontre de l'autre*. Hôpitaux Universitaires de Genève.

Perrenoud, P. (1998) – *Formação Contínua e Obrigatoriedade de Competências na Profissão de Professor*. *Idéias*, 30, 205-248. Acedido a 10 de Janeiro de 2012 em http://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/perrenoud/php_main/php_1998/1998_48.html#Heading3

Phaneuf, M. (2005) – *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. 1ª edição. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-84-3

Ponce, P. (1999) – *Insuficiência Renal Aguda na Unidade de Cuidados Intensivos*. Permanyer Portugal Lisboa. ISBN – 972-733-049-5

Puntillo, K. et al (2001, Julho) - Patient's and responses to procedural pain: results from thunder Project II. *American Journal of Critical Care*, 10:4. Acedido a 15 de Janeiro de 2012 em <http://www.aacn.org/WD/Practice/Docs/Research/ThunderII-PatientsPerceptions.pdf>

Ramzy, PI, *Infections in Burns* (1999), Em Wolf S.E., Hendon D.N., *Burn Care*, Landes Bioscience, Austin Texas, USA, ISBN 1-57059-526-7

Rigotti, M. & Ferreira, A. (2005, Janeiro-Março) – *Intervenções de enfermagem ao paciente com dor*. *Arq. Ciênc Saúde*, 12:1. Acedido a 15 de Janeiro de 2012 em <http://www.cienciasdasaude.famerp.br/Vol-12-1/09%20-%20id%20105.pdf>

Roque, A., Bugalho, A. & Carneiro, A. (2007) – *Manual de Elaboração, Disseminação e Implementação de Normas de Orientação Clínica*. Centro de estudos de Medicina Baseada na Evidência.

Rossi, L. et al (2010) *Cuidados locais com as feridas de queimadura*. *Rev bras Queimaduras*, 9:2, 54-59.

Sapeta, P. & Lopes, M. (2007, Junho) – *Cuidar em fim de vida: factores que interferem no processo de interação enfermeiro-doente*. *Revista Referência IIª Série* 4.

Schumacher, K. L. & Meleis, A.(1994) - Transitions: A central concept in nursing. *Journal of Nursing Scholarshi.*, 26 :2, 119–127.

Shands, M. & Zahlis, E.– A Família e a Doença *in* PHIPPS, et al (1995) - Enfermagem Médico-Cirúrgica Conceitos e Prática Clínica. 2ª edição. Lisboa. Lusodidacta. ISBN 972-96610-06

Society for Healthcare Epidemiology of America [SHEA] (2008)– Strategies to Prevent Ventilator-Associated Pneumonia in Acute Care Hospitals. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 29: 31-40 Acedido a 20 de Abril de 2012 em <http://www.jstor.org/stable/10.1086/591062>

Sousa, MJ & Baptista, CS (2010) – Como fazer investigação, dissertações, teses e relatórios segundo Bolonha. Lisboa. Pactor. ISBN 978-989-693-001-1.

Thelan, L., Davie, J., Urden, L., Lough, M. (1996). Enfermagem em Cuidados Intensivos. Lisboa: Lusodidacta 2ªed. ISBN 972-96610-2-2

Ward, D. (2011) – The role of education in the prevention and control of infection: A review of the literature. *Nurse Education Today*. 31. 9-17

World Health Organization [WHO] (2009) –Global Priorities for Patient Safety Research. Better knowledge for safer care. Geneva. Acedido a 6 de Novembro 2011 em http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598620_eng.pdf

World Health Organization [WHO] (2011) – Report on the Burden of Endemic Health Care-Associated Infection Worldwide, Clean Care is Safer care. Geneva. Acedido a 5 de Novembro 2011 em http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501507_eng.pdf

Zanogel, I (1999, Julho) – O Cuidado Humano Transicional na trajetória de enfermagem. *Latino-am.enfermagem*, Ribeirão Preto.7:3, 25

APÊNDICES

APÊNDICE I

Ficha de diagnóstico de situação

FICHA DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

Definição do Problema



Estudante: Patrícia Liliana Minas Costa
Instituição: Um Hospital Central Lisboa
Serviço: UCIP
Título do Projecto: Intervenções de Enfermagem na Prevenção da Pneumonia associada à Ventilação Mecânica (PAV)
Explicitação sumária da área de intervenção e das razões da escolha (250 palavras): <p>As Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) são definidas como uma infeção adquirida pelo doente durante a prestação de cuidados no hospital ou em qualquer outra instituição prestadora de cuidados e que não estava presente ou em incubação no momento da admissão (CDC, 2008). É um problema atual e um desafio para todos os profissionais de saúde que prestam cuidados, pelas consequências que traz para as instituições e sobretudo para o doente e família. Segundo a WHO (2009), 1,4 milhões de pessoas no mundo adquiriram uma IACS, o que levou esta organização a criar a aliança mundial, <i>World Alliance for Patient Safety</i>, com o objetivo de reduzir os efeitos adversos associados aos cuidados de saúde.</p> <p>Existem doentes que pelas características e gravidade da própria patologia necessitam de ser submetidos a procedimentos invasivos, estando assim mais predispostos a adquirirem uma infecção em consequência dos cuidados prestados, como é o caso dos doentes admitidos em Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). Nestas unidades cerca de 30% dos doentes podem adquirir uma IACS, sendo as mesmas associadas a elevadas taxas de morbilidade e mortalidade (WHO, 2011).</p> <p>A pneumonia associada à ventilação mecânica é uma das IACS mais frequentes em UCI. De acordo com dados do ECDC, referentes ao ano 2009, dos 70678 doentes que permaneceram em UCI por mais que dois dias, 7,1% adquiriram uma pneumonia, a referir ainda que destes, 91% estiveram com entubação endotraqueal (ECDC, 2011). Ao longo dos últimos anos têm sido desenvolvidos esforços pelas organizações de saúde no sentido da sua prevenção, cabendo aos profissionais de saúde, nomeadamente ao enfermeiro garantir a utilização eficaz e segura das medidas de prevenção baseadas na evidência no sentido de se prestarem cuidados de qualidade (PNCI, 2007).</p> <p>Deste modo, a prevenção e controlo de infeção é uma área de particular interesse uma</p>

vez que considero que a mesma reflete a qualidade dos cuidados prestados, estando relacionada com a segurança do doente principal interveniente dos cuidados de saúde. Enquanto futura enfermeira especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica, é uma das competências específicas da minha área de actuação, conforme regulamentado em Diário da República. (“DR II Série”, 35 (11/02/18), que pretendo desenvolver.

Diagnóstico de situação

Definição geral do problema

Pneumonia associada à ventilação mecânica – Uma realidade vivenciada na UCIP

Análise do problema (contextualização, análise com recurso a indicadores, descrição das ferramentas diagnósticas que vai usar, ou resultados se já as usou – 500 palavras)

As IACS são uma realidade nas instituições de saúde e uma preocupação constante para todos aqueles que prestam cuidados. Na UCIP onde realizámos estágio, a chefia do serviço bem como o elo de ligação com a CCIH também partilham desta preocupação, sendo que desenvolvem um conjunto de atividades com vista à sua prevenção, nomeadamente: preenchimento das folhas calendário dos doentes internados, implementação de medidas de controlo e prevenção das IACS, programas de limpeza de material e equipamento, manutenção de recursos apropriados de modo a que a equipa possa actuar no sentido da prevenção das mesmas.

Pela análise dos dados do HELICS UCI, programa de vigilância epidemiológica, disponibilizados pelos elos dinamizadores e de ligação da UCIP com a CCIH deste centro hospitalar, verifica-se que a PAV é uma realidade neste serviço, sendo que é a IACS mais frequente. Constatou-se que o número de doentes internados na referida unidade (nível III) foi de 228 no ano de 2010, e destes doentes 226 foram expostos a procedimentos invasivos como algália, cateter venoso central e ventilação mecânica. Foram declarados neste programa de VE 16 episódios de pneumonia associada a entubação traqueal, sendo a taxa de pneumonia associada a entubação de 8,2. Cerca de 75,9% dos doentes esteve pelo menos um dia com entubação traqueal. Os microrganismos responsáveis pelas pneumonias foram essencialmente *enterobacteriaceas* e *bacios* -, liderados pela *pseudomona aeruginosa*, responsável por 54,5% das pneumonias (RESULTADOS HELICS UCI).

Ciente que os enfermeiros desempenham um papel fundamental na implementação de boas práticas de modo a prevenir as IACS, nomeadamente a PAV em doentes

submetidos a ventilação mecânica, e após pesquisa dos procedimentos existentes constatámos que apesar de algumas medidas identificadas como preventivas da PAV estarem presentes em alguns procedimentos sectoriais como: aspiração de secreções, manutenção dos circuitos ventilatórios, higienização das mãos, não existe procedimento sectorial no âmbito da prevenção da PAV. Por outro lado, após conversa com a Enf^a Chefe do referido serviço e Enf^a Orientadora constatámos que era de facto uma área de intervenção a desenvolver.

No sentido de identificar as intervenções de enfermagem na prevenção da PAV que requeriam melhoria, recorremos à observação direta não participante das práticas dos enfermeiros a prestarem cuidados a doentes submetidos a ventilação mecânica nos três turnos de trabalho (manhã, tarde e noite), entre 09/01/2012 e 20/01/2012, com conhecimento e autorização da Sr^a Enf^a Chefe da unidade, tendo os enfermeiros da unidade tido conhecimento que durante o referido período estavam a decorrer as observações. Para a realização das observações foi utilizada uma técnica de amostragem não probabilística, tendo-se constituído uma amostra accidental.

Para o instrumento de colheita de dados recorreu-se a uma grelha de observação elaborada para o efeito e discutida com a Sr^a Enf^a Orientadora e a Sr^a Enf^a Chefe. A mesma era constituída por um conjunto de critérios baseados nas recomendações emanadas pelo CDC como medidas de prevenção da PAV.

Após as observações realizadas, procedeu-se ao à análise quantitativa das observações, tratamento e através do programa informático Excel. Das observações realizadas verificou-se que as principais falhas foram: na higienização das mãos; na técnica da aspiração de secreções, nomeadamente na introdução da sonda no TET; na proteção do swivel e do filtro HME; na proteção da extremidade do tubo de aspiração; na avaliação da pressão do cuff do TET pelo menos uma vez no turno.

De acordo com os resultados das observações construímos uma FMEA no sentido de identificarmos as possíveis causas para a não realização das intervenções e assim podermos definir níveis prioritários de risco e planear as ações a desenvolver. Deste modo, da análise da FMEA constatámos que as áreas a intervir por ordem de prioridade de risco são: higienização das mãos, aspiração de secreções, elevação do leito, substituição de filtros e por último a higiene oral, sendo que para atuar no sentido da melhoria das práticas é fundamental um programa de formação nesta área.

Considerando que a existência de programas de formação/educação são fundamentais para a prevenção da PAV, procurámos saber se os enfermeiros desta unidade possuíam formação nesta área, se conheciam os procedimentos existentes no âmbito da prevenção desta problemática e qual a importância que atribuíam ao papel do enfermeiro, à existência de procedimentos sectoriais e à formação na prevenção da PAV. Neste sentido foi aplicado um questionário aos enfermeiros da unidade após ter sido solicitada autorização à Sr^a Diretora de Enfermagem da instituição e à Sr^a Enf^a Chefe da UCIP. Foram protegidos os direitos dos enfermeiros enquanto pessoas que são, nomeadamente o direito à autodeterminação, o direito à intimidade, o direito ao anonimato e confidencialidade, tendo todos os enfermeiros que responderam ao questionário sido esclarecidos do objetivo do projeto. Foi garantido o anonimato da sua identidade, a confidencialidade dos dados, bem como a garantia que os dados recolhidos apenas são utilizados para este projeto, tendo cada um deles assinado uma folha de consentimento livre e esclarecido. De modo a avaliar a eficácia e a pertinência do questionário antes da sua aplicação, foi aplicado um pré-teste a 4 enfermeiros das diferentes equipas. Uma vez que não houve qualquer dificuldade, nomeadamente na compreensão semântica do questionário, procedeu-se à aplicação do mesmo.

Da análise dos resultados obtidos, todos os enfermeiros referem ter conhecimentos nesta área, no entanto cerca de 24 % dos mesmos consideram que esses conhecimentos são insuficientes. Quando questionados se possuem formação nesta área, 54% refere ter formação e cerca de 46% refere não ter formação. Dos que responderam ter formação, os contextos em que a mesma foi adquirida foram: formação em serviço e congressos de enfermagem, sendo que a maioria fez formação no último ano. Em relação ao conhecimento da existência de normas relacionadas com a prevenção da PAV no seu serviço, 65 % referem ter conhecimento da existência das mesmas, praticamente todos se referem o procedimento da aspiração de secreções, 63%, 29% referem o procedimento da manutenção dos circuitos internos dos ventiladores e apenas 13% refere o procedimento da higienização das mãos. Quanto à importância que os enfermeiros atribuem ao papel do enfermeiro na prevenção da PAV, à existência de normas de procedimento na instituição e no serviço, bem como à formação na área, a maioria atribui o grau entre muito e muitíssimo importante.

Com os resultados obtidos pelas observações identificaram-se algumas intervenções de

enfermagem no âmbito da prevenção da PAV que requerem melhoria, tal como se verificou também a existência de diferentes níveis de formação na equipa de enfermagem. De acordo com os dados obtidos dos questionários, apenas cerca de metade dos enfermeiros possuem formação nesta área, bem como apenas 65% dos enfermeiros demonstraram conhecer a existência de procedimentos sectoriais relacionados com a prevenção da PAV. Estes dados apesar de não serem conclusivos, podem influenciar as práticas relacionadas com a prevenção da PAV.

Problemas Parcelares

- Inexistência de procedimento multisetorial relativo à Prevenção da PAV na instituição
- Níveis de formação no âmbito da prevenção da PAV diferentes na equipa de enfermagem, de acordo com os resultados dos questionários aproximadamente metade dos enfermeiros não possuem formação na área da prevenção da PAV;
- Inexistência de avaliações às práticas dos enfermeiros e respetiva comunicação das falhas detetadas
- Os enfermeiros não conhecem a realidade do serviço relativamente às taxas das IACS no seu serviço

Determinação de prioridades

- Elaboração de procedimento sectorial sobre Intervenções de Enfermagem na Prevenção da PAV
- Formação e treino da equipa relativamente às boas práticas na prevenção da PAV
- Avaliação de práticas, através de auditoria interna

Objectivos (geral e específicos, centrados na resolução do problema. Os objectivos terão que ser claros, precisos, exequíveis e mensuráveis, formulados em enunciado declarativo):

OBJECTIVO GERAL

De acordo com o PNCI (2007) é necessário que os serviços possuam programas de educação/formação na área das IACS, na qual a PAV se inclui, normas de procedimento com base nas recomendações emanadas e um programa de vigilância epidemiológica que permita um registo contínuo das mesmas para que se possa fazer uma análise e interpretação dos dados, e assim se possam adequar as medidas de prevenção e controlo das mesmas. Nesta linha de ação traçámos como objetivo geral:

- Elaborar/divulgar recomendações de boas práticas de enfermagem no âmbito da Prevenção da Pneumonia associada à Ventilação Mecânica, e assim contribuir para a

melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados aos utentes.

Objetivos específicos:

- Elaborar procedimento setorial “Intervenções de Enfermagem na Prevenção da PAV”
- Contribuir para a formação da equipa de enfermagem da UCIP de um Hospital Central de Lisboa, no âmbito das Intervenções de Enfermagem na Prevenção da PAV
- Desenvolver competências técnicas e científicas na área da auditoria a práticas de enfermagem na área da Prevenção da PAV

Referências Bibliográficas (Norma Portuguesa)

EUROPEAN CENTRE DISEASE PREVENTION AND CONTROL (ECDC) – Annual epidemiological report-Reporting on 2009 surveillance data and 2010 epidemic intelligence data. [Em linha] Stockholm (2011). [Consultado a 5 de Novembro 2011] Disponível em http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/1111_SUR_Annual_Epidemiological_Report_on_Communicable_Diseases_in_Europe.pdf

HORAN, Teresa; ANDRUS Mary; DUDECK, Margaret - Surveillance definition of health care-associated infection and criteria of specific types in the acute care setting [Em linha] Am J Infect control , CDC/NHSN, Atlanta ,Georgia 36:5 (2008) [Consultado a 5 de Novembro 2011] Disponível em http://www.cdc.gov/nhsn/PDFs/pscManual/17pscNosInfDef_current.pdf

TABLON OC, ANDERSON LJ, BESSER R, BRIDGES C, HAJJEH R – Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. Guideleines for preventing healthcare associated pneumonia, 2003. Recommendations of CDC and Prevention and Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. [Em linha] MMWR Recomm Rep. (2004); 53 (RR-3): 1-36. [Consultado a 6 de Novembro 2011] Disponível em <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5303a1.htm>

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) –Global Priorities for Patient Safety Research. Better knowledge for safer care. [Em linha] Geneva: 2009. [Consultado a 6 de Novembro 2011] Disponível em http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598620_eng.pdf

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) – Report on the Burden of Endemic Health Care-Associated Infection Worldwide, Clean Care is Safer care. [Em linha] Geneva: 2011. [Consultado a 5 de Novembro 2011] Disponível em http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501507_eng.pdf

REGULAMENTO n.º 124/2011. “D.R. II Série”, 35 (11/02/18) 8656-8657

APÊNDICE II

Grelha de observações para colheita de dados

GRELHA DE OBSERVAÇÃO

Grelha de Observações				
Serviço:	Data:	Turno:		
Tema: Intervenções de Enfermagem na Prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica				
	SIM	Não	N/A	Observações
O doente apresenta cabeceira da cama elevada entre 30-45°				
É realizada higiene oral com clorohexidina 1 x turno				
O nastro é substituído em SOS				
É verificada a pressão do cuff do TET 1 x turno				
Higienização das mãos				
Antes do contacto com o doente				
Antes do manuseamento de material/equipamento respiratório do doente				
No mesmo doente entre zona visivelmente contaminada e o trato respiratório ou equipamento ventilatório				
Antes de proceder à aspiração de secreções				
Antes de realizar higiene oral				
Após realizar higiene oral				
Após aspiração de secreções				
Após contacto com o doente				
Após manuseamento equipamento/material respiratório				
Aspiração de secreções no TET				
É realizada apenas em SOS				
São utilizados EPI				
Luvas <input type="checkbox"/> Avental <input type="checkbox"/> Máscara cirúrgica <input type="checkbox"/> Máscara com viseira <input type="checkbox"/>				
É utilizada técnica asséptica				
É utilizada luva esterilizada para a aspiração				
É utilizada sonda de aspiração esterilizada para aspiração intra-tubo				
A sonda de aspiração é colocada uma só vez no TET				
A sonda de aspiração que vai ao TET é desperdiçada após a utilização no mesmo				
Durante a aspiração de secreções, o swivel é colocado sobre uma superfície limpa				
Substituição de material				
Os filtros humidificadores são substituídos diariamente no turno da manhã				
Os filtros humidificadores são substituídos em SOS				
O filtro do ambú é substituído diariamente no turno da manhã				
O tubo do aspirador é substituído diariamente				
A água de lavagem do tudo de aspiração é substituída diariamente				
Os reservatórios de água do O2 são substituídos diariamente no turno da manhã.				

APÊNDICE III

Metodologia de tratamento de dados

METODOLOGIA DE TRATAMENTO DE DADOS DOS QUESTIONÁRIOS E OBSERVAÇÕES

1-TRATAMENTO DE DADOS

No sentido de fundamentar a problemática enunciada “ Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica uma realidade na UCIP” recorreremos numa 1º fase a uma grelha de observação e numa 2ª fase a um questionário, os quais passamos a descrever.

1.1 - INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

1.1.1 - OBSERVAÇÕES

No sentido de identificar as intervenções de enfermagem que requerem melhoria no âmbito da prevenção da PAV, e de acordo com a literatura disponível na área, elaborámos uma grelha de observação constituída por um conjunto de medidas baseadas nas recomendações emanadas pelo CDC como medidas de prevenção da PAV, que por sua vez foi analisada e discutida com a Srª Enfª Chefe e Srª Enfª Orientadora.

Depois de construída a grelha de observação e tendo em conta os aspetos ético-legais inerentes à aplicação da mesma, procedemos a um pedido de autorização à Srª Enfª Chefe para proceder à sua aplicação na unidade, tendo sido favorável.

Uma vez definido o que pretendíamos observar, e após ter sido dado conhecimento à equipa de enfermagem, procedemos à observação não participante das práticas dos enfermeiros a prestarem cuidados a doentes submetidos a ventilação mecânica nos três turnos de trabalho (manhã, tarde e noite), no período compreendido entre 09/01/2012 e 20/01/2012. Segundo Fortin (2003) este tipo de observação consiste em descrever os componentes de uma determinada situação ou seja selecionar, provocar, registar e codificar um conjunto de comportamentos e ambientes ligados aos objetivos da observação no terreno.

As observações foram realizadas pela autora do projeto com a colaboração de mais dois enfermeiros da unidade. A estes elementos foi explicado o que se pretendia observar em cada critério e como a observação deveria ser realizada, uma vez que o observador tal como nos diz Fortin (2003), deve possuir uma definição clara e precisa dos comportamentos a observar, estes são considerados “instrumentos humanos” utilizados

para colher dados no terreno e por isso devem ser escolhidos com cuidado, ser formados para a observação e para o registo de comportamentos precisos. A escolha de dois enfermeiros para colaborarem na realização das observações prendeu-se com o fato de assim se tentar evitar o enviesamento dos dados, e ainda tentar obter um maior número de observações.

Para a realização das observações recorreremos a uma amostragem não probabilística em que cada elemento da população não tem a mesma probabilidade de ser escolhido para formar a amostra. Com este método construiu-se uma amostra acidental cujos sujeitos incluídos estavam num determinado local, num preciso momento, neste caso, a realizar turno no mesmo dia que o investigador, e a prestar cuidados a doentes submetidos a ventilação mecânica. Assim constitui-se uma amostra que segundo Fortin (2003), tem o risco de ser menos representativa do que uma probabilística, podendo existir enviesamento dos resultados, uma vez que nada garante que os sujeitos incluídos sejam representativos da amostra. A principal vantagem da sua utilização foi a simplicidade, pouca onerosidade, facilidade na organização e a limitação temporal.

1.1.2 - QUESTIONÁRIOS

Perante os resultados obtidos com as observações, procurámos averiguar se os enfermeiros desta unidade possuem formação na área da prevenção da PAV, conhecem os procedimentos sectoriais existentes na unidade e qual a importância que atribuem ao papel do enfermeiro, à existência de procedimentos sectoriais e à formação no âmbito da prevenção da PAV.

Para obter estes dados recorreremos ao questionário. A escolha pelo questionário enquanto instrumento de colheita de dados prendeu-se com o facto deste permitir colher informação factual sobre indivíduos, acontecimentos ou situações e ajudar na organização, normalização e controlo dos dados de modo a que as informações procuradas possam ser colhidas de maneira rigorosa (Fortin, 2003).

O questionário foi dividido em três partes, na primeira parte pretendia-se fazer uma caracterização dos enfermeiros que desempenham funções na UCIP recorrendo-se para isso a questões fechadas: dicotómicas (questão 1.1 e questão 2.1), de escolha múltipla (questão 1.2 e questão 2.2) e uma questão aberta (questão 3). Na segunda parte pretendia-se indagar se os enfermeiros possuem conhecimentos e se possuem formação na área da

prevenção da PAV recorrendo-se a questões fechadas, dicotômicas na sua maioria (questões 1, 1.1, 2, 4 e 4.2) de escolha múltipla (questões 2.1 e 3) e duas questões abertas (questão 2.2 e 4.1). Na terceira parte pretendia-se avaliar o grau de importância que os enfermeiros atribuem: ao papel do enfermeiro, à existência de normas de procedimento, à formação na área da prevenção da PAV, tendo-se recorrido a uma escala de Likert de 5 categorias (considerando que: 5 – muitíssimo importante, 4 – muito importante, 3- Importante, 2- Pouco importante , 1 – nada importante). A escala de Likert sendo uma escala de medida, é uma forma de auto-avaliação com o objetivo de medir um conceito ou uma característica (Fortin, 2003). Neste caso recorreu-se à mesma para medir o grau de importância que os enfermeiros atribuem aos itens enunciados.

De modo a avaliar a eficácia e a pertinência do questionário antes da sua aplicação aos enfermeiros, foi aplicado um **pré-teste** a 4 enfermeiros das diferentes equipas da UCIP no sentido da sua validação. A aplicação do pré-teste na utilização do questionário como instrumento de colheita de dados é indispensável, uma vez que possibilita a correção ou modificação do questionário (Fortin, 2003). Uma vez que não houve qualquer dificuldade, nomeadamente na compreensão semântica do questionário, procedeu-se à aplicação do mesmo a todos os enfermeiros da UCIP.

A aplicação do questionário aos enfermeiros do referido serviço foi realizada após ter sido solicitada autorização através de requerimento enviado à Sr^a Diretora de Enfermagem da instituição e à Sr^a Enf^a Chefe da UCIP. Foram protegidos os direitos dos enfermeiros enquanto pessoas que são, nomeadamente o direito à autodeterminação, o direito à intimidade, o direito ao anonimato e confidencialidade. Assim, todos os enfermeiros que responderam ao questionário, foi de livre e espontânea vontade, tendo sido esclarecidos do objetivo do projeto, foi garantido o anonimato da sua identidade, a confidencialidade dos dados, bem como a garantia que os dados recolhidos apenas são utilizados para este projeto, tendo cada um deles assinado uma folha de consentimento livre e esclarecido

Foram entregues questionários a todos os enfermeiros da UCIP, tendo-se excluído a enfermeira chefe uma vez que não está na prestação direta de cuidados e a mais dois elementos que se encontravam ausentes no período em que se entregaram os mesmos. Assim, dos 38 questionários entregues, foram devolvidos 37 preenchidos ou seja, responderam ao questionário 97% dos enfermeiros.

1.2- TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Após a colheita dos dados, procedeu-se a uma análise quantitativa dos mesmos, através do programa informático Excel.

1.2.1 - OBSERVAÇÕES

No sentido de facilitar a interpretação dos resultados das diferentes fases que constituíam a grelha de observação, dividem-se os resultados em quatro partes: medidas gerais de prevenção da PAV, higienização das mãos, aspiração de secreções e substituição de material.

Medidas Gerais Prevenção da PAV

Pela análise da Tabela 1, constata-se que das 17 observações realizadas, verificámos sete situações em que a cabeceira da cama estava inferior a 30° (sem que o doente tivesse contra-indicação para tal), três situações em que não se procedeu à higiene oral e dez situações não foi avaliada a pressão do *cuff* do TET. É de salientar que de acordo com o literatura, a manutenção da cabeceira de doentes entubados endotraquealmente elevada a 30-45°, caso não haja contra-indicação clínica, a higiene oral e a manutenção de uma pressão do *cuff* do TET de aproximadamente 20 cm H₂O, são recomendações que devem ser cumpridas no sentido de prevenção da PAV (CDC, 2004).

Tabela 1 Frequência da realização das medidas gerais de prevenção na prevenção da PAV

Critério	Sim		Não		Total	
	N	%	N	%	N	%
Elevação da cabeceira da cama 30-45°	10	58,8%	7	41,2%	17	100,0%
Higiene oral com clorohexidina 1 x turno	14	82,4%	3	17,6%	17	100,0%
Substituição do nastro turno da manhã	10	100%		0	10	100
Substituição do nastro em SOS	5	71,4%	2	2,6%	7	100,0%
Avaliada pressão do cuff do TET 1 x turno	7	41,2%	10	17,2%	17	100,0%

Higienização das mãos

Da análise da tabela 2, constatamos que antes do contacto com o doente, das 17 observações efetuadas, em 10 situações não foi observada a higienização das mãos e após contacto com o doente em 14 situações não foi realizada a higienização das mãos pelo enfermeiro.

Relativamente ao manuseamento de material e equipamento respiratório, das 11 observações realizadas, salienta-se a não higienização das mãos após o manuseamento de material/equipamento respiratório em 9 situações.

Quanto à higienização das mãos antes e após o procedimento de aspiração de secreções verifica-se que em ambos os momentos foi feita a higienização das mãos em aproximadamente metade das vezes.

Das observações realizadas à higienização das mãos antes de realizar a higiene oral dos doentes, não se observou em nenhuma oportunidade a higienização das mãos. Sendo que após a higiene oral, em 7 momentos foram higienizadas as mãos.

Na higienização das mãos no mesmo doente entre zonas diferentes verificou-se que das 9 observações, em 6 não foi observada a higienização das mãos.

Para TABLAN et al (2004) a higienização das mãos antes e após contato com os doentes, antes e após contato com equipamento/material respiratório e no mesmo doente sempre que se transita de uma zona visivelmente contaminada para uma zona limpa, são medidas de prevenção de transmissão direta de microrganismos, sendo classificadas como medidas fortemente recomendadas (IA).

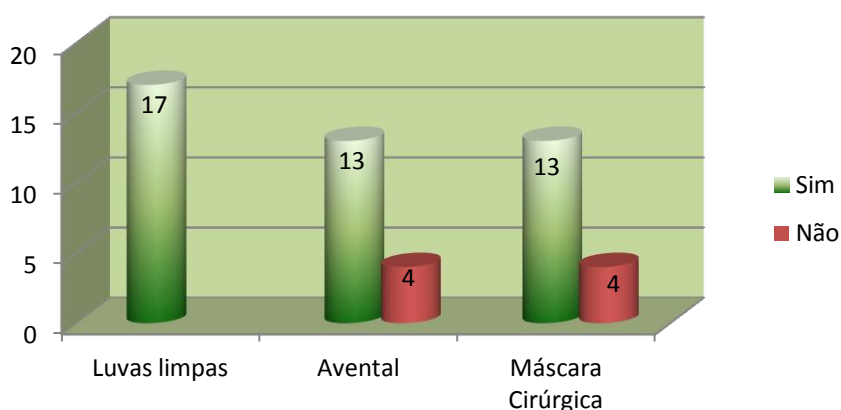
Tabela 2 - Frequência da higienização das mãos pelos enfermeiros

Higienização das mãos	Sim		Não		Total	
	N	%	Não	%	N	%
Antes contacto com o doente	7	41,2%	10	58,8%	17	100%
Antes do manuseamento de material/equipamento respiratório do doente	7	58,3%	5	41,7%	13	100%
No mesmo doente entre zona visivelmente contaminada e o trato respiratório	3	33,3%	6	66,7%	9	100%
Antes de proceder à aspiração de secreções	7	41,2%	10	58,8%	17	100%
Antes de realizar a higiene oral	0	0,0%	8	100%	8	100%
Após realizar higiene oral	3	30%	7	70%	10	100%
Após aspiração de secreções	8	47,1%	9	52,9%	17	100%
Após contacto com o doente	14	82,4%	3	17,6%	17	100%
Após o manuseamento equipamento/material respiratório	2	18,2%	9	81,8%	11	100%

Técnica da aspiração de secreções

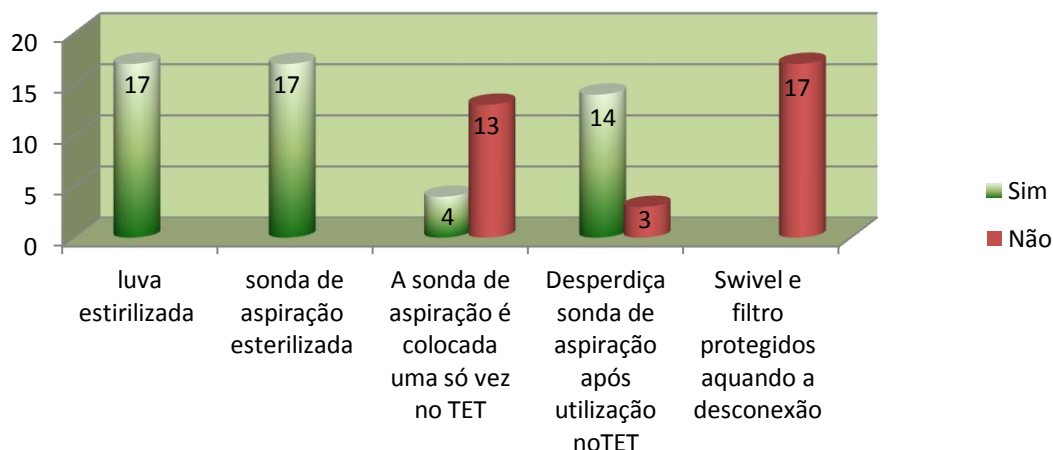
Pela análise do Gráfico 1, verificámos que relativamente ao uso de EPI's todos os enfermeiros utilizaram luvas limpas, contudo apenas em 13 situações verificámos o uso de avental e máscara sem viseira. De acordo com a literatura, a utilização de luvas, avental e máscara quando se prevê risco de exposição a fluídos e/ou secreções são medidas fortemente recomendadas para implementação (IB) (TABLAN et al, 2004)

Gráfico 1 Utilização de EPI's durante a técnica de aspiração de secreções



Da análise do gráfico 2, das 17 observações realizadas à técnica da aspiração de secreções, foi sempre utilizada luva esterilizada para a introdução da sonda de aspiração no TET, bem como foi sempre utilizada luva de aspiração esterilizada. Quanto à introdução da sonda de aspiração uma única vez no TET, constata-se que das 17 observações realizadas, em 13 observações a sonda não foi uma única vez ao TET, sendo que em 3 observações a sonda de aspiração não foi desperdiçada após a sua utilização. A referir que em todas as observações realizadas, durante a aspiração de secreções o swivel e o filtro HME não foram protegidos após a desconexão do doente.

Gráfico 2 Técnica da aspiração de secreções



Substituição do material

De acordo com a tabela 3, nas observações realizadas, a substituição do material foi realizada na maioria das observações de acordo com o que está estipulado na unidade e que vai de encontro ao que está estipulado na literatura.

Tabela 3 - Frequência de substituição de DMUM

Substituição de material	Sim		Não		Total	
	N	%	Não	%	N	%
Os filtros humidificadores e o swivel são substituídos diariamente no turno da manhã	12	100,0%	0	0	12	100%
O filtro do ambú é substituído diariamente no turno da manhã	10	76,9%	3	23%	13	100%
O tubo de lavagem do aspirador é substituído diariamente	12	92,3%	1	7,70%	13	100%
A água de lavagem do tubo de aspiração é substituída diariamente	13	100,0%	0	0	13	100%

1.2.2 - QUESTIONÁRIOS

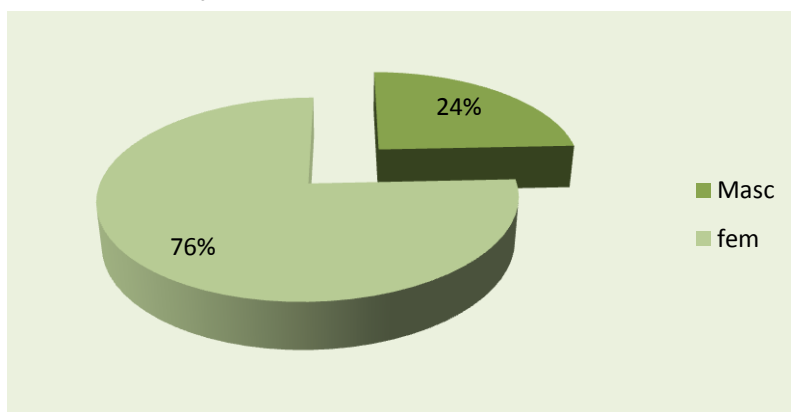
Para uma maior facilidade na interpretação dos resultados divide-se o tratamento dos dados pelas partes em que o questionário foi dividido. Assim, na Parte I é feita uma caracterização dos enfermeiros da UCIP que participaram no questionário, na Parte II são calculados os enfermeiros que possuem formação no âmbito da PAV, o contexto em que a mesma foi adquirida, o conhecimento da existência de normas de procedimento na unidade relacionadas com a prevenção da PAV e na Parte III identifica-se o grau de importância

que os enfermeiros atribuem ao papel do enfermeiro na prevenção da PAV, à existência de normas de procedimento na prevenção da PAV na instituição e unidade e ainda o grau de importância atribuído à formação no mesmo âmbito.

Parte I

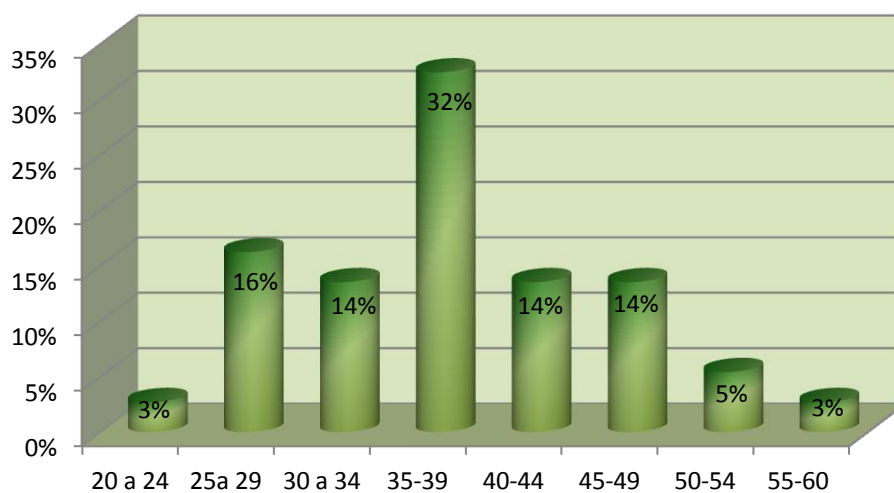
Como se pode verificar no gráfico 3, dos enfermeiros que responderam ao questionário, 76% eram do sexo feminino e 24% do sexo masculino.

Gráfico 3 Distribuição dos enfermeiros por sexo



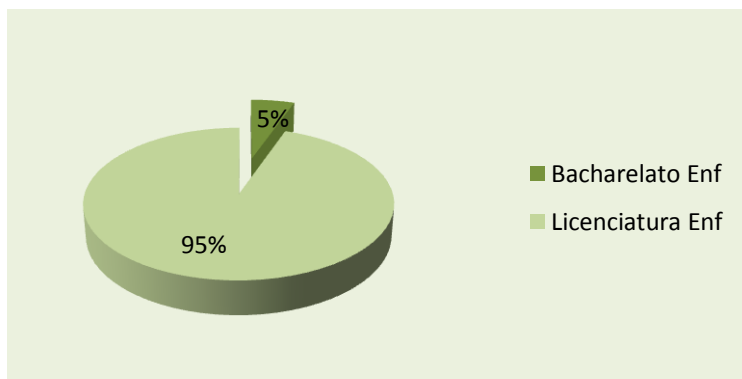
Pela análise do gráfico 4, verificamos que grande parte dos enfermeiros se encontra na faixa etária dos 30 aos 45 anos de idade

Gráfico 4 Distribuição dos enfermeiros por idade



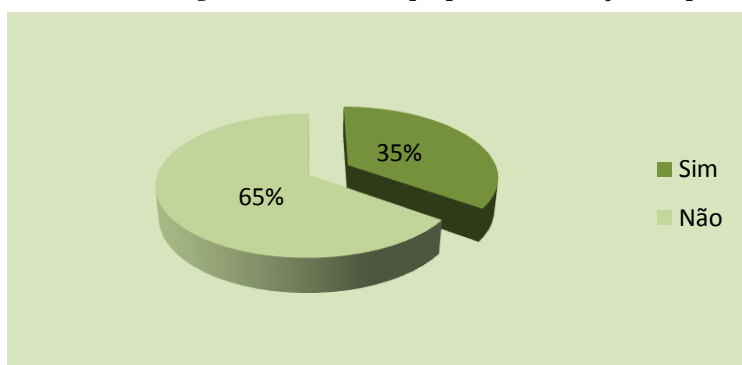
A maioria dos enfermeiros, cerca de 95% tem como formação inicial a licenciatura em Enfermagem, sendo que apenas 5% ainda possui o Bacharelato em Enfermagem, tal como se constata pela análise do gráfico 5.

Gráfico 5 Distribuição dos enfermeiros de acordo com o grau acadêmico



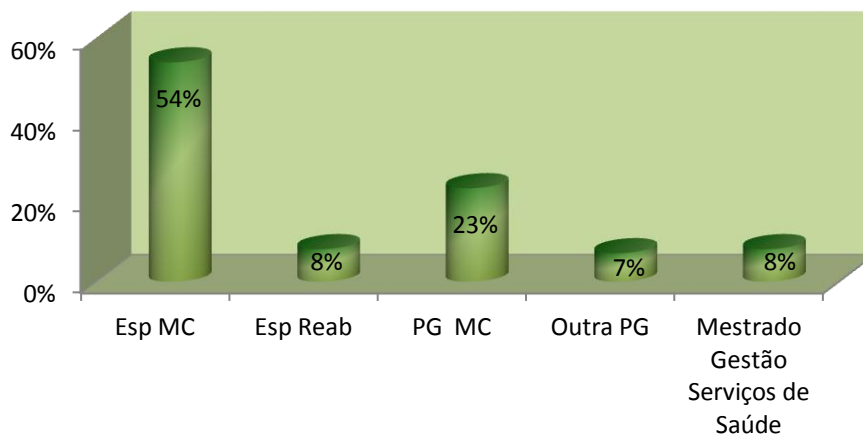
Pela análise do gráfico 6, pode verificar-se que 35% dos enfermeiros que responderam ao questionário possuem formação complementar em enfermagem.

Gráfico 6 Percentagem de enfermeiros que possuem formação complementar em enfermagem



Dos enfermeiros que referem ter formação complementar em enfermagem, 54% possui a especialidade em enfermagem médico-cirúrgica, 8 % em enfermagem de reabilitação, 23% possuem uma pós-graduação em Enfermagem Médico-Cirúrgica e ainda a referir que 8% possuem um mestrado em Gestão Serviços e Saúde, tal como se verifica pela análise do gráfico 7.

Gráfico 7 Distribuição dos enfermeiros pelo tipo de formação complementar

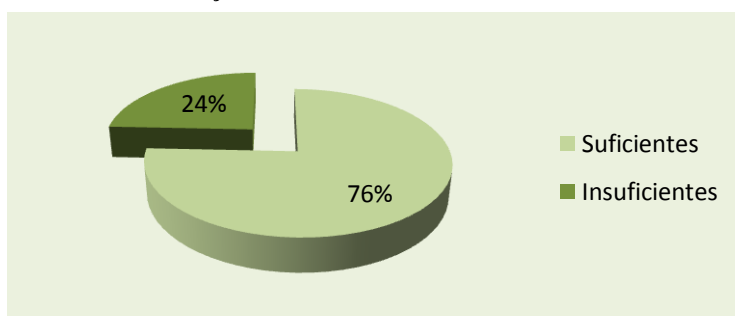


Parte II

Nesta parte do tratamento de dados, faz-se a análise da formação que os enfermeiros da UCIP1 possuem no âmbito da prevenção da PAV.

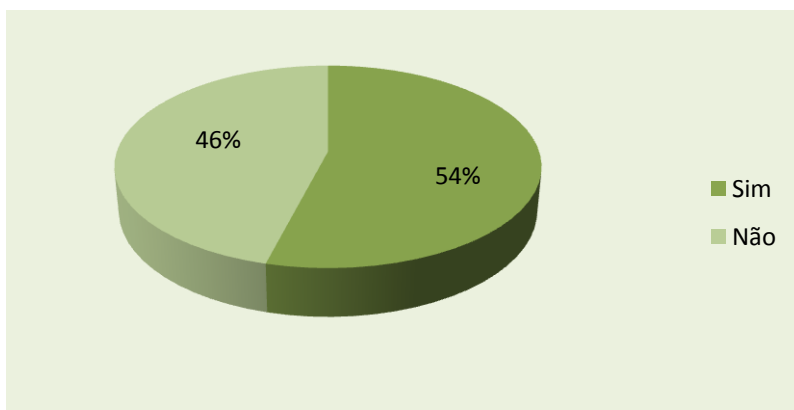
Quando questionados os enfermeiros se possuem conhecimentos na área da prevenção da PAV, todos respondem que sim possuem conhecimentos na área, no entanto, apesar de 76% considerar que os mesmos são suficientes, 24% ou seja $\frac{1}{4}$ dos enfermeiros considera que os mesmos são insuficientes, tal como se verifica no gráfico 8.

Gráfico 8 - Distribuição dos enfermeiros de acordo com o nível de conhecimentos na área da prevenção da PAV



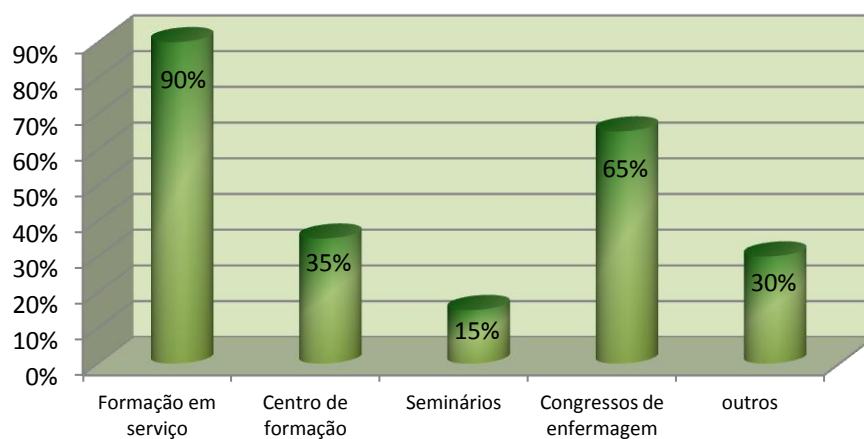
Pela análise do gráfico 9, constata-se que a formação no âmbito da prevenção da PAV está distribuída por metade dos enfermeiros. Ou seja, aproximadamente metade dos enfermeiros já fez formação no âmbito da prevenção da PAV, 54% e outra metade, 46% nunca teve formação no âmbito da PAV.

Gráfico 9 - Percentagem de enfermeiros com formação específica na área da prevenção da PAV



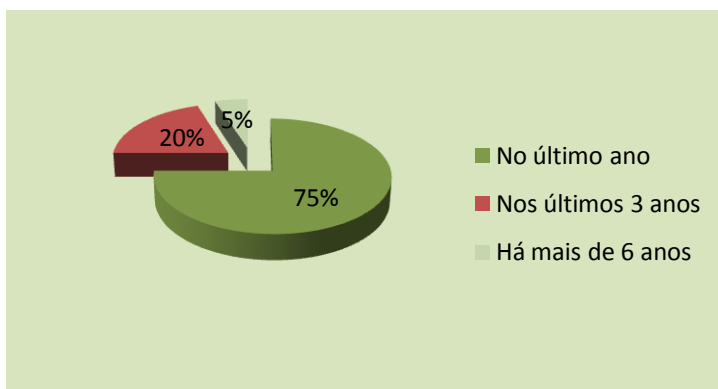
Ao analisar-se o gráfico 10, constata-se que dos enfermeiros que já realizaram formação neste âmbito, quando questionados acerca do contexto em que a mesma foi adquirida, 90% dos enfermeiros referem que foi em formação em serviço, 65% dos enfermeiros refere que foi em congressos de enfermagem, 35% dos enfermeiros que foi em cursos promovidos pelo centro de formação.

Gráfico 10 - Contexto em que a formação foi adquirida



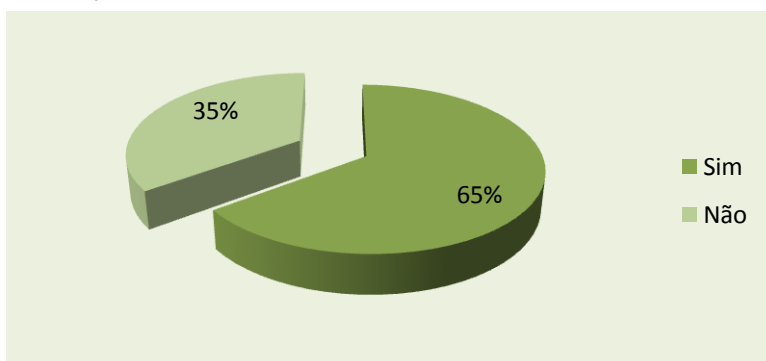
De acordo como o gráfico 11, dos enfermeiros com formação nesta área, 75% referem que a mesma foi adquirida no último ano, 20% nos últimos 3 anos e 5% que foi à mais de 6 anos.

Gráfico 11 - Distribuição dos enfermeiros pela data da última formação



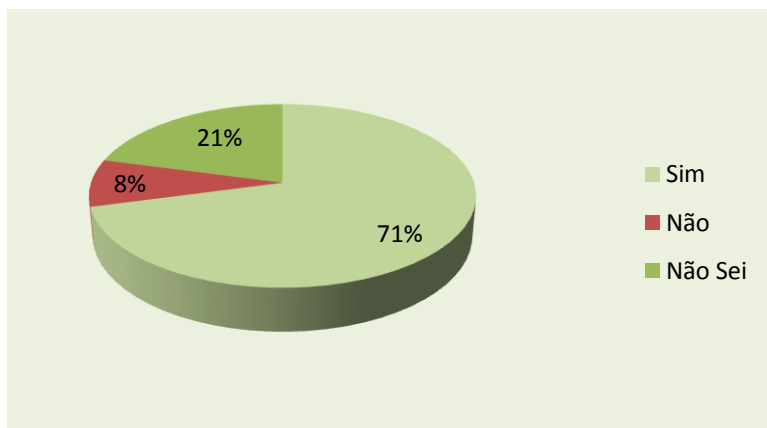
Pela análise do gráfico 12, apesar de 65% dos enfermeiros referirem a existência de normas de procedimento na unidade relacionadas com a prevenção da PAV, 35% referem que não existem normas de procedimento relacionadas com o tema.

Gráfico 12 - Percentagem de enfermeiros que conhecem a existência de normas de procedimento relacionadas com a prevenção da PAV



Dos enfermeiros que referiram saber da existência de normas de procedimento relacionadas com a prevenção da PAV na unidade, 71% referem que as mesmas se encontram atualizadas, 21% não sabe se as mesmas se encontram atualizadas e 8% diz que não estão atualizadas, de acordo com o apresentado no gráfico 13.

Gráfico 13 - Distribuição dos enfermeiros de acordo com o conhecimento que possuem acerca da atualização de normas no âmbito da prevenção da PAV

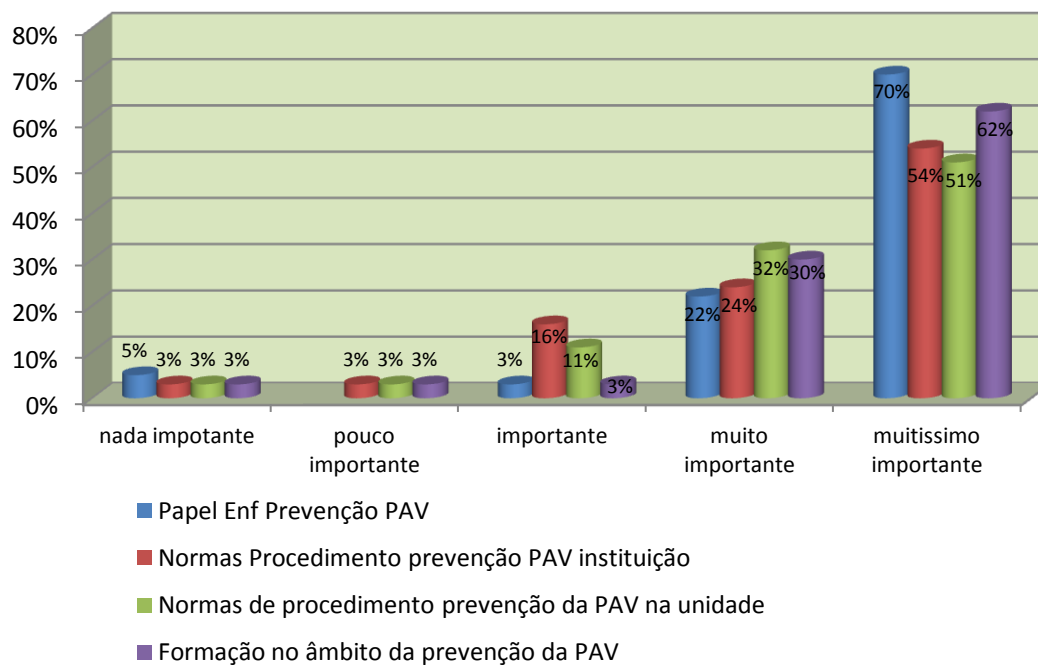


Parte III

Na parte III do questionário, no sentido de identificar o grau de importância que os enfermeiros atribuem ao papel do enfermeiro na prevenção da PAV, à existência de normas de procedimento no âmbito da prevenção da PAV na instituição e na unidade, e ainda o grau de importância que atribuem à formação no âmbito da prevenção da PAV. Os resultados obtidos foram os seguintes:

Da análise do gráfico 14, verifica-se que a maioria dos enfermeiros atribui entre o grau de muito importante e muitíssimo importante aos itens questionados, destacando-se ainda que a maioria dos enfermeiros atribui o grau de muitíssimo importante aos mesmos itens, 70% dos enfermeiros considera que o papel do enfermeiro é muitíssimo importante no âmbito da prevenção da PAV, 62% considera que a formação é muitíssimo importante no âmbito da formação da PAV, 54% consideram muitíssimo importante a existência de normas de procedimento no âmbito da prevenção da PAV na instituição e 51% consideram muitíssimo importante a existência de normas de procedimento no âmbito da prevenção da PAV na unidade.

Gráfico 14 - Grau de importância atribuído pelos enfermeiros às intervenções de enfermagem na prevenção da PAV



APÊNDICE IV

FMEA

FMEA

FMEA									
Descrição do processo	Intervenções	G	Modo potencial de falhas	O	Efeitos	D	RPN	Causas	Ações a desenvolver
Intervenções de Enfermagem na Prevenção da PAV	Elevação cabeceira da cama 30-45	10	<p>Cabeceira da cama inferior a 30°</p> <p>Agitação do doente</p> <p>Colocação da almofada de forma desadequada</p> <p>Avaria do sistema de elevação da cabeceira da cama</p> <p>Transporte do doente</p>	3	Possível aspiração de conteúdo gástrico	10	300	<p>Patologia associada do doente</p> <p>Falta de verificação do sistema de angulação</p> <p>Macas de transporte sem sistema de avaliação de angulação de cabeceira</p> <p>Falta de formação</p>	<p>Formação aos enfermeiros da UCIP</p> <p>Manutenção frequente das camas</p> <p>Elaboração de procedimento setorial sobre prevenção da PAV</p>

FMEA

Descrição do processo	Intervenções	G	Modo potencial de falhas	O	Efeitos	D	RPN	Causas	Ações a desenvolver
Intervenções de Enfermagem na Prevenção da PAV	Realização da higiene oral	10	<p>Não utilização de escova de dentes ou espátula para lavar a cavidade oral</p> <p>Não realizar pelo menos 1 x no turno a Higiene oral</p> <p>Instilar apenas o desinfectante para a cavidade oral</p>	3	Colonização da cavidade oral e orofaringe com microrganismos patogénicos	3	90	<p>Falta de material para uma adequada higiene oral</p> <p>Rotinas</p> <p>Falta de formação</p>	<p>Elaboração e procedimento setorial sobre Intervenções de enfermagem na prevenção da PAV, onde será incluída a higiene oral e a sua frequência</p> <p>Formação dos enfermeiros</p>
Intervenções de Enfermagem na Prevenção da PAV	Avaliação da pressão do Cuff do TOT	10	<p>A pressão do cuff do TOT não é avaliada pelo menos 1 x turno</p> <p>A avaliação da pressão do cuff do TOT é realizada de forma incorrecta</p>	7	<p>Possibilidade de Aspiração de conteúdo gástrico</p> <p>Possibilidade de Aspiração de secreções da orofaringe</p>	4	280	<p>Inexistência de cuffómetro</p> <p>Rotina</p>	<p>Manter um cuffómetro por sala</p> <p>Colocação de lembrete alusivo à utilização do cuffómetro</p> <p>Elaboração de procedimento setorial sobre Intervenções de enfermagem na prevenção da PAV, onde será incluída a avaliação da pressão do cuff e sua frequência</p> <p>Formação dos enfermeiros</p>

FMEA

Descrição do processo	Intervenções	G	Modo potencial de falhas	O	Efeitos	D	RPN	Causas	Ações a desenvolver
Intervenções de Enfermagem na Prevenção da PAV	Higiene das mãos	10	<p>As mãos não são higienizadas antes do contacto com o doente</p> <p>As mãos não são higienizadas mãos entre diferentes zonas do corpo</p> <p>As mãos não são higienizadas antes de procedimentos como: aspiração secreções, higiene oral</p>	9	Contaminação do doente com microrganismos de diferentes partes do corpo, de outros doentes, equipamentos e/ou materiais	8	720	<p>Facilitismo</p> <p>Não interiorização da “bolha” do doente</p> <p>Utilização de luvas</p> <p>Sentimento de auto-protecção</p>	<p>Colocação de lembretes nas salas</p> <p>Elaboração de procedimento setorial sobre Intervenções de enfermagem na prevenção da PAV, onde serão incluídos os momentos de higienização das mãos no sentido da prevenção da PAV</p> <p>Formação dos enfermeiros</p>

FMEA

Descrição do processo	Intervenções	G	Modo potencial de falhas	O	Efeitos	D	RPN	Causas	Ações a desenvolver
Intervenções de Enfermagem na Prevenção da PAV	Aspiração de secreções	10	Quebra da técnica asséptica Introdução da mesma sonda de aspiração mais que uma vez no interior do TOT Colocação do swivel sobre uma zona contaminada	9	Aspiração de microrganismos pelos pulmões Contaminação do material respiratório com microrganismos de outras partes do corpo do doente	7	630	Necessidade emergente de proceder à aspiração de secreções Facilitismo por parte dos enfermeiros	Elaboração de procedimento setorial sobre Intervenções de enfermagem na prevenção da PAV, onde será incluída a técnica da aspiração de secreções Formação dos enfermeiros
	Substituição de filtros HME e swivel	10	Não substituição dos filtros Os filtros e o swivel encontram-se com condensação	3	Desenvolvimento microbiano que pode levar a contaminação do doente	10	300	Substituição por rotina dos filtros HME diariamente no turno da manhã Rotina Rutura do stock	Elaboração de procedimento setorial sobre Intervenções de enfermagem na prevenção da PAV, onde será incluída a substituição de filtros e material Formação dos enfermeiros

Índice de gravidade, ocorrência e detecção para FMEA

Grau	Gravidade	Ocorrência	Deteção
1-2	BAIXO RISCO para o doente	Baixa (mensalmente)	Baixa (dificilmente detetável)
3-5	MODERADO RISCO para o doente	Moderada (semanalmente)	Moderada (pode ser detetável)
6-8	ELEVADO RISCO para o doente	Elevada (diariamente)	Elevada (facilmente detetável)
9-10	MUITO ELEVADO RISCO para o doente	Muito elevada (1 x turno)	Muito elevada (certamente detectável)

APÊNDICE V

Questionário aplicado aos enfermeiros da unidade

QUESTIONÁRIO

Patrícia Liliana Minas Costa, enfermeira do encontra-se a realizar um estágio na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente da referida instituição, no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica que se encontra a frequentar na Escola Superior de Saúde de Setúbal do Instituto Politécnico de Setúbal, vem solicitar aos enfermeiros do serviço referido o preenchimento do presente questionário, com vista a obter dados que permitam analisar o nível de formação dos enfermeiros na área das Intervenções de Enfermagem na prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica.

Este questionário encontra-se dividido em três partes: na primeira parte pretende-se caracterizar a equipa de enfermagem relativamente à sua situação profissional e académica, na segunda parte conhecer o nível de formação dos enfermeiros nesta área e na última avaliar o grau de importância que os enfermeiros dão às Intervenções de Enfermagem na Prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica.

A sua colaboração no preenchimento e devolução deste questionário será crucial para o desenvolvimento de um Projecto na área das Intervenções de Enfermagem na Prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica.

O preenchimento do questionário é anónimo e facultativo.

Desde já agradecida pela disponibilidade demonstrada, e caso esteja interessado poderão ser-lhe facultados os dados obtidos.



PARTE I – CARACTERIZAÇÃO DA EQUIPA

De acordo com a sua situação assinale com um x:

1 - DADOS PESSOAIS

1.1 - SEXO

Feminino Masculino

1.2 - IDADE

- 20 a 24 anos 25 a 29 anos 30 a 34 anos 35 a 39 anos
 40 a 44 anos 45 a 49 anos 50 a 54 anos 55 a 60 anos

2 - HABILITAÇÕES ACADÉMICAS

2.1 - FORMAÇÃO INICIAL

Bacharelato em Enfermagem

Licenciatura em Enfermagem

2.2 - FORMAÇÃO COMPLEMENTAR

Especialidade em Enfermagem Qual? _____

Pós-graduação Qual? _____

Mestrado Qual? _____

Doutoramento Qual? _____

3- EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

ANOS DE SERVIÇO COMO ENFERMEIRO _____ Anos

ANOS DE SERVIÇO NA UCIP _____ Anos

PARTE II - FORMAÇÃO NA ÁREA DA PREVENÇÃO DA PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA

Tendo em conta o nível de formação que possui na área das intervenções de enfermagem na Prevenção da Pneumonia associada à ventilação mecânica, assinale com um X as respostas que mais se coadunam com a sua situação:

1 - Tem conhecimentos na área da Prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica?

Sim Não

1.1 - Se respondeu **Sim**, considera que os seus conhecimentos são:

Suficientes Insuficientes

2 - Tem formação na área da Prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica?

Sim Não

2.1 - Se respondeu **Sim**, onde adquiriu essa formação?

Formação em Serviço

Centro de formação do CHLC, EPE

Seminários

Congressos de Enfermagem

Outros

2.2 - Se respondeu outros, refira em que contexto _____

3 - Quando foi a última vez que teve formação na área da Prevenção da Pneumonia Associada a Ventilação Mecânica

No último ano

Há mais de 3 anos

Há mais de 6 anos

4 - No seu serviço existem algumas normas de procedimento relacionadas com a Prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica?

Sim Não

4.1 - Se respondeu **Sim**, enuncie as normas que conhece?

4.2 - As respectivas normas encontram-se actualizadas?

Sim Não Não sei

PARTE III – IMPORTÂNCIA ATRIBUÍDA ÀS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DA PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA

Recorrendo a uma escala de 1 a 5 (5 – muitíssimo importante, 4 – muito importante, 3- Importante, 2- Pouco importante , 1 – nada importante) coloque uma cruz ou circulo de acordo com a sua opinião nas seguintes questões:

1 - Qual o grau de importância que atribuí ao papel do Enfermeiro na Prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica?)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2 - Qual o grau de importância que atribuí à existência de normas de procedimento na área da Prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica, no seu serviço?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3 - Qual o grau de importância que atribuí à existência de normas de procedimento na área da Prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica, no CHLC?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

4 - Qual o grau de importância que atribuí à realização de formação na área da Prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Obrigado, pela atenção/colaboração demonstrada

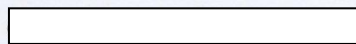
APÊNDICE VI

Pedido de autorização para aplicação dos questionários à Direção de Enfermagem

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA APLICAÇÃO DE QUESTIONÁRIOS

*Autoriza-se tendo em
conta o parecer do Sr. Enf. Chefe*

À Direcção de Enfermagem do





Assunto: Pedido de autorização para aplicação de um questionário aos enfermeiros da



Patrícia Liliana Minas Costa, Enfermeira do Centro Hospitalar Lisboa Central, a realizar um estágio na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente da referida instituição, no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica que se encontra a frequentar na Escola Superior de Saúde de Setúbal do Instituto Politécnico de Setúbal, foi-lhe proposta a realização de um Projecto de Intervenção em Serviço no referido local de estágio.

Por ser uma área de particular interesse, e por considerar que as Intervenções de Enfermagem na Prevenção da Pneumonia associada à Ventilação Mecânica se revestem de crucial importância na prevenção das infecções associadas aos cuidados de saúde, decidi desenvolver um Projecto nesta área.

Neste sentido e de modo a justificar a pertinência do tema, pretendo aplicar um questionário aos enfermeiros da  no sentido de caracterizar a equipa de enfermagem relativamente à sua situação profissional e académica, conhecer o nível de formação dos enfermeiros nesta área e avaliar o grau de importância que os mesmos dão às Intervenções de Enfermagem na Prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica.

É neste sentido que me dirijo a V.EX^a a solicitar autorização para aplicação dos referidos questionários aos enfermeiros da .

Será garantida a confidencialidade dos dados e o anonimato das fontes, tendo qualquer enfermeiro a liberdade de prescindir da participação, sem qualquer dano ou penalização. Os dados colhidos serão utilizados apenas para a realização do trabalho em questão.

Segue em anexo:

- Questionário
- Folha de consentimento informado

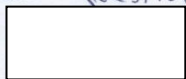
Desde já agradecida pela atenção dispensada,

Pede deferimento,

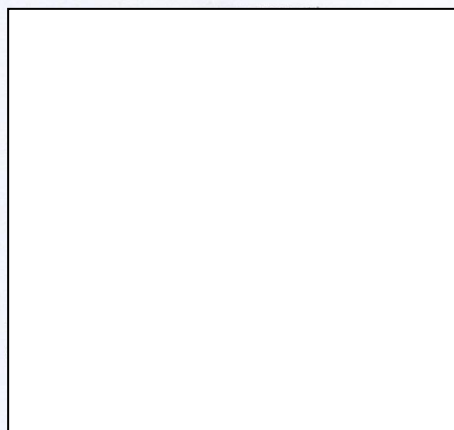
Patrícia Costa

Lisboa, 9 de Janeiro de 2012

Se existe qual quer impedimento
de aplicação do questionário
ao UCIP1



2



APÊNDICE VII

Folha de consentimento livre e esclarecido

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu declaro que estou de acordo em participar no Projecto “As Intervenções de Enfermagem na Prevenção da Pneumonia associada à Ventilação Mecânica” da Enfermeira Patrícia Costa a realizar estágio na UCIP de um Hospital Central de Lisboa, no âmbito do Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica que se encontra a frequentar na Escola Superior de Saúde de Setúbal do Instituto Politécnico de Setúbal, através do preenchimento do questionário acerca das Intervenções de enfermagem na prevenção da Pneumonia associada à ventilação mecânica no sentido de fornecer dados relativamente ao nível de formação sobre o referido tema que a equipa de enfermagem do serviço supramencionado possui.

Mais declaro que:

Estou esclarecido em relação aos objetivos deste projeto e participo de forma voluntária neste estudo.

Sou livre de abandonar a participação no Projeto, se esse for o meu desejo, e sem que daí advenham danos para a minha pessoa.

Autorizo a utilização dos dados obtidos no âmbito deste estudo

Foi-me dada a garantia que os dados obtidos só serão utilizados para este Projecto.

A minha identidade jamais será revelada e os dados permanecerão confidenciais.

Data:

Assinatura:

APÊNDICE VIII

Ficha de planeamento do PIS

FICHA DE PLANEAMENTO DO PIS

Planeamento do Projeto	
Estudante: Patrícia Liliana Minas Costa	Orientador: Enfª LM
Instituição: Hospital Central Lisboa	Serviço: Unidade Cuidados Intensivos Polivalente
Título do Projecto: Intervenções de Enfermagem na Prevenção da Pneumonia associada à Ventilação Mecânica (PAV)	
<p>Objectivos (geral específicos, centrados na resolução do problema)</p> <p><u>OBJECTIVO GERAL</u></p> <p>- Divulgar recomendações de boas práticas de enfermagem no âmbito da prevenção da PAV e assim contribuir para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados aos utentes de um Hospital de Lisboa</p> <p><u>OBJECTIVOS Específicos</u></p> <p>- Elaborar procedimento sectorial sobre as intervenções de enfermagem na prevenção da PAV para uma UCIP de um Hospital Central de Lisboa, com base em recomendações baseadas na evidência</p> <p>- Contribuir para a formação da equipa de enfermagem da UCIP no âmbito da Prevenção da PAV – Intervenções de Enfermagem</p> <p>- Desenvolver competências técnicas e científicas na área da auditoria a práticas de enfermagem na Prevenção da PAV</p>	
Identificação dos profissionais do serviço com quem vai articular a intervenção (chefia directa, orientador, outros elementos da equipa, outros profissionais, outros serviços)	
<p>Enfª LM Enfª EM</p> <p style="text-align: right;">Data: ____ / ____ / ____ Assinatura: _____</p>	

Objetivos Específicos	Actividades/Estratégias a desenvolver	Recursos			Indicadores de Avaliação
		Humanos	Materiais	Tempo	
<p>-Elaborar procedimento sectorial sobre intervenções de enfermagem na prevenção da PAV para uma UCIP de um Hospital Central de Lisboa</p> <p>- Contribuir para a formação da equipa de enfermagem da UCIP,</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa bibliográfica sobre: PAV; recomendações existentes para a sua prevenção; procedimentos já existentes na unidade relacionados com temática; layout em utilização na instituição para a elaboração de procedimentos. - Criação de um dossier temático sobre o tema Prevenção da PAV - Elaboração do procedimento sectorial “Intervenções de Enfermagem na prevenção da PAV” - Discussão do procedimento sectorial com a Enf^ª Chefe, Enf^ª Orientadora e Enf^ª elo dinamização/ligação com a CCIH - Consulta de peritos para validação do procedimento - Reformulação do procedimento caso seja necessário - Apresentação do procedimento à equipa de enfermagem através de ação de formação - Submeter o procedimento sectorial a aprovação da Sr^a Enf^ª Chefe da UCIP - Disponibilização do procedimento à equipa de enfermagem <ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa bibliográfica sobre: PAV e sua prevenção - Apresentação e discussão da ação da formação com a Enf^ª Chefe, Enf^ª 	<p>Orientadora de estágio</p> <p>Peritosem Prevenção e Controlo de Infecção</p> <p>Sr^a Enf^ª Chefe</p> <p>Sr^a Enf^ª elo dinamizador/ligação com a CCIH</p> <p>Sr^a Enf^ª da CCIH</p> <p>Orientadora de estágio</p>	<p>Computador</p> <p>Livros</p> <p>Revistas</p> <p>Artigos</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Constrói dossier temático sobre prevenção da PAV - Elabora procedimento sectorial “Intervenções de Enfermagem na prevenção da PAV”

<p>no âmbito da Prevenção da PAV – Intervenções de Enfermagem</p>	<p>Elo ligação com a CCIH e Enf^a orientadora de estágio, no sentido de proceder a alterações caso seja necessário</p> <ul style="list-style-type: none"> - Planeamento da sessão de formação - Seleção dos conteúdos a apresentar - Construção dos diapositivos - Elaboração do plano da sessão - Marcação da ação de formação - Divulgação da ação de formação - Apresentação da ação de formação - Avaliação da ação de formação 	<p>Sr^a Enf^a responsável pela formação em serviço da UCIP1</p> <p>Enfermeiros da UCIP</p>	<p>Livros Revistas Artigos Computador Datashow</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Apresenta plano da sessão de formação - Apresenta os diapositivos apresentados na ação de formação - Avaliação dos enfermeiros que assistem à formação
<p>Desenvolver competências técnicas e científicas na área da auditoria a práticas de enfermagem na Prevenção da PAV</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa bibliográfica sobre: auditoria, tipos de auditoria, metodologias de colheitas de dados - Elaboração de uma grelha de auditoria às práticas de enfermagem no âmbito da prevenção da PAV - Discussão da grelha de auditoria com Enf^a Chefe, Enf^a Orientadora e Enf^a elo dinamização/ligação com a CCIH e Enf^a da CCIH - Validação da grelha de auditoria com peritos da área - Realização de uma auditoria às práticas de enfermagem no âmbito da prevenção da PAV, através da construção de uma grelha de auditoria e 	<p>Orientadora de estágio</p> <p>Enf^a Chefe</p> <p>Enf^a elo dinamizador/ligação com a CCIH</p> <p>Enf^a da CCIH</p>	<p>Computador Livros Revistas Artigos Instrumento de auditoria interna</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Cria grelha de auditoria interna às práticas de enfermagem na prevenção da PAV - Realiza relatório da auditoria realizada

	respetiva aplicação da mesma - Avaliação da auditoria realizada - Elaboração do relatório da auditoria - Apresentação do relatório à Srª Enfª Chefe - Divulgação dos resultados à equipa				
Cronograma:					
Orçamento:					
Não se prevêem custos adicionais para a instituição com a implementação deste projecto					
<u>Recursos Humanos e Materiais:</u>					

Previsão dos constrangimentos e forma de os ultrapassar:
 O principal constrangimento para a implementação do projeto prende-se com o facto de a equipa de enfermagem ser uma equipa grande, é constituída por 41 elementos, sendo difícil a formação de todos os enfermeiros. No entanto de modo a ultrapassar este constrangimento pretende-se realizar a ação de formação por duas vezes de modo a que possam assistir à mesma mais enfermeiros, será também divulgada antecipadamente e será fornecida em suporte papel os diapositivos apresentados aos chefes de equipa para que possam entregar aos restantes

APÊNDICE IX

Cronogramas do planejamento do PIS – atividades planejadas e realizadas

APÊNDICE X

Comparação das recomendações emanadas pelas diferentes entidades

COMPARAÇÃO DAS RECOMENDAÇÕES PARA A PREVENÇÃO DA PAV EMANADAS PELAS DIFERENTES ENTIDADES

Organização Ano publicação	ETF 2001	CDC 2003	PNCI 2004	CCCS 2004	ATSD 2005	SHEA 2008	GCCCG 2008	HPSC 2011 Burns
Recomendações								
Utilização de EPI's e sua substituição entre doentes	SC	IA			I			R
Utilizar Luvas sempre que se tem contato com equipamento contaminado ou secreções		IB						
Higienização das mãos	SC	IA			I			R
Mudança circuito respiratório por rotina	NR	NR(IA)		NR		NR (IA) (CDC)	NR	NR
Trocar circuito respiratório quando visivelmente sujo e entre doentes		IA		R		II (CDC)	R	R
Drenagem do condensado acumulado no circuito Utilização de EPI's e higienização das mãos		IB			II	IB (CDC)		R
Entubação orotraqueal preferível à entubação nasotraqueal	SC	IB		R	II		R	R
Pressão do cuff do tubo endotraqueal adequada (20-30cmh2o)	SC				II			R
Cabeceira elevada 30-45°	SC	II		R	I	B-II	R	R
Alívio da sedação	SC				II			R
Evitar a reintubação	SC	II			I			R
Descontaminação digestiva selectiva	SC	Nres		NR	I			NR
Prevenção Antimicrobiana pós entubação	C			NR	NR (I)			
Apiração subglótica	C	II		R	I	B-II	R	R

Organização Ano publicação	ETF 2001	CDC 2003	PNCI 2004	CCCS 2004	ATSD 2005	SHEA 2008	GCCCCG 2008	HPSC 2011 Burns
Recomendações								
Alimentação Entérica precoce	C							
Alimentação entérica vs parentérica					I			
HME vs Umidificação aquecida	C	Nres		R	I (=)		NR	Nres
Trocar HME por rotina (<48h)		NR (II)		NR				
Sistema de aspiração fechado VS Sistema aberto	C	Nres		(=)			R	S /ev
Prevenção úlcera Gástrica	C	Nres		NR				
Educação do pessoal		I A			I	A-II		R
Vigilância Epidemiológica		IB			II	A-II		
Elaboração de protocolos de cuidados para prevenção da PAV								R
Realização de auditorias às práticas						B-III		R
Cultura de doentes e equipamentos por rotina		NR (II)						
Limpeza de todo o equipamento e material antes de desinfetar ou esterilizar		IA				IA (CDC)		
Esterilização ou desinfecção de alto nível de equipamento que entra em contacto com mucosa ou trato respiratório inferior do doente		IA				IA (CDC)		
Não esterilizar por rotina o circuito interno dos ventiladores		II				II (CDC)		
Ressuscitador manual: esterilizar entre doentes ou submeter a desinfecção de elevado nível		IB						
Frequência de substituição dos filtros do ambú		Nres						

Organização Ano publicação	ETF 2001	CDC 2003	PNCI 2004	CCCS 2004	ATSD 2005	SHEA 2008	GCCCG 2008	HPSC 2011 Burns
Recomendações								
Cuidados à traqueostomia com técnica asséptica e bata		IB						
Utilização de antimicrobiano na traqueostomia		Nres						
Aspiração de secreções: Luvas limpas vs luvas esterilizadas Substituição do sistema fechado No sistema aberto de secreções: uso de sonda de uso único e esterilizada Utilização de líquido estéril para remoção de secreções		Nres Nres II II						cada doente
Remoção precoce de TET, sondas gástricas, traqueostomias	NR	IB			II			
VNI		II			I	B-III		R
Se para extubar, antes de desinsuflar o cuff do TET, aspirar as secreções		II						
Confirmar posição da sonda de alimentação entérica Administração contínua vs administração bolus Sondas de menor calibre		IB Nres Nres						
Higiene oral com antiséptico		II						
Higiene oral com clorohexidina		Nres			NR (I)	A-I	Cons	R

Legenda: **ATSD** - American Thoracic Society Document; **CCCCG** - Committee Canadian Critical Care Group; **CCCS** – Canadian Critical Care Society; **CDC** – Centers Diseases Control; **EHAP** - European HAP working group; **ETF** – European Task force; **HPSC** - Health Protection Surveillance Centre; **PNCI** - Plano Nacional de Controlo de Infecção; **SHEA** - The Society for Healthcare Epidemiology of America

SC – sem controvérsia; **C** – Controverso; **NR** – Não recomendado; **R** – recomendado; **IA** – fortemente recomendada para implementação e bem suportada por estudos epidemiológicos, clínicos ou experimentais bem conduzidos; **IB** – fortemente recomendada para implementação e suportada por alguns estudos epidemiológicos, clínicos ou experimentais e uma forte fundamentação teórica; **II** – a implementação é sugerida e suportada por estudos clínicos ou epidemiológicos ou fundamentação teórica; **BII** – (B) Evidência moderada para embasar a aplicação de uma recomendação (II) evidência de ≥ 1 ensino clínico não randomizado; estudos observacionais de coorte ou caso-controle; múltiplas séries de casos ou de resultados excepcionais em experimentos não controlados; **AII** – (A) Boa evidência para embasar a aplicação de uma recomendação (II) evidência de ≥ 1 ensino clínico não randomizado; estudos observacionais de coorte ou caso-controle; múltiplas séries de casos ou de resultados excepcionais em experimentos não controlados; **BIII** – (B) Evidência moderada para embasar a aplicação de uma recomendação (III) evidência baseada em opiniões de autoridades respeitadas, baseados em experiência clínica, estudos descritivos, ou relatórios de comités de especialistas.

APÊNDICE XI

Solicitação a peritos para avaliação das NOC's

SOLICITAÇÃO A PERITOS PARA AVALIAÇÃO DE NOC'S

Ex^a Sr^a Enfermeira da Comissão de
Controlo de Infecção Hospitalar do

Assunto: Pedido de classificação de *guidelines*, no âmbito da prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica, quanto à sua qualidade.

Patrícia Liliana Minas Costa, enfermeira na
a frequentar o 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Escola Superior de Setúbal do instituto Politécnico de Setúbal encontra-se a realizar um estágio do referido curso na UCIP desta instituição.

No âmbito deste estágio, foi-me proposto o desenvolvimento de um Projeto de Intervenção em Serviço (PIS) em torno de uma problemática clínica de enfermagem médico-cirúrgica (problema/oportunidade). A temática escolhida foi a Prevenção da PAV – Intervenções de Enfermagem, tendo sido definido como objetivo geral do projeto: divulgar recomendações de boas práticas de enfermagem no âmbito da prevenção da PAV. No sentido de atingir este objetivo, foi definido como um dos objetivos específicos elaborar um procedimento setorial para a UCIP com as intervenções de enfermagem a realizar no sentido de prevenir a PAV.

Para tal, foi realizada uma pesquisa das *guidelines* existentes a nível nacional e internacional para a prevenção da PAV e após análise das mesmas, foram selecionadas as seguintes: Guidelines for Preventing Health-care associated Pneumonia 2003, CDC; Strategies to Prevent Ventilator Associated Pneumonia in Acute Care Hospitals, SHEA, 2008; Guidelines for the prevention of ventilator-associated pneumonia in adults in Ireland, HPSC, 2011. No sentido de classificar a qualidade das mesmas e a recomendação para a sua utilização, é fundamental que estas sejam classificadas por um painel de peritos nesta área.

É neste sentido que me dirijo a vossa excelência, a solicitar a classificação das referidas *guidelines* através do instrumento AgreeII.

Comprometo-me a assegurar a confidencialidade e anonimato dos dados colhidos.

Envio em anexo:

- Guidelines for Preventing Health-care associated Pneumonia 2003, CDC;
- Strategies to Prevent Ventilator Associated Pneumonia in Acute Care Hospitals, SHEA, 2008;

- Guidelines for the prevention of ventilator-associated Pneumonia in adults in Ireland, HPSC, 2011;

- Instrumento Agree II e respetivo manual.

Desde já agradecida pela atenção demonstrada

Enf^a Patrícia Costa

APÊNDICE XII

Avaliação das NOC's por peritos

AVALIAÇÃO DAS NOC'S PELOS PERITOS

Tabela 4 Avaliação das NOC's pelos peritos

Organização (data)	CDC (2003)	SHEA (2008)	HPSC (2011)
Domínio			
Domínio 1	100%	96%	76%
Domínio 2	75%	56%	67%
Domínio 3	86%	79%	64%
Domínio 4	92%	57%	75%
Domínio 5	68%	33%	71%
Domínio 6	98%	96%	46%
Total	87%	70%	67%

APÊNDICE XIII

Procedimento setorial “Intervenções de Enfermagem na Prevenção da PAV

PROCEDIMENTO SETORIAL

1 OBJECTIVO

- Prevenir a Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica.
- Uniformizar os cuidados prestados aos doentes submetidos a ventilação mecânica invasiva.

2 ÂMBITO DE APLICAÇÃO

O presente procedimento setorial aplica-se a todos os enfermeiros que prestam cuidados diretos ao doente submetido a ventilação mecânica na UCIP

3 RESPONSABILIDADES

3.1 Pela implementação do Procedimento:

Sr^a Enf^a Chefe da UCIP e respetiva equipa de enfermagem

3.2 Pela revisão do procedimento:

Direção da área de urgência e cuidados intensivos

4 DEFINIÇÕES

Pneumonia adquirida no hospital – Infeção respiratória que ocorre 48h ou mais após a admissão do doente no hospital e que não estava em incubação no momento da sua admissão¹.

Pneumonia associada ao ventilador – pneumonia em doentes submetidos a dispositivos para assistir ou controlar a respiração continuamente através de traqueostomia ou de entubação endotraqueal nas 48 horas anteriores aos primeiros sintomas de infeção, incluindo o período de desmame⁹.

Ventilador – Dispositivo respiratório³

Elaborado por: Enf ^a Patrícia Costa, Aluna do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem médico-Cirúrgica do IPS-ESS			
Orientado por: Enf ^a LM, Enf ^a Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e Prof ^a EM, Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, docente do IPS-ESS			
	EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
	2012	2015	

	Procedimento Sectorial UCIP	COD.0000
	Intervenções de Enfermagem na Prevenção da PAV	

5 SIGLAS E ABREVIATURAS

CDC – Centers Diseases Control

DMUM – Dispositivos médicos de uso múltiplo

EPI's – Equipamento de proteção individual

PAV – Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica

SEC – Serviço Esterilização Central

TET – Tubo endotraqueal

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

6 REFERÊNCIAS

- Manual Internacional da Qualidade CHKS/HAQU, 2010:

NORMA	TÍTULO	CRITÉRIOS
13	Controlo de infeções	13.9

1. AMERICAN THORACIC SOCIETY DOCUMENTS – Guidelines for the Management of Adults with Hospital-acquired, Ventilator-associated, and Healthcare-associated Pneumonia [Em linha] Am J Respir Crit Care Med 2005; 171: 338-416. (Consultado a 10 de Maio de 2012) Disponível em <http://ajrccm.atsjournals.org/content/171/4/388.full>

2. KOENING, S.; TRUWIT, J – Ventilator-associated Pneumonia: Diagnosis, Treatment and prevention. [Em linha] Clinical Microbiology Reviews, 2006: 19;4. (Consultado a 21 de Novembro de 2011) Disponível em <http://cmr.asm.org/content/19/4/637.short>

3. CIPE versão 1.0, 2010

4. COFFIN et al – Strategies to Prevent Ventilator-Associated Pneumonia in Acute Care Hospitals. The Society for Healthcare Epidemiology of America [Em linha] Infection Control and Hospital Epidemiology, 2008; 29: 31-40 (Consultado em 20 de Abril de 2012) Disponível em <http://www.jstor.org/stable/10.1086/591062>

EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
2012	2015	

	Procedimento Sectorial UCIP	COD.0000
	Intervenções de Enfermagem na Prevenção da PAV	

5. TABLON OC, et al – Guidelines for Preventing Healthcare Associated Pneumonia, Recommendations of Centers Disease Control and Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee [Em linha] MMWR 2003; 53:1-36 (Consultado a 6 de Novembro de 2011) Disponível em <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5303a1.ht>

6. PLANO NACIONAL CONTROLO INFEÇÃO – Recomendações para as Precauções de isolamento, Precauções Básicas e Precauções Dependentes das Vias de transmissão [Em linha] 2007 (Consultado a 15 de Junho de 2012) Disponível em <http://www.dgs.pt/ms/3/default.aspx?pl=&id=5514&access=0>

7. GOMES E. – Higiene da Cavidade Oral: Implicações e procedimentos [Em linha] Revista Nursing 254, 2010 (Consultado a 15 de Junho de 2012) Disponível em http://www.forumenfermagem.org/index.php?option=com_content&view=article&id=3554:higiene-da-cavidade-oral-implicacoes-e-procedimentos&catid=214:marco-a-abril-2010

8. PEAR S., STOESSEL K. e SHOEMAKE S. – O papel dos cuidados bucais na prevenção da pneumonia adquirida no hospital [Em linha] Kimberly-Clark Health Care Education s/d (Consultado a 15 de Junho de 2012) Disponível em <http://www.kcdigestivehealth.com/docs/Cuidados%20BucalisGuia%20de%20estudo.pdf>

9. PLANO NACIONAL CONTROLO INFEÇÃO – Vigilância Epidemiológica das infeções Associadas aos cuidados de Saúde - Critérios para Definição de Infeções nos Cuidados de Saúde Agudos. [Em linha] DGS, Lisboa, 2009 (Consultado em 10 de Junho de 2012) Disponível em <http://www.dgs.pt/ms/3/default.aspx?pl=&id=5514&access=0>

10. EUROPEAN CENTRE DISEASE PREVENTION AND CONTROL (ECDC) – Annual epidemiological report-Reporting on 2009 surveillance data and 2010 epidemic intelligence data. [Em linha] Stockholm (2011). [Consultado a 5 de Novembro 2011] Disponível em http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/1111_SUR_Annual_Epidemiologica1_Report_on_Communicable_Diseases_in_Europe.pdf

11. DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE (DGS) - Relatório Inquérito de Prevalência de Infeção 2010 Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos

	EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
	2012	2015	

	Procedimento Sectorial UCIP	COD.0000
	Intervenções de Enfermagem na Prevenção da PAV	

Cuidados de Saúde [Em linha] Lisboa, 2010 (Consultado a 20 de Abril de 2012)
Disponível em <http://www.dgs.pt/ms/3/default.aspx?pl=&id=5514&acess=0>

7 DESCRIÇÃO

A PAV é das infeções nosocomiais, a mais frequente nas UCI, sendo que cerca de 10 a 20% dos doentes aqui internados e submetidos a ventilação mecânica invasiva desenvolvem uma PAV⁴. Na Europa verificaram-se em 2009, 14,5 episódios de PAV por 1000 dias de ventilação invasiva¹⁰. Em Portugal de acordo com o inquérito de prevalência do ano de 2010 constata-se que das infeções nosocomiais identificadas, as infeções respiratórias inferiores são as mais elevadas, sendo que dos doentes submetidos a ventilação mecânica, 8,3% desenvolveram pneumonia¹¹.

Está associada a um aumento significativo da morbilidade e mortalidade (que pode exceder os 10%) levando a aumento do tempo de ventilação, hospitalizações prolongadas e consequentemente a um aumento dos custos⁴.

Quando o parênquima pulmonar do doente sob ventilação mecânica é invadido por agentes patogénicos, predominantemente bacterianos e raramente virais ou fúngicos, no caso de doentes imunocomprometidos, pode surgir a PAV¹.

Esta invasão pode ocorrer por aspiração de secreções, colonização do trato aerodigestivo ou pela utilização de equipamento contaminado. São considerados fatores de risco para o desenvolvimento da PAV tempos prolongados de entubação endotraqueal, alimentação entérica, aspiração de secreções, fármacos depressores, doença prolongada e idade avançada⁴.

Muitas PAV podem ser prevenidas se forem colocadas em prática as recomendações emanadas pelas entidades nacionais e internacionais. O cerne dessas recomendações visam a interrupção dos três mecanismos principais pelos quais a PAV se desenvolve: Aspiração de secreções; colonização do trato aerodigestivo; utilização de equipamento contaminado⁴, através do controlo de fatores de risco como: prevenção de transmissão de microrganismos pessoa-a-pessoa, manutenção do equipamento de

	EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
	2012	2015	

	Procedimento Sectorial UCIP	COD.0000
	Intervenções de Enfermagem na Prevenção da PAV	

ventilação, aspiração de secreções, higiene oral, colonização do trato aerodigestivo, posicionamento da cabeceira da cama ⁵.

8 - MEDIDAS DE PREVENÇÃO E MONITORIZAÇÃO DA PAV

As medidas recomendadas pelo CDC encontram-se divididas em quatro subcapítulos:

I – Educação

II – Vigilância da PAV

III – Prevenção de transmissão de microrganismos

IV – Prevenção da aspiração

I – EDUCAÇÃO

- Formar os enfermeiros da UCIP1 do CHLC-EPE que prestam cuidados a doentes ventilados acerca da PAV, fatores de risco, epidemiologia, taxas de PAV da unidade uma vez ao ano

II – VIGILÂNCIA DA PAV

- Realizar observação direta do cumprimento das medidas específicas de prevenção da PAV uma vez por ano (IIIB) – auditoria de processo e estrutura (Anexo 1)
- Preencher o formulário calendário de vigilância epidemiológica, diariamente e seu registo na plataforma informática da DGS para colheita de dados que possibilitem o cálculo das taxas de PAV através do número de dias de ventilação (IIA) (Anexo 2)

III- PREVENÇÃO DE TRANSMISSÃO DE MICRORGANISMOS

A - Prevenção da transmissão pessoa a pessoa

- Proceder **SEMPRE** à **Higiene das mãos** respeitando os cinco momentos (ver procedimento multisetorial CIH 102) :

	EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
	2012	2015	

	Procedimento Sectorial UCIP	COD.0000
	Intervenções de Enfermagem na Prevenção da PAV	

- Antes e após contato com o doente entubado endotraquealmente ou traqueostomizado (IA)
- Antes e após o contato com qualquer material/equipamento respiratório no doente, independentemente da utilização ou não de luvas (IA)
- Se as mãos visivelmente sujas ou contaminadas com sangue ou fluídos corporais realizar lavagem com água e sabão (IA)
- Se as mãos não se encontrarem visivelmente sujas ou contaminadas com sangue ou fluídos corporais realizar lavagem com água e sabão ou utilizar SABA (IA)
- No mesmo doente entre uma zona visivelmente contaminada e uma zona limpa (A-I)
- Após contato com membranas mucosas e/ou secreções respiratórias (IA)
- Utilizar **SEMPRE EPI's** adequados a cada situação, de acordo com o quadro nº2, dando especial atenção à ordem de colocação/remoção do mesmo (IB) (Anexo 3, Ver procedimento multisetorial CIH 101)

Quadro nº 1 – Equipamento de Proteção Individual

Equipamento de Proteção Individual	
Luvras limpas	<p>Exista risco de exposição a fluídos e/ou secreções e no manuseamento de objetos contaminados com as mesmas (IB)</p> <p>Se prestem cuidados ao doente em isolamento de contato (IB)</p> <p>As luvas devem ser sempre substituídas e realizada respetiva higiene das mãos: entre doentes, após contato com secreções, equipamento/material contaminado e superfícies, e no mesmo doente entre uma zona contaminada e outra não contaminada (IA)</p>

EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
2012	2015	

	Procedimento Sectorial UCIP	COD.0000
	Intervenções de Enfermagem na Prevenção da PAV	

	Higienizar sempre as mãos após retirar as luvas (IA)
Bata não esterilizada com manga	Se realizem procedimentos susceptíveis de gerar salpicos de secreções respiratórias ou produtos contaminados com secreções respiratórias (IB) Substituir sempre a bata/avental quando sair do local de prestação de cuidados (IB)
Máscara cirúrgica com viseira ou com óculos de proteção	Durante a aspiração de secreções com circuito aberto

B - Cuidados ao doente com traqueostomia

- Os cuidados à traqueostomia devem ser realizados com técnica assética (II)
- Aquando da substituição da cânula interna da traqueostomia utilizar técnica assética e substituir por outra esterilizada ou que tenha sido submetida a desinfeção térmica de alto nível (IB)

C - Aspiração de secreções traqueo-brônquicas

- Cumprir o procedimento setorial “Aspiração de Secreções” em vigor na unidade

D - Manutenção do material e equipamento

a) Recomendações gerais:

- Todo o material que vai ser desinfetado ou esterilizado deve ser previamente lavado (IA)
- Todo o material que entra em contacto direta ou indiretamente com as mucosas do doente (material semi-crítico), deve ser esterilizado ou sujeito a desinfeção térmica de alto nível (IA)

EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
2012	2015	

	Procedimento Sectorial UCIP	COD:0000
	Intervenções de Enfermagem na Prevenção da PAV	

- O equipamento/material semi-crítico termo-sensível deve ser submetido a desinfeção química de alto nível, seguida de enxaguamento, secagem e embalagem para evitar a recontaminação dos DMUM (IB)
- O enxaguamento final (após desinfeção química) do material semi-crítico deve ser efetuado com água estéril (IB)
- Todo o material classificado de uso único, ~~2~~ deve ser descartado após a sua utilização
- Os DMUM desinfectados devem ser guardados separados dos DMUM esterilizados. Guardados em armário fechado e ao abrigo da luz e do calor

b) Recomendações específicas:

Quadro nº 2 - Manutenção de DMUM e equipamento respiratório

DMUM e equipamento	
Circuito interno dos ventiladores	Não deve ser esterilizado ou desinfectado por rotina o circuito interno dos ventiladores (II)
Circuito externo dos ventiladores	Devem ser substituídos entre doentes (IB) No mesmo doente devem ser substituídos quando visivelmente sujos e/ou com problemas de funcionamento e de acordo com o tempo de utilização indicado pelo fabricante (IA)
HME's	De acordo com a recomendação do fabricante dos HME em utilização na unidade, devem ser substituídos diariamente pelo que (IC): Substituir o HME diariamente no turno da manhã e colocar a data de substituição
Humidificadores de oxigénio	Entre doentes substituir reservatório de humificação do oxigénio No mesmo doente substituir diariamente no turno da manhã e

	EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
	2012	2015	

	Procedimento Sectorial UCIP	COD.0000
	Intervenções de Enfermagem na Prevenção da PAV	

DMUM e equipamento	
	datar (IC)
Ressuscitador manual	<p>De uso individual para cada doente (IB)</p> <p>Devem ser limpos externamente diariamente no turno da manhã</p> <p>Sempre que se encontrem visivelmente contaminados e/ou sujos devem ser enviados para o SEC (IB)</p> <p>Entre doentes são enviados para o SEC para serem submetidos a desinfeção de alto nível, por processo físico (desinfeção térmica) (IB)</p> <p>Colocar filtro bacteriológico e viral sem humidificação no ressuscitador manual , substituir diariamente no turno da manhã e datar</p>
Máscaras de anestesia	Após serem utilizadas são enviadas para o SEC para serem submetidos a desinfeção de alto nível, por processo físico (desinfeção térmica) (IB)
Laringoscópio	<p>A lâmina do laringoscópio deve ser lavada com detergente neutro e água corrente, deve ser enxaguada abundantemente. Após estar seca é mergulhada em álcool 70⁰ durante 10'.</p> <p>O cabo do laringoscópio aquando da presença de matéria orgânica, deve ser lavado por fricção com pano embebido em água e detergentes e posteriormente deve ser passado com um pano molhado com água. No final de cada utilização deve ser desinfetado com álcool a 70⁰</p>
Broncofibroscópio	Antes e após a sua utilização proceder a desinfeção de alto nível (química), (ver procedimento multisetorial CIH 111)

	EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
	2012	2015	

	Procedimento Sectorial UCIP	COD.0000
	Intervenções de Enfermagem na Prevenção da PAV	

IV – PREVENÇÃO DA ASPIRAÇÃO

- Retirar assim que não seja clinicamente necessário dispositivos como traqueostomia, tubo endotraqueal, sondas naso/oro gástricas/jejunais (IB)

A - Prevenção da aspiração associada ao tubo endotraqueal

- Sempre que é necessário retirar o ar do cuff do TET, seja para extubação do doente seja para mobilização do tubo, proceder à aspiração de secreções subglóticas (II)
- Avaliar a pressão do cuff do TET com cuffómetro uma vez por turno e proceder ao seu registo na folha de enfermagem, de modo a manter a pressão do cuff do TET entre 20- 30cmH₂O

B - Prevenção da aspiração associada à alimentação entérica

- Manter a cabeceira dos doentes entubados endotraquealmente elevada a 30-45°, caso não haja contra-indicação clínica (II)
- Verificar o correto posicionamento da sonda de alimentação pelo menos uma vez no turno (IB)
- Cumprir o protocolo de alimentação entérica em vigor na unidade para verificar tolerância gástrica e ajustar o ritmo e quantidade da alimentação entérica

C - Prevenção da colonização da orofaringe

- Realizar higiene oral 12/12h com escova macia e proceder ao seu registo nas folhas de enfermagem⁴ (Anexo 4)
- Instilar 10 ml de solução de gluconato de clorhexidina 0,2% uma vez turno e proceder ao seu registo nas folhas de enfermagem (Anexo 5)

	EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
	2012	2015	

	Procedimento Sectorial UCIP	COD.0000
	Intervenções de Enfermagem na Prevenção da PAV	

ANEXOS

Anexo 1 – Grelha de auditoria às intervenções de Enfermagem prevenção PAV

Anexo 2 – Formulário Calendário de vigilância epidemiológica

Anexo 3 – Colocação e remoção de EPI's

Anexo 4 – Realização da Higiene Oral

Anexo 5 – RCM do gluconato de clorhexidina 0,2%

	EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
	2012	2015	

Anexo 1 – Grelha de auditoria interna

Anexo 2 – Formulário Calendário de Vigilância Epidemiológica

Formulário Calendário


Mês:

Ano:

Unidade:

Dia do mês	Nº de doentes com ventilação invasiva	Nº de doentes com algaliação permanente	Nº de camas ocupadas
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			

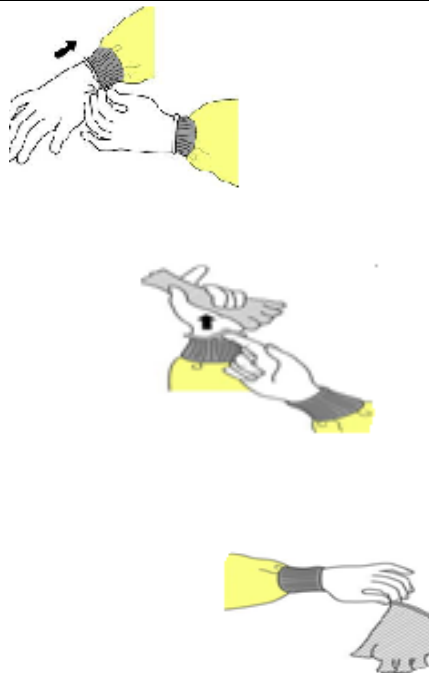
Anexo 3 – Colocação e remoção de forma segura dos EPI's⁶

Colocação do Equipamento Proteção Individual	
<p>1º Máscara:</p> <ul style="list-style-type: none">- Coloque a máscara sobre o nariz fixando-a- Ajuste-a bem ao rosto, parte superior do nariz e queixo- Segure-a à cabeça e ao pescoço com os elásticos ou fitas	
<p>2º Bata:</p> <ul style="list-style-type: none">- Abra a bata pela parte posterior- Vista de modo a que os atilhos sejam apertados atrás ao nível do pescoço, costas e cintura- O corpo deve ficar tapado pela bata desde o pescoço até aos joelhos e os membros superiores devem ser tapados até aos pulsos	
<p>3º Luvas:</p> <ul style="list-style-type: none">- As luvas são as últimas a ser calçadas- Selecione o tipo e tamanho de luvas adequado- Insira as mãos nas luvas- Puxe as luvas até prender o punho da bata	

Remoção do Equipamento de Proteção Individual

1º Luvas:

- Elimine as luvas quando as mesmas se encontrarem contaminadas
- Pegue no bordo da luva junto ao punho
- Retire da mão virando de dentro para fora
- Segure com a mão oposta
- Meta o dedo da mão sem luva por debaixo da outra luva e remova-a
- Vire a luva do avesso criando uma bolsa para ambas as luvas
- Descarte as luvas para o saco dos resíduos do grupo III



2º Bata:

- Desaperte os atilhos
- Puxe a bata pelos ombros
- Vire a bata do avesso
- Enrole a bata
- Descarte a bata no saco dos resíduos do grupo III



3º Máscara:

- Desaperte primeiro o atilho de cima e posteriormente o de baixo
- Retire da face
- Descarte para o saco dos resíduos do grupo III



ADAPATADO DE:

PLANO NACIONAL CONTROLO INFEÇÃO – Recomendações para as Precauções de isolamento, Precauções Básicas e Precauções Dependentes das Vias de transmissão, 2007

Procedimento multisetorial CIH 101

Anexo 4 – Higiene Oral

HIGIENE ORAL^{7,8}

Material:

Aspirador

Seringa com 10cc de gluconato de clorhexidina 0,2%

Pasta dentífrica

Sonda de aspiração

Escova de dentes

Toalha

Procedimento:

- a) Preparar o material
- b) Proceder à higienização das mãos
- c) Colocar EPI's
- d) Confirmar elevação da cabeceira
- e) Apoiar adequadamente o tubo endotraqueal
- f) Avaliar a pressão do cuff do Tubo
- g) Soltar o nastro que fixa o tubo endotraqueal
- h) Proceder à higiene oral usando uma escova de dentes macia
- i) Escovar os dentes com cuidado de modo a limpar e remover placa microbiana
- j) Mover a escova de um lado para o outro desde as gengivas até às coroas dos dentes
- k) Limpar a superfície dos dentes movimentando a escova de um lado para o outro
- l) Lavar a língua com a escova
- m) Proceder à aspiração da cavidade oral
- n) Mobilizar o tubo para o outro lado da boca
- o) Fixar o tubo com um nastro limpo e confirme o nível de fixação do tubo à comissura labial
- p) Retirar EPI's
- q) Proceder à higienização das mãos

Anexo 5 – RCM do gluconato de clorhexidina 0,2%

APÊNDICE XIV

Dossier Temático “Prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica”



Instituto Politécnico de Setúbal
Escola Superior de Saúde
1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Prevenção da Pneumonia Associada À Ventilação Mecânica



Elaborado por: Enf^ª Patrícia Costa
(Aluna do 1º Curso Mestrado de Enfermagem
Médico-Cirúrgica)

Orientado por:

Prof^ª EM

Enf^ª LM

Lisboa
Julho, 2012

“Clean Care is Safe Care, it's not a choice but a basic right...”

Didier Pittet

ÍNDICE	pág.
NOTA INTRODUTÓRIA	4
PARTE I – Recomendações nacionais e internacionais sobre prevenção da PAV	6
TORRES A., CARLET J. – Ventilator-associated pneumonia. European Task Force on Ventilator-associated pneumonia, 2001	
TABLAN O. et al - Guidelines for Preventing Health-care associated Pneumonia Recommendations of CDC, 2003	
PLANO NACIONAL CONTROLO DE INFEÇÃO – Recomendações para Prevenção da Infecção Respiratória em Doente Ventilado. DGS, 2004	
DODEK P. et al – Evidence-based Clinical Practice Guideline for the Prevention of Ventilator-Associated Pneumonia, 2004	
AMERICAN THORACIC SOCIETY DOCUMENTS – Guidelines for the management of adults with Hospital-acquired, Ventilator-associated and Healthcare-associated Pneumonia, 2005	
COFFIN et al – Strategies to Prevent Ventilator-Associated Pneumonia in Acute Care Hospitals, 2008	
HEALTH PROTECTION SURVEILLANCE CENTRE - Guidelines for the prevention of ventilator-associated Pneumonia in adults in Ireland, 2011	
PARTE II – Artigos acerca do conhecimento que os enfermeiros possuem sobre a PAV	7
LABEAU S. et al – Critical Care Nurses’ Knowledge of Evidence-Based Guidelines for Preventing Ventilator-Associated Pneumonia: Na evaluation Questionnaire. Am J Crit Care, 2007	
KAYNAR M. et al - Attitudes of Respiratory Therapists and Nurses About Measures to Prevent Ventilator-Associated Pneumonia:A Multicenter, Cross-Sectional Survey Study. Resp Care, 2007	
SOH K. et al - Critical Care Nurses’ Knowledge in Preventing Nosocomial Pneumonia. Australian Journal of Advanced Nursing, 2007	

CASON C. et al – Nurses’Implementation of Guidelines for Ventilator-Associated Pneumonia From the CDC. Am J Crit Care, 2007

BAN K. - The effectiveness of an evidence-based nursing care program to reduce ventilator-associated pneumonia in a Korean ICU. Intensive and Critical Care Nursing, 2011´

PARTE III – Bundles para prevenção da PAV 8

TOLENTINO-DELOSREYES A., RUPPERT S. e SHIAO P – Evidence-Based Practice: Use of the Ventilator Bundle to Prevent Ventilator-Associated Pneumonia. Am J Crit Care, 2007

RELLO J. et al - A European care bundle for prevention of ventilator-associated pneumonia. Intensive Care Med, 2010

NATIONAL SERVICES SCOTLAND – VAP Prevention Bundle. 2008

PARTE IV – Procedimentos setoriais da UCIP relacionados com a PAV 9

Procedimento setorial UCIP “Montagem e Manutenção de Ventiladores”

Protocolo UCIP “ Alimentação Entérica”

PARTE V – Procedimento setorial elaborado para a UCIP “Prevenção da PAV – Intervenções de Enfermagem” 10

PARTE VI - Slides de suporte à formação “Prevenção da PAV – Intervenções de Enfermagem” apresentada a 04/07/2012 na sala de pausa da UCIP 11

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 12

NOTA INTRODUTÓRIA

No âmbito do estágio realizado nesta unidade, inserido na Unidade Curricular Enfermagem Médico-Cirúrgica II, módulo estágio III do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica a decorrer na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal foi elaborado um Projeto de Intervenção em Serviço intitulado “Prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica – Intervenções de enfermagem”.

A Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica definida como uma infeção pulmonar provocada por bactérias, vírus e/ou fungos, que ocorre após 48 horas do doente ter sido entubado endotraquealmente e submetido a ventilação mecânica (KOENING e TRUWIT, 2006), é das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde a mais frequente em Unidades de Cuidados Intensivos, sendo que 10 a 20% dos doentes internados nestas unidades e submetidos a ventilação mecânica invasiva desenvolvem uma PAV (COFFIN et al, 2008).

A PAV representa um elevado impacto para os serviços de saúde uma vez que é responsável por elevadas taxas de mortalidade, prolonga o tempo de internamento dos doentes nas UCI e conseqüentemente aumenta os custos financeiros das instituições (ATSD, 2005).

É fundamental por isso que as unidades possuam programas de educação/formação na área das IACS, na qual a PAV se inclui, bem como normas de procedimento com base nas recomendações emanadas e um programa de vigilância epidemiológica que permita um registo contínuo das mesmas para que se possa fazer uma análise e interpretação dos dados, e assim se possam adequar as medidas de prevenção e controlo das mesmas (PNCI, 2007)

No sentido de contribuir para o aumento dos conhecimentos dos enfermeiros da UCIP acerca das medidas preventivas da PAV, é elaborado este dossier temático que se encontra dividido em seis partes: na primeira parte são apresentadas recomendações emanadas por organizações nacionais e internacionais que quando devidamente implementadas melhoram os resultados das taxas da PAV, a segunda parte conta com um conjunto de cinco artigos referentes a estudos realizados no sentido de avaliar os conhecimentos dos enfermeiros relativos à PAV bem como a implementação das medidas

preventivas, na terceira parte encontram-se três exemplos de bundles de prevenção da PAV, na quarta parte encontram-se reunidos três procedimentos setoriais da unidade, fundamentais para a prevenção da PAV, na quinta parte é apresentado o procedimento setorial “Prevenção da PAV – Intervenções de Enfermagem” elaborado para a UCIP e por último na sexta parte os slides que serviram de suporte à ação de formação realizada na UCIP intitulada “Prevenção da PAV – Intervenções de Enfermagem”.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Thoracic Society Documents – Guidelines for the Management of Adults with Hospital-acquired, Ventilator-associated, and Healthcare-associated Pneumonia [Em linha] Am J Respir Crit Care Med 2005; 171: 338-416. (Consultado a 10 de Maio de 2012) Disponível em <http://ajrccm.atsjournals.org/content/171/4/388.full>

BAN K. - The effectiveness of an evidence-based nursing care program to reduce ventilator-associated pneumonia in a Korean ICU. Intensive and Critical Care Nursing, 2011´

CASON C. et al – Nurses’Implementation of Guidelines for Ventilator-Associated Pneumonia From the CDC. Am J Crit Care, 2007

[Redacted] - Procedimento multisetorial
“Precauções Básicas” 2009.

[Redacted] - Procedimento multisetorial
“Higiene das mãos” 2009

[Redacted] - Procedimento multisetorial
“Reprocessamento de endoscópios flexíveis” 2010

COFFIN et al – Strategies to Prevent Ventilator-Associated Pneumonia in Acute Care Hospitals. The Society for Healthcare Epidemiology of America [Em linha] Infection Control and Hospital Epidemiology, 2008; 29: 31-40 (Consultado em 20 de Abril de 2012) Disponível em <http://www.jstor.org/stable/10.1086/591062>

DODEK P. et al – Evidence-based Clinical Practice Guideline for the Prevention of Ventilator-Associated Pneumonia. [Em linha] American College of Physicians, 2004; 141: 305-313 (Consultado em 5 de Maio de 2012) Disponível em <http://portalsaudebrasil.com/artigosuti/resp399.pdf>

HEALTH PROTECTION SURVEILLANCE CENTRE - Guidelines for the prevention of ventilator-associated Pneumonia in adults in Ireland. [Em linha] Ireland, 2011. (Consultado em 20 de Abril de 2012) Disponível em <http://www.hpsc.ie/hpsc/A-Z/MicrobiologyAntimicrobialResistance/InfectionControlandHAI/Guidelines/File,12530,en.pdf>

KAYNAR M. et al - Attitudes of Respiratory Therapists and Nurses About Measures to Prevent Ventilator-Associated Pneumonia: A Multicenter, Cross-Sectional Survey Study. [Em linha] Respiratory Care, 2007; 52 (12) (Consultado em 5 de Maio de 2012)

Disponível em <http://www.rcjournal.com/contents/12.07/12.07.1687.pdf>

KOENING, S.; TRUWIT, J. - Ventilator-Associated Pneumonia: Diagnosis, Treatment, and Prevention. CLINICAL MICROBIOLOGY REVIEWS [Em linha] 19, nº 4 (OCT 2006) [Consultado a 21 de Novembro de 2011] Disponível em <http://cmr.asm.org/content/19/4/637.short>

LABEAU S. et al – Critical Care Nurses’ Knowledge of Evidence-Based Guidelines for Preventing Ventilator-Associated Pneumonia: Na evaluation Questionnaire. [Em linha] Am J Crit Care, 2007; 16: 371-377

NATIONAL SERVICES SCOTLAND – VAP Prevention Bundle. [Em linha] 2008. [Consultado em 20 de Abril de 2012] Disponível em <http://www.vap.kchealthcare.com/media/132767/vap%20prevention%20bundle%20-%20scottish%20intensive%20care%20society%20audit%20group.pdf>

PLANO NACIONAL DE CONTROLO DE INFEÇÃO - Plano Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde. [Em linha] Lisboa (2007) [Consultado a 10 de Dezembro 2011] Disponível em <http://www.dgs.pt/ms/3/default.aspx?id=5514>

PLANO NACIONAL CONTROLO DE INFEÇÃO – Recomendações para Prevenção da Infecção Respiratória em Doente Ventilado. DGS [Em linha] Lisboa, 2004 [Consultado a 10 de Dezembro 2011] Disponível em <http://www.dgs.pt/ms/3/default.aspx?id=5514~>

RELLO J. et al - A European care bundle for prevention of ventilator-associated pneumonia. [Em linha] Intensive Care Med, 2010; 36: 773-780 (Consultado em 20 de Abril de 2012) Disponível em <http://www.springerlink.com/content/151j40166w053503/>

SOH K. et al - Critical Care Nurses’ Knowledge in Preventing Nosocomial Pneumonia. [Em linha] Australian Journal of Advanced Nursing, 2007; 24 (3)

TABLON OC, et al – Guidelines for Preventing Healthcare Associated Pneumonia, Recommendations of Centers Disease Control and Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee [Em linha] MMWR 2003; 53:1-36 (Consultado a 6 de novembro de 2011) Disponível em <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5303a1.htm>

TOLENTINO-DELOSREYES A., RUPPERT S. e SHIAO P – Evidence-Based Practice: Use of the Ventilator Bundle to Prevent Ventilator-Associated Pneumonia. [Em linha] Am J Crit Care, 2007; 16: 20-27 (Consultado em 20 de abril de 2012) Disponível em <http://ajcc.aacnjournals.org/content/16/1/20.short>

TORRES A., CARLET J. – Ventilator-associated pneumonia. European Task Force [Em linha] Eur Respir J: 2001, 14:1034-1045 (Consultado em 20 de Abril de 2012) Disponível em <http://erj.ersjournals.com/content/17/5/1034.long>

APÊNDICE XV

Plano da sessão “Intervenções de Enfermagem na Prevenção da PAV”

PLANO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO

AÇÃO DE FORMAÇÃO: Prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica -
Intervenções de Enfermagem

SERVIÇO: UCIP

DATA: 04/07/2012

INICIO: 14H30

FIM: 15H20

LOCAL: Sala de reuniões da UCIP

FORMADOR: Enf^ª Patrícia Costa (Aluna do 1º Curso de Mestrado de Enfermagem
Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal)

DESTINATÁRIOS: Enfermeiros da UCIP

OBJETIVOS:

OBJETIVO GERAL:

- Divulgar boas práticas no âmbito da Prevenção da PAV

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Relembrar conceitos relacionados com a PAV
- Transmitir conhecimentos acerca das Intervenções de Enfermagem na prevenção da PAV

Meios audiovisuais: Computador e datashow

PLANO DA SESSÃO LECTIVA

ETAPAS	CONTEÚDOS	MÉTODOS E MEIOS AUDIOVISUAIS	TEMPO
Introdução	<ul style="list-style-type: none">- Apresentação da formadora- Apresentação do tema- Justificação do tema- Apresentação dos objetivos da ação de formação	Expositivo Datashow	5 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none">- Definição de Pneumonia Associada à Ventilação mecânica- Epidemiologia da PAV- Taxas de PAV na UCIP- Patogénese da PAV- Etiologia da PAV- Fatores de Risco da PAV- Prevenção da PAV- Intervenções de Enfermagem na Prevenção da PAV- Apresentação dos resultados obtidos nas observações realizadas na fase diagnóstica	Expositivo Datashow	35 min
Conclusão	<ul style="list-style-type: none">- Síntese da ação- Esclarecimento de dúvidas- Bibliografia	Expositivo Datashow	5 min
Avaliação	<ul style="list-style-type: none">- Preenchimento dos questionários da avaliação da ação de formação	Questionário	5 min

APÊNDICE XVI

Diapositivos que serviram de suporte à ação de formação
“Intervenções de Enfermagem na Prevenção da PAV”



PREVENÇÃO DA PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM



Elaborado por: Patrícia Costa (Aluna do 1º
Curso de Mestrado em Enfermagem
Médico-Cirúrgica)
Orientado por :
Enfª LM
Profª EM

Lisboa
Julho, 2012

OBJETIVOS

Objetivo Geral:

✓ Divulgar boas práticas no âmbito da Prevenção da
Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV)

Objetivos Específicos:

- ✓ Relembrar conceitos relacionados com a PAV
- ✓ Transmitir conhecimentos acerca de intervenções
de enfermagem na prevenção da PAV

DEFINIÇÃO

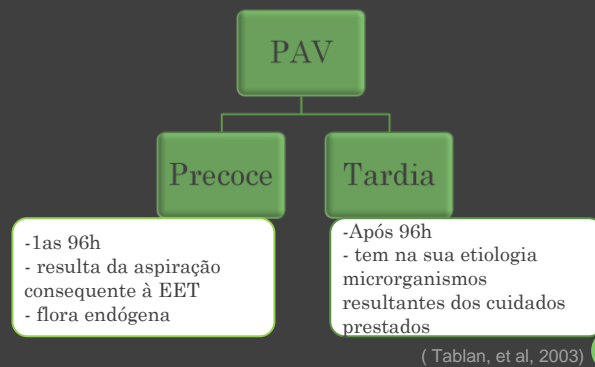
Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica :

Infeção respiratória que ocorre após 48 horas do doente
ter sido entubado endotraquealmente e submetido a
ventilação mecânica.

Para o seu diagnóstico é fundamental um adequado exame
clínico, radiológico e uma análise microbiológica das
secreções.

(Koenig e Truwit, 2006)

DEFINIÇÃO



EPIDEMIOLOGIA

-É a mais comum das IACS em UCI

-10% a 20% dos doentes submetidos a ventilação mecânica desenvolvem PAV

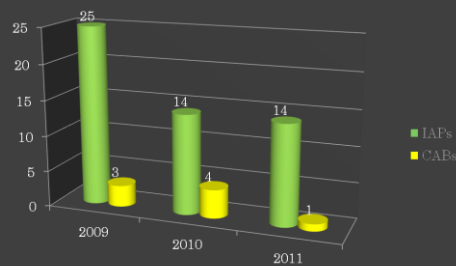
- 1 a 4 episódios de PAV por 1000 dias de ventilação, sendo que nos doentes intervencionados cirurgicamente o numero de casos pode exceder os 10 casos por 1000 dias de ventilação

(Coffin et al. 2008)

- Responsável por 20 a 30% da mortalidade hospitalar, aumentando o tempo de internamento e os custos

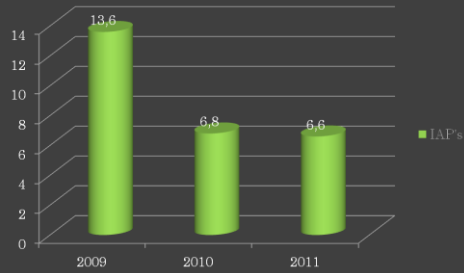
(Plano Nacional Controlo Infecção, 2003)

- Nº DE EPISÓDIOS POR ANO



(Resultados Helics UCI)

IAP'S/1000 DIAS DE VENTILAÇÃO



(Resultados Helics UCI)

PATOGÊNESE

Entubação

Alteração das defesas do hospedeiro

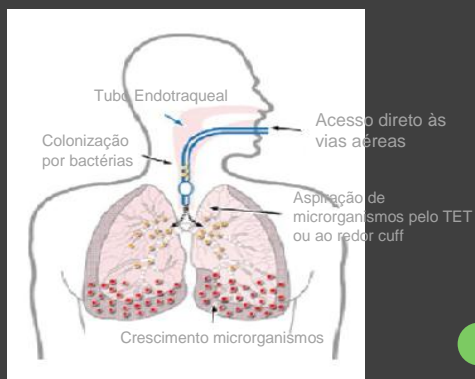
Colonização do aparelho respiratório inferior

RISCO DE PNEUMONIA

(American Thoracic Society Documents, 2005)

PATOGÊNESE

A ENTUBAÇÃO ENDOTRAQUEAL contribui para a PAV porque:



(American Thoracic Society Documents, 2005)

PATOGÊNESE

A invasão bacteriana depende da interação de :

Alteração da defesa do organismo

Patogenicidade e virulência dos microrganismos

Dimensão do inóculo bacteriano

(Plano Nacional Controle Infecção, 2003)

ETIOLOGIA

➤ Frequentemente causada por microrganismos bacterianos e raramente por vírus ou fungos (frequente nos doentes imunodeprimidos)

➤ Bacilos Gram - : Mais frequentes como *P. aeruginosa*, *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae* e *Acinetobacter*

➤ Cocos Gram + : *Staphylococcus aureus* (MRSA)

(American Thoracic Society Documents, 2005)

➤ PAV tardia está associada a microrganismos resistentes aos antibióticos

(Torres e Carlet, 2001)

FATORES DE RISCO



(Plano Nacional Controle Infecção, 2003)

PREVENÇÃO

Existem um conjunto de Guidelines elaboradas por grupos de peritos , que quando devidamente implementadas melhoram os resultados dos doentes e as relações custo-benefício

Estas recomendações estão projetadas para interromper os 3 principais mecanismos que contribuem para o desenvolvimento da PAV

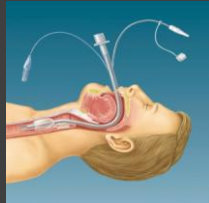
- aspiração de secreções
- colonização do trato digestivo
- utilização de equipamento contaminado

(Coffin et al. 2008)

PREVENÇÃO

Aspiração contínua de secreções subglóticas

- Utilização de TET com aspiração contínua através de lúmen dorsal acima do Cuff



Fonte: American Association of Critical Care Nurses, 2008

PREVENÇÃO

Preferir a Ventilação Não-invasiva



Fonte: www.homeliso.com.br

PREVENÇÃO

Evitar Reentubações Endotraqueais



Fonte: www.redemptor.net.br/

PREVENÇÃO

Preferível Entubação Orotraqueal à Entubação Nasotraqueal

Retirar precocemente TET, Sondas naso/oro gástricas ou jejunais

Profilaxia da úlcera de stress

Interrupção da sedação

PREVENÇÃO

Intervenções de enfermagem

A - Educação

B - Vigilância Epidemiológica

C - Prevenção da transmissão de microrganismos

- Transmissão pessoa-a-pessoa
- Cuidados com a traqueostomia
- Aspiração de secreções TB
- Manutenção do equipamento e material

D - Prevenção da aspiração

- Associada à entubação endotraqueal
- Associada à alimentação entérica
- Prevenção da colonização da orofaringe

A - EDUCAÇÃO

Os enfermeiros devem receber formação relativamente à realidade da PAV do seu local de trabalho:

- Fatores de risco
- Epidemiologia
- Taxas de PAV



Fonte: www.sechoje.com

Centers Disease Control , 2004
Health Protection Surveillance Centre, 2011
American Thoracic Society Documents, 2005
The Society for Healthcare Epidemiology of America, 2008

B – VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

➤ Devem ser realizadas auditorias às práticas regularmente

➤ Devem ser preenchidas diariamente as folhas calendário



Fonte: www.fisac.nomundo.net

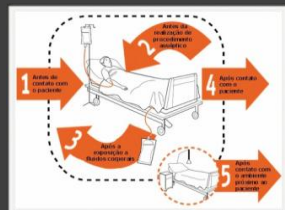
Centers Disease Control , 2004
Health Protection Surveillance Centre, 2011
American Thoracic Society Documents, 2005
The Society for Healthcare Epidemiology of America, 2008

C – TRANSMISSÃO DE MICROORGANISMOS

Transmissão Pessoa-a-Pessoa

Higiene das Mãos

-Devem ser cumpridos os 5 momentos



Fonte: Direção Geral da Saúde, 2009

Higiene das Mãos

-Devem ser sempre higienizadas as mãos:

- antes e após contato com o doente entubado
- antes e após contato com material /equipamento respiratório do doente
- sempre que as mãos se encontrem visivelmente sujas
- no mesmo doente entre zona visivelmente contaminada e uma zona limpa
- após contato com membranas mucosas e/ou secreções respiratórias

*Centers Disease Control , 2004
American Thoracic Society Documents, 2005
The Society for Healthcare Epidemiology of America, 2008
Health Protection Surveillance Centre, 2011*

Transmissão Pessoa-a-Pessoa

Luvas

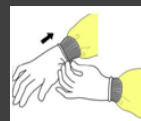
-Devem ser **utilizadas** luvas sempre que:

- exista risco de exposição a fluídos e/ou secreções
- haja manuseamento de objetos contaminados com secreções

-Devem ser **substituídas**:

- entre doentes
- após contato com secreções, equipamento/material, superfícies contaminadas
- no mesmo doente entre uma zona contaminada e outra não contaminada

- Após retirar as luvas as mãos devem sempre ser higienizadas



Fonte: Direção Geral da Saúde, 2007

Centers Disease Control , 2004

Transmissão Pessoa-a-Pessoa

Bata/Avental

-Deve ser **utilizada** bata sempre que:

- Se realizem procedimentos susceptíveis de gerar salpicos de secreções respiratórias

-Deve ser sempre **substituída**:

- entre doentes

Máscara Cirúrgica

-Deve ser **utilizada** máscara cirúrgica durante:

- a aspiração de secreções com circuito aberto



Fonte: Direção Geral da Saúde, 2007



Fonte: Direção Geral da Saúde, 2007

Centers Disease Control , 2004

Aspiração de secreções TB

-Higienizar as mãos antes e após o procedimento

-Utilizar EPI (avental, luvas limpas e máscara)

-Utilizar uma sonda de aspiração -esterilizada e de uso único

- Utilização de técnica asséptica durante a aspiração com circuito aberto



Fonte: www.saude.culturamix.com

Center Diseases Control, 2003
American Association for Respiratory Care, 2010

Manutenção do Equipamento/Material

Frequência de substituição do material

Circuitos externos ventilador

- Entre doentes
- Se sujo ou em mau funcionamento

HME's

- Diariamente
- Sempre que visivelmente sujos ou com condensação

Ressuscitador manual

- Uso individual para cada doente

Center Disease Control, 2003
Canadian Critical Care Society, 2004
Health Protection Surveillance Centre, 2011

D – PREVENÇÃO DA ASPIRAÇÃO

Associada à entubação traqueal

- Aspirar as secreções subglóticas sempre que se remove o ar do cuff do TET

- Mobilização do TET
- Extubação

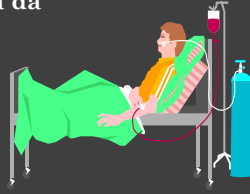
- Manter pressão do cuff do TET 20-30cm H2O



European Task Force, 2001
American Thoracic Society Documents, 2005
Health Protection Surveillance Centre, 2011

Associada à alimentação entérica

- Elevação da cabeceira da cama 30-45



Fonte: American Association of Critical Care Nurses, 2006

European Task force, 2001
Centers Diseases Control, 2003
Canadian Critical Care Society, 2004
American Thoracic Society Documents, 2005
The Society for Healthcare Epidemiology of America, 2008
Health Protection Surveillance Centre, 2011

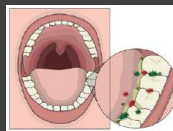
Associada à alimentação entérica

- Avaliação regular do posicionamento das sondas de alimentação entérica
- Avaliação da tolerância gástrica

Centers Diseases Control, 2003

Prevenção da colonização da orofaringe

Higiene oral



Fonte: PEAR, STOESEL, e SHOEMAKE, 2007

- Higiene oral previamente às mobilizações e seguido de aspiração de secreções
- Escovar os dentes e língua a cada 12 horas, com escova de dentes
- Aplicar anti-séptico (gluconato de clorohexidina a 0,2%) a cada 2-4 horas
- Inspeção da cavidade oral

(PEAR, STOESEL, e SHOEMAKE, 2007)

Questões não resolvidas na Prevenção da PAV

- Sistema de aspiração fechado vs sistema aberto para a prevenção da PAV
- Sondas de alimentação de menor calibre vs de maior calibre
- Sondas de alimentação jejunais vs sondas de alimentação gástricas
- Administração alimentação entérica contínua vs intermitente

(Centers Disease Control, 2003)

Resultados Observações Janeiro/2012

Critério	Sim		Não	
	N	%	N	%
Elevação da cabeceira da cama 30-45°	10	58,8%	7	41,2%
Higiene oral com clorexidina 1 x turno	14	82,4%	3	17,6%
Substituição do nastro turno da manhã	10	100%		0
Substituição do nastro em SOS	5	71,4%	2	2,6%
Avaliada pressão do cuff do TET 1 x turno	7	41,2%	10	58,8%

Resultados Observações Janeiro/2012

Higienização das mãos	Sim		Não	
	N	%	Não	%
Antes contacto com o doente	7	41,2%	10	58,8%
Antes do manuseamento de material/equipamento respiratório do doente	7	58,3%	5	41,7%
No mesmo doente entre zona visivelmente contaminada e o trato respiratório	3	33,3%	6	66,7%
Antes de proceder à aspiração de secreções	7	41,2%	10	58,8%
Antes de realizar a higiene oral	0	0,0%	8	100%
Após realizar higiene oral	3	30%	7	70%
Após aspiração de secreções	8	47,1%	9	52,9%
Após contacto com o doente	14	82,4%	3	17,6%
Após o manuseamento equipamento/material respiratório	2	18,2%	9	81,8%

Resultados Observações Janeiro/2012

Das observações realizadas à técnica da **ASPIRAÇÃO DE SECREÇÕES**:

- Foi sempre utilizada luva esterilizada para introdução da sonda de aspiração
- Foi sempre utilizada uma sonda de aspiração esterilizada
- Foram utilizadas luvas limpas em todas as observações
- Em quase todas as observações foram utilizados avental e máscara cirúrgica (em 17 obs, 13 utilizaram e 4 não utilizaram)

Resultados Observações Janeiro/2012

Das observações realizadas à **SUBSTITUIÇÃO DE MATERIAL**

- Em grande parte das observações verificou-se que o cumprimento da substituição do material de acordo com o estipulado na unidade

Enquanto Enfermeiros desempenhamos um papel fundamental na prevenção da PAV, através da implementação das estratégias definidas para a mesma



Obrigada !

Bibliografia :

American Thoracic Society Documents – Guidelines for the Management of Adults with Hospital-acquired, Ventilator-associated, and Healthcare-associated Pneumonia [Em linha] Am J Respir Crit Care Med 2005; 171: 338-416. (Consultado a 10 de Maio de 2012) Disponível em <http://ajrccm.atsjournals.org/content/171/4/388.full>

TABLON OC, et al – Guidelines for Preventing Healthcare Associated Pneumonia, Recommendations of Centers Disease Control and Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee [Em linha] MMWR 2003; 53:1-36 (Consultado a 6 de novembro de 2011) Disponível em <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5303a1.htm>

COFFIN et al – Strategies to Prevent Ventilator-Associated Pneumonia in Acute Care Hospitals. The Society for Healthcare Epidemiology of America [Em linha] Infection Control and Hospital Epidemiology, 2008; 29: 31-40 (Consultado em 20 de Abril de 2012) Disponível em <http://www.jstor.org/stable/10.1086/591062>

Bibliografia :

PLANO NACIONAL CONTROLO INFEÇÃO – Recomendações para a Prevenção da Infecção Respiratória em Doente Ventilado [Em linha] 2003 (Consultado a 20 de Abril de 2012) Disponível em <http://www.dgs.pt/ms/3/default.aspx?pl=&id=5514&access=0>

KOENING, S.; TRUWIT, J – Ventilator-associated Pneumonia: Diagnosis, Treatment and prevention. [Em linha] Clinical Microbiology Reviews, 2006: 19;4. (Consultado a 21 de Novembro de 2011) Disponível em <http://cmr.asm.org/content/19/4/637.short>

TORRES A., CARLET J. – Ventilator-associated pneumonia. European Task Force [Em linha] Eur Respir J: 2001, 14:1034-1045 (Consultado em 20 de Abril de 2012) Disponível em <http://erj.ersjournals.com/content/17/5/1034.long>

CHULAY M. – Ventilator-associated Pneumonia. [Em linha] American Association of Critical Care Nurses. Presentation 2008. (Consultado em 22 de Abril de 2012) Disponível em <http://www.aacn.org/wd/practice/content/vap-practice-alert.pcms?menu=practice>

APÊNDICE XVII

Avaliação das ações de formação

AVALIAÇÃO DOS FORMANDOS RELATIVAS ÀS AÇÕES DE FORMAÇÃO

Tabela 5 - Apreciação Global da Ação de Formação "Intervenções de Enfermagem na Prevenção da PAV"

Critérios a avaliar	Discorda Totalmente	Discorda	Concorda	Concorda Totalmente
As suas expectativas em relação à formação foram atingidas			27%	73%
Os objetivos da formação foram atingidos			27%	73%
Para a sua atividade profissional a atividade foi útil			13%	87%
Favoreceu a sua aquisição/consolidação de conhecimentos			40%	60%
A teoria foi relacionada com a prática			40%	60%
A formação apresentou bom nível técnico-pedagógico			60%	40%
Foram abordados todos os pontos que considerou importantes			60%	40%
A documentação distribuída possui qualidade			40%	60%
Os audiovisuais utilizados foram adequados à mensagem transmitida			47%	53%
A duração da formação foi adequada			60%	40%
O horário da formação foi adequado			67%	33%

Tabela 6 - Avaliação do formador e metodologia utilizada na ação de formação "Intervenções de Enfermagem na Prevenção da PAV"

Critérios a avaliar	1 - Ins	2 - Suf	3 - Bom	4 - Muito Bom
Domínio dos conteúdos apresentados			40%	60%
Facilidade de transmissão de conhecimentos			20%	80%
Clareza na transmissão dos conhecimentos			53%	47%
Capacidade de motivar, despertar interesse nos formandos		7%	60%	33%
Interação com o grupo		7%	40%	53%
Interesse demonstrado no esclarecimento de dúvidas			33%	67%
Gestão de tempo			33%	67%
Pontualidade		7%	7%	86%

Tabela 7 - Apreciação global da ação de formação "Intervenções de Enfermagem ao Doente Queimado"

CrITÉrios a avaliar	Discorda Totalmente	Discorda	Concord a	Concorda Totalmente
As suas expetativas em relação à formação foram atingidas			31%	69%
Os objetivos da formação foram atingidos				100%
Para a sua atividade profissional a atividade foi útil			38%	62%
Favoreceu a sua aquisição/consolidação de conhecimentos				100%
A teoria foi relacionada com a prática			31%	69%
A formação apresentou bom nível técnico-pedagógico			23%	77%
Foram abordados todos os pontos que considerou importantes				100%
A documentação distribuída possui qualidade			31%	69%
Os audiovisuais utilizados foram adequados à mensagem transmitida			31%	69%
A duração da formação foi adequada				100%
O horário da formação foi adequado			31%	69%

Tabela 8 - Avaliação do formador e metodologia da ação de formação "Intervenções de Enfermagem ao Doente Queimado"

CrITÉrios a avaliar	1- Ins	2 - Suf	3- Bom	4 - Muito Bom
Domínio dos conteúdos apresentados				100%
Facilidade de transmissão de conhecimentos				100%
Clareza na transmissão dos conhecimentos				100%
Capacidade de motivar, despertar interesse nos formandos			38%	62%
Interação com o grupo			23%	77%
Interesse demonstrado no esclarecimento de dúvidas				100%
Gestão de tempo				100%
Pontualidade			38%	62%

Tabela 9 - Apreciação global da ação de formação "Plano de Emergência Interno - UCIP"

Critérios	Discorda Totalmente	Discord a	Concord a	Concord a Totalmente
As suas expetativas em relação à formação foram atingidas			55%	45%
Os objetivos da formação foram atingidos			64%	36%
Para a sua atividade profissional a atividade foi útil			36%	64%
Favoreceu a sua aquisição/consolidação de conhecimentos			36%	64%
A teoria foi relacionada com a prática		9%	55%	36%
A formação apresentou bom nível técnico-pedagógico			45%	55%
Foram abordados todos os pontos que considerou importantes			36%	64%
A documentação distribuída possui qualidade			27%	73%
Os audiovisuais utilizados foram adequados à mensagem transmitida			18%	82%
A duração da formação foi adequada			45%	55%
O horário da formação foi adequado			73%	27%

Tabela 10 - Avaliação do formador e metodologia utilizada na ação de formação "Plano de Emergência Interno "

Critérios a avaliar	1- Ins	2 - Suf	3- Bom	4 - Muito Bom
Domínio dos conteúdos apresentados			27%	73%
Facilidade de transmissão de conhecimentos			45%	55%
Clareza na transmissão dos conhecimentos			27%	73%
Capacidade de motivar, despertar interesse nos formandos			45%	55%
Interação com o grupo		9%		91%
Interesse demonstrado no esclarecimento de dúvidas			36%	64%
Gestão de tempo			36%	64%
Pontualidade			27%	73%

APÊNDICE XVIII

**Grelha de auditoria ao procedimento “Intervenções de Enfermagem na
Prevenção da PAV”**

Grelha de Auditoria Interna					
Tema: Intervenções de Enfermagem na Prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica					
Unidade:			Data:		
Audidores:					
Fontes de Informação	Critério	SIM	Não	N/A	Observações
Parte I – Organização e Gestão					
Consulta	Existe um Procedimento setorial sobre Intervenções de Enfermagem na prevenção da PAV				
Entrevista	Os enfermeiros conhecem a existência do procedimento setorial e as Intervenções de Enfermagem na Prevenção da PAV				
Fórmula de cálculo do cumprimento dos critérios					
Nº de respostas sim _____ = _____ x 100 = _____ %					
Nº de respostas aplicáveis					
Parte II - Formação					
Consulta	O Plano de Formação anual da unidade contempla a área da prevenção da PAV				
Fórmula de cálculo do cumprimento dos critérios					
Nº de respostas sim _____ = _____ x 100 = _____ %					
Nº de respostas aplicáveis					
Parte III – Estruturas para a higiene das mãos					
Observação	Existe lavatório por cada sala de prestação de cuidados para a higienização das mãos				
	Existe sabões líquidos e antissépticos em cada lavatório para higienização das mãos				
	Existe suporte para o sabão e antissépticos				
	Existem toalhetes para secar as mãos junto a cada lavatório				
	Existe contentor para depositar os toalhetes usados				
	Existe frascos de SABA à entrada dos quartos e junto a cada cama				
Fórmula de cálculo do cumprimento dos critérios					
Nº de respostas sim _____ = _____ x 100 = _____ %					
Nº de respostas aplicáveis					
Parte IV – Segurança e Saúde					
Higienização das mãos					
	Antes do contacto com o doente entubado endotraquealmente ou traqueostomizado				
	Após contato com o doente entubado				

Grelha de Auditoria Interna

Tema: Intervenções de Enfermagem na Prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica

Unidade:

Data:

Auditores:

Fontes de Informação	Critério	SIM	Não	N/A	Observações	
Observação	endotraquealmente ou traqueostomizado					
	Antes do contato com DMUM e/ou equipamento respiratório do doente					
	Após contato com DMUM e/ou equipamento respiratório do doente					
	Antes do contato com membranas mucosas e/ou secreções respiratórias					
	Após contato com membranas mucosas e/ou secreções respiratórias					
	No mesmo doente entre uma área corporal colonizada e uma área limpa					
Fórmula de cálculo do cumprimento dos critérios						
$\frac{\text{N}^\circ \text{ de respostas sim}}{\text{N}^\circ \text{ de respostas aplicáveis}} = \text{_____} \times 100 = \text{_____} \%$						
Utilização dos EPI's						
Luvras limpas						
Observação	No manuseamento de objetos contaminados					
	Aspiração de secreções					
	Higiene das mãos antes de calçar luvas					
	Higiene das mãos após remoção das luvas					
	As luvas são substituídas entre doentes					
	As luvas são substituídas após contato com secreções					
	As luvas são substituídas após contato com DMUM contaminado					
	As luvas são removidas de forma segura					
	Máscara cirúrgica com viseira ou óculos de proteção					
	A máscara é colocada de forma segura					
	Utilizada na aspiração de secreções em circuito aberto					
	A máscara é removida de forma segura					
	Bata/avental					
É utilizado avental /bata aquando da aspiração de secreções						
O avental/bata são removidos de forma segura						

Grelha de Auditoria Interna					
Tema: Intervenções de Enfermagem na Prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica					
Unidade:			Data:		
Audidores:					
Fontes de Informação	Critério	SIM	Não	N/A	Observações
	Existem EPI disponíveis em cada quarto e em local visível				
Fórmula de cálculo do cumprimento dos critérios					
$\frac{\text{N}^\circ \text{ de respostas sim}}{\text{N}^\circ \text{ de respostas aplicáveis}} = \frac{\quad}{\quad} \times 100 = \quad \%$					
Parte V – Cuidados específicos na prevenção da PAV					
Cuidados à traqueostomia durante a manutenção					
Observação	É utilizada técnica asséptica				
	Aspiração de secreções				
	É utilizada técnica asséptica durante o procedimento				
Fórmula de cálculo do cumprimento dos critérios					
$\frac{\text{N}^\circ \text{ de respostas sim}}{\text{N}^\circ \text{ de respostas aplicáveis}} = \frac{\quad}{\quad} \times 100 = \quad \%$					
Parte VI - Prevenção da Aspiração					
Observação	Os doentes entubados endotraquealmente ou traqueostomizados apresentam a cabeceira da cama entre 30-45º				
Consulta	É avaliada a Pressão do Cuff do TET uma vez turno				
Consulta	É cumprido o protocolo de alimentação entérica instituído na unidade				
Consulta	É realizada higiene oral com escova 12/12h				
Consulta	É feita instilação com gluconato de clorhexidina 0,2% uma por turno				
Fórmula de cálculo do cumprimento dos critérios					
$\frac{\text{N}^\circ \text{ de respostas sim}}{\text{N}^\circ \text{ de respostas aplicáveis}} = \frac{\quad}{\quad} \times 100 = \quad \%$					
Parte VII - Manutenção do DMUM e equipamento					
Observação	Os filtros humidificadores são substituídos diariamente				
	O filtro do ressuscitador manual é substituído diariamente				
	A água de lavagem do tudo de aspiração é substituída diariamente				
	Os reservatórios de água do O2 são substituídos				

Grelha de Auditoria Interna					
Tema: Intervenções de Enfermagem na Prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica					
Unidade:			Data:		
Auditores:					
Fontes de Informação	Critério	SIM	Não	N/A	Observações
	diariamente				
Entrevista	Os filtros humidificadores são substituídos em SOS				
	O tubo do aspirador é substituído diariamente				
	O ressuscitador manual é de uso individual para cada doente				
	O ressuscitador manual é enviado para o SEC, para desinfeção térmica, entre doentes				
	A lâmina de laringoscópio é lavada em água corrente com detergente neutro e desinfetado com álcool 70°				
	As máscaras de anestesia são enviadas para o SEC, para desinfeção térmica, entre doentes				
Fórmula de cálculo do cumprimento dos critérios					
$\frac{\text{N}^\circ \text{ de respostas sim}}{\text{N}^\circ \text{ de respostas aplicáveis}} = \frac{\quad}{\quad} \times 100 = \quad \%$					

Fórmula de cálculo para o cumprimento das recomendações:

Critério – Cada questão relativa a um dos componentes de uma recomendação, por comparação com as recomendações do procedimentos

1 – Para avaliar o índice de qualidade correspondente ao cumprimento de cada conjunto de critérios

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de respostas sim}}{\text{N}^\circ \text{ de respostas aplicáveis}} = \frac{\quad}{\quad} \times 100 = \quad \%$$

Nº de respostas aplicáveis

2 – Para avaliar a taxa global de cumprimento das normas. Índice Global de Qualidade

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de respostas sim na totalidade}}{\text{n}^\circ \text{ total de respostas aplicáveis}} = \frac{\quad}{\quad} \times 100 = \quad \%$$

nº total de respostas aplicáveis

Quadro nº 4 – Nível de conformidade

Níveis de Conformidade	Score
Conformidade Total	≥ 85%
Conformidade Parcial	entre 75 e 84%
Conformidade Mínima	≤ 75%

Fonte: ICNA – Audit tools for monitoring infection control guidelines within the community setting, 2005

APÊNDICE XIX

Planeamento do PAC

PLANEAMENTO DO PAC

Objetivo Geral:

- Adquirir/desenvolver as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica de acordo com o Regulamento n.º 124/2011 de 18 de Fevereiro, nomeadamente:

K.1 - Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica

K.2 - Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação

K.3 - Maximiza a intervenção na prevenção e controlo de infeção 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

COMPETÊNCIA K.1 - <i>Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica</i>		
Objetivos específicos	Atividades a desenvolver	Indicadores de avaliação
Prestar cuidados especializados de enfermagem à Pessoa de médio e alto risco	<ul style="list-style-type: none">- Realização de estágio numa UCIP de um Hospital Central de Lisboa- Prestação direta de cuidados ao doente em situação de médio e alto risco- Execução de técnicas específicas de elevada complexidade ao doente em situação crítica- Prestação de cuidados ao doente em fim de vida- Participação como formanda na ação de formação “Comunicação de más notícias”	<ul style="list-style-type: none">- Apresenta relatório do estágio realizado- Elabora reflexão sobre técnicas realizadas durante o estágio na UCIP e respetivos cuidados de enfermagem no relatório de mestrado- Realiza reflexão da formação assistida e apresenta os contributos adquiridos na mesma no relatório de mestrado
Formar a equipa de enfermagem da UCIP sobre Intervenções de Enfermagem na prevenção da PAV através de ação de	<ul style="list-style-type: none">- Pesquisa bibliográfica sobre: PAV e sua prevenção- Seleção dos conteúdos a apresentar	<ul style="list-style-type: none">- Apresenta plano da sessão- Apresenta os diapositivos que serviram de suporte à ação de formação

	<ul style="list-style-type: none"> - Marcação da ação de formação com a Sr^a Enf^a Responsável pela formação em serviço - Divulgação da ação de formação - Apresentação da ação de formação - Avaliação da ação de formação 	
COMPETÊNCIA K.2 - K.2 - Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação		
<p>Aprofundar/adquirir conhecimentos sobre o plano de segurança da instituição onde se realiza estágio</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa bibliográfica sobre: plano de emergência interno, plano de emergência externo, atuação em situação de catástrofe, nomeadamente sismo. - Realização de estágio com a duração de 26horas no Gabinete de Gestão de Risco de um Hospital Central de Lisboa - Elaboração de um dossier temático com material sobre o Plano de Emergência Interno para a UCIP - Participação num simulacro de incêndio a levar a cabo pelo Gabinete de Gestão de Risco 	<ul style="list-style-type: none"> - Apresenta avaliação do estágio realizado no Gabinete de gestão de Risco - Apresenta dossier temático “Plano de Emergência Interno – UCIP”
<p>Divulgar o Plano de Emergência Interno – Instruções especiais de Segurança, à equipa de enfermagem e de assistentes operacionais através de ação de formação</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação do procedimento Instruções Especiais de Segurança elaborado para a UCIP pelo Gabinete de gestão de Risco, à Sr^a Enf^a Chefe - Planeamento da sessão de formação - Seleção dos conteúdos a apresentar na ação 	<ul style="list-style-type: none"> - Apresenta plano da sessão da formação - Apresenta os diapositivos que servem de suporte à ação de formação - Apresenta avaliação da sessão de formação “Plano de Emergência Interno – Instruções especiais de

<p>Desenvolver competências técnicas e científicas na área da auditoria a práticas de enfermagem na Prevenção da PAV, através da construção de uma grelha de auditoria e respetiva aplicação</p>	<p>procedimentos existentes.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Criação de um dossier temático sobre Prevenção da PAV - Elaboração do procedimento sectorial “Intervenções de Enfermagem na prevenção da PAV” - Discussão do procedimento sectorial com a Enfª Chefe, Enfª Orientadora , Enfª elo dinamização/ligação com a CCIH e Enfªs da CCIH - Reformulação do procedimento caso seja necessário - Apresentação do procedimento à equipa de enfermagem através de ação de formação - Submeter o procedimento sectorial a aprovação da Srª Enfª Chefe da UCIP1 do CHLC, EPE - Disponibilização do procedimento à equipa de enfermagem na ação de formação <p>- Pesquisa bibliográfica sobre: auditoria, tipos de auditoria, metodologias de colheitas de dados</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elaboração de uma grelha de auditoria às práticas de enfermagem no âmbito da prevenção da PAV - Discussão da grelha de auditoria com Srª 	<p>Prevenção da PAV”</p> <ul style="list-style-type: none"> - Apresenta grelha de auditoria interna às práticas de enfermagem na prevenção da PAV - Realiza relatório da auditoria realizada
---	--	--

<p>Adquirir/aprofundar conhecimentos sobre a utilização de Bundles na prevenção da infeção associada ao CVC</p> <p>Elaborar procedimento sectorial “Realização do Penso do Doente Queimado” para a UCIP1 do CHLC, EPE</p>	<p>Enfª Chefe, Srª Enfª Orientadora , Srª Enfª elo de ligação com a CCIH e Sras Enfas da CCIH</p> <ul style="list-style-type: none"> - Validação da grelha de auditoria com peritos da área - Realização de uma auditoria às práticas de enfermagem no âmbito da prevenção da PAV - Avaliação da auditoria realizada - Elaboração do relatório da auditoria - Apresentação do relatório à Srª Enfª Chefe - Divulgação dos resultados à equipa <ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa bibliográfica sobre utilização de <i>bundles</i> na prevenção e controlo de infeção - Participação como formanda na ação de formação em serviço que decorreu na UCIP “Aplicação da bundle Manutenção do CVC na UCIP” <ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa bibliográfica sobre penso do doente queimado na perspetiva do controlo de infeção - Elaboração de um esboço do procedimento - Apresentação e discussão do procedimento com a Srª Enfª elo de ligação da UQ com a CCIH 	<ul style="list-style-type: none"> - Realiza reflexão sobre a formação assistida e apresenta os contributos adquiridos na mesma no relatório de mestrado <ul style="list-style-type: none"> - Apresenta o procedimento sectorial “Realização do Penso do Doente Queimado” para a UCIP
--	---	--

	<ul style="list-style-type: none">- Apresentação do procedimento à Sr^a Enf^a Chefe- Apresentação e disponibilização do procedimento setorial à equipa de enfermagem da UCIP durante a ação de formação	
--	--	--

APÊNDICE XX

**Trabalho desenvolvido na Unidade Curricular Supervisão de Cuidados
inserido na Unidade Curricular Enfermagem Médico-Cirúrgica do 1º
Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica do IPS-ESS**

Instituto Politécnico de Setúbal
Escola Superior de Saúde
1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica



Supervisão De Cuidados

Elaborado por:

Fernanda Anjo
Liliana Teniz
Patrícia Costa
Pedro Rodrigues
Raquel Dias

Orientado por:

Profª Alice Ruivo
Profª Lurdes Martins
Prof. Sérgio Deodato

Lisboa
Julho, 2012

ÍNDICE SIGLAS

AR – Assembleia da República

CDE – Código Deontológico dos Enfermeiros

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CNECV - Conselho Nacional Ético para as Ciências da Vida

DGS – Direção Geral de Saúde

EOE – Estatuto da Ordem dos Enfermeiros

OE – Ordem dos Enfermeiros

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

INDICE

	Pág.
INTRODUÇÃO	3
1.PROCESSO DE ENFERMAGEM	4
1.1.COLEITA DE DADOS	4
1.2. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	5
1.3. RESULTADOS ESPERADOS	5
1.4 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	5
1.5 FUNDAMENTAÇÃO	7
2.REFLEXÃO	15
3. CONCLUSÃO	23
4.REFERÊNCIAS BBLIOGRÁFICAS	25

INTRODUÇÃO

No âmbito do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica a decorrer no Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde, departamento de Enfermagem, foi-nos proposto a elaboração de um trabalho no âmbito da unidade curricular Supervisão de Cuidados.

De acordo com Wilson de Abreu citado por DEODATO (2010), a Supervisão Clínica é um processo que visa a análise de situações-problema pelo estudante e supervisor, no sentido de refletir sobre as decisões tomadas.

Neste sentido e tendo presente que o cuidado em Enfermagem resulta das decisões tomadas pelo Enfermeiro, com base em fundamentos de diversa natureza, tal como refere DEODATO (2010), a unidade curricular Supervisão de Cuidados visa a reflexão e discussão acerca de situações problemáticas vivenciadas em contexto de prestação de cuidados pelos estudantes, através das diferentes fases do Processo de Enfermagem.

Com este trabalho pretende-se que o grupo reflita sobre os processos de prestação de cuidados em enfermagem médico-cirúrgica e desenvolva competências e raciocínio crítico na tomada de decisão em cuidados complexos, através da delimitação de problemas complexos na área da enfermagem médico-cirúrgica, da formulação de diagnósticos de enfermagem segundo a classificação CIPE, da identificação dos resultados esperados e do planeamento das intervenções de enfermagem no sentido da procura dos resultados esperados, com base em fundamentos adequados à tomada de decisão.

Desta forma, após a introdução, é apresentado o Processo de Enfermagem e as respetivas fases: a colheita de dados onde é identificado o problema, os diagnósticos de enfermagem formulados, os resultados esperados e as intervenções de enfermagem planeadas segundo a classificação CIPE. Posteriormente é apresentada a fundamentação das intervenções planeadas tendo por base princípios éticos, jurídicos e científicos. Por fim é feita uma reflexão acerca das aprendizagens adquiridas com a elaboração do trabalho e apresentada uma conclusão.

1 – PROCESSO DE ENFERMAGEM

Tal como referido anteriormente no sentido de se refletir sobre a situação problemática identificada vão seguir-se as fases do Processo de Enfermagem.

1.1 – COLHEITA DE DADOS

Apresentação do caso

A Sra X de 28 anos de idade do género feminino, raça caucasiana, com antecedentes pessoais de HIV diagnosticado à cerca de um ano e seguida na consulta externa do Hospital Y. Estudante do curso de Educadora de Infância, a viver em união de facto com o namorado, sem filhos, e atualmente a morarem em casa dos pais deste. Deu entrada na unidade X do mesmo hospital, com lesões cutâneas eruptivo-descamativas em cerca de 50% da superfície corporal, dispersas por todo o corpo, sobretudo a nível das mãos e pés em que apresentava placas de descamação. A Sr^a X apresentava igualmente atingimento das mucosas: oral, ocular e genital. Após colheita de dados verificou-se que este quadro de toxidermia instalou-se de forma progressiva cerca de uma semana após ter iniciado toma de antiretrovirais.

À entrada consciente, orientada, colaborante, a fornecer história pessoal. Foi realizada a colheita de dados de acordo com o modelo teórico de enfermagem instituído no hospital, das necessidades humanas básicas de Virgínia Henderson. Apresentava-se eufórica, com uma respiração regular mista de média amplitude, e sem necessidade de aporte de O₂ suplementar. Aparentemente com dificuldades na deglutição devido às lesões sangrantes da mucosa oral, refere não ter nenhuma intolerância alimentar e em termos de hábitos, refere manter uma alimentação diversificada. Com controlo de esfíncteres e hábitos de eliminação regulares. Devido às lesões disseminadas pelo corpo e às placas de descamação, apresenta elevado risco de infeção, bem como dor associada.

Demonstra ansiedade e preocupação com o facto de ainda não ter comunicado ao namorado ser portadora de HIV e este poder vir a descobrir, solicitando aos enfermeiros que não comuniquem ao mesmo esta situação. Refere ainda preocupação com o risco de vir a ficar com alteração da sua imagem corporal.

Refere não praticar qualquer religião.

1.2 - DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

Os diagnósticos de enfermagem identificados foram os seguintes:

- Dor (Grau 8) Atual
- Capacidade para deglutir comprometido
- Angústia Moral
- Imagem corporal perturbada
- Risco de Infecção relacionado com lesões disseminadas

1.3 – RESULTADOS ESPERADOS

Os resultados esperados para cada um dos diagnósticos elaborados foram respetivamente:

- Dor ausente
- Deglutição efetiva
- Angústia Moral melhorada
- Imagem corporal positiva
- Infecção nenhuma

1.4 – INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Para o Diagnóstico de Enfermagem **Dor (Grau 8) atual**, foram planeadas as intervenções:

- Administrar medicação para a dor
- Avaliar a dor
- Avaliar o controlo da dor
- Gerir o regime medicamentoso
- Implementar linhas de orientação à dor
- Ensinar sobre a gestão da dor

- Identificar a atitude face à dor
- Monitorizar a dor através de escalas de dor

Para o Diagnóstico de Enfermagem **Capacidade para deglutir comprometido** foram planeadas as intervenções:

- Avaliar o comportamento de comer e beber
- Gerir a alimentação entérica
- Vigiar a ingestão de alimentos
- Colaborar no regime dietético

Para o Diagnóstico de Enfermagem **Angústia Moral** foram planeadas as intervenções:

- Perceber causas da angústias
- Estabelecer relação de empatia
- Avaliar o bem-estar psicológico
- Aconselhar sobre a angústia moral
- Estabelecer a confiança
- Avaliar o medo
- Facilitar a capacidade para comunicar sentimentos

Para o Diagnóstico de Enfermagem **Imagem corporal perturbada** foram planeadas as intervenções:

- Avaliar a autoimagem
- Identificar o status psicossocial
- Estabelecer a confiança
- Avaliar o medo face à alteração da imagem corporal
- Facilitar a capacidade para comunicar sentimentos face à sua imagem corporal
- Reforçar a identidade pessoal
- Promover auto estima

Para o Diagnóstico de Enfermagem **Risco de Infecção relacionado com lesões disseminadas** foram planeadas as intervenções:

- Monitorizar sinais e sintomas de infeção

- Prevenir a infeção cruzada
- Implementar técnica asséptica
- Cuidado com a ferida

1.5 – FUNDAMENTAÇÃO

Diagnóstico de Enfermagem: Dor (Grau 8) Atual

Tendo em conta as competências do enfermeiro de cuidados gerais e os padrões de qualidade emanados pela OE, no âmbito das suas competências nos domínios da prática profissional, ética e legal e do desenvolvimento profissional, o enfermeiro toma por foco de atenção a dor contribuindo para a satisfação do cliente, o bem-estar e o auto-cuidado (OE, 2008:11). Enquanto profissionais privilegiados pela proximidade e tempo de contacto, os enfermeiros encontram-se numa posição relevante para promover e intervir no controlo da dor (OE, 2008:11).

A prestação de cuidados de Enfermagem ao doente com dor engloba dois tipos de intervenções: autónomas e interdependentes. De acordo com o REPE as intervenções autónomas são de exclusiva iniciativa e responsabilidade do enfermeiro isto é, o enfermeiro assume a responsabilidade pela sua prescrição, execução e avaliação. As intervenções interdependentes são de complementaridade e iniciam-se na prescrição elaborada por outro técnico da equipa de saúde (OE,1998). É o caso das prescrições farmacológicas, em que a responsabilidade pela prescrição é do médico, cabendo ao enfermeiro a responsabilidade de assegurar a sua execução e monitorizar os seus efeitos (OE, 2008).

A este propósito a OE (2008), citando um parecer nº 120/2007) do Conselho Jurisdicional «perante uma pessoa com dor, o enfermeiro tem o dever de prestar cuidados que a elimine ou diminua de intensidade, sempre que o cuidado apropriado implique prescrição de fármacos, é seu dever, num agir em complementaridade, no respeito pelo direito ao cuidado em tempo útil da pessoa que sofre, comunicar ao médico a avaliação feita. Se a prescrição existir previamente formalizada através de um plano terapêutico ou protocolo que se manifeste desadequada para a situação em concreto, deve o enfermeiro, igualmente comunicar ao médico os novos dados de avaliação recolhidos, no sentido de uma eventual alteração, se for esse o seu entendimento, no âmbito da sua responsabilidade de prescritor.»

A OE (2008: 17, 18) no Guia Orientador de Boa Prática na Dor, em linha de conta com as recomendações da DGS (2003, 2008) refere a avaliação como fundamental para o controlo da dor e recomenda que enfermeiro na avaliação deve:

- Reconhecer que a pessoa é o melhor avaliador da sua própria dor;
- Acreditar sempre na pessoa que sente dor
- Privilegiar o auto-relato como fonte de informação da presença de dor na pessoa com capacidades de comunicação e com funções cognitivas mantidas
- Avaliar a dor de forma regular e sistemática, desde o primeiro contacto,
- pelo menos uma vez por turno e / ou de acordo com protocolos instituídos;
- Colher dados sobre a história de dor considerando os seguintes parâmetros: exame físico; descrição das características da dor (localização, qualidade, intensidade, duração, frequência); formas de comunicar a dor / expressões de dor; fatores de alívio e de agravamento; estratégias de coping; implicações da dor nas atividades de vida; conhecimento / entendimento acerca da doença; impacto emocional, sócio-económico e espiritual da dor; sintomas associados;
- Escolher os instrumentos de avaliação de dor atendendo a: tipo de dor; idade; situação clínica; propriedades psicométricas; critérios de interpretação; escala de quantificação comparável; facilidade de aplicação; experiência de utilização em outros locais
- Avaliar a intensidade da dor privilegiando instrumentos de auto-avaliação, considerando a ordem de prioridade: Escala Visual Analógica; Escala Numérica (EN); Escala de Faces (EF); Escala Qualitativa (EQ).
- Assegurar a compreensão das escalas de auto-relato pela pessoa / cuidador principal / família, após ensino;
- Manter a mesma escala de intensidade em todas as avaliações, na mesma pessoa, exceto se a situação clínica justificar a sua mudança;
- Ensinar a pessoa / cuidador principal / família sobre a utilização de instrumentos de avaliação da dor e sua documentação;
- Garantir a comunicação dos resultados da avaliação da dor aos membros da equipa multidisciplinar, mesmo que se verifique transferência para outras áreas de intervenção.

Outra das vertentes na abordagem da dor é o seu controlo e compreende as intervenções destinadas à sua prevenção e tratamento. A OE (2008) recomenda:

- Colaborar com os restantes elementos da equipa multidisciplinar no estabelecimento de um plano de intervenção para o controlo da dor, coerente com os objetivos da pessoa;
- Contribuir com dados relevantes sobre a individualidade da pessoa para a seleção mais adequada dos analgésicos e das vias de administração;
- Envolver a pessoa / cuidador principal / família / na definição e reajustamento do plano terapêutico;
- Ajustar o plano terapêutico de acordo com os resultados da reavaliação e com os recursos disponíveis;
- Conhecer as indicações, as contra-indicações e os efeitos colaterais dos fármacos utilizados no controlo da dor e as interações medicamentosas;
- Prevenir e controlar os efeitos colaterais mais frequentes da terapêutica analgésica
- Vigiar a segurança da terapêutica analgésica;
- Prevenir e tratar a dor decorrente de intervenções de Enfermagem e de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos;
- Conhecer as indicações, as contra-indicações e os efeitos colaterais das intervenções não farmacológicas;
- Utilizar intervenções não farmacológicas em complementaridade e não em substituição da terapêutica farmacológica;
- Selecionar as intervenções não farmacológicas considerando as preferências da pessoa, os objetivos do tratamento e a evidência científica disponível

Em termos de resultados esperados “sempre que se preveja a ocorrência de dor ou a avaliação evidencie a sua presença, o enfermeiro tem o dever de agir na promoção de cuidados que a eliminem ou reduzam para níveis considerados aceitáveis pela pessoa” (OE, 2008:17).

Diagnóstico de enfermagem: Capacidade para deglutir comprometido

O suporte nutricional é uma aspeto importante nos cuidados a prestar à doente, pois com as vesículas dispersas pelo corpo, uma alimentação correta vai permitir reposição de

perdas, contribui para a reconstituição de tecidos lesados e para a manutenção do equilíbrio imunológico.

A capacidade de se alimentar está comprometida, pois as lesões da cavidade oral vão dificultar a deglutição, é função do enfermeiro “Ajudar a complementar a competência funcional em que o utente esteja parcialmente incapacitado” de acordo com o REPE; art.º 5º, alínea 4b (OE, 1998). Torna-se primordial neste caso vigiar e avaliar a alimentação desta doente.

Com base no estatuto da OE o art.º 83º alínea b) refere que devemos “orientar o individuo para outro profissional de saúde mais bem colocado para responder ao problema, quando o pedido ultrapasse a sua competência”, o enfermeiro deve colaborar a dietista na avaliação da nutrição e estabelecimento de um plano nutricional para assegurar que a doente receba a nutrição suficiente (AR, 2009).

Diagnóstico de Enfermagem: Angústia Moral e Imagem Corporal Perturbada

Segundo o ICN (2011:39) a angústia, prende-se com o bem-estar que representa uma “imagem mental de estar em boas condições psicológicas, satisfação com o controlo do stress e do sofrimento”. No caso da angústia moral esta deriva do conflito de decisões. A elaboração do diagnóstico de angústia moral deriva e apoia-se também na reflexão levada a cabo no capítulo seguinte.

A imagem corporal representa uma imagem mental do próprio corpo, no seu todo ou em parte, ou da aparência física do próprio” (ICN,2011:58).

De acordo com a OE (2003b:4): “O exercício profissional de enfermagem centra-se na relação interpessoal entre um enfermeiro e uma pessoa, ou entre um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidades)”.

Segundo WATSON (2002), os cuidados de enfermagem devem centrar-se na criação de uma relação ajuda/confiança entre enfermeira e doente, sendo crucial para o cuidar transpessoal. O contributo de Carl Rogers (2000), para a definição e afirmação da relação de ajuda foi fundamental. Na sua orientação humanista, persuadiu-se da existência do lado positivo do ser humano, das suas capacidades de se desenvolver e da sua vontade de evoluir, nesta perspetiva a relação e o aconselhamento com o outro tornam-se

fundamentais, além de instrumentos de cura, são uma ajuda para a auto realização da pessoa cuidada.

LAZURE (1994) explicita como fundamental um conjunto de capacidades para o estabelecimento da relação de ajuda de uma forma eficaz por parte do enfermeiro: a escuta, a clarificação, a confrontação, a empatia, o respeito e a congruência.

Para a mesma autora, a relação de ajuda é uma relação na qual aquele que ajuda fornece à pessoa certas condições de que ele necessita para satisfazer as suas necessidades básicas. É pessoal, centrada no cidadão e dirigida para a concretização de objetivos, onde se procura levar o cidadão a dominar as suas próprias capacidades, ou seja, encontrar a autonomia e o controlo da própria vida. O papel do enfermeiro não pode pois, ser um papel substitutivo.

Segundo PHANEUF (2005), a ajuda não requer que se ofereçam ao cidadão as soluções prontas, mas sim orientá-la e facilitar-lhe a descoberta dos seus recursos e assisti-la na sua evolução nas diferentes fases da resolução de problemas. O objetivo principal é a capacitação do cidadão para ele próprio cuidar da sua saúde e não criar uma dependência dos profissionais de saúde. Na relação de ajuda são importantes os contributos de cada um dos intervenientes, tais como:

- **Contributos do enfermeiro:** a sua experiência, a sua compreensão, a sua inteligência, os seus conhecimentos e competências, os seus valores e crenças, as suas motivações para conduzir à mudança;
- **Contributos do cidadão:** a sua experiência de vida, a sua inteligência, os conhecimentos adquiridos, valores e crenças, motivação para mudar.

Para PHANEUF (2005) o processo de relação de ajuda passa pela capacidade da pessoa que ajuda, saber escutar, procurar compreender a dinâmica subjacente ao que vive esta pessoa (captar os índices, mesmo que discretos de mensagens afetivas, verbais ou não verbais), e chegar a uma interpretação lógica, em que a pessoa que ajuda vai responder, manifestando a sua compreensão para a dificuldade com que se depara a pessoa, levando a uma reação da mesma, explorando os seus sentimentos para confirmar ou infirmar o que lhe transmite quem ajuda, pela sua empatia; na fase final, a pessoa que ajuda leva a pessoa ajudada a identificar as suas próprias capacidades – o sujeito vê mais claramente o seu problema, os seus recursos e está em condições de tomar decisões e se empenhar na ação.

Segundo LAZURE (1994), a relação de ajuda consiste em desenvolver relações humanas potenciadoras de atitudes que favorecem a interação humana. Desta interação

enfermeiro/doente resulta uma relação que tem como objetivo promover o crescimento pessoal do doente e o descobrir dos seus recursos ocultos para fazer face aos seus problemas. É este intercâmbio que contribui para a satisfação de uma necessidade de ajuda, podendo ser uma troca verbal ou não verbal que permite que quem precisa de ajuda reencontre a sua coragem, se torne autónomo e que evolua para um melhor bem-estar físico, psicológico e social, sendo a relação de ajuda fundamental para que os cuidados de enfermagem sejam verdadeiramente eficazes.

Diagnóstico de Enfermagem: Risco de Infeção relacionado com lesões disseminadas

A infeção é uma das principais e mais graves complicações do doente com Síndrome de Stevens-Jonhson, sendo que a sepsis constitui a principal causa de morte nestes doentes. A perda da barreira cutânea provocada pela descamação da epiderme facilita a invasão microbiana de origem endógena e exógena. Apesar da derme inicialmente intata ela é facilmente penetrável pelos microrganismos que crescem livremente no exsudato e na epiderme necrótica. Também a necessidade de colocação de dispositivos invasivos como cateteres venosos centrais, para reposição hídrica, sondas vesicais por avaliação do débito urinário, retenções urinárias, desconforto e dor na micção devido a lesões da mucosa genital, predispõem estes doentes a adquirir uma infeção em consequência dos cuidados prestados (CABRAL et al, 2004).

No caso concreto, apresentando a nossa doente um quadro de lesões cutâneas eruptivo-descamativas em cerca de 50% da superfície corporal, dispersas por todo o corpo, sobretudo a nível das mãos e pés em que apresentava placas de descamação, apresentando ainda atingimento das mucosas: oral, ocular e genital e tendo presente a definição de Risco como potencialidade com as características específica: possibilidade de perda ou problema, problema que é esperado com uma certa probabilidade, potencial para um estado negativo e de infeção definida como processo patológico com as características específicas: invasão do corpo por microrganismos patogénicos que se reproduzem e multiplicam, causando doença por lesão celular local, secreção de toxinas ou reação antigénio-anticorpo (CIPE) tornou-se primordial levantar o diagnóstico de enfermagem Risco de Infeção e instituir medidas de controlo de infeção.

O enfermeiro no desempenho das suas funções e de acordo com o artº 83 do CDE referente ao direito ao cuidado, assume o dever de co-responsabilizar-se pelo atendimento

do indivíduo em tempo útil de forma a não haver atrasos no diagnóstico das doenças e respetivo tratamento, sendo que neste caso ao proceder-se à avaliação da doente, constatou-se que a mesma possuía um conjunto de fatores, tais como: as lesões cutâneas extensas, a possibilidade de necessidade de dispositivos invasivos como cateteres venosos e sondas vesicais, bem como a sua patologia de base, que a predispunham a adquirir uma infeção, o que possibilitou definir um conjunto de intervenções com vista à recuperação da doente sem adquirir infeção. Por outro lado infeções secundárias devem ser identificadas para que possam ser tratadas o mais precocemente possível (BULISANI et al, 2006), sendo por isso fundamental uma monitorização permanente dos sinais e sintomas de infeção.

Ainda de acordo com o art 88º do CDE, o enfermeiro procura em todo o ato profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever de procurar adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa.

É também competência específica do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica “ Maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção 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”, sendo a prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados um dos enunciados dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em pessoas em situação crítica.

Tornou-se por este motivo extremamente pertinente formular o referido diagnóstico. Sendo dever do enfermeiro de cuidados gerais cumprir as normas de prevenção e controlo de infeção existentes no seu serviço e instituição aquando da prestação de cuidados de modo a reduzir o risco de infeção, devendo para isso manter uma atualização contínua dos seus conhecimentos, através da procura de recomendações emanadas por entidades nacionais e internacionais, e por outro lado dever do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica implementar, cumprir e fazer cumprir essas mesmas normas e recomendações.

Assim, no sentido de prevenir a infeção cruzada é fundamental a manutenção de um ambiente seguro, definido como espaço no qual as pessoas (visitas, doentes e profissionais) não correm risco de infeção ou outros riscos. O controlo do ambiente e a sua relação com o risco de infeção depende de diversas variáveis nomeadamente do comportamento dos profissionais, sendo que a transmissão cruzada induzida pelos profissionais e pelas suas práticas assume-se como preponderante no aparecimento de infeções (DGS, 2007).

No sentido da prevenção da colonização microbiana das áreas expostas, devem ser implementadas medidas de prevenção e controlo de infeção como: isolamento de proteção da doente (quarto individual de pressão positiva) utilização de técnica assética nos cuidados às lesões, utilização de roupa esterilizada, uma vez que doente está em método exposto, promoção de boas práticas de cuidados unto de outros profissionais, reforço do cumprimento das precauções básicas como: higienização das mãos, uso racional das barreiras protetoras, controlo ambiental (DGS, 2007) pelos profissionais que prestam cuidados à doente.

2 - REFLEXÃO

A doente no momento de entrada pediu que não se contasse ao companheiro que era portadora de HIV. O desconhecimento do diagnóstico por parte do companheiro e a possibilidade de transmissão de doença contagiosa por omissão, com conseqüente perigo para a saúde e vida de terceiros gerou desconforto e revolta originado pelo conflito de interesses e de deveres daí resultante e a dificuldade em o solucionar.

Duas das competências comuns do Enfermeiro Especialista inserem-se no domínio da responsabilidade, profissional, ética e legal:

- “Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;
- Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais”(Ordem dos Enfermeiros, 2011:8649).

Neste contexto iremos procurar refletir à luz da ética, deontologia e Direito.

Ética, Deontologia e Direito

De uma forma sucinta, na tentativa de contextualizar e aumentar a compreensão da nossa reflexão, importa dizer que o exercício profissional dos enfermeiros centra-se numa relação interpessoal, entre o enfermeiro e o Outro (pessoa, grupo ou comunidade), tomando por foco de atenção a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue, ao longo de todo o ciclo vital, na saúde e doença (OE,2003b). O ideal moral de enfermagem, segundo Watson, é o cuidar, que visa proteger, aumentar e preservar a dignidade humana, não circunscrevendo assim as intervenções de enfermagem a uma situação de doença ou de uma necessidade humana específica (Nunes, 2004).

O agir do enfermeiro envolve várias dimensões, entre elas a dimensão ético-deontológica. A dimensão ética guia a atividade do enfermeiro a favor do bem presumido do Outro, tendo em conta que as decisões tomadas afetam significativamente a vida das pessoas, e que tem como fundamento a preocupação pela defesa da dignidade humana. Esta implica sabedoria prática, na avaliação dos riscos e na escolha em contexto de incerteza, não bastando conformidade técnica e científica, necessitando de raciocínio, consciência e competência de julgamento (Nunes, 2004:17).

Noutra dimensão deparamo-nos com a deontologia, alicerçada em princípios éticos estabelecidos e no Direito. Esta refere-se a um conjunto de *“regras que indicam como*

deverá alguém comportar-se na qualidade de membro de um determinado corpo social". A sua preocupação é a correcção da acção, estando ligada a normas de conduta, procurando definir as boas práticas, tendo em conta as características próprias da profissão (OE, 2003a). O Código Deontológico dos Enfermeiros está enquadrado no Estatuto da Ordem do Enfermeiros (EOE), publicado pela Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro que procedeu à primeira alteração do EOE aprovada pelo Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de Abril. A deontologia em Enfermagem Portuguesa constitui-se assim como um documento do domínio jurídico.

Ao longo da reflexão é feita também uma abordagem ao Direito. Segundo Melo (1998: 171), O Direito *“regula coercivamente a actividade humana em razão do bem comum”*. A norma jurídica visa garantir e favorecer o *“bem comum através de regras que tornam possível os indivíduos e aos grupos exercerem os seus direitos e os seus deveres, na mais variadas áreas da vida social”*, englobando princípios jurídicos do Direito Constitucional, Civil e Penal.

Análise do problema

A questão central deste dilema prende-se como facto se os enfermeiros devem falar ou manter-se em silêncio quando o doente com HIV não quer dizer a verdade ao parceiro sexual, existindo risco de transmissão de doença contagiosa?

Na esfera da Saúde, a informação apresenta contornos de especial suscetibilidade, dado o impacto que tem na vida das pessoas a quem diz respeito – pelo seu conteúdo, pela responsabilidade quanto à sua produção, guarda e partilha, e ainda pelas tomadas de decisão que conduzem às intervenções de Enfermagem. (Trindade, 2010)

Neste sentido surge o sigilo profissional que diz respeito à informação de saúde recolhida e produzida no contexto de cuidados e resulta da necessidade que os profissionais têm necessidade de aceder e conhecer determinados detalhes da vida das pessoas, no sentido de planearem a melhor resposta em termos de cuidados de saúde. A recolha de dados é feita de acordo com o que as pessoas nos transmitem e apenas aquela que elas nos pretendem fornecer. A decisão de fornecer a dados a seu respeito, é individual, livre, concretizando o autogoverno sobre si e a expressão da autonomia pessoal. A transmissão de informação acerca de si, é feita através de uma relação com o profissional de saúde que assenta na confiança. A confiança assume-se como garantia de guarda de segredo, *“como uma base ética essencial à recolha de dados de saúde em geral e de Enfermagem em particular”* (OE, 2010: 1-2).

A Declaração Universal dos Direitos do Homem estabelece como condição do reconhecimento da dignidade humana e direito inalienável no artigo 12º: *“Ninguém sofrerá intromissões arbitrárias na sua vida privada, na sua família, no seu domicílio ou na sua correspondência, nem ataques à sua honra e reputação. Contra tais intromissões ou ataques toda a pessoa tem direito a protecção da lei.”* (AR1978: 490).

Como fundamento jurídico do sigilo profissional, encontramos o direito à reserva da intimidade da vida privada, inscrita como direito fundamental no n.º 1 do artigo 26.º na nossa Lei Fundamental (AR:2005a). O Código Civil, preconiza também, apesar de hierarquicamente ser inferior à Constituição, no artigo 80.º, na alínea 1 que *“todos devem guardar reserva quanto à intimidade da vida privada de outrem”* e na alínea 2 que *“a extensão da reserva é definida conforme a natureza do caso e a condição das pessoas”* (Pereira, 2010:19). A Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina, ratificada para o Direito Português, estabelece também o direito à vida privada no artigo 10º, alínea 1): *“Qualquer pessoa tem direito ao respeito da sua vida privada no que toca a informações relacionadas com a sua saúde”* (AR, 2001:28).

É o respeito por esta reserva sobre a intimidade do Outro que fundamenta a existência de um dever de sigilo, a que se tem acesso por via do exercício profissional, que de outra forma, não seria conhecida. O dever de sigilo emerge dos princípios éticos da profissão, inscritos no artigo 78º do Código Deontológico (AR, 2009: 6547). Este artigo defende que *“as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro”*..

Juridicamente, no artigo 4º da Lei nº12/2005, sobre tratamento de informação este estabelece na alínea 1 que *“os responsáveis pelo tratamento da informação de saúde devem tomar as providências adequadas à protecção da sua confidencialidade, garantindo a segurança das instalações e equipamentos, o controlo no acesso à informação, bem como o reforço do dever de sigilo e da educação deontológica de todos os profissionais.”* (AR, 2005b:607).

A salvaguarda do sigilo é expressa através do artigo 85º, em que menciona que o enfermeiro está obrigado a guardar segredo profissional sobre toda e qualquer informação que toma conhecimento no exercício da sua profissão, assumindo o dever de:

a) *Considerar confidencial toda a informação acerca do destinatário de cuidados e da família, qualquer que seja a fonte;*

b) Partilhar a informação pertinente só com aqueles que estão implicados no plano terapêutico, usando como critérios orientadores o bem-estar, a segurança física, emocional e social do indivíduo e família, assim como os seus direitos;

c) Divulgar informação confidencial acerca do indivíduo e família só nas situações previstas na lei, devendo, para tal efeito, recorrer a aconselhamento deontológico e jurídico;

d) Manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação ou controlo da qualidade de cuidados” (AR, 2009: 6548)

Ora uma das questões que coloca com o informar o companheiro do HIV é partilha de informação, que pode constituir uma violação da a confidencialidade e confiança em nós depositada. A OE (2003a: 82) aborda o sigilo sob duas perspetivas: a Privacidade, que define como a *“garantia da limitação do acesso às informações de uma dada pessoa, à sua intimidade e preservação do seu anonimato”*, e a Confidencialidade, como sendo a *“garantia do resguardo das informações dadas em confiança e a proteção contra a sua revelação não autorizada”*.

A partilha de informação pressupõe dividir com alguém algo que não é nosso, uma informação sobre outro, da qual se tomou conhecimento através do próprio, de um familiar, do processo ou de outro profissional. O que conjugado com o direito à confidencialidade e o princípio da autonomia *“reforça a ideia que o próprio deve decidir a ideia que próprio deve decidir, sempre que possível, sobre aquilo que da informação, pode ser partilhado”* (OE 2003a:83).

A quebra de sigilo ou a partilha sem o consentimento do utente/doente pode constituir uma violação do artigo 86º do Código Deontológico, o respeito pela intimidade, que, *“atendendo aos sentimentos de pudor e interioridade inerentes à pessoa, o enfermeiro assume o dever de respeitar a intimidade da pessoa e protegê-la de ingerência na sua vida privada e na da sua família”* (Assembleia da República, 2009: 6548).

De acordo com o Parecer do Conselho Jurisdicional nº 194 / 2010 *“qualquer pessoa ou entidade, para além do titular da informação, é considerado terceiro face à relação de cuidado de Enfermagem e não tem qualquer direito a receber informação de saúde de outros”* (Ordem dos Enfermeiros, 2010b:4).

O Parecer CJ nº8/2008 refere que o cliente competente deve poder decidir “*quais as informações que quer manter sob o seu exclusivo controlo e quais quer comunicar a familiares, amigos ou à própria sociedade decidindo, quando, onde, a quem e em que condições sejam reveladas*”. (OE, 2008:1-2).

No Direito e na Deontologia, a violação dos deveres pressupõe sanções, mas do posto de vista ético, o mesmo não acontece. Na deontologia as sanções são da responsabilidade da OE, no Direito dos tribunais. A sanção legal da violação do segredo é expressa no artigo 195º do Código Penal, que preconiza “*quem, sem consentimento, revelar segredo alheio de que tenha tomado conhecimento em razão do seu estado, ofício, emprego, profissão ou arte é punido com pena de prisão até um ano ou com pena de multa até 240 dias*” (Priberam, 2007a: 50).

Os enfermeiros sabendo do diagnóstico do HIV e a doente expressar que não quer que o companheiro não sabe tenha conhecimento do diagnóstico do HIV, estamos claramente perante uma possibilidade de quebra de sigilo. Por outro lado levanta-se outra questão deverá –se guardar sigilo, existindo risco de transmissão de doença contagiosa, perigo para a saúde e vida de terceiros?

Do ponto de vista jurídico direito à vida aparece consagrado no artigo 24º da Constituição da República Portuguesa, sendo referido na alínea 1 que “a vida humana é inviolável”. Outro dos artigos relevantes da Constituição é o 25º preconizando na alínea 1 “a integridade moral e física das pessoas é inviolável” (AR 2005a: 7). Já o Código Penal, refere que a propagação de doença é punível, segundo o artigo 283º quem: “Propagar doença contagiosa”...”e criar deste modo perigo para a vida ou perigo grave para a integridade física de outrem é punido com pena de prisão de 1 a 8 anos (Verbo Jurídico, 2008: 98).

Ora a alínea c) do Dever de Sigilo, artigo 85º do EOE, coloca-nos uma exceção a este dever “*divulgar informação confidencial acerca do indivíduo e família só nas situações previstas na lei*”. Importa fazer nessas situações uma reflexão sobre a eticidade da conduta que coloca em confronto a violação do segredo e a proteção do outro, do interesse público e do bem comum. Os limites do dever do sigilo jogam-se com o direito individual e coletivo, tratando-se de confrontar valores que não são considerados do mesmo valor. Admite-se que é um dever com limites, uma vez que o direito do próprio tem necessariamente uma circunstância própria (O.E.,2003a:83).

O enfermeiro deve efetuar uma correta apreciação de todos os fatores presentes aquando da sua tomada de decisão. Partindo do pressuposto que o profissional deve ter sempre presente que deve agir de modo a não causar o mal, ou seja, respeitando o princípio da não maleficência só deve divulgar a informação quando necessária que esteja prevista na lei.

O critério estabelecido para a quebra de sigilo é então a defesa de valores superiores, todavia esta decisão não se afigura de fácil. A alínea c) do artigo 85 ° do Dever de Sigilo refere o enfermeiro deve recorrer a aconselhamento deontológico e jurídico para ultrapassar os limites deste dever. A 29 de Maio de 2010 foi aprovada em Assembleia Geral da OE o Regulamento do aconselhamento ético e deontológico no âmbito do dever de sigilo que explicita as regras e os princípios do aconselhamento. Segundo este, “o enfermeiro deve obter o devido aconselhamento jurídico e deontológico da OE sempre que seja suscitada a questão da divulgação de informação confidencial, cujo conhecimento tenha advindo do exercício profissional ou por causa dele, em situações em que esteja em causa a compressão dos direitos de personalidade do titular das informações em face da proteção e garantia de outros direitos e interesses ou de bens jurídicos tutelados pelo ordenamento jurídico” (OE, 2010^a:11112).

Segundo o Parecer CJ-194 / 2010, na decisão de quebrar segredo o enfermeiro “o enfermeiro após obter aconselhamento, é livre de decidir divulgação da informação e assume, em exclusivo, a responsabilidade pela sua decisão (Ordem dos Enfermeiros, 2010b:5).

O REPE no artigo 8º salienta que os enfermeiros no exercício das suas funções, *“deverão adoptar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos.”* (OE, 1998:4).

O Conselho Nacional Ético para as Ciências da Vida (CNECV) no parecer 32/CNECV/ 2000 sobre o sigilo médico, num caso similar e numa perspetiva ética refere que:

- “a vida tem prioridade como valor, e a sua salvaguarda é o dever ético primordial, ao qual todos os outros se devem subordinar;”
- “uma comunicação direta e confidencial a uma pessoa para salvaguarda da sua vida não pode ser considerada como ato de dar publicidade a um determinado facto;”

- “as ações para salvaguarda da vida humana não podem ser consideradas violadoras de qualquer obrigação menor, pelo que se entende não haver aqui ofensa ética, nem sequer, de um ponto de vista ético, violação de um dever de sigilo.”(CNECV, 2000: 2)

No mesmo parecer o CNECV, deixa ainda as seguintes recomendações, que nos podem ajudar no nosso caso:

- Deve-se continuar a envidar todos os esforços para rapidamente persuadir o doente da obrigação grave que sobre ele impende de comunicar à sua mulher a seropositividade que apresenta e os riscos da sua transmissão. Se necessário, explicar-lhe que, nestas circunstâncias específicas de perigo próximo para a saúde e vida de terceiros, as normas éticas de respeito pela legitimidade e pela vida desses terceiros justificam a comunicação em causa.
- Se, mesmo assim, não conseguir persuadir o doente, a médica deve informá-lo que irá cumprir a sua obrigação de comunicar à mulher a seropositividade do seu marido e os riscos da sua transmissão, o que não pressupõe, neste caso, quebra do sigilo médico.
- Esta comunicação é indispensável para que a mulher do doente possa fazer os testes de diagnóstico e iniciar tratamento, caso já tenha sido infectada.

Outra das questões que podemos colocar, é o número de pessoas com legitimidade para saber a verdade. Como é difícil saber, se, comunicando a seropositividade ao companheiro, caso a doente não o queira fazer, se acautelam os riscos de transmissão a outras pessoas, mas sendo sempre certo que, então, aquele fica na posse duma verdade cuja revelação não é consentida.

Em suma este dilema ético é de alguma delicadeza. A situação ideal será sempre a de colocar nas mãos do detentor da realidade e da verdade a faculdade de a dizer, ou seja, de criar todas as condições ao doente para que este se sinta apoiado, informado e livre o suficiente para dizer a verdade (RUEFF, 2004). Sabendo-se, que por vezes, a verdadeira cadeia é constituída pelo estigma, possibilidade de abandono, medo de isolamento, vergonha e incompreensão (RUEFF, 2004).

Os enfermeiros podem e devem desempenhar um importante papel pedagógico, a relação enfermeiro-doente pode constituir um suporte afetivo precioso para o melhoramento das condições de revelação da verdade e o dever de segredo ser uma

garantia de melhor integração na doença, na diferença, na luta pela vida, tanto no hospital como na sociedade.

No caso de persistir o risco para a saúde e vida de terceiros, transmissão de doença o enfermeiro deverá obter o devido aconselhamento jurídico e deontológico da OE, para possibilidade de quebra de sigilo

3- CONCLUSÃO

A análise de uma situação no âmbito de Supervisão de Cuidados permitiu-nos uma reflexão sobre os cuidados a prestar e processo de decisão. Para tal foi importante a forma como foi feito e os métodos escolhidos. Um dos métodos foi ser apoiado num modelo conceptual e daí tirarmos as vantagens da aplicação de um modelo. Segundo BENTO (2007), os modelos conceptuais, pretendem servir de guia, orientar a prática, a formação e investigação em enfermagem, proporcionam conhecimentos para melhorar a prática mediante a descrição, explicitação, predição e controle de fenómenos.

Paralelamente nesta análise recorreremos ao processo de Enfermagem utilizando a CIPE, que constitui uma forma de orientação do processo de raciocínio e ajuda na adoção de uma filosofia de cuidados que vá de encontro às necessidades dos nossos clientes. O pensamento crítico norteou cada uma das etapas deste processo, começando pela capacidade de identificar os problemas de saúde.

De acordo com DEODATO (2010) o cuidado em Enfermagem materializa-se em atos que derivam de decisões com fundamento de diversa natureza. Nesta perspetiva outro dos alicerces do nosso trabalho foi a procura dos princípios científicos, normas técnicas que justificam as nossas opções na tomada de decisão; a identificação de fundamentos éticos, jurídicos, deontológicos que legitimam as escolhas que fazemos, o que exigiu de nós uma reflexão que habitualmente não costumamos ter.

Esta metodologia levada a cabo em supervisão além da reflexão dos cuidados prestados permitiu-nos clarificar e estruturar a forma como tomamos as decisões e os princípios que as sustentam, tornando-se um modelo para a resolução de problemas futuro.

Neste processo foi crucial e bastante profícua a orientação e discussão em grupo da situação que selecionamos, permitiu-nos ultrapassar dificuldades, obter várias perspetivas, contributos e sugestões que enriqueceram a reflexão levada a cabo.

Tendo em que o Enfermeiro Especialista é o “enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas, os 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”(OE, 2011:8648). Este trabalho acaba por fazer todo o sentido e ser imprescindível com vista ao desenvolvimento do nosso

juizamento clínico e tomada de decisão nos diversos domínios das competências comuns e competências específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica.

BIBLIOGRAFIA

ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA (1978). Lei n.º 57/78 de 9 de Março: Declaração Universal dos Direitos do Homem. *Diário da República*, 1.ª Série A, 489-493

ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA (2001). Convenção para a proteção dos direitos do homem e da dignidade do ser humano face às aplicações da biologia e da medicina: convenção sobre os direitos do homem e a biomedicina. *Diário da República*, 1.ª série, n.º2, 14-36

ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA (2005a). Constituição da República Portuguesa: VII Revisão Constitucional [2005]. Acedido a 7 de Dezembro de 2011 em <http://www.parlamento.pt/Legislacao/Documents/constpt2005.pdf>

ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA (2005b). Lei n.º 12/2005 de 26 de Janeiro: Informação genética pessoal e informação de saúde, *Diário da República*, 1.ª série, n.º18, 606-611

ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA (2007). Lei n.º 59/2007 de 4 de Setembro: Vigésima terceira alteração ao Código Penal, aprovado pelo Decreto -Lei n.º 400/82, de 23 de Setembro. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 170, 6181- 6258

ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA (2009). Lei n.º111/2009 de 16 de Setembro: Procede à primeira alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei n.º104/98, de 21 de Abril, *Diário da República*, 1.ª série, n.º 180, 6528-6550

BENTO, M. (2007) Cuidados e formação em Enfermagem que identidade. Lisboa: Fim de Século Edições

BULISANI, A et al (2006, Julho-setembro). Síndrome de Stevens-Johnson e Necrólise Epidérmica Tóxica em Medicina Intensiva. *In Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 3, 292-297. Acedido a 15 de Junho de 2012 em <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v18n3/v18n3a12.pdf>

CABRAL, L. et al. (2004). Necrólise Epidérmica Tóxica (Síndrome de Lyell) Uma patologia para as Unidades de Queimados. *In Acta Médica Portuguesa*, 17,129-140. Acedido a 15 de Junho de 2012 em <http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2004-17/2/129-140.pdf>

CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA (2000). Parecer 32/CNECV/2000: sigilo médico. Acedido a 1 Julho de 2012 em http://www.cneqv.pt/admin/files/data/docs/1273057546_P032_SigiloMedico.pdf

DEODATO, S.. (2010, Outubro-Dezembro). Supervisão de Cuidados: Uma estratégia curricular de Enfermagem. *In Percursos*, 7, 3-8

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE (2007). Plano Nacional Controlo de Infeção. Acedido a 15 de Junho de 2012 em <http://www.dgs.pt/ms/3/default.aspx?pl=&id=5514&access=0>

INTERNACIONAL COUNCIL OF NURSES (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: versão2.0*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

LAZURE, H. (1994). *Viver a relação de ajuda: abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira*. Lisboa: Lusodidacta

MELO, H. (1998) – O biodireito, in: NUNES, Rui; SERRÃO, Daniel (coord.) – *Ética em Cuidados de Saúde*, Porto, Porto Editora Lda, pp.171-182 ;

NUNES, L. (2004, Julho). Configurando a relação bioética e ética de enfermagem. *Ordem dos Enfermeiros*, 13, 7-10

ORDEM DOS ENFERMEIROS (1998). Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro: Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei n.º 104/98 de 21 de Abril. Acedido a 7 de Dezembro de 2011 em <http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2003a). *Código Deontológico do Enfermeiro: anotações e comentários*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2003b). *Competências do Enfermeiro de cuidados gerais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 7 de Dezembro de 2011 em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CompetenciasEnfCG.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2007). Enunciado de Posição 02/07: Consentimento informado. Acedido a 7 de Dezembro de 2011 em <http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao15Mar2007.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2008). Parecer CJ – 8/2008: Informações telefónicas a familiares de utentes. Acedido a 7 de Dezembro de 2011 em http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/CJ_Documentos/Parecer8_2008_%20informacoes_telefonicas.pdf

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010a). Regulamento do aconselhamento ético e deontológico no âmbito no dever de sigilo. Acedido a 10 de Dezembro de 2011 em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_Deve_rSigilo_AG%2029Maio2010_VCorrecta_21Jun2010.pdf

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010). Parecer CJ-194 / 2010: Segurança da Informação em Saúde e Sigilo Profissional em Enfermagem. Acedido a 7 de Dezembro de 2011 em http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/CJ_Documentos/Parecer%20%20194%20%20seguran%C3%A7a%20da%20informa%C3%A7%C3%A3o%20em%20sa%C3%BAde.pdf

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2011a). Regulamento nº122/2011:Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. *Diário da República*, 2.ª série, nº35

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2011b). Regulamento nº124/2011:Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica. *Diário da República*, 2.ª série, nº35

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

PEREIRA, J. (2010). *Código Civil: actualizado até Lei n.º 103/2009 de 11 de Setembro*. Verbo Jurídico. Acedido a 7 de Dezembro de 2011 em <http://www.verbojuridico.com/download/codigocivil2010.pdf>

PRIBERAM (2007b). Código de processo penal, pelo Decreto-Lei 78/87 de 17 de Fevereiro, republicado pelo Decreto-Lei 48/2007 de 29 de Agosto aprovado. Acedido a 7 de Dezembro de 2011 <http://www.lexix.pt/docs/ CPP.pdf>

RUEFF, M. (2004). Segredo médico e VIH/SIDA: perspectiva ético-jurídica. *Acta Méd Port*, 17, 451-464 .

VERBO JURIDICO (2008). Código Penal, redação resultante das alterações introduzidas pela Lei 59/2007 de 4 de Setembro e Lei nº 61/2008 de 31 de Outubro. Acedido a 1 Julho de 2012 em http://www.fap.pt/fotos/gca/codigopenal2009-v1_8934351494e91862733eac.pdf

TRINDADE, A. (2010). Informação em saúde: perspectiva deontológica. In *Ordem dos Enfermeiros*, 34, 29-31. X Seminário de ética: Segurança de Informação, Lisboa;

WATSON, J. (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar, uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.

APÊNDICE XXI

Diapositivos que serviram de suporte à ação de formação “Intervenções de Enfermagem ao Doente Queimado numa UCIP”



Intervenções de Enfermagem ao Doente Queimado na UCIP

Patrícia Costa
Aluna do 1º Curso de Mestrado Enfermagem
Médico-Cirúrgica da ESS, IPS
Orientadora: Enfª LM e Profª EIM

Lisboa
Junho, 2012

Objetivos:

Objetivo Geral:

- Partilhar conhecimentos sobre o tratamento do doente queimado e respetivas intervenções de enfermagem

Objetivos Específicos:

- Definir queimadura
- Identificar as diferentes fases de tratamento do doente queimado e respetivas intervenções de enfermagem no âmbito do controlo da dor, suporte nutricional, prevenção e controlo de infeção e realização de pensos por segmento corporal.

Definição de Queimadura

“Ferida traumática com as características específicas: rotura da camada exterior do tecido da superfície do corpo ou das camadas mais profundas, devido a lesões pelo calor resultantes de exposição a agentes térmicos, químicos, elétricos ou radioativos; caracterizada por coagulação das proteínas das células, aumento do metabolismo, perda da reserva de nutrientes nos músculos e tecido adiposo, perda de proteínas e compostos azotados, por grande dor, desconforto e stress, com risco de choque e com risco de vida; necrose dos tecidos, infeção da ferida, contraturas, escara hipotrófica por espessamento, em que o doente fica profundamente desfigurado; queimaduras de 1º, 2º e 3º grau “

(CIPE 1.0,2005)

Classificação das Queimaduras

Grau da queimadura (Profundidade)	Camada da pele afectada	Aspecto	Sintomas	
1º Grau (Espessura superficial)	Epiderme	Seco, Pouco edema ou ausente Rubor aumentado	Dor que alivia com o frio Hipersensibilidade	
2º Grau (Espessura parcial superficial e profunda)	Epiderme e parte da derme Destruição parcial : Terminações nervosas, folículos pilosos e glândulas sudoríparas	2º Grau Superficial	Flictenas grandes Edema Aspecto húmido e rosado	Dor Hipersensibilidade
		2º Grau Profundo	Flictenas ou não Aspecto húmido Vermelho brilhante	Muito dolorosa
3º Grau (Espessura total)	Epiderme, Derme e por vezes tecido subcutâneo: osso e músculo Destruição total: terminações nervosas, folículos pilosos e glândulas sudoríparas	Seca Branca pálida ou carbonizada Rígida e sem elasticidade	Indolor	

(American Burn Association, 2009)

Fases de Tratamento das Queimaduras

Fase de Reanimação

- 48-72h
- Primeiros cuidados: tratar alterações sistémicas resultantes das queimaduras

Fase Aguda

- Tratamento das queimaduras
- Evitar, detetar e tratar complicações: infeção, falência orgânica e/ou multiorgânica

Fase de Reabilitação

- Restauração de zonas articulares cicatrizadas
- Assistência emocional ao doente e família

(PHIPPS et al, 1995)

Fase de Reanimação

Colheita de dados:

• Avaliação da gravidade

- Etiologia
- Profundidade
- Localização
- % SCT
- Idade
- Antecedentes Pessoais
- Existência de inalação de fumo



Objetivo:

Determinar o tratamento e as intervenções a realizar

Fase de Reanimação:

Distinguem-se duas fases :

- Fase Hipovolémica
- Fase Diurética

Reposição Hidro-eletrolítica:

Com base:

- % SCT
- Peso

Calcula-se a reposição hidro-eletrolítica:

- Fórmula de Parkland modificada – 3 ml x Kg x %SCT/24 horas (50% dos soros nas primeiras 8 horas, 25% nas segundas 8 horas e 25% nas terceiras 8 horas)

Reposição Hidro-eletrolítica:

O ENFERMEIRO desempenha um papel fundamental no despite do choque hipovolémico:

- Vigilância do estado de consciência
- Monitorização dos sinais vitais
- Vigilância horária do débito urinário (30 a 50ml/h Queimaduras elétricas 100cc/h))
- Avaliação do peso



Infeção no Doente Queimado

✓ As infeções (locais e sistémicas) são as complicações mais vulgares do doente queimado

✓ A **infeção** é a principal causa de **morte** do doente queimado

✓ As fontes endógenas (bactérias que sobrevivem por baixo do tecido queimado) são as causas primárias da infeção



A sua **Prevenção** é um desafio para o Enfermeiro

Infeção no Doente Queimado

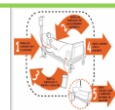
Fatores que predis põem o doente queimado a adquirir infeção:

- Ausência da barreira protetora - pele
- Presença de tecidos necrosados/desvitalizados
- Disfunção do sistema imunológico
- Alterações nutricionais e hematológicas
- Procedimentos invasivos
- % SCT

(WOLF e HERNDON, 1999)

São INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM na Prevenção da Infeção do doente Queimado:

- ✓ Isolamento protetor do doente queimado
- ✓ Utilização de máscara cirúrgica, bata e touca aquando da realização de procedimentos invasivos ao doente
- ✓ Cumprimento dos 5 momentos da higienização das mãos
- ✓ Utilização de técnica assética na realização de pensos
- ✓ Utilização de material individualizado e esterilizado para cada doente
- ✓ Respeito pelas normas de prevenção e controlo de infeção por parte de todos os profissionais e visitas



São INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM no Controlo da Dor do Doente Queimado

- Avaliar a dor através de escalas de avaliação validadas e seu registo
- Determinar a resposta à dor por parte do doente e os seus mecanismos para lidar com a mesma
- Administrar medicação analgésica antes da realização de procedimentos dolorosos (realização de pensos, posicionamentos) e avaliar a sua eficácia
- Recorrer a medidas não farmacológicas para controlo da dor (posicionamentos, massagem, distração, relaxamento, etc)
- Informar o doente sobre os procedimentos a realizar, de modo a reduzir a ansiedade face à dor
- Adequar medidas ambientais de conforto



(BRYCHAT e MAGNETTE., 2011)

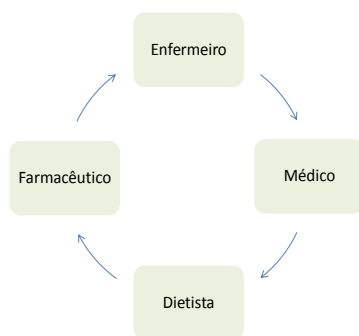
Nutrição no Doente Queimado

- Stress
- Perda de líquidos
- Hipertermia
- Infecção
- Hipermetabolismo
- Imobilidade

➔ ↑ Metabolismo do doente queimado

(IGNERY e GRATTON, 2008)

Nutrição no Doente Queimado



Nutrição no Doente Queimado

- ✓ Avaliação do estado nutricional (medições antropométricas, análises laboratoriais)
- ✓ Iniciar alimentação entérica logo que possível:
 - Previne a atrofia da mucosa
 - Mantém a integridade da mucosa
 - Previne translocação bacteriana
- ✓ Promover a ingestão suficiente de calorias e proteínas
- ✓ Administração de vitaminas e sais minerais
- ✓ Vigilância de perdas e aumentos de peso



(IGNERY e GRATTON, 2008)

Realização de Pensos

Objetivo dos pensos:

- Manutenção da perfusão tecidual
- Preservação dos tecidos viáveis
- Limpeza da área queimada
- Prevenção da infecção
- Redução da dor e desconforto
- Eliminação de tecidos desvitalizados
- Restabelecimento da funcionalidade do órgão afetado
- Promoção da cicatrização
- Prevenção de sequelas estéticas e funcionais

(Rossi et al, 2010)

Realização de Pensos

Métodos de tratamento:

- Método exposto
- Método semi-exposto
- Método fechado

(PHIPPS et al, 1995)

Requer:

- Garantia de uma adequada analgesia
- Preparação do material
- Utilização de técnica asséptica (utilização de material esterilizado e lavagem cirúrgica das mãos)

(IGNERY e GRATTON, 2008)

Realização de Pensos

Engloba:

- Desinfecção das áreas queimadas
- Realização do penso

Desinfecção das áreas queimadas

Material:

- Campos esterilizados
- Duas taças esterilizadas
- Iodopovidona espuma
- Água destilada
- Compressas esterilizadas
- Bata esterilizada, luvas esterilizadas e máscara cirúrgica)



Fonte: Unidade de Queimados CHLC, EPE, 2012

Realização de Pensos

Procedimento da desinfecção das áreas queimadas:

- Colocar máscara cirúrgica e barrete
- Dispor todo o material necessário para a desinfecção sobre uma mesa
- Lavar cirúrgica as mãos
- Vestir bata esterilizada
- Envolver as áreas queimadas em compressas embebidas com iodopovidona espuma durante cerca de 3 min
- Retirar as compressas e lavar com água destilada
- Secar as áreas queimadas

Realização de Pensos

Procedimento (cont.):

- Proteger as áreas desinfetadas com campos esterilizados
- Retirar as luvas e a bata

Realização de Pensos

Realização do penso:

Material:

- Campos esterilizados
- Uma taça
- Compressas enroladas, abdominais, pequenas (10x10), esterilizadas
- Ligaduras esterilizadas
- Tesoura esterilizada
- Gaze gorda (rolo ou 10x10)
- Medicação tópica (de acordo com prescrição)
- Luvas esterilizadas
- Bata esterilizada



Fonte: Unidade de Queimados CHLC, EPE, 2012

Realização de Pensos

Medicação	Ação
Sulfadiazine de Cerio	Bacteriostático (<i>gram+</i> e <i>gram-</i>)
Sulfadiazine de Prata	Bactericida (<i>gram+</i> e <i>gram-</i>) e fungicida (<i>C. albicans</i>)
Biafine	Hidratante
Fucidine	Anti-estafilocócico
Synalar	Anti-inflamatório esteróide
Cloranfenicol	Anti-bacteriano



Fonte: Unidade de Queimados CHLC, EPE, 2012

Realização de Pensos

Procedimento encerramento do penso:

- Colocar máscara cirúrgica
- Disponer todo o material necessário para a realização do penso sobre uma mesa
- Lavar cirúrgica das mãos
- Vestir a bata esterilizada
- Aplicação da medicação tópica prescrita sobre as áreas queimadas
- Aplicação da gaze gorda se indicado
- Fechar com compressa e ligadura

Realização de Penso por Secção Corporal

FACE:

- Normalmente método exposto
- Limpeza com água bidestilada e aplicação da pomada 1 x turno
- Aplicação de gaze gorda e compressas 10x10 para proteger da compressão dos nastos
- **Olhos:** limpeza com soro fisiológico movimentos oculares
- **Couro cabeludo:** tricotomia
- **Lábios:** Hidratar e mobilizar
- **Pavilhões auriculares:** secar bem e almofadar



Fonte: Unidade de Queimados CHLC, EPE, 2012



- ✓ Prevenção da infecção
- ✓ Prevenção sequelas e lesões auditivas

Realização de Penso por Secção Corporal

Região Cervical: - manter a hiperextensão cervical (improvisar colar cervical)



✓ Prevenir a retração mento-torácica (limitações funcionais)



Fonte: Unidade de Queimados CHLC, EPE, 2012

Realização de Penso por Secção Corporal

Tronco e abdômen: – nas mulheres colocar compressa a nível infra-mamário



✓ Prevenir infecção e problemas relacionados com a imobilidade



Fonte: Unidade de Queimados CHLC, EPE, 2012

Realização de Penso por Secção Corporal

Mãos: - individualizar os dedos (com a gaze gorda)
- proteger os espaços interdigitais

Queimadura região dorsal:
- manter o primeiro dedo em oponência
- posicionar as articulações metacarpofalângicas em flexão
- não apertar demasiado a ligadura

Queimadura região palmar:
- posicionar as articulações metacarpofalângicas em extensão

Na mão em garra, manter a extensão e supinação



✓ Prevenir a infecção e problemas relacionados com a imobilidade



Fonte: Unidade de Queimados CHLC, EPE, 2012

Realização de Penso por Secção Corporal

Pés: - Colocar gaze gorda a individualizar os dedos (evitar as aderências).

- Não apertar demasiado a ligadura, permitindo a mobilização dos dedos.
- Manter o pé posicionado em 90º (evitar pé equino)
- Almofadar bem o calcâneo evitando zona de pressão.
- Incentivar mobilização



✓ Prevenir infeção e problemas relacionados com a imobilidade

Realização de Penso por Secção Corporal

Zonas articulares:

Região popliteia – Colocar a ligadura de modo a manter a extensão

Região axilar – Manter abdução do membro superior e ligeira rotação externa

Região inguinal – Manter a extensão com ligeira abdução

Região anterior dos cotovelos – Promover a extensão do cotovelo

Região posterior dos cotovelos – Promover ligeira flexão do cotovelo (5º)

Punho anterior – Promover a extensão do punho

Punho posterior – Promover uma posição neutra



Fonte: Unidade de Queimados CHLC, EPE, 2012

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM na Reabilitação do doente queimado

Decorre ao longo do internamento, sobretudo a partir do momento em que o doente consegue participar nos cuidados

Visa:

- A recuperação funcional
- A reconstrução estética

Através:

- Prevenção de limitações de mobilidade: [posicionamentos terapêuticos](#), exercícios de deambulação
- Promoção da independência
- Apoio emocional
- Prevenção de cicatrizes hipertróficas
- Ensinos para a alta

Síntese:

O ENFERMEIRO desempenha um papel fundamental no tratamento do doente queimado:

- Alterações multiorgânicas
- Reposição hidroelectrolítica
- Prevenção da infeção
- Suporte Nutricional
- Controlo da dor
- Realização dos pensos
- Preparação para a alta
- Estabelecimento de uma relação de ajuda

Bibliografia:

AMERICAN ASSOCIATION BURN - Surgical Management of the Burn Wound and Use of Skin Substitutes. 2009 [Consultado a 03 de Maio de 2012] Disponível em <http://www.ameriburn.org/WhitePaperFinal.pdf>

BRYCHAT, P; MAGNETTE, A. – European Practice Guidelines for Burn Care. The Netherlands, 2011. [Consultado em 24 de Abril de 2011] Disponível em <http://www.euroburn.org/userfiles/users/36/pdf/guidelines/EBAGuidelinesBurnCareVersion1.pdf>

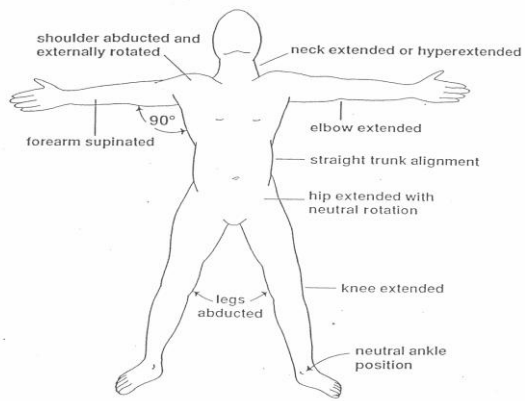
IGNERY, P; GRATTON, J. – FAHC Burn Care Manual. The University of Vermont Colleague of Medicine. 2008 [Consultado a 29 de Abril de 2012] Disponível em <http://med.uvm.edu/surgery/downloads/burnmanual.pdf>

PHIPPS et al – Enfermagem Médico-Cirúrgica. Cpnceitos e Prática clínica. 2ª ed. Lusodidacta. Lisboa, 1995. ISBN: 972-96610-0-6

Bibliografia:

ROSSI et al – Cuidados locais com as feridas das queimaduras. Rev Bras Queimaduras: [Em linha] 9(2): 54-9 (2010) [Consultado a 03 de Maio de 2012] Disponível em <http://www.sbqueimaduras.com.br/revista/junho-2010/cuidadoslocaiscomasferidasdasqueimaduras.pdf>

WOLF, S.; HERNDON, D. - Burn Care. Landes Bioscience. Texas, 1999. ISBN: 1-57059-526-7



POSITIONING THE BURN PATIENT

(IGNERY e GRATTON, 2008)



APÊNDICE XXII

Plano da sessão “Intervenções de Enfermagem ao Doente Queimado numa UCIP”

PLANO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO

AÇÃO DE FORMAÇÃO: Intervenções de Enfermagem ao Doente Queimado na UCIP

SERVIÇO: UCIP

DATA: 04/06/2012

INICIO: 14h30

FIM: 15h30

LOCAL: Sala de pausa da UCIP

FORMADOR: Enf^ª Patrícia Costa (Aluna do 1º Curso de Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal)

DESTINATÁRIOS: Enfermeiros da UCIP

OBJETIVOS:

OBJETIVO GERAL:

- Partilhar conhecimentos sobre o tratamento do doente queimado e respetivas intervenções de enfermagem

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Definir doente queimado
- Identificar as diferentes fases de tratamento do doente queimado e respetivas intervenções de enfermagem no âmbito do controlo da dor, suporte nutricional, prevenção e controlo de infeção e realização de pensos por segmento corporal.

Meios audiovisuais: Computador e datashow

PLANO DA SESSÃO LECTIVA

ETAPAS	CONTEÚDOS	MÉTODOS E MEIOS AUDIOVISUAIS	TEMPO
Introdução	<ul style="list-style-type: none">- Apresentação da formadora- Apresentação do tema- Justificação do tema- Apresentação dos objetivos da ação de formação	Expositivo Datashow	5 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none">- Definição de queimadura- Classificação das queimaduras- Fases do tratamento das queimaduras- Intervenções de Enfermagem:<ul style="list-style-type: none">- Na identificação de alterações multiorgânicas- Na prevenção da infeção- No suporte nutricional- No controlo da dor- Na realização do penso- Na reabilitação	Expositivo Datashow	30 min
Conclusão	<ul style="list-style-type: none">- Síntese da ação- Esclarecimento de dúvidas- Bibliografia	Expositivo Datashow	5 min
Avaliação	<ul style="list-style-type: none">- Preenchimento dos questionários da avaliação da ação de formação	Questionário	5 min

APÊNDICE XXIII

Dossier Temático “ Plano de Emergência Interno – UCIP”



Departamento de Enfermagem
1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Unidade Curricular: Enfermagem Médico-Cirúrgica II

Dossier Temático

Plano de Emergência Interno



Elaborado por: Enf^a Patrícia Costa
Orientado por: Técnico AS
Enf^a FB
Enf^a LM
Prof^a EM

Lisboa
Junho, 2012

“Existe apenas um bem, o saber, e apenas um mal, a ignorância”

Sócrates

ÍNDICE	pág.
NOTA INTRODUTÓRIA	4
PARTE I – Instrução Especial de Segurança	6
Instruções Especiais de Segurança para a UCIP elaborado pela Unidade de Segurança Contra Incêndios	
PARTE II – Plantas	9
Planta da UCIP com identificação da localização dos equipamentos de segurança contra incêndios	
Planta da UCIP com os caminhos de evacuação pré-definidos	
PARTE III – Legislação	14
DECRETO-LEI nº 27/2006. D.R. I Série. 126 (03-07-06) 4696-4706. Lei de Bases da Proteção Civil	
PARTE IV – Circulares Informativas – Procedimentos multisetoriais	25
<input type="text"/> - Circular informativa nº 340. 2009 -07-09. Política de Segurança Contra Incêndios.	
<input type="text"/> - Circular informativa nº 634. 2009. Procedimento Multissetorial Meios de Alarme e Procedimentos de Segurança em Caso de Incêndio.	
<input type="text"/> - Circular informativa nº 670. 2009. Procedimento Multissetorial Manutenção de Espaços e praticabilidade dos Caminhos de Evacuação.	
<input type="text"/> - Circular informativa nº 680. 2009. Procedimento Multissetorial Manutenção de Equipamentos de Combate a Incêndio.	
<input type="text"/> - Circular informativa nº 695. 2009. Procedimento Multissetorial Plano de Emergência Interno – Atuação em Caso de Incêndio.	
PARTE V – Artigos	53
Artigo: Plan de evacuacion de la unidad de cuidados intensivos: un nuevo indicador de calidad? Autores: Sanchez-Palacios et al	

Artigo: Hospital Disaster Preparedness : Meeting a Requirement or Preparing for the Worst? Autores: Richter

PARTE VI

73

Slides de suporte à formação “Divulgação do Plano de Emergência Interna da UCIP” apresentada a 28/06/2012 na sala de reuniões da UCIP

Folheto informativo sobre atuação em situação de sismo

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

NOTA INTRODUTÓRIA

No âmbito da Unidade Curricular Enfermagem Médico-Cirúrgica II, módulo estágio III foi realizado um estágio opcional no Gabinete de Gestão de Risco - Unidade de Segurança Contra Incêndios de um Hospital Central de Lisboa, do qual surgiu a oportunidade de criar um dossier temático acerca do Plano de Emergência Interno para a UCIP da referida instituição.

O Plano de Segurança da referida instituição, disponível na intranet é definido como um conjunto de medidas de autoproteção visando evitar incidentes ou acidentes e limitar as suas consequências. É constituído: pelo Plano de Prevenção, que visa limitar os riscos de ocorrência e desenvolvimento de incêndios e outras situações que possam afetar as instalações do hospital; pelos Registos de Segurança, que são um conjunto de documentos que contêm os registos de ocorrências relevantes e de relatórios relacionados com a segurança e pelo Plano de Emergência Interno (C [redacted], 2010).

O Plano de Emergência Interno é definido como a sistematização de um conjunto de normas e regras de procedimento a realizar pelo pessoal do hospital, em caso de sinistro, com o objetivo de minimizar os danos sobre os doentes, pessoal e instalações até à chegada de socorros externos (Alves e Redondo, 1999).

E uma vez que as situações de emergência não clínicas podem ocorrer em qualquer altura e sem qualquer aviso prévio, é fundamental que sejam mantidas as condições de segurança das instalações hospitalares, sendo para isso necessário que todos os colaboradores contribuam para a manutenção das condições de segurança na execução das suas tarefas diárias, prevenindo assim potenciais riscos inerentes durante a sua atividade.

No sentido de contribuir para um aumento dos conhecimentos dos enfermeiros da UCIP acerca dos procedimentos de atuação numa situação de emergência não clínica e possibilitar uma atuação rápida e eficaz, foi criado este dossier temático que se encontra dividido em seis partes: da primeira parte consta as instruções especiais de segurança definidas para os profissionais da UCIP, a segunda parte é constituída pelas plantas da referida unidade com identificação dos equipamentos de segurança contra incêndios, bem como dos percursos de evacuação pré-definidos, na terceira parte surge a legislação

relativa Lei de Bases de Proteção Civil, que legisla que todos os trabalhadores estão obrigados a participar nos Planos de Emergência dos seus locais de trabalho, da quarta parte fazem parte os procedimentos multissetoriais emanados pela instituição relativos à Política de Atuação Contra Incêndios, na quinta parte, são apresentados dois artigos relacionados com a elaboração de planos de emergência internos hospitalares, a sexta e última parte é constituída pelos slides que serviram de suporte à formação “Divulgação do Plano de Emergência Interna da UCIP” apresentada a 27/06/2012 na sala de reuniões da UCIP e um folheto informativo relativamente à atuação em situação de sismo no hospital.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES A., REDONDO J. – Plano de Emergência Hospitalar. Instituto Nacional de Emergência Médica, Ministério da Saúde, Portugal, 1999.

[redacted] Instrução Especial de Segurança. Unidade de Segurança Contra Incêndios, 2012. Acessível no [redacted] Central, Lisboa, Portugal.

[redacted] - Circular informativa nº 340. 2009 -07-09. [Política de Segurança Contra Incêndios]. Acessível no [redacted] Lisboa Central, Lisboa, Portugal.

[redacted] - Circular informativa nº 634. 2009. [Procedimento Multissetorial Meios de Alarme e Procedimentos de Segurança em Caso de Incêndio]. Acessível no [redacted] Lisboa, Portugal.

[redacted] - Circular informativa nº 670. 2009. [Procedimento Multissetorial Manutenção de Espaços e praticabilidade dos Caminhos de Evacuação]. Acessível no [redacted] Lisboa, Portugal.

[redacted] - Circular informativa nº 680. 2009. [Procedimento Multissetorial Manutenção de Equipamentos de Combate a Incêndio]. Acessível no [redacted] Lisboa, Portugal.

[redacted] - Circular informativa nº 695. 2009. [Procedimento Multissetorial Plano de Emergência Interno – Atuação em Caso de Incêndio]. Acessível no [redacted] Lisboa, Portugal.

[redacted] Plano de Segurança. Unidade de Segurança Contra Incêndios, 2010. Acessível no [redacted] Lisboa, Portugal.

DECRETO-LEI nº 27/2006. **D.R. I Série.** 126 (03-07-06) 4696-4706. Lei de Bases da Proteção Civil.

RICHTER, P. – Hospital Disaster Preparedness: Meeting a Requirement or Preparing for the Worst? [Em linha] South Carolina Hospital Association, West Columbia, USA, 1997. (Consultado em 15 de Maio de 2012) Disponível em <http://burndisaster.com/HospitalDisasterPreparedness.pdf>

SÁNCHEZ-PALACIOS et al – Plan de evacuacion de la unidade de cuidados intensivos: un nuevo indicador de calidad? [Em linha] Medicina Intensiva. 2010; 34 (3): 198-202. (Consultado em 20 de Maio de 2012) Disponível em <http://www.elsevier.es/es/revistas/medicina-intensiva-64/plan- evacuacion-unidad- cuidados-intensivos-un-nuevo-13148856-punto-vista-2010>

APÊNDICE XXIV

Plano da sessão da ação de formação “Plano de Emergência Interno”

PLANO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO

AÇÃO DE FORMAÇÃO: Plano de Segurança: Procedimentos de Atuação em Situação de Emergência – UCIP

SERVIÇO: UCIP

DATA: 28/06/2012

INICIO:14H30

FIM: 15H15

LOCAL: Sala de reuniões da UCIP

FORMADOR: Enf^a Patrícia Costa (Aluna do 1º Curso de Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal)

DESTINATÁRIOS: Funcionários da UCIP

OBJETIVOS:

OBJETIVO GERAL:

- Partilhar conhecimentos sobre o Plano de Emergência Interno

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Divulgar os Procedimentos de Atuação em Situação de Emergência na UCIP – Instruções Especiais de Segurança do Plano de Segurança, à equipa de enfermagem

Meios audiovisuais: Computador e datashow

PLANO DA SESSÃO LECTIVA

ETAPAS	CONTEÚDOS	MÉTODOS E MEIOS AUDIOVISUAIS	TEMPO
Introdução	<ul style="list-style-type: none">- Apresentação da formadora- Apresentação do tema- Justificação do tema- Apresentação dos objetivos da ação de formação	Expositivo Datashow	5 min
Desenvolvimento	Parte I <ul style="list-style-type: none">- Definição de Plano de Emergência Interno (PEI)- Identificação de situações de emergência não clínicas- Organograma do PEI e respetivas funções de cada elemento Parte II <ul style="list-style-type: none">- Instruções Especiais de Segurança do Plano de Emergência Interno definidas para os profissionais da UCIP1- Identificação das vias de evacuação previstas para os doentes da UCIP1	Expositivo Datashow	30 min
Conclusão	<ul style="list-style-type: none">- Síntese da ação- Esclarecimento de dúvidas- Bibliografia	Expositivo Datashow	5 min
Avaliação	<ul style="list-style-type: none">- Preenchimento dos questionários da avaliação da ação de formação	Questionário	5 min

APÊNDICE XXV

Diapositivos que serviram de suporte à ação de formação “Plano de Emergência Interno”



OBJETIVOS



Objetivo Geral

- Partilhar conhecimentos sobre Plano de Emergência Interno

Objetivos Específicos

- Divulgar à equipa de enfermagem os Procedimentos de atuação em situação de emergência na UCIP - Instruções Especiais de Segurança

Plano de Segurança



Conjunto de medidas de autoproteção (organização e procedimentos) que visam evitar incidentes ou acidentes e limitar as suas consequências.

Constituído por:

- Plano de prevenção
- Plano de Emergência Interno
- Registos de Segurança

(SUSCIPPE, 2010)

I - Plano de Emergência Interno



Sistematização de um conjunto de normas e regras de procedimento a realizar pelo pessoal do hospital, em caso de sinistro, com o objetivo final de minimizar os danos sobre os doentes, pessoal e instalações até à chegada de socorros externos.

(ALVES e REDONDO, 1999)

Todos os trabalhadores estão obrigados a participar nos Planos de Emergência dos seus locais de trabalho - Lei de Bases da proteção Civil

(DECRETO-LEI nº27/2006 (03/07/2006) artigo 6º)

I- Plano de Emergência Interno



Objetivos:

- Identificar os riscos;
- Prevenir e/ou atuar perante qualquer acidente que ponha em perigo pessoas, atividades ou bens;
- Organizar os meios de socorro e prever as ações que competem a cada um dos intervenientes de forma a garantir a intervenção imediata, evitando duplicação de atuações, omissões e erros;
- Garantir a continuidade da assistência;
- Prever e organizar uma eventual evacuação;
- Cumprir as normas de segurança e preparar a intervenção de ajudas exteriores;
- Facilitar e promover a formação de todo o pessoal;
- Manter os trabalhadores informados sobre as normas de prevenção e atuação em situação de acidente;
- Verificar a resposta dos meios de proteção.

(ALVES e REDONDO, 1999)

I - Plano de Emergência Interno

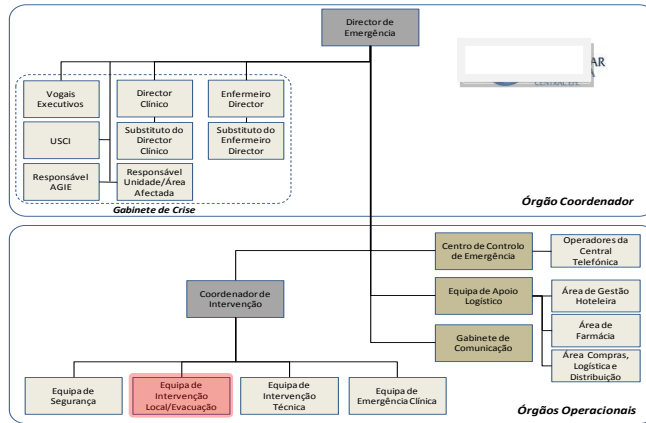


Situações de emergência não clínicas – emergência interna

- incêndio/explosão
- violência e/ou agressão física
- acidente com gases medicinais
- acidente com produtos químicos
- inundação
- ameaça de bomba
- pacote suspeito
- interrupção súbita do fornecimento de energia eléctrica
- sismo

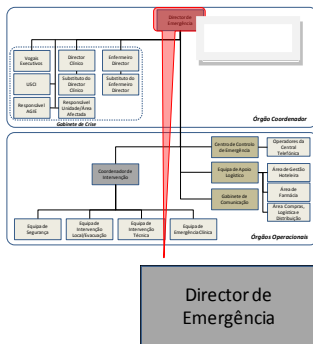
2010)

Organograma



(GONCALVES ET AL., 2010)

Director de Emergência



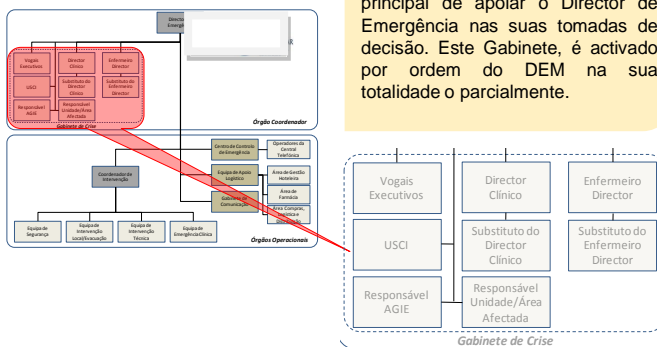
O Director de Emergência é o responsável máximo pela gestão do Hospital durante uma situação de Emergência. A sua hierarquia processa-se da seguinte forma:

- Presidente do CA;
- Dir. Clínico;
- Dir. Área Urgência e Cuidados Intensivos;
- Chefe Equipa de Medicina da Urgência.

O DEM tem total autonomia na tomada de decisões que influenciem a situação de emergência no seu decorrer.

(GONCALVES ET AL., 2010)

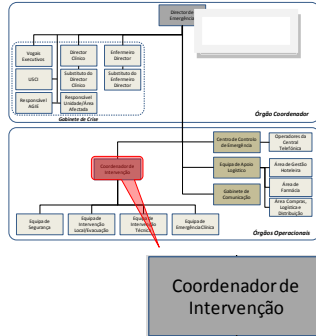
Gabinete de crise



O Gabinete de Crise tem a função principal de apoiar o Director de Emergência nas suas tomadas de decisão. Este Gabinete, é ativado por ordem do DEM na sua totalidade o parcialmente.

(GONCALVES ET AL., 2010)

Coordenador de intervenção

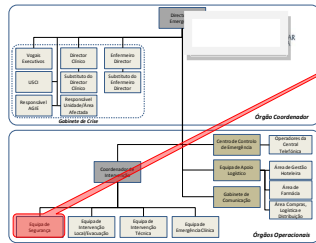


O Coordenador de Intervenção, é o elemento operacional de ligação com o Director de Emergência, sendo a sua principal função o apoio e operacionalização das Equipas de Segurança, Intervenção Local/Evacuação, Intervenção Técnica e de Emergência Clínica. A sua actuação desenvolve-se no local da emergência.

Esta função encontra-se atribuída aos Encarregados da AGIE em TDU das 8:00 às 16:00 e nos restantes horários e dias ao Enfermeiro de Coordenação.

F, 2010)

Equipa de Segurança



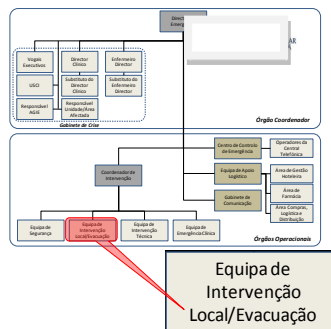
Equipa de Segurança

Os elementos da Equipa de Segurança (Vigilantes) ocupam locais estratégicos no apoio às acções de controlo da emergência.

Esta equipa tem como missão, numa situação de emergência, prestar todo o apoio aos elementos da Estrutura do PEI e seguir todas as ordens do Coordenador de Intervenção (CI).

F, 2010)

Eq. de int. Local/ Evacuação

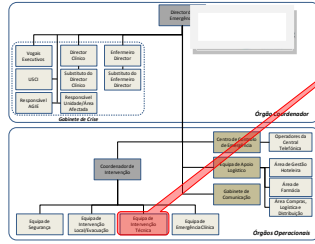


Equipa de Intervenção Local/Evacuação

Os profissionais afectos a cada Unidade/Área fazem parte da Equipa de Intervenção Local/Evacuação. Os membros das EIL/E têm como função efectuar as primeiras acções de intervenção directa com o objectivo de reduzir, ao mínimo, as consequências de um sinistro, actuando de forma a prevenir a ocorrência de danos pessoais e/ou materiais, assegurando a evacuação ordenada dos doentes acamados e ambulatorios, de todo os funcionários e do público presente nas Unidades/Áreas do Hospital.

F, 2010)

Eq. de intervenção técnica

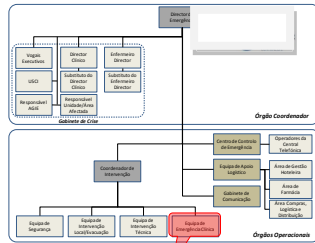


Equipa de Intervenção Técnica

A Equipa de Intervenção Técnica é formada pelos profissionais da AGIE com conhecimento suficiente das instalações técnicas existentes e actua sob a alçada do Coordenador de Intervenção. As suas principais funções são os cortes estratégicos de energia e fluidos como a montagem de estruturas alternativas sempre que necessário.

(2010)

Eq. de Emergência Clínica

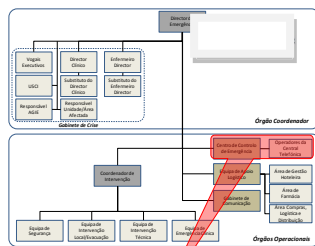


Equipa de Emergência Clínica

Esta equipa tem a função de intervir em qualquer situação de Emergência Médica dentro do Hospital e apoiar a evacuação das unidades sempre que solicitada. Os elementos que compõem esta equipa não tomam a responsabilidade de nenhuma acção a ser desenvolvida em qualquer Área/Unidade a menos que incumbidos para tal pelo Director de Emergência ou pelo Coordenador de Intervenção via Centro de Controlo de Emergência (555).

(2010)

CCE



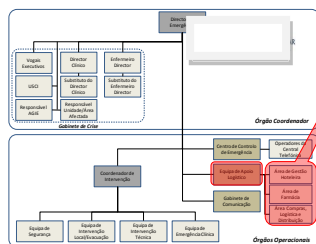
Centro de Controlo de Emergência

Operadores da Central Telefónica

O Centro de Controlo de Emergência é o local onde se vão centralizar todas as informações referentes às situações de emergência assim como as comunicações de activação das diversas equipas. As acções imediatas serão executadas com base nas instruções especiais de segurança do Plano de Emergência Interno para o CCE e só poderão ser alteradas pelo Director de Emergência ou na sua ausência pelo Coordenador de Intervenção.

(2010)

Eq. Apoio Logístico



Equipa de Apoio Logístico

Área de Gestão Hoteleira

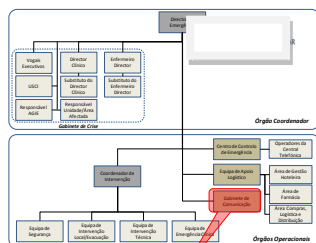
Área de Farmácia

Área Compras, Logística e Distribuição

A Equipa de Apoio Logístico tem por missão estabelecer todos os contactos solicitados com os fornecedores dos meios e serviços, necessários ao controlo adequado da Emergência. Esta Equipa é mobilizada por decisão do Director de Emergência e reúne em sala a definir, onde aguarda instruções. Na situação fora do horário laboral poderá ser convocada por ordem do DEM.

(VONCE ET AL., 2010)

Gabinete de Comunicação



Gabinete de comunicação

O Gabinete de Comunicação tem como missão servir de elo de ligação com a comunicação social, familiares dos utentes e profissionais do Hospital afectado. É convocado pelo Director de Emergência e é o responsável por transmitir a informação para o exterior. Toda a informação prestada, a entidades/pessoas externas é previamente discutida e aprovada pelo DEM.

(VONCE ET AL., 2010)

I - Plano de Emergência Interno



EQUIPA DE INTERVENÇÃO LOCAL/EVACUAÇÃO:

- **Chefe de equipa de enfermagem** é o coordenador da **equipa de intervenção local/evacuação**:

- Confirma com o Director de Emergência os pontos de reunião
- Garante a evacuação completa da área
- Coordena a evacuação das pessoas presentes no serviço

(2010)

I - Plano de Emergência Interno



EQUIPA DE INTERVENÇÃO LOCAL/EVACUAÇÃO (cont.)

Constituída por **todos** os profissionais da Unidade

- Efetuar as primeiras ações de intervenção direta no sentido de reduzir as consequências do sinistro
- Atuar de forma a prevenir a ocorrência de danos pessoais e/ou materiais
- Proceder à evacuação dos doentes e confirmar a sua identificação na pulseira
- Preparar os equipamentos indispensáveis para a manutenção do tratamento dos doentes
- Identificar todo o material que acompanha os doentes

I - Plano de Emergência Interno



EVACUAÇÃO DOS DOENTES:

- Deve ser ordenada, daí a necessidade de ser previamente testada
- Deve estar prevista na organização dos espaços
- As vias de evacuação devem estar devidamente assinaladas e devem ser do conhecimento de todos os profissionais
- Preferencialmente deve ser feita horizontalmente
- Devem estar previstas saídas alternativas

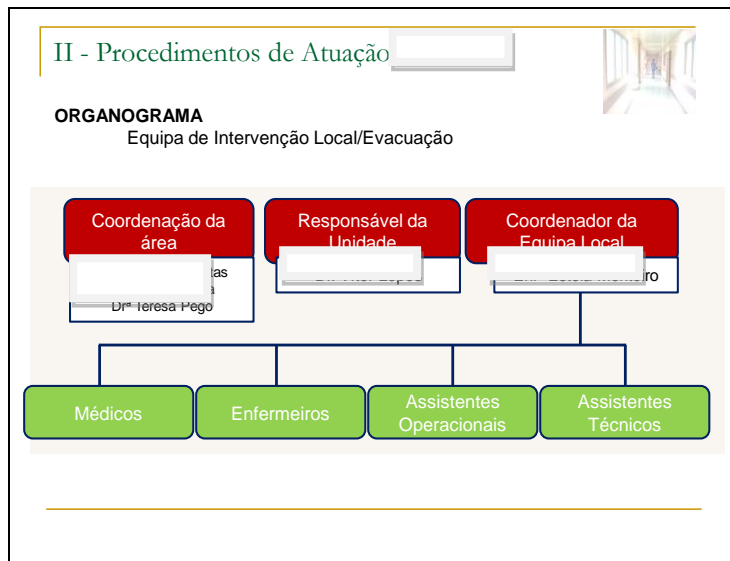
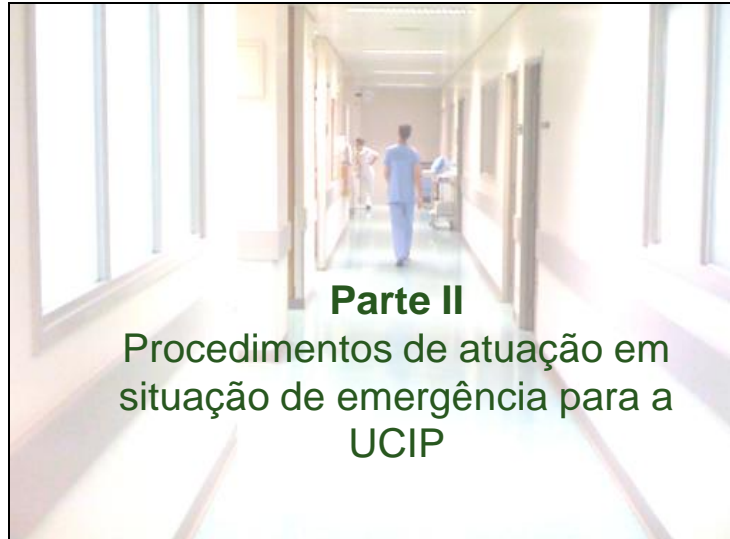
I - Plano de Emergência Interno



EVACUAÇÃO DOS DOENTES (cont.):

- Prioridade de evacuação:
 - 1º pessoas sem dificuldades na mobilidade
 - 2º Pessoas com dificuldades de mobilidade, a maior distância de saída
 - 3º Pessoas com dificuldades de mobilidade, a menor distância de saída

2010)



II - Procedimentos de Emergência UCIP

Coordenador de Equipa Local – Enfª Chefe ou na sua ausência Enfª Chefe de Equipa

Se detetar ou for informado de uma situação de emergência:

1. Emite o alarme ao CCE pelo **555** e informa os profissionais da Unidade.
2. Tenta controlar o sinistro.
3. Coordena o processo de evacuação da Unidade para a Unidade de Queimados seguindo a ordem: 1º Utentes dos cuidados intermédios; 2º Utentes dos cuidados intensivos.

II - Procedimentos de Emergência UCIP



Coordenador de Equipa Local – Enfª Chefe ou na sua ausencia

Enfª Chefe de Equipa (cont.)

- 4 - Se a evacuação para a Unidade de Queimados não for possível, acciona a evacuação pela mesma ordem através do corredor para o exterior (corredor da cirurgia) e solicita de imediato ao DEM unidade alternativa
 5. Apoia o Coordenador de Intervenção
 6. Marca todos os espaços evacuados com adesivo após a saída do último elemento e dirige-se para a Unidade de Queimados / unidade alternativa.
-

II - Procedimentos de Emergência UCIP



Médico e Enfermeiro:

Se detetar uma situação de emergência:

1. Dá o alarme ao Coordenador da Equipa Local.
2. Tenta controlar o sinistro.
3. Se necessário, colabora na evacuação de todos os utentes para a Unidade de Queimados ou para unidade alternativa, conforme directrizes do Coordenador de Equipa Local seguindo a ordem: 1º Utes dos cuidados intermédios; 2º Utes dos cuidados intensivos.
4. Se a evacuação para a Unidade de Queimados não for possível, efectua a evacuação pela mesma ordem através do corredor para o exterior (corredor da cirurgia) e solicita de imediato ao Coordenador da Equipa Local qual a unidade alternativa.

Nota: se for informado de uma situação de emergência cumpre os pontos 3 e 4.

II - Procedimentos de Emergência UCIP



Assistentes operacionais

Se detectar uma situação de emergência:

1. Dá o alarme ao Coordenador da Equipa Local.
2. Tenta controlar o sinistro.
3. Por ordem do Coordenador da Equipa Local, no caso de avaria telefónica, utiliza as escadas até ao piso 1 do Edifício Principal e informa o CCE da ocorrência.
4. Regressa à Unidade e colabora na evacuação segundo orientações do Coordenador da Equipa Local.

Nota: se for informado de uma situação de emergência cumpre o ponto 3.

II - Procedimentos de Emergência UCIP



Assistente Técnico

Se deteta uma situação de emergência:

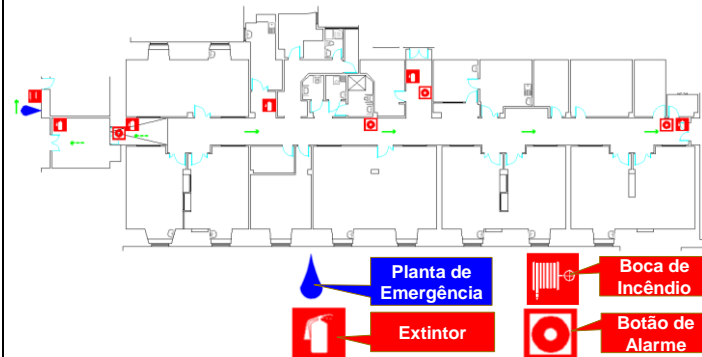
1. Dá o alarme ao Coordenador da Equipa Local.
2. Tenta controlar o sinistro.
3. Colabora na evacuação segundo orientações do Coordenador da Equipa Local.

Nota: se for informado de uma situação de emergência cumpre o ponto 3.

II - Procedimentos de Emergência UCIP



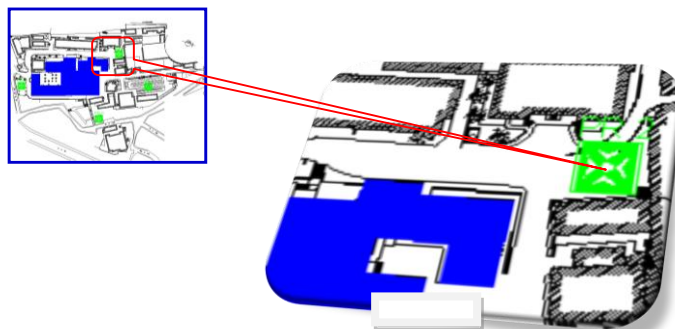
Equipamentos de Segurança Contra Incêndios



II - Procedimentos de Emergência UCIP



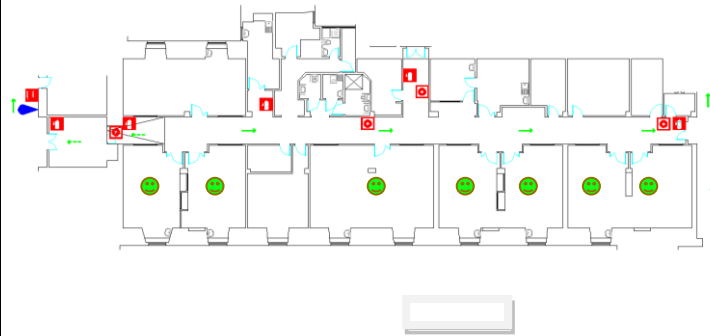
Ponto de Encontro – Unidade X



II - Procedimentos de Emergência UCIP



Percurso Principal de Evacuação



II - Procedimentos de Emergência UCIP



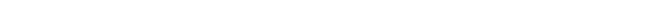
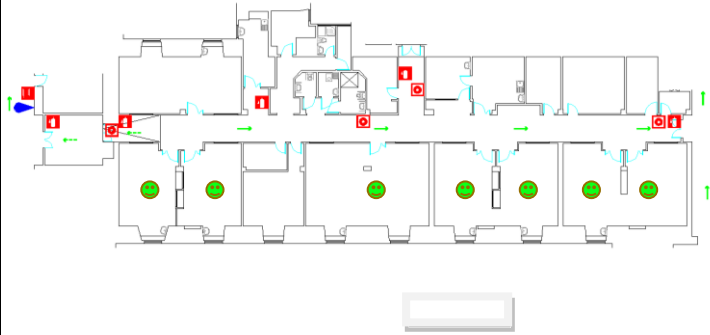
Unidade Alternativa: Unidade y



II - Procedimentos de Emergência UCIP



Percurso Alternativo de Evacuação



II - Procedimentos de Emergência UCIP



É **fundamental** que todos os profissionais da Unidade:

- Conheçam os Procedimentos de atuação em situação de emergência
- Conheçam quais os caminhos de evacuação previstos para a unidade
- Mantenham os caminhos de evacuação livres e desimpedidos
- Conheçam a localização dos extintores, sistemas de alarmes
- Tenham formação na utilização dos extintores

Bibliografia:

[Redacted] Plano de Segurança.
Unidade de Segurança Contra Incêndios, 2010.

ALVES A., REDONDO J. – Plano de Emergência Hospitalar. Instituto
Nacional de Emergência Médica, Ministério da Saúde, Portugal, 1999.

[Redacted] Instrução Especial de
os, 2012

APÊNDICE XXVI

Folheto informativo “Atuação em situação de sismo

E SE O SISMO FOSSE HOJE?

Elaborado por:
Enfª Patrícia Costa
(Aluna do 1º Curso de Mestrado em
Enfermagem Médico-cirúrgica da ESS do
IPS)
Orientado por:
Técnico da USC [redacted]
Enfª [redacted]

Com base nas recomendações:



**Recomendações de
atuação em situação
de SISMO**

Actuação em Sismo – Hospitais



Os sismos são fenómenos naturais, resultantes de uma vibração mais ou menos violenta da crosta terrestre.

Surgem de repente, de forma violenta e sem aviso prévio. A identificação precoce de potenciais perigos e o planeamento antecipado do modo de actuação numa situação destas pode reduzir os efeitos nefastos do mesmo.

Este folheto informativo pretende dar-lhe a conhecer algumas das medidas de actuação antes, durante e após uma situação de sismo no funcionamento Hospitalar.

Antes do Sismo

Preparar a unidade/serviço:

- Garantir a permanente desobstrução dos corredores e saídas, não colocar móveis e outros objetos nestes locais;
- Os armários, garrafas de gases medicinais e outros objetos pesados devem estar fixos à parede;
- Os equipamentos dotados de rodas devem manter-se travados;
- Garantir que todos os cortes de electricidade, água e gases medicinais se encontram identificados e são do conhecimento de todos os profissionais;

- As substâncias líquidas devem ser acondicionadas em bacias de retenção;
- Em cada serviço/unidade deve existir: lanterna, rádio a pilhas e pilhas de substituição;
- No armazenamento do material, colocar sempre os materiais mais pesados nas prateleiras mais baixas;
- Todos os serviços/unidades devem possuir um procedimento de emergência e os seus profissionais devem conhecê-lo, nomeadamente: localização de extintores e unidades alternativas de evacuação;
- Todos os equipamentos que se encontrarem próximos dos doentes como monitores, seringas e bombas infusoras, devem estar fixos;
- Deve existir uma reserva de água mínima para assegurar as ações mínimas durante uma hora.

Durante o Sismo

- Não se precipite para a saída;
- Proteja-se de imediato:
 - ⇒ Afastando-se de janelas e de objetos que possam cair;
 - ⇒ Abrigando-se junto a uma parede ou um canto, debaixo de uma mesa ou cama;
 - ⇒ Ajoelhando-se e protegendo a cabeça com as mãos;
 - ⇒ Nunca utilize os elevadores.

Importante: Tente garantir a sua segurança para após o sismo conseguir ajudar os outros.

Após o Sismo

- Verifique as condições de segurança;
- Existência de incêndios → tente extinguir utilizando os extintores;
- Fuga de gases medicinais → feche a válvula de segurança (garantir a ventilação a todos os doentes que necessitem através de ventilação manual e/ou equipamentos portáteis);
- Em caso de derrames de substâncias líquidas → proceda à sua contenção utilizando cobertores, lençóis e posteriormente remoção para reservatório adequado;
- Fuga de água → feche a torneira de segurança da água;
- Tenha atenção à queda de tetos e paredes
- Verifique as condições das vias de evacuação;
- Avaliação do estado dos doentes:
 - ⇒ Realize uma triagem dos mesmos → identificar os que necessitam de cuidados imediatos.
 - ⇒ Se o serviço/unidade se encontrar afetado estruturalmente, proceda à evacuação dos doentes para um local seguro: em caso de pessoas/doentes soterrados, retire os escombros sobre a vítima, retirando sempre no sentido do mais alto para o mais baixo;
 - ⇒ Se o serviço/unidade não se encontrar afetado, mantenha-se atento pois podem ocorrer réplicas.

APÊNDICE XXVII

Procedimento Setorial “Realização do penso do Doente Queimado”

APROVAÇÃO

1 - OBJECTIVO

- Uniformizar procedimentos na realização de pensos ao doente queimado.
- Prevenir/diminuir o risco de infeção do doente queimado.
- Prevenir complicações a nível da mobilidade do doente queimado e minimizar o aparecimento de contraturas.

2 - ÂMBITO DE APLICAÇÃO

O presente procedimento sectorial aplica-se a todos os enfermeiros da UCIP que prestam cuidados a doentes vítimas de queimaduras.

3 – RESPONSABILIDADES

Pela implementação do Procedimento: Enf^a Chefe e respetiva equipa de Enfermagem da UCIP

4 - DEFINIÇÕES

Infeção – Processo patológico com as características específicas: invasão do corpo por microrganismos patogénicos que se reproduzem e multiplicam, causando doença por lesão celular local, secreção de toxinas ou reação antigénio-anticorpo (CIPE 1.0, 2005).

Penso de ferida – Dispositivo de proteção (CIPE 1.0, 2005)

Posicionar – Ação de executar com as características específicas: Colocar alguém ou alguma coisa em determinada posição (CIPE 1.0, 2005)

Elaborado por: Enf ^a Patrícia Costa, Aluna do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica do IPS-ESS		
Orientado por: Enf ^a LM, Enf ^a Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e Prof ^a Elsa Monteiro (docente do IPS-ESS)		
EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
2012	2015	

Queimadura – Ferida traumática com as características específicas: rotura da camada exterior do tecido da superfície do corpo ou das camadas mais profundas, devido a lesões pelo calor resultantes de exposição a agentes térmicos, químicos, elétricos ou radioativos; caracterizada por coagulação das proteínas das células, aumento do metabolismo, perda da reserva de nutrientes nos músculos e tecido adiposo, perda de proteínas e compostos azotados, por grande dor, desconforto e stress, com risco de choque e com risco de vida; necrose dos tecidos, infeção da ferida, contraturas, escara hipotrófica por espessamento, em que o doente fica profundamente desfigurado; queimaduras de 1º, 2º e 3º grau (CIPE 1.0,2005).

5 REFERÊNCIAS

- Manual Internacional da Qualidade CHKS/HAQU, 2010:

NORMA	TÍTULO	CRITÉRIOS
13	Controlo de Infeções	13.9

BRYCHAT, P; MAGNETTE, A. – European Practice Guidelines for Burn Care [Em linha] The Netherlands, 2011. (Consultado em 24 de Abril de 2011) Disponível em <http://www.euroburn.org/userfiles/users/36/pdf/guidelines/EBAGuidelinesBurnCareVersio n1.pdf>

CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM Versão 1, 2005.

HEALTH SERVICE EXECUTIVE – National best practice and evidence based guidelines for wound management: [Em linha] Ireland, 2009. ISBN – 978-1-906218-29-4 (Consultado a 15 de Maio de 2012) Disponível em <http://www.hse.ie/eng/services/Publications/services/Primary/woundguidelines.pdf>

IGNERY, P.; GRATTON, J. – FAHC Burn Care Manual. The University of Vermont Colleague of Medicine. 2008 (Consultado a 29 de Abril de 2012) Disponível em <http://med.uvm.edu/surgery/downloads/burnmanual.pdf>

PHIPPS et al – Enfermagem Médico-Cirúrgica. Conceitos e Prática clínica. 2ª ed. Lusodidacta. Lisboa, 1995. ISBN: 972-96610-0-6

ROSSI et al – Cuidados locais com as feridas das queimaduras. Rev Bras Queimaduras: [Em linha] 9(2): 54-9 (2010) (Consultado a 03 de Maio de 2012) Disponível em

Elaborado por: Enfª Patrícia Costa, Aluna do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica do IPS-ESS		
Orientado por: Enfª LM, Enfª Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e Profª Elsa Monteiro (docente do IPS-ESS)		
EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
2012	2015	

<http://www.sbqueimaduras.com.br/revista/junho2010/cuidadoslocaiscomasferidasdasqueimaduras.pdf>

WOLF, S.; HERNDON, D. - Burn Care. Landes Bioscience. Texas, 1999. ISBN: 1-57059-526-7

6 DESCRIÇÃO

A realização do penso do doente queimado visa manter a área queimada limpa, prevenir infecções e promover a sua cicatrização, implicando por isso a manutenção da perfusão tecidual e preservação dos tecidos viáveis.

As áreas queimadas consideradas contaminadas, devido à rápida proliferação e colonização por microrganismos decorrentes da existência de tecido desvitalizado, exigem uma limpeza e desbridamento dos tecidos não viáveis. Sendo por isso a limpeza das áreas queimadas essencial para a eficácia do tratamento. Deste modo o procedimento da realização do penso engloba duas etapas fundamentais: limpeza e desinfecção da ferida, no sentido de remover tecidos desvitalizados soltos e exsudado e ainda para limpar a área queimada da medicação tópica anterior, e a realização do penso propriamente dita, devendo ser efetuado com técnica asséptica (ROSSI et al, 2010).

Sendo um procedimento doloroso, requer que seja efetuado sob efeito de analgesia, implicando por isso uma avaliação rigorosa da dor e uma adequação da analgesia (BRYCHAT e MAGNETTE, 2011).

A execução do penso visa ainda manter a mobilidade da área afetada e prevenir sequelas, sendo por isso fundamental um posicionamento terapêutico adequado, ou seja é importante que os segmentos articulares sejam colocados em posição de capacidade cutânea máxima durante a realização do penso (IGNERY e GRATTON, 2008).

Elaborado por: Enf ^a Patrícia Costa, Aluna do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica do IPS-ESS		
Orientado por: Enf ^a LM, Enf ^a Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e Prof ^a Elsa Monteiro (docente do IPS-ESS)		
EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
2012	2015	

6.1 – Penso do Doente Queimado

O penso do doente queimado engloba duas fases distintas tal como referido anteriormente: limpeza e desinfeção da área queimada e aplicação da medicação tópica e encerramento do mesmo.

Se o doente já tiver sido submetido a enxertos de pele e possuir **zonas dadoras**, estas devem ser as primeiras a ser abertas e encerradas. Caso a gaze gorda da zona dadora esteja seca, não se deve retirar pois vai-se destacando, devendo ser recortado o excedente. Se húmida e com exsudato executar de acordo com indicação médica.


6.1.1 - Procedimento

Fases	Intervenções de Enfermagem
Limpeza e desinfeção	<ol style="list-style-type: none">1 - Promover condições ambientais adequadas para a realização do procedimento (encerramento das cortinas, limitação do acesso de pessoas ao quarto onde o procedimento vai ser realizado)2 - Informar o doente dos procedimentos a realizar e obter o seu consentimento3 - Administrar terapêutica analgésica prescrita ½ hora a 1 hora antes do início do procedimento4 - Higienizar as mãos com água e sabão ou SABA de acordo com o procedimento multisetorial CIH 102 (Anexo 1)5 - Colocar touca, máscara cirúrgica e avental (Anexo 2)6 - Preparar todo o material necessário sobre uma mesa:<ul style="list-style-type: none">- Luvas esterilizadas

Elaborado por: Enf^a Patrícia Costa, Aluna do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica do IPS-ESS

Orientado por: Enf^a LM, Enf^a Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e Prof^a Elsa Monteiro (docente do IPS-ESS)

EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
2012	2015	


Fases	Intervenções de Enfermagem
<p>Limpeza e desinfecção</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Bata de pano ou disposable esterilizadas - Duas taças médias esterilizadas - Soluto desinfetante - Água bidestilada ou soro fisiológico - Campos esterilizados de acordo com o segmento corporal a proteger - Compressas abdominais (10x20) esterilizadas  <p>Fonte: Unidade de Queimados CHLC, EPE - Maio 2012</p> <ol style="list-style-type: none"> 7 - Lavar assepticamente as mãos (ver procedimento multisetorial CIH 102) 8 - Vestir a bata esterilizada e calçar as luvas esterilizadas 9 - Aplicar compressas embebidas com o soluto antisséptico sobre as áreas queimadas e deixar atuar de acordo com as recomendações do fabricante - Proceder ao desbridamento mecânico e eliminação de tecidos necrosados, arrastando a compressa 10 - Lavar com água bidestilada <p>Se zona enxertada, devem aplicar-se e remover-se as</p>

Elaborado por: Enf ^a Patrícia Costa, Aluna do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica do IPS-ESS		
Orientado por: Enf ^a LM, Enf ^a Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e Prof ^a Elsa Monteiro (docente do IPS-ESS)		
EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
2012	2015	

Fases	Intervenções de Enfermagem
	<p>compressas com movimentos muito suaves, de modo a evitar deslocarem o enxerto</p> <p>11 - Secar suavemente com compressas secas as áreas desinfetadas</p> <p>12 - Proteger as áreas queimadas desinfetadas com campos esterilizados até à realização do penso</p> <p>13 - Retirar as luvas, a bata e a máscara (Anexo 2) e desperdiçá-las no saco branco (grupo de resíduos III)</p> <p>14 - Avaliar a dor e adequar a terapêutica analgésica</p>
Execução do penso	<p>15 - Higienizar as mãos com água e sabão ou SABA (Anexo 1)</p> <p>18 - Preparar todo o material necessário sobre uma mesa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Luvas esterilizadas - Bata de pano ou disposable esterilizadas - Uma taça média esterilizada - Medicação tópica de acordo com a prescrição médica - Campos esterilizados de acordo com o segmento corporal a proteger - Compressas pequenas (10x10) - Compressas abdominais (10x20) - Compressas enroladas - Pranchetas grandes e pequenas

Elaborado por: Enf^a Patrícia Costa, Aluna do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica do IPS-ESS
Orientado por: Enf^a LM, Enf^a Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e Prof^a Elsa Monteiro (docente do IPS-ESS)

EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
2012	2015	

Fases	Intervenções de Enfermagem
Execução do penso	<ul style="list-style-type: none"> - Gaze gorda em rolo - Tesoura esterilizada - Ligaduras 10, 15 e 20cm (adequar ao segmento corporal a encerrar) 
	<p>Fonte: Unidade de Queimados CHLC, EPE - Maio 2012</p> <ul style="list-style-type: none"> 19 - Lavar assepticamente as mãos de acordo com o procedimento multisetorial CIH 102 20 - Vestir a bata esterilizada e calçar as luvas esterilizadas (Anexo 2) 21 - Avaliar as áreas queimadas (aspeto, exsudado...) <p style="text-align: center;">Se zona enxertada e com indicação de retirar agrafes, utilizar uma pinça tira-agrafes e removê-los com cuidado para não remover o enxerto</p> <ul style="list-style-type: none"> 22 - Aplicar sobre as áreas queimadas a medicação tópica prescrita

Elaborado por: Enf^a Patrícia Costa, Aluna do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica do IPS-ESS
Orientado por: Enf^a LM, Enf^a Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e Prof^a Elsa Monteiro (docente do IPS-ESS)

EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
2012	2015	

Fases	Intervenções de Enfermagem
	<p>23 - Aplicar a gaze gorda, tendo o cuidado de não sobrepor a mesma para não garrotar</p> <p>24 - Substituir as luvas esterilizadas</p> <p>25 - Colocar as compressas (adequar o tamanho à área corporal a encerrar)</p> <p>26 - Encerrar o penso com ligaduras e/ou pranchetas (adequar o tamanho das ligaduras ao segmento corporal a encerrar)</p> <p>27 - Retirar as luvas, a bata, máscara e touca (Anexo 2) e desperdiçá-las no saco branco (grupo de resíduos III)</p> <p>16 28 - Higienizar as mãos com água e sabão ou SABA (Anexo 1)</p> <p>29 - Proceder aos registos: dor, aspeto da queimadura, evolução cicatricial, aparência dos enxertos caso existam, medicação utilizada</p>

6.1.2 Posicionamento dos diferentes segmentos corporais com queimadura durante a realização do penso

Região cervical – Colocar colar cervical que promova o afastamento entre o mento e o esterno através da hiperextensão cervical.



Elaborado por: Enf ^a Patrícia Costa, Aluna do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica do IPS-ESS		
Orientado por: Enf ^a LM, Enf ^a Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e Prof ^a Elsa Monteiro (docente do IPS-ESS)		
EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
2012	2015	

Axila – Posicionar o membro em abdução (90°) e ligeira rotação externa.



Região anterior do cotovelo – Colocar a ligadura de modo a promover a extensão do cotovelo.



Região posterior do cotovelo – Colocar a ligadura de modo a promover uma ligeira flexão.



Punho anterior – Colocar a ligadura do penso de modo a promover a extensão do punho.



Elaborado por: Enf ^a Patrícia Costa, Aluna do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica do IPS-ESS		
Orientado por: Enf ^a LM, Enf ^a Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e Prof ^a Elsa Monteiro (docente do IPS-ESS)		
EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
2012	2015	

Punho posterior – Colocar a ligadura do penso de modo a promover uma posição neutra



Região Dorsal da Mão – Posicionar as articulações metacarpofalângicas em flexão e as interfalângicas em extensão e o polegar em oposição.



Região Palmar da Mão – Posicionar as articulações metacarpofalângicas e interfalângicas em extensão e o polegar em abdução.



Joelho – Colocar a ligadura do penso de modo a manter a extensão do joelho.

Região dorsal dos dedos dos pés – Utilizar a ligadura do penso de modo a promover a flexão dos dedos.

Elaborado por: Enf ^ª Patrícia Costa, Aluna do 1 ^º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica do IPS-ESS		
Orientado por: Enf ^ª LM, Enf ^ª Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e Prof ^ª Elsa Monteiro (docente do IPS-ESS)		
EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
2012	2015	

Região dorsal dos dedos dos pés - Utilizar a ligadura do penso de modo a promover a extensão dos dedos.

Aquando da presença de enxerto nos referidos segmentos corporais podem utilizar-se talas moldáveis para se manterem os posicionamentos.

Elaborado por: Enf ^a Patrícia Costa, Aluna do 1 ^o Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica do IPS-ESS		
Orientado por: Enf ^a LM, Enf ^a Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e Prof ^a Elsa Monteiro (docente do IPS-ESS)		
EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
2012	2015	

ANEXO 1 – Higienização das mãos

Fricção Anti-séptica das mãos

Higienize as mãos, friccionando-as com solução anti-séptica de base alcoólica (SABA). Lave as mãos apenas quando estiverem visivelmente sujas.



Duração total do procedimento: 20-30 seg.



1a
1b
Aplique o produto numa mão em forma de concha para cobrir todas as superfícies



2
Esfregue as palmas das mãos, uma na outra



3
Palma direita sobre o dorso esquerdo com os dedos entrelaçados e vice versa



4
As palmas das mãos com dedos entrelaçados



5
Parte de trás dos dedos nas palmas opostas com dedos entrelaçados



6
Esfregue o polegar esquerdo em sentido rotativo, entrelaçado na palma direita e vice versa



7
Esfregue rotativamente para trás e para a frente os dedos da mão direita na palma da mão esquerda e vice versa




8
Uma vez secas, as suas mãos estão seguras.

FONTE: Direção Geral da Saúde – Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde-Documento de apoio, Lisboa, Junho de 2010

Lavagem das mãos

Lave as mãos apenas quando estiverem visivelmente sujas.
Nas outras situações use solução anti-séptica de base alcoólica (SABA).

 Duração total do procedimento: 40-60 seg.



Molhe as mãos com água



Aplique sabão suficiente para cobrir todas as superfícies das mãos



Esfregue as palmas das mãos, uma na outra



Palma direita sobre o dorso esquerdo com os dedos entrelaçados e vice versa



Palma com palma com os dedos entrelaçados



Parte de trás dos dedos nas palmas opostas com os dedos entrelaçados



Esfregue o polegar esquerdo em sentido rotativo, entrelaçado na palma direita e vice versa



Esfregue rotativamente para trás e para a frente os dedos da mão direita na palma da mão esquerda e vice versa



Enxague as mãos com água



Seque as mãos com toalhete descartável




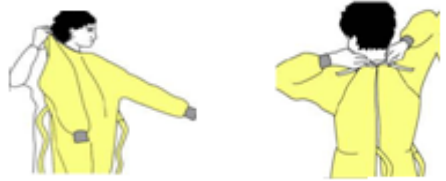
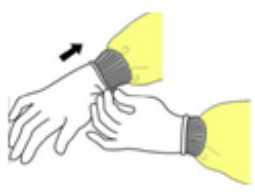
Utilize o toalhete para fechar a torneira se esta for de comando manual



Agora as suas mãos estão seguras.

FONTE: Direção Geral da Saúde – Orientação de Boa Prática para a higiene das Mãos nas Unidades de Saúde-Documento de apoio, Lisboa, Junho de 2010

ANEXO 2 – Colocação e remoção dos Equipamentos de Proteção Individual

Colocação do Equipamento Proteção Individual	
<p>1º Máscara:</p> <ul style="list-style-type: none">- Coloque a máscara sobre o nariz fixando-a. Ajuste-a bem ao rosto, parte superior do nariz e queixo- Segure-a à cabeça e ao pescoço com os elásticos ou fitas	
<p>2º Bata:</p> <ul style="list-style-type: none">- Abra a bata pela parte posterior- Vista de modo a que os atilhos sejam apertados atrás ao nível do pescoço, costas e cintura- O corpo deve ficar tapado pela bata desde o pescoço até aos joelhos e os membros superiores devem ser tapados até aos pulsos	
<p>3º Luvas:</p> <ul style="list-style-type: none">- As luvas são as últimas a ser calçadas- Seleccione o tipo e tamanho de luvas adequado- Insira as mãos nas luvas- Puxe as luvas até prender o punho da bata	

Remoção do Equipamento de Proteção Individual

1º Luvas:

- Elimine as luvas quando as mesmas se encontrarem contaminadas
- Pegue no bordo da luva junto ao punho
- Retire da mão virando de dentro para fora
- Segure com a mão oposta
- Meta o dedo da mão sem luva por debaixo da outra luva e remova-a
- Vire a luva do avesso criando uma bolsa para ambas as luvas
- Descarte as luvas para o saco do grupo III dos resíduos



2º Bata:

- Desaperte os atilhos
- Puxe a bata pelos ombros
- Vire a bata do avesso
- Enrole a bata
- Descarte a bata no saco apropriado



3º Máscara:

- Desaperte primeiro o atilho de cima e posteriormente o de baixo
- Retire da face
- Descarte



APÊNDICE XXVIII

Artigo “Intervenções de Enfermagem na Prevenção da PAV”

Intervenções de Enfermagem na Prevenção da PAV

O PAPEL DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DA PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA

Autor: Patrícia Costa, Estudante do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica do IPS-ESS

Co-autor: Profª Elsa Monteiro, Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica

As Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) são uma realidade nas instituições e devem constituir uma preocupação para todos aqueles que prestam cuidados, uma vez que afetam a qualidade de vida dos doentes, a sua segurança e a dos próprios profissionais. A Pneumonia Associada à Ventilação (PAV) apresenta-se como das IACS, a mais frequente em Unidades de Cuidados Intensivos (UCI).¹

A PAV ao prolongar o tempo de internamento, o tempo de ventilação mecânica e consequentemente o aumento dos custos financeiros para a instituição, representa um grande impacto para os serviços de saúde.²

Conscientes de que os enfermeiros devem garantir a utilização eficaz e segura das medidas de prevenção da PAV, desenvolvemos um Projeto de Intervenção em Serviço baseado na metodologia de projeto, no sentido de divulgar recomendações baseadas na evidência aos enfermeiros que prestam cuidados a doentes submetidos a ventilação mecânica invasiva e assim contribuir para a qualidade e segurança dos cuidados. Nesta linha de ação, pretendemos apresentar o projeto desenvolvido ao longo de cada uma das etapas que constitui a metodologia projeto e que conduziu à formação, elaboração de recomendações e construção de uma grelha de auditoria de modo a permitir uma monitorização e avaliação das práticas.

Palavras-chave: PAV, prevenção, *guidelines*, intervenções de enfermagem

INTRODUÇÃO

O doente em situação crítica requer um conjunto de procedimentos e técnicas invasivas para o restabelecimento e manutenção das suas funções vitais, tornando-o mais predisposto a adquirir uma infeção em consequência dos cuidados prestados.

A ventilação mecânica invasiva é uma das técnicas de suporte à manutenção das funções

vitais destes doentes e enquanto procedimento invasivo, pela necessidade de introdução de um tubo endotraqueal nas vias aéreas, pode acarretar alguns riscos para os doentes, sendo a aquisição de PAV, um desses riscos³.

A PAV define-se como uma infeção pulmonar provocada por vírus, bactérias e/ou fungos em doentes entubados endotraquealmente e submetidos a ventilação mecânica há mais de 48 horas³ e ocorre quando há uma quebra nas defesas do hospedeiro propiciando a colonização microbiana, uma vez que a presença de uma via aérea artificial como o tubo endotraqueal provoca alterações nos mecanismos de defesa da via aérea, constituindo ainda um acesso direto às vias aéreas⁴.

Cerca de 10 a 20% dos doentes entubados endotraquealmente e submetidos a ventilação mecânica desenvolvem uma PAV. Esta é uma das IACS mais frequentes nas UCI, representam um grande impacto para os serviços de saúde nomeadamente no aumento de custos financeiros.^{1,2}

Uma vez identificada a área problemática e após aplicação de instrumentos de colheita de dados e instrumentos de gestão inferimos que a PAV constituía uma área de intervenção com interesse para a equipa de enfermagem da UCIP de um Hospital Central de Lisboa, local onde realizámos estágio no âmbito do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da ESS do IPS. Deste modo, definimos como objetivo “Divulgar recomendações de boas práticas de enfermagem no âmbito da prevenção da PAV” bem como planeámos, executámos e avalíamos uma série de atividades de modo a contribuir para melhoria da qualidade e segurança dos cuidados ao doente submetido a ventilação mecânica invasiva que passaremos a explicitar, de acordo com as etapas que constituem a Metodologia de Projeto.

DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

Após entrevista não estruturada com a Enfª Chefe da UCIP onde decorreu o estágio já referido constatamos que a PAV era uma área que carecia de intervenção.

Cientes que os enfermeiros possuem um papel fundamental na utilização eficaz e segura das medidas de prevenção baseadas na evidência no sentido na prevenção da PAV⁶, construímos uma grelha de observação constituída por um conjunto de critérios baseados nas recomendações emanadas pelo CDC que nos permitisse a recolha de dados com o objetivo de identificar práticas de enfermagem de prevenção da PAV que requeriam melhoria. Para tal recorremos a uma observação não participante e utilizámos uma técnica de

amostragem não probabilística em que cada elemento da população não tem a mesma probabilidade de ser escolhido para formar a amostra, construindo-se assim uma amostra acidental cujos sujeitos incluídos estão num determinado local, num preciso momento.¹⁴

Destas observações constatámos falhas na prevenção da transmissão de microrganismos pessoa-a-pessoa, nomeadamente na higienização das mãos, na aspiração de secreções, na prevenção da aspiração associada ao tubo endotraqueal, na avaliação da pressão do *cuff* do TET e na manutenção da cabeceira da cabeceira elevada.

Por outro lado, considerando que a existência de programas de formação/educação são fundamentais para a prevenção da PAV⁶, aplicámos um questionário, construído para esse fim, após autorização da Enf^a Diretora de Enfermagem da instituição, aos enfermeiros da referida unidade no sentido conhecermos o nível de formação que a equipa possuía relativamente às medidas de prevenção da PAV e constatámos que apenas metade dos enfermeiros possuem formação específica na área, sendo que os contextos em que a mesma foi realizada foram variados.

Da triangulação dos dados, pudemos inferir queurgia a necessidade de:

- Elaborar um procedimento sectorial sobre as intervenções de enfermagem na prevenção da PAV, com base em recomendações baseadas na evidência
- Contribuir para a formação da equipa de enfermagem no âmbito da Prevenção da PAV – Intervenções de Enfermagem
- Desenvolver competências técnicas e científicas na área da auditoria a práticas de enfermagem na Prevenção da PAV

No sentido de dar resposta aos objetivos delineados planeamos uma série de atividades, as quais passamos a explicitar.

PLANEAMENTO

Durante esta etapa e de modo a dar resposta aos objetivos delineados, desenvolvemos um plano lógico e detalhado no sentido de orientarmos as ações a desenvolver, enunciámos um conjunto de recursos a utilizar, enumerámos indicadores de avaliação e elaborámos um cronograma de atividades que foram discutidos com a Enf^a Chefe, Enf^a Orientadora e elo de ligação com a CCIH, de modo a tornar o PIS exequível.

EXECUÇÃO E AVALIAÇÃO

A PAV tem sido alvo de preocupação quer a nível nacional quer internacional. Da revisão sistemática da literatura à qual procedemos, optamos por pesquisar *guidelines* existentes e publicadas a partir do ano 2000, em base de dados eletrónicas como a *Pubmed* bem como em bases de dados de *guidelines* tendo utilizado como termos de pesquisa os termos: “*Guidelines to Prevent Ventilator-Associated Pneumonia*”, “*Guidelines nursing to Prevent Ventilator Associated Pneumonia*”, “*Prevenção da Pneumonia Associada ao Ventilador*”.

Desta pesquisa, encontrámos dez *guidelines* publicadas, tendo entretanto sido excluídas duas *guidelines* que já eram adaptações de outras. Destas, seleccionámos as três com um maior número de recomendações com grau de evidência e cujas recomendações eram apresentadas de forma clara e sucinta. Submetemo-las a um painel de quatro peritos da área da prevenção e controlo de infeção, no sentido de as avaliarem relativamente à qualidade, sendo que para isso foi sugerido a utilização do instrumento AgreeII, que consiste numa ferramenta que permite avaliar o rigor metodológico e a transparência com que as *guidelines* são elaboradas.¹²

De acordo com a avaliação dos peritos, as *guidelines* que obtiveram um *score* mais elevado foram as emanadas pelo CDC, *Guidelines for Preventing Health-care associated Pneumonia*” (2003), logo foi com base nestas que elaborámos o nosso procedimento setorial “Intervenções de Enfermagem na Prevenção da PAV” que foi apresentado à chefe da unidade, à comissão de controlo de infeção e à equipa de enfermagem, no sentido de o avaliarem e apresentarem sugestões. Uma vez finalizado foi submetido a aprovação.

Tendo em conta que a prevenção e controlo de infeção reflete a qualidade e segurança dos cuidados prestados aos doentes internados, a auditoria em controlo de infeção apresenta-se como o veículo ideal para avaliar a eficácia dos programas de controlo de infeção, uma vez que disponibiliza padrões que permitem avaliar a qualidade do atendimento, possibilitando documentar as práticas que exigem melhoria. As grelhas de auditoria são fundamentais nos processos de auditoria uma vez que permitem obter dados acerca da conformidade com as políticas da instituição.¹³ Com base no descrito, construímos uma grelha de auditoria, baseada em critérios com base nas *guidelines* que serviram de suporte à elaboração procedimento setorial, no sentido de se proceder à avaliação da conformidade das práticas de enfermagem com as recomendações presentes no procedimento setorial e se poder implementar estratégias de melhoria e que foi discutida com a Enf^a Chefe da

UCIP, elo de ligação com a CCIH e elementos da CCIH e submetida a autorização da Enfª Chefe para se proceder à sua implementação.

Por si só a educação dos profissionais não reduz as taxas das IACS⁷, no entanto quando conjugada com outras intervenções é um elemento fundamental nos programas de prevenção de controlo de infeção⁸, sendo uma recomendação unânime recomendada pelas diversas entidades que trabalham no âmbito da prevenção da PAV.
1,4,9,10

No sentido de contribuirmos para o desenvolvimento profissional dos enfermeiros na área da prevenção da PAV realizámos também uma ação de formação em serviço. Para a sua concretização foram mobilizados conhecimentos do âmbito da prevenção e controlo de infeção, bem como do domínio da pedagogia no sentido de adaptarmos a formação à realidade existente. A elaboração de um dossier temático intitulado “Prevenção da PAV” fornecido ao serviço no final da sessão também contribuiu para a consolidação de conhecimentos dos enfermeiros.

No final, deixámos disponível um dossier temático que reunia um conjunto de documentos relacionados com a prevenção da PAV de forma a esclarecer algumas dúvidas da equipa de enfermagem que possam surgir no decorrer da prática.

CONCLUSÃO

O enfermeiro enquanto prestador de cuidados ao doente submetido a ventilação mecânica invasiva, representa um papel primordial quer na implementação de boas práticas durante a prestação de cuidados ao doente, quer na supervisão do cumprimento das recomendações por outros profissionais.

Assim, com a elaboração do procedimento setorial, a construção de uma grelha de auditoria e termos contribuído para a formação dos enfermeiros da UCIP onde estagiámos, consideramos ter contribuído para o desenvolvimento profissional e para uma prática baseada na evidência, garantindo assim cuidados de qualidade ao doente submetido a ventilação mecânica invasiva e à unidade a capacidade de avaliar e monitorizar as práticas de enfermagem no sentido de delinearem ajustes nos programas de prevenção e controlo de infeção.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Society for Healthcare Epidemiology of America [SHEA] (2008)– Strategies to Prevent Ventilator-Associated Pneumonia in Acute Care

Hospitals. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 29: 31-40 Acedido a 20 de Abril de 2012 em <http://www.jstor.org/stable/10.1086/591062>

2. Mendonça, M. (2009, Novembro-Dezembro) – Serviço de Controle de Infecções Hospitalares na Prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação mecânica. *Prática Hospitalar* 66

3. Koenig, S.; Truwit, J. (2006. October) - Ventilator-Associated Pneumonia: Diagnosis, Treatment, and Prevention. *Clinical Microbiology Reviews* 19: 4. Acedido a 21 de Novembro de 2011 em <http://cmr.asm.org/content/19/4/637.short>

4. Plano Nacional Controlo Infeção (2003) – Recomendações para a Prevenção da Infeção Respiratória em Doente Ventilado Acedido a 20 de Abril de 2012 em <http://www.dgs.pt/ms/3/default.aspx?pl=&id=5514&access=0>

5. Plano Nacional de Controlo de Infeção [PNCI](2007) - Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde. Lisboa Acedido a 10 de Dezembro 2011 em <http://www.dgs.pt/ms/3/default.aspx?id=5514>

6. Ward, D. (2011)– The role of education in the prevention and control of infection: A review of the literature. *Nurse Education Today*, 31, 9-17 (2011)

7. Farrington, M.(2007) – Infection Control Education: How to make an impact-tools for the job – *Journal of Hospital Infection* 65: s2 128-132

8. Centre for Disease Control and Prevention [CDC] (2003) – Guidelines for Preventing Healthcare Associated Pneumonia. Practices Advisory Committee, 53:1-36. Acedido em 6 de Novembro de 2011 em <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5303a1.htm>

9. American Thoracic Society Documents [ATS] (2005) – Guidelines for the Management of Adults with Hospital-acquired, Ventilator-associated, and Healthcare-associated Pneumonia. *Am J Respir Crit Care Med*, 171, 338-416. Acedido a 10 de Maio de 2012 em

<http://ajrccm.atsjournals.org/content/171/4/388.full>
1

10. ADAPTE Collaboration (2007) – Manual for guideline Adaptation Version 1.0. Acedido a 15 de Março de 2012 em www.adapte.org

11. AGREE Next Steps Consortium (2009). The AGREE II Instrument. Acedido a 15 de Março de 2012 em www.agreetrust.org

12. Bryce, E., Scharf, S., Walker, M. & Walsh, A. (2007) - The infection control audit: The standardized audit as a tool for change. *AJIC*, 35: 4, 271-283

ANEXO I

Grelha de avaliação de ações de formação em serviço

FORMAÇÃO EM SERVIÇO - AVALIAÇÃO DA SESSÃO

Área/Unidade/Especialidade:

Tema:

Ação tipo: Atualização:

Aprendizagem:

Data:

Duração:

Formador (es):

Coloque uma cruz (X) na opção que melhor expresse a sua opinião, ou seja, o seu grau de concordância para cada uma das afirmações que se seguem.

APRECIÇÃO GLOBAL	Discorda Total- mente	Discorda	Concorda	Concorda Total- mente
1. As suas expectativas em relação à formação foram satisfeitas.				
2. Os objectivos da formação foram atingidos.				
3. Para a sua actividade profissional a formação foi útil.				
4. Favoreceu a sua aquisição/consolidação de conhecimentos.				
5. A teoria foi relacionada com a prática.				
6. A formação apresentou bom nível técnico-pedagógico.				
7. Foram abordados todos os pontos que considerou importantes.				
8. A documentação distribuída/disponibilizada possui qualidade.				
9. Os audiovisuais utilizados foram adequados à mensagem transmitida.				
10. A duração da formação foi adequada.				
11. O horário da formação foi adequado.				

Classifique os **formadores** e a **metodologia** utilizando a seguinte escala:

1 – Insuficiente 2 – Suficiente 3 – Bom 4 – Muito Bom

Metodologia	Formador A	Formador B	Formador C
12. Domínio dos conteúdos apresentados.			
13. Facilidade de transmissão de conhecimentos.			
14. Clareza na transmissão dos conhecimentos.			
15. Capacidade de motivar, despertar interesse nos formandos.			
16. Interação com o grupo.			
17. Interesse demonstrado no esclarecimento de dúvidas.			
18. Gestão do tempo.			
19. Pontualidade.			

Obrigado pela sua Colaboração!