

6º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica
Relatório de Estágio

Pessoa em Situação Crítica com Infecção Adquirida em
Cuidados de Saúde, uma
abordagem Especializada do Enfermeiro

Vera Mónica Pinho Marques

Lisboa
2017

A decorative graphic at the bottom of the page consists of several thick, overlapping, curved green lines that sweep from the left towards the right, creating a sense of movement and depth.

6º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica
Relatório de Estágio

Pessoa em Situação Crítica com Infecção Adquirida em
Cuidados de Saúde, uma
abordagem Especializada do Enfermeiro

Vera Mónica Pinho Marques

Orientadora: Professora Doutora Carla Nascimento

Lisboa
2017

A large, decorative graphic at the bottom of the page consists of several thick, overlapping green wavy lines that sweep from the left towards the right, creating a sense of movement and depth.

*“O êxito na vida não se mede pelo caminho que você conquistou,
mas sim pelas dificuldades que superou no caminho”*

Abraham Lincoln

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Carla Nascimento pela orientação, incentivo e exigência ao longo desta viagem nem sempre fácil.

Aos meus pares e colegas de Mestrado pelos vários momentos vivenciados durante este percurso.

A todo o meu núcleo de colegas de trabalho que sempre se demonstraram disponíveis e me incentivaram a nunca desistir mesmo nos momentos mais sinuosos.

À minha irmã eterna companheira de aprendizagem com quem tive oportunidade de partilhar todos os momentos e que constituiu um pilar de apoio.

Aos meus pais que sempre me apoiaram nesta decisão e estiveram sempre presentes motivando-me diariamente para seguir este caminho.

À minha restante família, nomeadamente os meus primos e avós que constituíram um suporte e compreenderam os momentos em que não estive presente.

LISTA DE SIGLAS

ARDS - *Acute Respiratory Distress Syndrome*

ATLS - Advanced Trauma Life Support

AVC - Acidente Vascular Cerebral

BIS - Índice Bispectral

CCI - Comissão de Controlo de Infeção

CO₂ - Dióxido de Carbono

CV - Cateter Vesical

CVC - Cateter Venoso Central

CVP - Cateter Venoso Periférico

DGS - Direção Geral de Saúde

EPI's - Equipamentos de Proteção Individual

ESEL - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

HC - Hemocultura

IACS - Infeção Associada aos Cuidados de Saúde

IHI - Institute for Healthcare Improvement

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica

ITU - Infeção do Trato Urinário

LA - Linha Arterial

MAR - Medicamentos de Alto Risco

OMS - Organização Mundial de Saúde

PAI - Pneumonia Associada à Intubação

PPCIRA - Programa de Prevenção e Controlo da Infeção e Resistência aos Antimicrobianos

PSC - Pessoa em Situação Crítica

PBCI - Precauções Básicas de Controlo de Infeção

SAV - Suporte Avançado de Vida

SIEM - Sistema Integrado de Emergência Médica

SNS - Sistema Nacional de Saúde

SO - Serviço de Observação

SUP - Serviço de Urgência Polivalente

TGI - Tracheal Gas Insufflation

TOT - Tubo Orotraqueal

TSFR - Técnica de Substituição da Função Renal

UC – Unidades Curriculares

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos

VMI - Ventilação Mecânica Invasiva

VV - Via Verde

RESUMO

As Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde traduzem-se numa problemática que deve ser reconhecida por todos como um problema de saúde pública, devido à sua elevada taxa de mortalidade e aos custos associados para o sistema de saúde (Pina et al., 2010).

O risco para a aquisição destas infeções é consideravelmente mais elevado na pessoa em situação crítica em Unidade de Cuidados Intensivos (WHO, 2011). O uso crescente de métodos invasivos facilita a possibilidade de adquirir infeção, devendo estes ser utilizados de forma criteriosa. Os profissionais de saúde devem implementar medidas não só de maximização da prevenção como também de controlo de infeção na transmissão de microrganismos no decorrer da sua atividade profissional (Pina et al., 2010), elevando um conjunto de competências (Regulamento nº124/2011, de 18 de Fevereiro).

Em particular estas duas áreas de competência foram desenvolvidas em estágios na Unidade de Cuidados Intensivos e no Serviço de Urgência Polivalente. Como objetivo geral de estágio definiu-se a aquisição de competências especializadas de enfermagem à pessoa em situação crítica com risco de desenvolver Infeção Associada aos Cuidados de Saúde. De forma a direcionar mais detalhadamente este percurso definiu-se como objetivos específicos: prestar cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica e família; intervir na área de prevenção e controlo de infeção na pessoa em situação crítica; atuar como um elemento facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho na área da pessoa em situação crítica com Infeção Associada aos Cuidados de Saúde. Como matriz teórica orientadora da ação elegeu-se a Teoria Ambientalista de Florence Nightingale.

Ao processo de aquisição de competências e resposta aos objetivos específicos foi associado o pensamento reflexivo, a prática baseada na evidência, o conhecimento experiencial e a partilha com os pares permitindo-me obter resultados na área da prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e sua família, na prevenção e controlo de infeção bem como na formação dos pares visando a mudança futura de comportamentos na prática diária de cuidados de enfermagem.

Palavras Chave: pessoa em situação crítica, prevenção, controlo de infeção, intervenções especializadas de enfermagem

ABSTRACT

Infections contracted in Health Care facilities are a problem that we all should acknowledge as a public health issue due to the associated high death rates and inherent cost for public health services (Pina et al., 2010).

Risk of infection is considerably higher for patients in critical condition admitted to Intensive Care Units (WHO, 2011). The growing use of invasive procedures increases the likelihood of infection, so they should be used judiciously. Healthcare professionals should implement measures to not only maximize the prevention but also control infections and transmission of microorganisms as they perform their professional activity (Pina et al., 2010), demonstrating a needed set of skills (Regulamento nº124/2011, de 18 de Fevereiro).

These two above mentioned skills in particular were developed during my internships at the Intensive Care Unit and the Emergency Service, which were driven by previously outlined objectives. I have set my internship's general purpose to the acquisition of specialized nursing skills for patients in critical condition with health care-associated infection. To better set my course of action, I have detailed the following specific goals: provide nursing care to the patient in critical condition; get involved in preventing and controlling infection of patients in critical condition; act as a learning facilitator in the context of working with patients in critical condition that have contracted infections in healthcare procedures. Specific activities are further detailed in this report based on my reflective thinking and their own reasoning. As guidance for my actions along this course I selected Florence Nightingale's "Environmental Theory".

This skill learning process and the response to the specific goals was associated with evidence-based practice, experimental knowledge and sharing with my peers, allowing me to get demonstrable results in: providing nursing care to patients in critical condition and their families; infection prevention and control; taking action based in rules; training of peers towards changing behavior in daily nursing procedures.

Keywords: person in a critical condition; prevention, infection control, specialized nursing interventions

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....17

1. INFEÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE, UMA PROBLEMÁTICA CRESCENTE.....21

1.1 . A especificidade da pessoa em situação

crítica.....22

1.2. O enfoque na Teoria Ambientalista de Florence

Nightingale.....26

2. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM.....29

2.1. Unidade de Cuidados Intensivos.....30

2.2. Serviço de Urgência.....41

CONSIDERAÇÕES FINAIS.....53

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....57

ANEXOS

ANEXO I- Precauções Básicas de Controlo de Infeção

APÊNDICES

APÊNDICE I - Folheto “Cuidar não dispensa a escrita”

APÊNDICE II - Certificado de presença no “IV Congresso Internacional de Cuidados Intensivos e Unidades Intermédias do Centro Hospitalar do Porto”

APÊNDICE III - Póster “Catéteres Venosos Periféricos e a Administração de Medicamentos de Alto Risco no Serviço de Urgência Polivalente”

APÊNDICE IV - Sessão de Apresentação do Póster “Cateteres Venosos Periféricos e a Administração de Medicamentos de Alto Risco no Serviço de Urgência Polivalente”

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Objetivos específicos e atividades desenvolvidas na Unidade de Cuidados Intensivos

Quadro 2 – Objetivos específicos e atividades desenvolvidas no Serviço de Urgência

INTRODUÇÃO

No âmbito do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, prevê-se a realização de um Relatório de Estágio onde se encontra definido e sustentado o tema previamente escolhido, os objetivos e as atividades desenvolvidas de forma a garantir a aquisição de competências do 2º Ciclo de Estudos bem como, competências na área de especialização de enfermagem Pessoa em Situação Crítica (PSC).

Com a evolução da profissão de enfermagem criam-se novas áreas de competências e saberes que vão sendo desenvolvidas de acordo com as necessidades da população à qual se prestam cuidados. Estes princípios verificam-se através da regulamentação das competências do enfermeiro especialista, sendo a PSC uma área crescente na atualidade.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros, a PSC *“é 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”* (Regulamento nº124/2011, de 18 de Fevereiro).

A literatura internacional reforça a importância do enfermeiro que presta cuidados especializados nesta área demonstrando-nos que as intervenções desenvolvidas por estes contribuem para a melhoria dos seus *outcomes* (Fry, 2011). A evidência confirma que existe uma redução no tempo de internamento, nas complicações daí resultantes (infecções, morbidade e mortalidade) e nas taxas de readmissões.

Os enfermeiros especializados devem exercer a sua atividade profissional de acordo com rigorosos padrões de qualidade, sendo estes norteadores da prática constituindo-se como referenciais para o exercício da profissão. Um desses padrões de qualidade é a prevenção e controlo de infeção associada aos cuidados à PSC (Regulamento nº361/2015, de 26 de Junho). De acordo com a Organização Mundial de Saúde [OMS] (2015), as Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) constituem o evento mais adverso no âmbito dos cuidados de saúde em todo o mundo traduzindo-se em índices de maior mortalidade e gastos em saúde (WHO, 2015).

Com o aumento da longevidade das pessoas, que nem sempre é associada à qualidade de vida, e à sua suscetibilidade crescente em conjunto num mesmo ambiente, nomeadamente o hospital, reúnem-se condições favoráveis à aquisição e transmissão de infeções. Estas podem desenvolver-se também em outros meios como cuidados

continuados, primários ou domiciliários (DGS, 2016). Pela importância desta temática, várias medidas foram implementadas pela Direção Geral de Saúde (DGS) e pelo Ministério da Saúde, como sejam a elaboração de Planos Nacionais e linhas orientadoras de boas práticas em saúde. Por estes motivos, foi criado o Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) que tem como objetivo a redução da taxa de infeções associadas aos cuidados de saúde, bem como, a sensibilização para o uso cuidadoso de antibióticos (Ministério da Saúde, 2014). Mais recentemente surgiu o Projeto “STOP Infecção Hospitalar”, que tem em consideração os tipos de infeção mais recorrentes na PSC, em concreto, infeções de Cateter Venoso Central (CVC), Cateter Vesical (CV) e Pneumonias Associadas à Intubação [PAI] (Gulbenkian, 2015).

A escolha do tema do relatório de estágio advém também de uma motivação pessoal intrínseca já que ao longo da minha atividade profissional é frequente a situação de pessoas internadas que desenvolvem IACS, sujeitas a um maior tempo de internamento e a um maior número de complicações de saúde.

Para a construção deste relatório de estágio sustentei-me em vários normativos: objetivos e competências do Curso de Mestrado Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL, 2010), Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento nº122/2011, de 18 de Fevereiro) e Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (Regulamento nº124/2011, de 18 de Fevereiro).

Dos documentos supracitados destaco as seguintes competências a desenvolver:

- Promover o aumento da qualidade dos cuidados de saúde baseando a práxis clínica em sólidos e válidos padrões de conhecimento;
- Cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
- Maximizar a intervenção do enfermeiro na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.

A aquisição de competências é crucial no desenvolvimento da profissão de enfermagem. Esta é perspectivada como a aplicação do conhecimento e das capacidades do enfermeiro incluindo o julgamento clínico, alterando o nosso desempenho e apreciação, que determinam assim os cinco níveis de competência definidos por Benner: principiante, principiante avançado, competente, proficiente e perito (Nunes, 2010).

Para a aquisição destas competências e desenvolvimento de conhecimentos e habilidades com vista à realização deste caminho defini objetivos. Como objetivo geral de estágio defini o desenvolvimento de competências especializadas de enfermagem à pessoa em situação crítica com risco de desenvolver Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde.

Como objetivos específicos defini os seguintes:

- Prestar cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica e família;
- Intervir na área de prevenção e controlo de infeção na pessoa em situação crítica;
- Atuar como um elemento facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho na área da pessoa em situação crítica com Infeção Associada aos Cuidados de Saúde;

Estes objetivos específicos foram adaptados a dois contextos de estágio, sendo eles a Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) e o Serviço de Urgência Polivalente (SUP). Estes são os contextos onde maioritariamente é admitida a PSC e que me possibilitaram o desenvolvimento de competências através das atividades realizadas em conjunto com o meu orientador e pares.

Acresce a necessidade de explicitar que apesar de no título do trabalho constar Infeção Adquirida, de acordo com as novas normas da DGS (2017) este conceito passou a ser de Infeção Associada aos cuidados de saúde, razão pela qual se fez a alteração do mesmo no corpo deste documento.

De salientar a escolha da Teoria Ambientalista de Florence Nightingale como orientadora do meu pensamento e ação, na minha perspetiva pertinente e adequada ao tema exposto. Esta teoria é sustentada em pilares que se adequam à atualidade no que concerne à prevenção e controlo da infeção hospitalar.

Estruturalmente este relatório de estágio está dividido em dois grandes capítulos sendo o primeiro o enquadramento teórico resultante da pesquisa bibliográfica em base de dados, literatura cinzenta, abordando a teoria de enfermagem selecionada. O segundo descreve e analisa as atividades desenvolvidas e sustentadas em referenciais teóricos. Por último, segue-se a conclusão onde de forma reflexiva perspetivo todas as aprendizagens desenvolvidas ao longo deste percurso e a importância das mesmas para o meu futuro profissional.

Este documento foi redigido de acordo com o novo acordo ortográfico e as referências bibliográficas selecionadas estão de acordo com as normas da *American Psychological Association*.

1. INFEÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE, UMA PROBLEMÁTICA CRESCENTE

As infeções hospitalares constituem uma problemática crescente no âmbito dos cuidados de saúde. No exercício da sua profissão, o enfermeiro deve perspetivá-la como fundamental na sua ação e no seu contexto de trabalho.

Define-se IACS como uma infeção que ocorre na pessoa durante o processo de cuidar no hospital ou em outro ambiente de cuidados que não se encontrava presente ou em incubação no momento da admissão (WHO, 2011). De acordo com esta entidade, as IACS constituem o evento adverso mais comum manifestado por aqueles que recebem cuidados de saúde.

Sendo este um tema em constante atualização, considerei relevante reunir a informação obtida através dos artigos selecionados e outras fontes de informação que fundamentassem o meu trabalho. Reforço a importância da Teoria Ambientalista já que esta se baseia em fatores ambientais e a sua influência na saúde daqueles de quem cuidamos, destacando que as IACS surgem associadas a determinados fatores ambientais onde se insere a pessoa e família.

A temática abordada ao longo deste trabalho encontra-se em constante escrutínio, quer na esfera internacional ou nacional com a necessidade de programas de vigilância e medidas eficazes de prevenção e controlo da infeção nas diversas áreas. Portugal apresenta uma das taxas mais elevadas de infeção hospitalar em relação à média europeia, sendo a sua redução um dos objetivos do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 (Ministério da Saúde, 2015). Na Europa, as percentagens de IACS rondam os 4,6 a 9,3% das pessoas internadas o que se traduz em aproximadamente 5 milhões de casos anualmente. Os Estados Unidos apresentam percentagens ligeiramente mais baixas em 2002, cerca de 4,5% das pessoas internadas foram acometidas por este flagelo, o que leva a que cerca de 1.7 milhões de pessoas sejam afetadas por ano (WHO, 2009). O reconhecimento dos fatores de risco associados e a intervenção sobre os mesmos com programas efetivos de prevenção e controlo da infeção levam a uma redução de 30% das infeções hospitalares; sem estes programas torna-se impossível alcançar cuidados de saúde com qualidade (WHO, 2016).

1.1. A especificidade da Pessoa em Situação Crítica

Nos países desenvolvidos, as IACS representam uma parte muito significativa no âmbito das instituições hospitalares na área do controlo de infeção e da qualidade (Navoa et al., 2011). O risco para a aquisição destas infeções é consideravelmente mais elevado na pessoa em situação crítica que se encontra na UCI (WHO, 2011).

Pela complexidade dos cuidados prestados nos contextos de UCI, pelo uso de métodos cada vez mais invasivos de tratamento e diagnóstico, e devido a fatores relacionados com a própria pessoa, as IACS desenvolvem-se com maior facilidade (Oliveira et al., 2010). Habitualmente, estas pessoas estão em condição de maior vulnerabilidade. A vulnerabilidade é interpretada como a suscetibilidade para os problemas de saúde, relaciona-se com a necessidade de proteção da pessoa, sendo que esta varia de acordo com as características individuais. Estas experiências conduzem a maior stress e ansiedade para a pessoa o que afeta o seu sistema imunitário, contribuindo desta forma para uma maior suscetibilidade a fatores que conduzem a complicações, como seja o contexto de cuidados intensivos (Rogers, 1997).

De acordo com o exposto, o risco de adquirir uma IACS é significativamente mais elevado se a pessoa estiver internada numa UCI sendo que cerca de 30% desenvolve pelo menos uma infeção hospitalar neste contexto (WHO, 2011). De acordo com Burgmann et al. (2010), esta percentagem sobe para os 38% se a pessoa estiver numa UCI. Estes números são mais elevados devido ao uso de dispositivos invasivos, em particular linhas centrais, cateteres urinários e tubos orotraqueais [TOT] (WHO, 2011).

O ambiente de trabalho ao qual os enfermeiros estão sujeitos e a sua condição organizacional revela-se fundamental e mesmo preditiva para a aquisição de IACS na PSC, o que influenciará inevitavelmente a segurança associada aos cuidados de saúde (Kelly et al., 2013).

As pessoas que adquirem infeções no contexto dos cuidados recebidos estão sujeitas a piores *outcomes*, aumentando conseqüentemente a sua morbilidade e mortalidade, bem como, o tempo de permanência no hospital e o consumo de recursos hospitalares (Burgmann et al., 2010), o que exige do enfermeiro intervenções concretas de forma a otimizar os ganhos/recursos em saúde. A implementação por parte da equipa multidisciplinar de medidas básicas como a higiene das mãos, o uso de técnica assética na

inserção de cateteres e a elevação da cabeceira na pessoa submetida a Ventilação Mecânica Invasiva (VMI) são cruciais para a prevenção e controlo da infeção, sendo que, dentro da equipa multidisciplinar o enfermeiro é aquele que se encontra melhor posicionado para realizar e monitorizar estas recomendações (Kelly et al., 2013).

A DGS, como entidade responsável pela qualidade dos cuidados de saúde em Portugal, emanou um conjunto de normas ou *bundles* caracterizadas por um conjunto de intervenções (DGS, 2015a), adequadas aos tipos de infeções mais comuns em cuidados intensivos, relacionadas com dispositivos invasivos como, a PAI, a infeção relacionada com o CVC e com o CV (WHO, 2011).

Define-se como PAI a pneumonia que surge na pessoa com TOT há mais de 48h ou naquela que foi extubada há menos de 48h (DGS, 2015a). Esta representa a infeção mais frequente adquirida em UCI, aumentando o tempo necessário de intubação em cerca de 7 a 9 dias (Kiyoshi-Teo & Blegen, 2015), o tempo de internamento e o uso de antimicrobianos (DGS, 2015a). Existem vários fatores de risco dentro da UCI para a PAI, como o uso de sedativos e relaxantes musculares, a condição de saúde da pessoa, a elevada concentração de oxigénio, a pressão do *cuff* do TOT e a redução da saliva (Ozden et al., 2013).

A higiene oral representa uma intervenção crucial para a prevenção da PAI uma vez que cerca de 65% dos microrganismos responsáveis por estas infeções se localizam na mucosa oral e na placa dentária. A higiene realizada com esponja ou escova de dentes e clorhexidina, de acordo com as *guidelines* definidas, reúne o consenso de 78,6% dos enfermeiros (Alotaibi, Alshayiqi & Ramalingam, 2014). Contudo, a escovagem dentária pode constituir um risco de bacteriemia, mesmo que baixa, devido à elevada vascularização gengival e à sua proximidade com as bactérias (Jones et al., 2010).

Além das intervenções acima descritas, a elevação da cabeceira a 30°, o desmame da sedação, a avaliação da possibilidade de desmame ventilatório e a baixa manipulação dos circuitos ventilatórios, manifestam-se igualmente importantes na prevenção da PAI (DGS, 2015a).

Outra estratégia atualmente abordada é a descontaminação do trato digestivo. Esta consiste na aplicação de antimicrobianos a nível da orofaringe e do tubo digestivo de forma profilática, com o objetivo de erradicar microrganismos potencialmente patogénicos. O seu uso é ainda muito controverso, apesar de comprovadamente eficaz reduzindo as infeções

da via aérea em cerca de 72%. No entanto, acredita-se que o seu uso contribuirá para o aumento da resistência bacteriana (Marshall et al., 2014).

Em relação aos dispositivos intravasculares, estes são parte integrante da monitorização e administração de fármacos na PSC, revelando-se indispensáveis nesta área de cuidados. Os CVC e a Linha Arterial (LA) são dispositivos que quebram a barreira cutânea e expõem a pessoa a um maior risco de infeção (Jeong et al., 2013). Este risco é influenciado por diversos fatores como o local anatómico onde é inserido, a existência de multi-lúmens, a condição de saúde da pessoa e as práticas de manipulação destes dispositivos intravasculares (Zingg et al., 2014). As infeções da corrente sanguínea relacionadas com os dispositivos intravasculares no adulto são uma das infeções mais comuns na UCI; estas definem-se como uma hemocultura positiva para bactérias ou fungos significativos após um tempo de internamento superior a 72h. A sua existência aumenta a mortalidade e morbilidade sendo necessário manter uma elevada vigilância, deteção e tratamento precoce destas infeções (Lime et al., 2014).

A nível nacional, a monitorização das infeções hospitalares, nomeadamente as associadas aos CVC, é efetuada pelo PPCIRA. A incidência destas infeções no país, nos últimos cinco anos, tem oscilando entre 1% e 1,9% por 1000 dias de cateter nas UCI; fora destes contextos esta incidência é ainda mais elevada (DGS, 2015b). Várias entidades, como a DGS e o IHI (Institute for Healthcare Improvement), revelam a importância de implementar *guidelines/bundles* para a prevenção destas infeções traduzindo-se em maior segurança para a pessoa. De acordo com o IHI, a aplicação destas intervenções em conjunto é da maior importância traduzindo-se em ganhos eficazes reunindo o consenso da literatura (IHI, 2012).

Intervenções como a higienização das mãos nos cinco momentos preconizados pela DGS, o uso de equipamentos de proteção individual, a desinfeção da pele com clorohexidina a 2%, a confirmação diária da necessidade de manutenção do CVC, a sua remoção precoce e a escolha do local anatómico para a sua colocação, evitando sempre que possível a região femoral, são exemplos de intervenções mandatórias na UCI (Jeong et al., 2013), corroboradas pela DGS (2015).

A infeção associada ao CV é igualmente parte essencial dos programas de prevenção e controlo das infeções hospitalares. As Infeções do Trato Urinário (ITU) representam cerca de 30 a 40% das infeções hospitalares (Talaat et al., 2010),

percentagem corroborada por Marra et al. (2011). As ITU's nas UCI estão relacionadas, cerca de 80%, com a presença do cateter vesical (Chen et al., 2013). Segundo a WHO (2011), esta percentagem é mais expressiva alcançando mesmo os 97%. Esta só pode ser declarada se a infeção surgir 48h após a admissão ou à saída da pessoa da unidade hospitalar em causa (Marra et al., 2011). De referir que por cada dia de permanência do CV, a percentagem de desenvolver uma ITU sobe de 3% para 7% (IHI, 2011).

Tal como os outros dispositivos invasivos, o uso de precauções básicas e o cumprimento das bundles emanadas pela DGS, nomeadamente, a colocação do cateter com técnica asséptica, retirar o CV logo que este não seja necessário e uma correta higienização do meato urinário são medidas fundamentais (DGS, 2015c).

Como já foi abordado anteriormente, a aplicação de todas as intervenções específicas supracitadas reveste-se da maior importância. Contudo, não devemos esquecer aquele que é o pilar das boas práticas em saúde - as Precauções Básicas de Controlo da Infeção (PBCI) - que são parte integrante de todos os procedimentos/intervenções referidas previamente.

As PBCI são práticas básicas de prestação de cuidados a implementar durante os procedimentos, de forma a prevenir os riscos e a transmissão cruzada de IACS, garantindo a segurança da pessoa, família e profissionais de saúde (DGS, 2014). Estas medidas não devem ser descuradas, qualquer que sejam as características da pessoa a quem estamos a prestar cuidados (DGS, 2015).

As PBCI são 10, a saber: colocação/isolamento dos doentes; higiene das mãos; etiqueta respiratória; uso adequado dos equipamentos de proteção individual (EPI's); descontaminação do material e equipamento; controlo ambiental; manuseamento seguro de roupa; recolha segura de resíduos; práticas seguras na preparação e administração de injetáveis; exposição de risco no local de trabalho. Estas precauções básicas encontram-se melhor fundamentadas na figura que se encontra em anexo (Anexo I). É importante referir que de acordo com a DGS "o princípio subjacente às PBCI é de que não há doentes de risco, mas sim, procedimentos de risco" (DGS, 2013, p.10).

Pelo descrito anteriormente, surgiu recentemente um programa pioneiro em Portugal - "Stop Infeção Hospitalar!" - que visa a redução das IACS, já que, o nosso país se encontra bastante acima da média europeia no que concerne a esta problemática, com valores na ordem dos 10,5% quando os restantes países atingem uma média de 5,7%

(Gulbenkian, 2015). Este projeto tem em consideração os tipos de infeção mais recorrentes na PSC, que já foram anteriormente abordados. Orienta-se pelas normas internacionais e baseia-se nas *bundles* divulgadas pela DGS e já aqui referenciadas. As normas deverão ser adaptadas aos vários contextos e realidades, sendo monitorizados e avaliados os resultados da sua implementação por uma equipa constituída por elementos peritos nesta área.

De salientar que os enfermeiros, especialmente aqueles que prestam cuidados à PSC, pela posição que ocupam nos serviços de saúde e na equipa multidisciplinar constituem um recurso inegável no que se refere à prevenção e controlo da infeção, integrando programas, construindo instruções de trabalho, supervisionando e direcionando os cuidados prestados, de forma a que estes sejam mais seguros e com maior qualidade para a pessoa e sua família.

A implementação destas intervenções implica uma abordagem multidisciplinar e trabalho em equipa (IHI, 2011) o que corrobora o plano nacional para a segurança dos doentes: *“A gestão dos riscos associados à prestação de cuidados de saúde é, assim, um processo coletivo, que tem como objetivo garantir a maior segurança possível dos doentes, evitando incidentes, que podem ser frequentes (...)* (Ministério da Saúde, 2015, p.3882).

1.2. O enfoque na Teoria Ambientalista de Florence Nightingale

Para a construção deste relatório é essencial demonstrar a importância da teórica de enfermagem que permitiu relacionar conceitos e fenómenos, sustentando as linhas orientadoras do meu pensamento ao longo do estágio.

É consensual entre os enfermeiros a necessidade da procura de conhecimentos específicos, organizados e sistematizados em teorias com a finalidade de descrever, explicar e prever fenómenos de enfermagem (Oliveira, Paula & Freitas, 2007).

Florence Nightingale e a Teoria Ambientalista foi selecionada pela sua pertinência para o tema exposto. Reportando-me à perspetiva da teórica de enfermagem escolhida, que possuía uma visão avançada em relação ao cuidar do doente, Nightingale afirmava que *“...não é apenas o hábito de observar, rápida e seguramente, que faz de nós enfermeiras úteis, mas que sem esse hábito seremos inúteis, ainda que plenas de devotamento ingrato”* (Nightingale, 2005, pág.155).

À época, Nightingale realizou um estudo dos vários hospitais por toda a Europa conhecendo assim múltiplas formas de cuidar e de organização de serviços de saúde, associando a sua cultura e posição privilegiada na sociedade a outras formações, nomeadamente a matemática (Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2012). Nightingale adquire visibilidade na área da enfermagem através da sistematização de um corpo de conhecimentos para o qual é preciso uma educação formal baseada em bases científicas (Oliveira, Paula & Freitas, 2007). A preocupação com a formação mantém-se na atualidade estando presente no regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista, em que este deve suportar a sua prática clínica na investigação e no conhecimento na sua área de especialidade (Regulamento nº122/2011, de 18 de Fevereiro), exercendo uma enfermagem avançada.

Desde cedo que esta fundadora da designada Enfermagem Moderna se preocupou com áreas cruciais e que ainda hoje são consideradas áreas pertinentes no controlo e prevenção da infeção. A autora defende a influência de fatores ambientais, que verificou ao longo da sua experiência, serem influenciadores do estado de saúde da pessoa; a limpeza, a iluminação natural, a ventilação, os odores, o calor, os ruídos e o sistema de esgoto. Na verdade, uma das funções da enfermeira era equilibrar o ambiente de forma a que a pessoa recuperasse da doença dando prioridade a um ambiente estimulador permitindo o desenvolvimento da saúde (Medeiros, Enders & Lira, 2015). Com o controlo de fatores ambientais podemos possibilitar um ambiente mais seguro para a prestação de cuidados, concebendo o Ser Humano como um ser integrante da natureza que é influenciado por um ambiente saudável ou não. Um ambiente limpo traduz-se num menor número de infeções (Medeiros, Enders & Lira, 2015). Transpondo-se assim este paralelismo para o que é descrito pela DGS, cerca de um terço das infeções hospitalares são evitáveis (DGS, 2014).

É evidente, pelo supracitado, que a preocupação de Florence Nightingale com elementos simples mas comprovadamente eficazes, foi elementar para o seu sucesso na época (Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2012). Da mesma forma que atualmente as PBCI são práticas simples e básicas na prestação de cuidados que devem ser implementadas durante os procedimentos, garantindo a segurança da pessoa, família e profissionais de saúde (DGS, 2014).

Da observação sistematizada desta teórica e dos registos estatísticos resultantes da sua experiência prática foram obtidos quatro conceitos fundamentais: ser humano, meio

ambiente, saúde e enfermagem ainda hoje utilizados. Era evidente as preocupações com a necessidade de luz, ar fresco, silêncio e sobretudo higiene (Oliveira, Paula & Freitas, 2007).

Como se percebe, a infeção é uma problemática de saúde que atravessa todos os tempos e com a qual a enfermagem se tem vindo a preocupar ao longo dos anos. Com a evolução do conhecimento científico na área da saúde, a consciencialização crescente dos profissionais, dos vários dirigentes e órgãos governamentais, as infeções hospitalares passaram a constituir-se como “alvo a abater” nas diversas instituições de saúde em Portugal e no mundo.

As teorias de enfermagem promovem uma identidade profissional e sustentam o enfermeiro no exercício diário da sua profissão de forma a explicar o seu trabalho (Oliveira, Paula & Freitas, 2007).

De acordo com o anteriormente descrito, eu e sustentada na Teoria Ambientalista, assisti pessoas e famílias objetos do meu cuidado na manutenção das suas capacidades, e na satisfação das suas necessidades (Medeiros, Enders & Lira, 2015), utilizando esta teoria para descrever, explicar, prever ou prescrever o cuidado de enfermagem (Oliveira, Paula & Freitas, 2007).

2. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM

O percurso de aquisição de competências especializadas em enfermagem foi desenvolvido em dois contextos, UCI e SUP, sendo contextos privilegiados na receção da PSC e na prestação de cuidados diferenciados.

Do enfermeiro especializado exige-se uma intervenção direcionada e específica à PSC tendo em consideração a pessoa e todas as suas dimensões de forma indissociável e sua família.

Nos dois campos de estágio foram desenvolvidas atividades transversais, como sendo a pesquisa bibliográfica, a partilha com o orientador e pares, a análise de instruções de trabalho, a prestação de cuidados à PSC, a reflexão sobre a prática sustentada na mais recente evidência científica como estratégia para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados e tomada de decisão fundamentada.

Outra atividade comum aos dois contextos foi a identificação e a partilha com os elementos da Comissão de Controlo de Infeção (CCI). Estes elementos são essenciais para o cumprimento das metas propostas para as instituições hospitalares; são responsáveis por supervisionar práticas, cumprir o programa de vigilância epidemiológica da infeção associada aos cuidados de saúde, devendo notificar os diversos microrganismos-problema e alerta (DGS, 2014).

De salientar que as unidades curriculares (UC) lecionadas ao longo do Curso de Mestrado foram um suporte para a minha prática reflexiva e clínica constituindo-se como alicerces ao meu exercício profissional. Não posso deixar de referir a importância dos vários tipos de conhecimento que caracterizam a profissão de enfermagem e que desenvolvi no decorrer do Curso de Mestrado, como sendo o empírico, o pessoal e o científico, que de forma integrada (Silva & Batoca, 2003) contribuem significativamente para a minha ação no âmbito da enfermagem.

Durante os estágios, a minha ação baseou-se em determinados princípios éticos de acordo com as minhas responsabilidades profissionais, empenhando-me por desenvolver o meu autoconhecimento e assertividade.

2.1 Unidade de Cuidados Intensivos

No panorama atual, a rede nacional de cuidados intensivos, à semelhança dos restantes países da Europa, divide-se em três níveis, sendo as unidades de nível II (intermédios) e as de nível III (intensivos) aquelas que prestam cuidados mais diferenciados, estando este último nível presente nos hospitais com urgência polivalente assegurando cuidados especializados (Ministério da Saúde, 2013).

A UCI aqui em causa é considerada uma unidade de cuidados intensivos médico-cirúrgica, inserida num hospital com um SUP. Na sua estrutura funcional detém 7 unidades de internamento de nível III e 4 unidades de nível II. Tem como missão o tratamento da PSC do foro médico-cirúrgico, numa situação potencialmente reversível.

O estágio neste contexto decorreu no período entre Outubro e Novembro de 2016. Previamente foram definidos os objetivos, e as atividades a desenvolver agora exibidos no Quadro1.

Quadro1- Objetivos específicos e atividades desenvolvidas na UCI

Objetivos Específicos	Atividades Desenvolvidas
1. Prestar cuidados de enfermagem à PSC e família	- Prestação de cuidados de enfermagem à PSC e família; - Prestação de cuidados de enfermagem à PSC com processos terapêuticos complexos.
2. Intervir na área de prevenção e controlo de infeção na PSC	- Leitura dos procedimentos e instruções de trabalho da UCI na área da infeção hospitalar; - Prestação de cuidados de enfermagem tendo por base as <i>bundles</i> do “STOP Infeção Hospitalar!”; - Partilha de conhecimento com os elos de ligação à CCI; - Elaboração do Jornal de Aprendizagem “Extubação não Planeada”.

<p>3. Atuar como um elemento facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho na área da pessoa em situação crítica com IACS</p>	<p>-Identificação de necessidades de formação dos enfermeiros na área da prevenção e controlo de infeção;</p> <p>- Elaboração de um folheto evidenciando a importância dos registos de enfermagem na área da prevenção e controlo da infeção - “Cuidar não dispensa a Escrita”;</p> <p>- Participação no Congresso “IV Congresso Internacional de Cuidados Intensivos e Unidades Intermédias do Centro Hospitalar do Porto”.</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Objetivo 1. Prestar cuidados de enfermagem à PSC e família

O percurso de aquisição de competências foi pautado pela prestação de cuidados à PSC a vivenciar processos complexos de doença e sua família. O tempo decorrido no estágio permitiu-me maior conhecimento das intervenções de enfermagem no âmbito dos cuidados intensivos. Sendo esta uma área recente na minha vida profissional, existe ainda muito para conhecer e explorar, constituindo-se cada dia como um desafio pessoal e profissional.

Apesar do tema deste relatório ser dedicado à PSC com risco de IACS, durante o tempo de estágio nenhuma pessoa desenvolveu infeção hospitalar ou foi admitida com esta, proveniente de outro ambiente de cuidados.

Neste contexto de saúde o enfermeiro revela-se um elemento fundamental na esfera dos cuidados, pela sua proximidade e responsabilidade na equipa multidisciplinar. O profissional de enfermagem com competências na área da PSC presta cuidados altamente qualificados e de forma contínua, suprimindo as necessidades identificadas de forma a manter as funções básicas de vida da pessoa (Regulamento nº124/2011, de 18 de Fevereiro). A família torna-se um pilar fundamental no apoio e recuperação da PSC, a relação que estabelecem com os profissionais de saúde constitui um elemento importante neste processo saúde/doença. Já Nightingale enfatizava a importância da família referindo que esta era o sujeito principal após a pessoa doente, e que da forma como estes comunicavam

com os profissionais dependia a eficácia do cuidado e o bem-estar da pessoa (Medeiros, Enders & Lira, 2015). Neste período, tive oportunidade de desenvolver a comunicação com a pessoa internada e família, sendo que o contexto de cuidados intensivos envolve uma necessidade crescente de sensibilidade na forma como comunicamos pela situação de vulnerabilidade a que estão expostas, debatendo-se com incertezas em relação ao futuro. A comunicação permite estabelecer vínculos e suprir as necessidades da família, humanizando o cuidado de enfermagem, constituindo-se como um suporte emocional para o núcleo familiar, propiciando o seu bem-estar, satisfação e segurança (Schneider, Bielemann, Sousa, Quadros & Kantarski, 2009). Aprendi a ter uma comunicação mais eficaz com a família através do uso de uma linguagem simples, adaptada ao contexto de cada um. O processo de comunicação está intrinsecamente ligado ao enfermeiro e é essencial não só para a família como para a PSC, uma vez que, a impossibilidade de comunicar com os seus familiares e profissionais aumenta a sua vulnerabilidade e frustração (Martinho & Rodrigues, 2016). O enfermeiro deve interpretar, desvendar e compreender o significado das mensagens que a pessoa lhe transmite (Barlem, Rosenhein, Lunardi & Filho, 2008). Assim considero que o enfermeiro deve gerir a comunicação face à complexidade do estado de saúde da PSC e família (Regulamento nº124/2011, de 18 de Fevereiro).

O serviço em apreço proporcionava flexibilidade no horário das visitas, preconizando um tempo próprio sempre que os familiares compareciam pela primeira vez, para esclarecer dúvidas, prestar apoio e fornecer informações relativas à sua segurança e do seu familiar; estas são intervenções que contribuem para diminuir a ansiedade da família. De acordo com Sá, Botelho & Henriques (2015), a família vivencia de forma intensa e emocional todas as horas de internamento, experienciando uma situação limite. Fulbrook et al. (2007) citado por Sá, Botelho e Henriques (2015) afirma que pela complexidade dos cuidados nestes contextos o enfermeiro tende a deixar para segunda linha de prioridade as necessidades evidenciadas pela família, priorizando os cuidados à pessoa. O enfermeiro deve reconhecer a importância da sua intervenção de apoio enquanto elemento de referência na equipa de cuidados. Sabe-se que a presença dos familiares na UCI contribui para diminuir o sofrimento e desconforto de ambos, bem como para uma maior humanização dos cuidados de enfermagem (Barlem, Rosenhein, Lunardi & Filho, 2008).

Outra das atividades desenvolvidas foi a prestação de cuidados à PSC com processos terapêuticos complexos. De salientar a participação e colaboração na montagem

e conexão à pessoa de um equipamento pioneiro em Portugal, o *Prismalung*, responsável pela remoção de CO₂ em pessoas com hipercapnia; existindo assim mais uma técnica de suporte essencial para a manutenção da PSC. Esta técnica incentivou pesquisa bibliográfica individual e em conjunto com a enfermeira orientadora de estágio, de forma a perceber o seu mecanismo de função, recomendações para a sua aplicação e resolução de problemas, caso fosse necessário. Esta técnica é utilizada em pessoas com *Acute Respiratory Distress Syndrome* (ARDS) associada a uma elevada taxa de morbidade e mortalidade. Permite dializar o CO₂ retirando-o do sangue enquanto é mantida uma ventilação de proteção pulmonar (Fitzgerald et al., 2014). Para a sua manipulação, tal como outras técnicas, exige adaptação da equipa multidisciplinar nomeadamente médicos e enfermeiros, para que o seu uso seja crescente, uma vez que a evidência confirma diminuição do tempo de internamento (Fitzgerald et al., 2014). Pela sua semelhança com as Técnicas de Substituição da Função Renal (TSFR), os conhecimentos adquiridos na UC de Enfermagem em Cuidados Intensivos do plano curricular foram essenciais para a sua compreensão e manipulação.

A PSC com ARDS apresenta infiltrados a nível pulmonar que não se distribuem uniformemente, o posicionamento da pessoa pode melhorar a oxigenação através do aumento da perfusão em áreas ventiladas (Phipps, Sands, Marek, 2003). O posicionamento em decúbito ventral na PSC com ARDS foi outro dos desafios experienciados. Esta é uma situação de cuidados urgente pela dessaturação associada e que pode trazer complicações graves como sendo a paragem cardiorrespiratória. Durante o estágio apenas realizei esta intervenção uma vez com a oportunidade de discutir o caso com a equipa médica auxiliando o pensamento reflexivo e a tomada de decisão em equipa, fortalecendo relações profissionais. Estes casos mais complexos exigem profissionais treinados (Phipps et al., 2003), capazes de prever complicações e prestar cuidados específicos à PSC em decúbito ventral.

A tecnologia nos cuidados intensivos revela-se crucial para auxiliar na monitorização e vigilância da PSC. Esta área é aquela que reúne os mais recentes avanços tecnológicos em saúde (Barra et al., 2005). Tecnologias de apoio como o *Vigileo* e o *BIS* (Índice Bispectral) foram importantes para perceber as avaliações efetuadas, especificamente, em pessoas com traumatismo craneo-encefálico em que a estimulação efetuada nos cuidados pode constituir-se como um fator agravante para o aumento da pressão intracraniana,

provocando instabilidade, conduzindo à adaptação das intervenções e à definição de prioridades, o que considere uma aprendizagem relevante para o meu futuro profissional.

Outra situação de aprendizagem partilhada com a equipa de enfermagem foi a manipulação do videolaringoscópio em manequim. Este equipamento pode ser muito útil nas situações de entubação em via aérea difícil e em situações emergentes apresentando diversas lâminas de acordo com as necessidades identificadas no momento.

O uso de fármacos no contexto como a dexmedetomidina no processo de desmame da sedação, foi importante para perceber o seu efeito na PSC já que este se encontra em uso crescente na esfera dos cuidados intensivos. Este fármaco permite o desmame da sedação em segurança cujo objetivo é ter uma pessoa calma e confortável capaz de colaborar e comunicar (Afonso & Reis, 2012). A pessoa encontra-se num nível de sedação que lhe permite acordar em resposta à estimulação verbal, favorecendo uma transição mais moderada no desmame evitando riscos como a agitação psicomotora inerente a um status pós sedação, contribuindo para a segurança da pessoa.

Resultados

A aprendizagem ao nível da comunicação e cuidados à família foi fundamental, através destes processos pude compreender a pessoa e família no seu todo, reduzir os seus níveis de ansiedade, sofrimento e responder às necessidades que me eram dirigidas como o esclarecimento de dúvidas e incertezas em relação ao seu familiar. A estabilidade emocional da família é essencial devendo o enfermeiro gerir técnicas de comunicação como o uso de linguagem simples, técnicas como a escrita ou gestos, e adequação do discurso garantindo o seu entendimento quer por parte da pessoa como da sua família usando estratégias de resolução de problemas e tomada de decisão em conjunto com esta, baseando-se em princípios éticos e deontológicos (Regulamento nº122/2011, de 18 de Fevereiro). Percebe-se que a comunicação é uma ação intrínseca à prática de enfermagem sendo esta dirigida sobretudo à pessoa e família (Schneider, Bielemann, Sousa, Quadros & Kantarski, 2009).

As atividades desenvolvidas permitiram-me adquirir competências na prestação de cuidados à pessoa, executando intervenções de alta complexidade em situações de

urgência e emergência, respondendo e identificando focos de instabilidade e prioridades na PSC (Regulamento nº124/2011, de 18 de Fevereiro). A intervenção realizada no posicionamento de decúbito ventral e nas TSFR apesar de não ser inovadoras na minha prática profissional, inseridas neste contexto e devidamente adaptadas, permitiram retirar aprendizagens importantes na área dos cuidados intensivos pelas suas particularidades. No entanto, técnicas por mim desconhecidas como a monitorização com *BIS* e o *prismalung* possibilitaram-me novas descobertas e atualizações que podem posteriormente transpor-se para o meu contexto de trabalho.

Para que eu atingisse essas competências foi muito útil a partilha entre os pares e a equipa médica, as particularidades inerentes a cada serviço impulsionam-nos para a pesquisa e para a perceção das nossas limitações no âmbito dos cuidados prestados e permitem-nos selecionar estratégias/intervenções essenciais que serão fundamentais no meu contexto profissional.

Objetivo 2. Intervir na área da prevenção e controlo de infeção na PSC

A PSC inserida no contexto da UCI apresenta maiores probabilidades de vir a desenvolver uma IACS uma vez que este risco é maior em relação a outros contextos de saúde, sendo este proporcional à gravidade da doença (Souza et al., 2011).

Aguiar, Lima e Santos (2008) citados por Souza et al. (2011), referem que no contexto dos cuidados intensivos devem ser adotadas precauções básicas de prevenção e controlo de infeção que serão aplicadas a todas as pessoas internadas, estando estas infetadas ou não, visando a redução na transmissão de microrganismos patogénicos. Com a implementação destas medidas estamos a diminuir a probabilidade de infeções cruzadas, controlando melhor a sua transmissão em doentes que já se encontram vulneráveis pela situação de saúde que atravessam, estando aqui evidente a Teoria Ambientalista de Florence Nightingale quando esta afirma que devemos controlar fatores ambientais para reduzir as infeções em saúde.

Pelo anteriormente exposto, percebemos que as UCI são os locais ideais para a aplicação de normas de prevenção e controlo da infeção sendo de extrema importância que os profissionais de saúde as conheçam em profundidade e as apliquem na sua prestação

diária de cuidados. Assim, na fase inicial do estágio, uma das atividades desenvolvidas foi leitura das instruções de trabalho e procedimentos existentes no serviço. O diálogo com o orientador e equipa de enfermagem permitiram-me uma melhor integração, adaptando-me aos cuidados prestados e retirando contributos positivos na área da prevenção e controlo da infeção. Direcionei as minhas intervenções na área da prevenção e controlo da infeção para as mesmas metas e objetivos da equipa, revendo e consolidando a mais recente evidência na área.

A configuração estrutural do serviço em *open space*, com a delimitação virtual do espaço de cada unidade, onde existe material individualizado para cada pessoa internada, traduz um menor risco de infeções cruzadas, diminuindo a probabilidade de transmissão de microrganismos.

São várias as normas divulgadas pela DGS que assentam em princípios básicos e *bundles* reconhecidas internacionalmente, estando estas presentes no projeto “Stop Infeção Hospitalar”. São exemplos destas, as normas para a PAI, CVC e CV emanadas em 2015. Esta UCI tem estas normas implementadas e com folhas de registos próprios conhecidos pela equipa multidisciplinar e aplicadas diariamente na prática de cuidados. Em conjunto com o enfermeiro orientador tive oportunidade de preencher em cada turno essas folhas de registos o que torna os cuidados de enfermagem assentes nas orientações da DGS e do projeto acima mencionado.

Ainda referente às várias *bundles* supracitadas, a higiene oral, a mudança da fita de nastro a cada turno e em SOS, a desinfeção de conexões do CVC e uso de rampas para administração de medicação, bem como, a fixação da algália e a desinfeção da torneira do saco coletor de urina evitando o seu contacto com o chão, constituem precauções básicas mas extremamente eficazes e descritas na literatura, pelo que tive oportunidade de realizar e consolidar.

Os resultados recolhidos através das folhas de registo no âmbito da infeção hospitalar, através dos vários itens standard, são afixados de forma a que todos tenham acesso à informação e às instruções de trabalho, contribuindo para que em conjunto a equipa de enfermagem se sinta incentivada a manter medidas, visualizando os resultados das intervenções implementadas. De acordo com Teo-Kiyoshi e Blegen (2015), a divulgação de *guidelines* institucionais deve ser sempre considerada encorajando atitudes e comportamentos mais favoráveis.

É conhecida a importância do trabalho de equipa e da comunicação na implementação das normas/intervenções acima descritas (IHI, 2012). Para isso, a função desempenhada pelo elemento elo de ligação à CCI, no que diz respeito, à divulgação de informação, à monitorização e à avaliação dos resultados, torna-se essencial. Tive oportunidade de participar em comunicações informais em conjunto com o mesmo, onde são definidas estratégias como a formação/integração dos novos elementos na equipa de acordo com as avaliações e onde se realiza partilha de conhecimento em relação a novas *guidelines* e identificam-se aspetos menos positivos a melhorar.

A supervisão e a participação nos cuidados dos elementos de referência, facilitaram o meu processo de aprendizagem; na área da ventilação tive a oportunidade de aprender sobre as várias modalidades ventilatórias, *compliance* pulmonar, pressões de *Plateau* e cinesiterapia respiratória integrada na prestação diária de cuidados de enfermagem. Uma das necessidades que senti ao longo do estágio foi a de perceber em maior profundidade o porquê da ocorrência de várias extubações orotraqueais não planeadas, o que conduziu à construção de um jornal de aprendizagem. De acordo com Jarachovic, Mason, Kerber e McNett (2011), a extubação não planeada define-se como a exteriorização do TOT acidentalmente ou pela própria pessoa. Foram vários os casos que ocorreram sendo necessário perceber a nossa atuação enquanto equipa de enfermagem numa situação de extrema gravidade para a pessoa internada. Nestas situações o risco da pessoa provocar uma aspiração de vómito, ou manifestar sintomatologia como broncoespasmo e arritmias, podendo progredir para falência respiratória e paragem cardiorrespiratória é real, devendo o enfermeiro estar atento a estas possíveis complicações (Jarachovic et al., 2011).

O facto de muitas vezes as autoextubações terem uma elevada taxa de sucesso, indica-nos que em grande parte dos doentes o TOT não é removido no *timing* certo, prolongando uma técnica invasiva desnecessária (Lee et al., 2015). A possibilidade de extubação deve ser avaliada a cada turno, este item consta das normas da DGS para a prevenção da PAI, cabendo ao enfermeiro especializado em conjunto com a restante equipa fazer essa avaliação, cumprindo os procedimentos estabelecidos na prevenção e controlo da infeção (Regulamento nº124/2011, de 18 de Fevereiro).

Resultados

As atividades como a aplicação das *guidelines* referentes às três infecções mais comuns em UCI - PAI, CVC e CV - são importantes para compreendermos em que direção devemos orientar os nossos cuidados cumprindo o que é aconselhado no projeto “STOP Infecção Hospitalar” do qual este serviço faz parte e onde se baseiam os procedimentos e instruções de trabalho do mesmo. Durante o estágio, além do uso destas medidas específicas, não posso deixar de evidenciar a importância do uso de medidas básicas que foi crucial para a consciencialização da sua necessidade, não as descurando ao longo da minha prestação de cuidados. Cuidar de pessoas sob ventilação invasiva, com CVC e CV perceber a articulação da equipa em todas as áreas revelou-se fulcral para a minha ação profissional. Estas intervenções são realizadas entre médicos e enfermeiros, desde a decisão para a colocação do dispositivo médico, à sua introdução, cuidados de manutenção e retirada, são realizadas intervenções dependentes e autónomas assentes nas boas práticas clínicas divulgadas e supracitadas.

Os riscos na UCI são evidentes e mais facilmente percecionados quando nos deparamos com situações limite de cuidados. Esta perceção conduziu a reflexão e realização do jornal de aprendizagem. A existência de várias complicações identificadas ao longo deste período, nomeadamente as auto-extubações e o facto de trabalharmos diariamente com situações imprevisíveis, estimulam-nos para um pensamento crítico e antecipatório o que se traduz em cuidados mais preventivos o que é exigido ao nível das IACS. Estes cuidados preventivos baseiam-se na avaliação diária da sedação e estado de consciência através das escalas implementadas no serviço, na possibilidade de extubação o mais precocemente possível, a formação da equipa e o uso de medidas de contenção física e medicamentosa.

Tenho consciência que este contexto de estágio contribuiu para a consolidação de intervenções importantes, das quais gostaria de destacar as intervenções na área da prevenção e controlo da infeção nas suas várias valências, bem como, as noções sobre PSC submetida a ventilação invasiva que prevejo serem muito úteis.

A aquisição de conhecimentos neste contexto, a aprendizagem de práticas de enfermagem seguras e baseadas na evidência, bem como, a partilha nas várias áreas, consciencialização e aplicação destas medidas em conjunto com a enfermeira orientadora,

enfermeira elo de ligação à CCI e restante equipa de enfermagem permitiram-me atingir competências na maximização da intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica (Regulamento nº124/2011, de 18 de Fevereiro).

Objetivo 3. Atuar como um elemento facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho na área da PSC com IACS

A formação em enfermagem revela-se um campo fundamental para a prestação de cuidados de enfermagem seguros. Esta necessidade já foi previamente reconhecida por Nightingale quando a considerou como fundamental, treinando as suas enfermeiras em áreas como a limpeza e desinfeção com o objetivo de reduzir as infeções resultantes dos cuidados de saúde (Fontana, 2006), através de programas de formação em saúde e trabalho (Medeiros, Enders & Lira, 2015).

O processo de aprendizagem em contexto de estágio é uma construção pessoal resultante das experiências vivenciadas. O estágio deverá proporcionar experiências significativas da realidade em cada contexto de forma a promover o desenvolvimento de competências (Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2012). Por isto mesmo, existe uma reciprocidade em relação ao que aprendemos e aos conhecimentos que transmitimos, devido à nossa evolução como profissionais. É da responsabilidade do enfermeiro prever e identificar as necessidades de aprendizagem na sua área de especialidade, atuando como um formador oportuno (Regulamento nº122/2011, de 18 de Fevereiro).

Deste modo, sendo a UCI em questão um serviço com todas as normas instituídas na área da infeção hospitalar, foi identificado em conjunto com a enfermeira chefe e com o elemento representante da CCI uma necessidade de formação premente no que concerne aos registos de enfermagem. Os registos de enfermagem revelam-se estruturantes e evidenciam a avaliação, as atividades, monitorizações e reavaliações dos enfermeiros. Já em 1971, a OMS defendia que “*cuidar não dispensa a escrita*” (Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2012, p.50); ao documentar, consegue-se identificar o processo de pensamento de enfermagem suportado em teorias válidas que sustentam a prática.

A lacuna exposta pelos pares refere-se ao registo das intervenções de enfermagem previstas pelas várias *bundles* de controlo da infeção implementadas no serviço. Este encontra-se inserido no referido projeto que tem como objetivo a redução das taxas de infeção hospitalar. Todavia, se as intervenções realizadas não forem documentadas, uma dimensão do projeto fica condicionada produzindo conclusões pouco preditivas. Por este motivo, construí um folheto (Apêndice I) onde evidenciei a importância de efetuar os registos de enfermagem nesta área. O objetivo é que este instrumento constitua um alerta para os enfermeiros de forma a que os mesmos efetuem os registos das várias *bundles*, contribuindo para uma maior consciencialização dos procedimentos que devem ser realizados potenciando para uma recolha de dados eficaz.

Como outra atividade de estágio tive oportunidade de estar presente no congresso intitulado “IV Congresso Internacional de Cuidados Intensivos e Unidades Intermédias do Centro Hospitalar do Porto”. Este congresso permitiu-me perceber melhor o estado da arte em relação às IACS e as intervenções efetuadas no âmbito internacional para a sua prevenção. Dentro da área da infeção hospitalar, foi abordado o uso racional de antibióticos e a utilização destes na descontaminação seletiva do tubo digestivo em pessoas com VMI, a importância de manter as PBCI's e evitar ao máximo a manipulação desnecessária de circuitos e sistemas de forma a prevenir a sua contaminação. A higiene oral na pessoa ventilada também foi incluída no tema demonstrando a sua importância na prevenção da PAI, não existindo diferença significativa quando esta é efetuada com escova ou esponja, devendo-se adequar o seu uso à colaboração da pessoa a quem prestamos cuidados.

Pela riqueza de conteúdos deste evento não me limitei apenas ao tema abordado neste trabalho, já que todas as áreas se interrelacionam e acrescentam conhecimento que se traduzirá em cuidados de maior qualidade às pessoas e suas famílias. Tive oportunidade de assistir a apresentações sobre TSFR e a sua utilização na PSC, abordagem à pessoa vítima de trauma e atuação na pessoa grande queimado temas que se revelam muito pertinentes no meu contexto de trabalho.

Resultados

O folheto “Cuidar não dispensa a escrita” (Apêndice I) foi entregue à enfermeira chefe e colocado em cada computador do serviço. Este pretende evidenciar a necessidade de realizar registos de enfermagem contribuindo para a qualidade e continuidade dos cuidados. Acredito que a observação e reflexão crítica sobre o cartaz conduza à curiosidade para visualizar as intervenções e aplicá-las de forma contínua, garantindo o seu registo, melhores resultados e mudanças na prática.

A oportunidade de atualizar conhecimentos através de idas a evento científicos torna-se essencial; é um dever enquanto profissionais sermos nós próprios o motor de busca para a nossa formação contínua. A ida ao congresso pautou-se pela diversidade de conteúdos e atualização de conhecimentos em áreas como as IACS, as TSFR e a pessoa vítima de trauma, sendo que este foi de extrema importância neste momento da minha vida académica e profissional de forma a integrar as novas orientações na minha prática diária, sendo eu responsável por transmiti-las aos meus pares quer em contexto de estágio, quer no meu contexto de trabalho.

É certo que praticar enfermagem avançada integra não só a experiência clínica com a teoria mas também a procura pelo conhecimento (Canadian Nurses Association, 2008). Inevitavelmente, o processo de aprendizagem não se realiza apenas de forma unilateral, deixando sempre um contributo de ambas as partes. De salientar igualmente o contributo destas atividades para o atingimento da competência comum do enfermeiro especialista na área do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, responsabilizando-me por ser um elemento facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho (Regulamento nº122/2011, de 18 de Fevereiro).

2.2 Serviço de Urgência Polivalente

O SUP apresenta-se como um serviço com características muito próprias, uma equipa multidisciplinar diversificada e uma admissão de doentes de múltiplas etiologias sendo na maioria dos casos uma porta de entrada no Sistema Nacional de Saúde (SNS).

Este serviço é parte do chamado Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM), onde se incluem o pré-hospitalar, a pré-triagem, socorro e transporte da responsabilidade do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM). É o nível mais diferenciado no atendimento a situações de urgência e emergência (Despacho nº10319/2014, de 11 de Agosto). Além de todas estas características incluí também um centro de trauma onde existem as diversas especialidades definidas por lei, como radiologia de intervenção e as várias valências da cirurgia como a maxilo-facial e a vascular. São também características dos SUP a existência de recursos humanos e físicos que deem resposta às Vias Verde (VV), sendo elas a VV Acidente Vascular Cerebral (AVC), Coronária, Sépsis e Trauma (Despacho nº10319/2014, de 11 de Agosto).

Por este enquadramento, escolhi um SUP para a realização do meu estágio já que estes reúnem condições e abordagens integradas bem definidas à PSC.

O estágio decorreu no período compreendido entre Dezembro de 2016 e Fevereiro de 2017. Defini os objetivos a atingir desenvolvendo atividades de enfermagem conforme ilustra o Quadro 2.

Quadro 2- Objetivos específicos e atividades desenvolvidas no SUP

Objetivos Específicos	Atividades Desenvolvidas
1.Prestar cuidados de enfermagem à PSC e família	- Prestação cuidados de enfermagem à PSC e família; - Prestação cuidados de enfermagem à PSC com processos terapêuticos complexos.
2.Intervir na área de prevenção e controlo de infeção na PSC	- Partilha de conhecimento com os elos de ligação à CCI; - Elaboração de Jornal de Aprendizagem “Equipamentos de proteção individual e os cateteres venosos periféricos”; - Prevenção de riscos ambientais no SU.
3. Atuar como um elemento facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho na área da pessoa em situação crítica com IACS	- Identificação de necessidades de formação dos enfermeiros na área de prevenção e controlo de infeção; - Partilha de experiências com os pares;

	<ul style="list-style-type: none"> - Elaboração de um póster “Cateteres Periféricos e a Administração de Medicamentos de Alto Risco no Serviço de Urgência Polivalente”; - Apresentação do póster “Cateteres Periféricos e a Administração de Medicamentos de Alto Risco no Serviço de Urgência Polivalente”.
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Objetivo 1. Prestar cuidados de enfermagem à PSC e família

Prestar cuidados de enfermagem num SUP é um desafio diário às capacidades do enfermeiro; a enfermagem de urgência teve início na época de Florence Nightingale e tem vindo a evoluir ao longo dos anos (Sheehy, 2001).

Sendo o SUP um serviço com capacidade de resposta às mais variadas situações de urgência e emergência, com a maior diferenciação de cuidados, o enfermeiro deve aplicar os seus conhecimentos nos vários domínios como sendo o científico, técnico/prático e prestação direta de cuidados, áreas atribuídas a enfermeiros peritos (Nunes, 2010).

Tive oportunidade de, em conjunto com o meu enfermeiro orientador, passar por todas as áreas do SUP, desde a triagem à sala de reanimação, prestando cuidados de enfermagem nas diversas áreas. Cada área apresenta as suas particularidades e exige adaptações na prestação de cuidados de enfermagem em particular pessoas do foro médico, cirúrgico e trauma com as mais diversas patologias.

A triagem revela-se uma área exigente e caótica (Sheehy, 2001) sendo o momento do primeiro contacto com a pessoa urgente. Neste SUP, o sistema implementado é a Triagem de Manchester. Esta permite aos profissionais atuarem com base em algoritmos centrados nas prioridades, tornando-se bastante útil neste serviço devido à elevada afluência de pessoas (DGS, 2015e). É necessário ser objetivo no exercício desta função, atuar de forma sistematizada, perceber a gravidade da situação e encaminhar para cuidados especializados (DGS, 2015e). Estas foram atitudes que fizeram parte da minha prática ao longo do estágio.

A gestão do tempo e das emoções da pessoa e família foi outro desafio para mim. Vivenciar situações associadas ao risco de vida quer pela própria pessoa quer pela família, reveste-se de uma considerável carga emocional (Sá, Botelho & Henriques, 2015). Sendo o enfermeiro da triagem o primeiro profissional de saúde que a pessoa e família encontram no SUP, a capacidade de comunicação revela-se essencial, questionando e interpretando dados (Sheely, 2001). Atuar na área da triagem envolveu um investimento da minha parte em relação aos algoritmos utilizados, aprendi a direcionar as perguntas de acordo com os sinais e sintomas evidenciados e identificados por mim, desenvolvi a capacidade de observação, bem como, a capacidade de gestão em relação aos recursos existentes sejam eles humanos ou materiais.

Os balcões são áreas de cuidados muito exigentes, goza de um maior número de pessoas em observação com necessidades específicas e às quais o enfermeiro deve estar atento de forma a garantir cuidados adequados e possíveis transferências para a área de Serviço de Observação (SO). O elevado tempo de permanência da pessoa em balcão e a sua rotatividade exigiu capacidade de identificação de focos de instabilidade fazendo posteriormente o devido encaminhamento para cuidados mais diferenciados, como a sala de reanimação onde existem outro tipo de recursos materiais e humanos. Para que toda esta gestão resultasse, muito contribuiu o meu enfermeiro orientador permitindo-me tomadas de decisão em equipa, desenvolvendo o meu juízo clínico; características fundamentais do enfermeiro com uma prática avançada. Estas características são fundamentais nas equipas uma vez que permitem a gestão de recursos e a prestação de cuidados nos serviços, integrando os conhecimentos e a experiência profissional (Kilpatric, Mélanie, Judith & Lise, 2014).

Pela própria dinâmica já anteriormente abordada inerente ao SUP, a probabilidade de erro é elevada pelo que considerei de extrema importância o uso da “*pyxis*”, sistema que está presente em todo o SUP. Este sistema permite a retirada de medicação em unidose o que evita erros de medicação favorecendo a segurança dos cuidados, no que diz respeito aos princípios ativos prescritos e dosagens administradas.

Os cuidados prestados na sala de reanimação permitiram-me aplicar os conhecimentos adquiridos em várias UC do Curso de Mestrado.

A presença da PSC na sala de reanimação é um fator de medo e de ansiedade para a família que já se encontra numa situação de vulnerabilidade, sendo que o seu

acompanhamento pela mesma ainda se revela uma prática pouco usual no nosso sistema de saúde. De acordo com a entidade *European Resuscitation Council* (2015), a presença da família no momento da reanimação pode trazer benefícios reduzindo a sensação de culpa e o desapontamento do familiar; uma comunicação verdadeira e uma abordagem multidisciplinar traduz-se numa maior aceitação da situação vivenciada em fim de vida. A família encontra-se fragilizada, angustiada quando se depara com a possibilidade de morte iminente sendo necessário que o enfermeiro fique atento a estas particularidades adaptando-a ao contexto e respeitando a individualidade, direitos e valores da pessoa e família (Silveira, Lunardi, Filho & Oliveira, 2005). Este SUP implementou uma visita extra em que os familiares podiam estar com as pessoas e esclarecer dúvidas em relação à sua situação clínica com os profissionais de saúde. Saliento aqui o direito legal da pessoa admitida no SUP ao acompanhamento por uma pessoa por si indicada desde que a mesma cumpra os seus deveres como acompanhante de acordo com a Lei n.º 33/2009, de 14 de Julho. Tal como referido anteriormente, a família é fundamental no processo de cuidados influenciando o estado de saúde do seu familiar.

Pela experiência nesta área do SUP percebi a verdadeira importância do trabalho de equipa. Penso que no geral em nenhum dos outros serviços hospitalares é tão importante a integração na equipa e o respeito mútuo dos profissionais (Sheehy, 2001). O trabalho em equipa é uma componente chave para melhorar a qualidade dos cuidados (Kilpatric et al., 2014).

Os cuidados à pessoa vítima de trauma exigem uma abordagem baseada numa linha sequencial de pensamento sobejamente conhecida e designada de “ABCDE” o que permite cuidar de acordo com as prioridades identificadas. De acordo com a entidade *Advanced Trauma Life Support* (ATLS), devemos tratar primeiro a maior ameaça à vida sendo que uma abordagem sistematizada diminui a mortalidade da pessoa vítima de trauma (American College of Surgeons & Committee on Trauma, 2012).

Tive oportunidade de efetuar transporte intra-hospitalar de pessoas com instabilidade clínica, em particular para o serviço de imagiologia e transferência para o internamento. De acordo com as recomendações para o transporte da PSC da Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados intensivos (2008), deve ser idealmente o enfermeiro responsável pela pessoa aquele que a acompanha no transporte intra-hospitalar, devendo este ter experiência em reanimação e transporte de doente crítico.

Várias vezes ao longo do estágio surgiram situações de transporte, ocasião em que foi necessário em conjunto com o enfermeiro orientador avaliar a pessoa e garantir a sua segurança no transporte; a pessoa vítima de trauma e pessoa admitida pela Via Verde AVC. Devemos em conjunto com a equipa multidisciplinar refletir sobre o risco/benefício (Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008) do encaminhamento destas pessoas tentando sempre que possível, nas situações de instabilidade, garantir a realização dos exames complementares de diagnóstico dentro da sala de reanimação.

Os protocolos terapêuticos complexos, apesar de serem mais comuns na UCI, revelam-se necessários em determinadas situações pelo que gostaria de referir um caso que me suscitou interesse pela particularidade da intervenção realizada. Esta situação é referente a uma pessoa admitida no SUP por um quadro de ARDS sob VMI que foi submetida a uma técnica por mim desconhecida designada de Tracheal Gas Insufflation (TGI). Nas pessoas com esta patologia, as pressões ventilatórias superiores a 35 cmH₂O podem conduzir a barotrauma, pelo que, com o TGI, reduzimos essas mesmas pressões sem aumentarmos a pressão de CO₂. Esta técnica consiste na insuflação de O₂ durante a fase expiratória, este permanece no chamado espaço morto proximal, diminuindo posteriormente a inalação de CO₂ que se acumula devido à realização de uma ventilação de proteção pulmonar (Hoffman et al., 2000).

Resultados

A existência do chamado conhecimento experiencial, no que diz respeito à minha prática clínica anterior, e a procura contínua de informação permitiram-me a partilha e a fundamentação das minhas ações enquanto elemento influenciador de práticas de qualidade. Pelas várias situações vivenciadas em cuidados intensivos, tive a oportunidade de partilhar com os meus pares intervenções fundamentais que sendo pouco frequentes no SUP se revelaram de extrema importância para responder às necessidades da população admitida, sendo exemplos destas, os cuidados à pessoa submetida a VMI, monitorização hemodinâmica, administração de Medicamentos de Alto Risco (MAR) e o transporte intra-hospitalar de pessoas que exigem cuidados diferenciados e com instabilidade clínica.

A aplicação de conhecimentos de Suporte Avançado de Vida (SAV), a partilha com os pares em relação ao melhor comportamento a adotar e os cuidados a prestar foi fundamental para consolidar conhecimentos nesta área, já que o enfermeiro especialista deve demonstrar conhecimentos e habilidades em SAV, bem como a gestão de protocolos terapêuticos complexos (Regulamento nº124/2011, de 18 de Fevereiro).

Objetivo 2. Intervir na área de prevenção e controlo de infeção na PSC

Durante a realização do estágio no SUP implementei medidas de prevenção e controlo de infeção hospitalar uma vez que este serviço constitui um dos primeiros contactos com a PSC. As medidas e intervenções aqui realizadas podem condicionar o estado de saúde da própria pessoa, e daqueles que a rodeiam. Esta é admitida no SUP de forma regular, sendo que, na maioria das vezes, necessitam de intervenções eficazes e em tempo útil. Em grande parte destas admissões existem outras patologias associadas, até por vezes desconhecidas, para as quais têm de ser implementadas medidas de prevenção e controlo de infeção adequadas para segurança de todos os profissionais e dos que nos rodeiam.

Em conjunto com os elos de ligação à CCI e com o enfermeiro orientador, identificou-se lacunas neste campo no que diz respeito aos EPI's e à colocação e manutenção dos Cateteres Venosos Periféricos (CVP).

Pela natureza heterogénea da equipa e pela sua dimensão, é de elevada importância efetuar e promover práticas e ambientes seguros baseados nas instruções de trabalho existentes na instituição hospitalar. Situações vivenciadas neste serviço e o pensamento crítico sobre as mesmas incentivaram-me para a realização de uma reflexão neste âmbito o que deu origem ao jornal de aprendizagem intitulado "Equipamento de proteção individual e os cateteres periféricos". Percebi que existiam necessidades na área do controlo da infeção. A afluência de doentes é enorme, e mais evidente em época de contingência, altura em que decorreu o estágio, o que exige dos profissionais de enfermagem um esforço acrescido em relação à prestação de cuidados em situação de urgência/emergência.

O espaço físico é limitado e as condições estruturais revelam-se insuficientes para o número de pessoas admitidas em plano de contingência o que favorece as infeções

cruzadas. De acordo com Kelly et al. (2013), as características do ambiente de trabalho podem facilitar ou dificultar a prestação de cuidados de enfermagem influenciando a interação pessoa doente/enfermeiro e a qualidade dos cuidados.

Devido a estas particularidades, o enfermeiro no SUP deve estar alerta para esta temática, agindo como um elemento barreira para as infeções hospitalares prevenindo riscos ambientais. No meu percurso promovi o uso de EPI's, colocando-os de forma estratégica no ambiente de prestação de cuidados para que fossem percebidos por toda a equipa. Nos balcões de atendimento que se revelam uma área mais crítica pela rotatividade de pessoas em observação, o uso dos EPI's constituíram uma atitude permanente da minha parte, do enfermeiro orientador e dos pares antes da prestação de cuidados.

A punção de veias periféricas é um procedimento realizado diariamente pelos enfermeiros em diferentes contextos exigindo mobilização de várias competências (Oliveira & Parreira, 2010). Em contrapartida, devido à forma rotineira como é executada, por vezes, descuidam-se os cuidados essenciais que devemos ter, não deixando esta de ser uma técnica invasiva, com quebra da barreira cutânea o que aumenta francamente a probabilidade de infeção associada aos dispositivos intravasculares. Segundo Oliveira e Parreira (2010), milhões de punções intravasculares são realizadas a cada ano, estas podem acarretar complicações locais ou sistémicas que se podem traduzir num aumento da mortalidade e do tempo de hospitalização.

A colocação e manutenção dos CVP foi uma intervenção de enfermagem identificada em conjunto a carecer de mudança de comportamentos tendo-me deparado com a necessidade de alertar e divulgar para os cuidados de enfermagem associados a estes dispositivos médicos. As condições de colocação dos CVP são muito importantes; a desinfeção da pele, o uso de penso estéril e obturador devem ser intervenções efetuadas a cada punção periférica. O não cumprimento destas medidas aumenta o risco de complicações posteriores o que pode ocorrer por exemplo nas pessoas vítimas de trauma recebidas diretamente da rua. É importante perceber em que condições foram colocados estes CVP, devendo estes ser removidos nas primeiras 24/48 horas, como descrito no procedimento multissetorial da instituição. Outro aspeto relacionado com a manutenção destes dispositivos consiste na lavagem do lúmen do CVP após a administração de

terapêutica de forma a evitar reações indesejadas, sobretudo em determinados grupos farmacológicos, os denominados MAR que serão abordados mais à frente.

Ao longo deste estágio, o enfermeiro orientador e os elementos da equipa de enfermagem foram extremamente recetivos à implementação de medidas básicas de prevenção e controlo da infeção que tive oportunidade de aprender e executar na UCI, transferindo-os agora para o contexto de urgência, como sejam a fixação da algália ou os cuidados de enfermagem nas pessoas submetidas a VMI.

Pela particularidade do período em que estive a estagiar no SUP foi possível a implementação e sensibilização da equipa para estes cuidados. Não é suposto que a PSC submetida a VMI esteja mais de 24 horas no SUP, contudo, existiram vários casos o que possibilitou a realização de intervenções como higiene oral, elevação da cabeceira a 30°, avaliação da pressão do *cuff*, aspiração de secreções e o uso de modalidades ventilatórias.

De salientar também uma participação ativa e a supervisão dos enfermeiros que são os elos de ligação à CCI. Estes são percecionados como elementos de referência para o esclarecimento de dúvidas, apresentando estratégias motivadoras e incentivadoras da mudança de comportamentos contribuindo para a redução dos riscos. É também da sua competência a divulgação da mais recente evidência científica e das circulares informativas e normativas emitidas pela entidade hospitalar no âmbito da prevenção e controlo da infeção.

Resultados

O contacto com uma realidade tão mutável e imprevisível como a do SUP permitiu-me a adaptação dos cuidados de enfermagem às necessidades identificadas. Percebi que acima de tudo a implementação de medidas básicas de controlo da infeção como o uso dos EPI's, ou a deteção precoce de sinais de infeção na admissão da pessoa ao SUP, são os elementos importantes e que poderão evitar a transmissão das infeções e possíveis IACS.

A leitura das instruções de trabalho nesta área, no que se refere aos procedimentos relacionados com os dispositivos intravasculares, a prevenção e o controlo da infeção e os MAR, permitiu-me um conhecimento mais aprofundado sobre as intervenções pretendidas atuando de acordo com as normas implementadas.

Existem comportamentos que devem ser alterados, fundamentando a nossa prática, usando os recursos disponíveis de forma adequada, prestando cuidados seguros, incluindo-se aqui o uso dos EPI's e os cuidados com CVP. As ações implementadas e executadas pelos enfermeiros têm consequências diretas na pessoa e sua família, no seu bem-estar físico e psicológico, para as quais o enfermeiro tem de estar alerta.

A partilha de conhecimentos foi evidente refletindo-se em cuidados de maior qualidade e segurança contribuindo para a melhoria dos *outcomes* da PSC e para a prevenção da PAI, revelando também a transversalidade dos conhecimentos e intervenções aprendidas noutros contextos e ao longo do Curso de Mestrado. São medidas como estas que demonstram o valor dos cuidados de enfermagem e a importância do enfermeiro especializado na PSC, a sua capacidade de prever e agir de forma antecipatória, instituir e transferir medidas específicas e adaptadas às necessidades identificadas, reconhecendo a necessidade de prevenir e identificar práticas de risco (Regulamento nº122/2011, de 18 de Fevereiro).

Objetivo 3. Atuar como um elemento facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho na área PSC com IACS

A tomada de decisão e o pensamento crítico caracteriza as intervenções efetuadas pelo enfermeiro com uma prática avançada e são conhecidas competências do profissional de enfermagem envolvido numa complexidade extrema (Tanner, 2006). A procura constante de informação, a necessidade de se manter atualizado e a divulgação destes conhecimentos, contribuem para a mudança, agindo como um elemento proativo no seio da equipa sendo gerador de práticas seguras.

A identificação de necessidades do serviço (Regulamento nº122/2011, de 18 de Fevereiro) e a seleção da informação pertinente inerente ao contexto de cuidar são intervenções do enfermeiro especializado, dessa avaliação surgiu a construção do póster intitulado “Cateteres Venosos Periféricos e a Administração de Medicamentos de Alto Risco no Serviço de Urgência Polivalente” (Apêndice III) que se apresenta como um instrumento de consulta e que teve o apoio dos enfermeiros do serviço pertencentes à CCI. Este póster foi elaborado de acordo com as normas previstas na instituição hospitalar no que se refere

aos procedimentos multissetoriais para a prevenção de infeção relacionada com os dispositivos intravasculares e os dispositivos de perfusão eletrónica. Foi incluída ainda a *bundle* do CVP e os MAR enumerados pela DGS e que são mais frequentes neste contexto clínico.

O uso de MAR e fármacos agressivos para os tecidos é frequente no SUP. Define-se como MAR, aquele que pode provocar danos significativos para o doente, nomeadamente no que diz respeito a efeitos adversos decorrentes da sua incorreta utilização (DGS, 2015d). Compreende-se como correta utilização, uma diluição adequada do fármaco de acordo com a via de administração e o uso de dispositivos de controlo de fluxo ou dos dispositivos de perfusão eletrónicos com perfusões devidamente identificadas. Em conjunto selecionamos os fármacos mais utilizados no SUP bem como as necessidades manifestadas pelos colegas no que diz respeito ao manuseamento, diluição e considerações importantes. Na sequência deste póster elaborei também uma breve apresentação (Apêndice IV) onde divulguei os motivos pelos quais o realizei e onde evidenciei, uma vez mais, a importância do tema exposto. Esta apresentação foi parte integrante da formação realizada em serviço sobre a manutenção dos CVP. A mesma foi baseada no método expositivo/interativo, em que participaram 14 enfermeiros.

Como é conhecido, os ambientes de cuidados influenciam as intervenções efetuadas pelo que temos que adaptar a informação transmitida ao contexto. Para esta adequação foi essencial as sugestões de toda a equipa. A recetividade da mesma e a participação nas atividades motiva os elementos para a aprendizagem o que posteriormente influenciará a mudança.

A divulgação das normas institucionais é fundamental, devendo o enfermeiro especialista ser um dinamizador e gestor do novo conhecimento (Regulamento nº122/2011, de 18 de Fevereiro).

Resultados

A construção do póster, baseado nas normas implementadas, permitiu-me a revisão de conhecimentos e a adaptação dos mesmos a uma realidade bastante diferente do meu contexto profissional.

A participação da maioria dos elementos de enfermagem na apresentação do póster e no final a partilha de experiências com os mesmos permitiu-me concluir que na sua maioria os colegas consideraram este tema importante. Estes classificaram-no em concordo e concordo totalmente na sua apreciação global em modelo próprio de avaliação da sessão, no que diz respeito à pertinência do tema para a sua atividade profissional e à aquisição/consolidação de conhecimentos.

Considerando a utilização crescente dos MAR e a identificação de vários casos de flebites, designadamente no uso da amiodarona, justifica que o enfermeiro, principalmente o enfermeiro com conhecimentos avançados, implemente medidas de vigilância e monitorização contínua destas situações. O uso destas medidas irá prevenir as complicações, ou pelo menos, reduzir a probabilidade de estas ocorrerem.

Considero que a partilha das necessidades da equipa e a minha integração na mesma permitiu-me atingir competências na área comum do enfermeiro especializado, baseando a minha praxis em sólidos e válidos padrões de conhecimento, responsabilizando-me por ser um elemento facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho (Regulamento nº122/2011, de 18 de Fevereiro).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao analisar este relatório de estágio torna-se evidente que ao enfermeiro especializado lhe são cada vez mais imputadas diversas competências na sua área de atuação, estando este habilitado para se afirmar como um elemento fundamental na área da prevenção e controlo de infeção hospitalar na PSC.

As infeções hospitalares constituem um flagelo em saúde sendo responsáveis pelos aumentos dos custos para o país, pelo gasto de recursos e pelo aumento da morbilidade e mortalidade das pessoas internadas (WHO, 2011). Segundo a WHO (2009), as IACS podem acometer até cerca de 37% das pessoas internadas na UCI, traduzindo-se em 5 milhões de infeções anualmente nos cuidados de saúde em toda a Europa. As pessoas internadas nestes serviços são mais vulneráveis à infeção hospitalar, sendo o risco de aquisição de infeções proporcional à gravidade da doença, não raras as vezes estas pessoas são sujeitas a procedimentos invasivos já tendo o sistema imunológico comprometido (Souza et al., 2011).

Torna-se imperioso a aplicação de medidas que combatam as IACS estando o enfermeiro numa das melhores posições na equipa multidisciplinar para intervir neste campo. A aplicação das *bundles* e o cumprimento das normas institucionais permitem adquirir ganhos em saúde e orientam os profissionais para as metas e objetivos a atingir. Estas necessitam que as equipas trabalhem em conjunto (IHI, 2012) aliando esforços em prol de benefícios maiores, nomeadamente a prevenção da infeção em ambiente hospitalar. As orientações internacionais e nacionais a nível da PAI, CVC e CV devem ser cumpridas, monitorizadas e avaliadas. Desde os tempos de Florence Nightingale que os enfermeiros intervêm diretamente no processo de avaliação da qualidade dos cuidados (Sheehy's, 2001).

Não nos devemos esquecer das PBCI (Anexo I) como medidas fundamentais em todas as pessoas, independentemente do seu estado de saúde (Souza et al., 2011). Estas medidas permitem diminuir a transferência de microrganismos patogénicos (Oliveira, Damasceno, Piscoya & Nicoli, 2012).

Pela minha recente experiência na área de cuidados intensivos e urgência, este estágio garantiu a mobilização de conhecimentos obtidos nas UC do Curso de Mestrado e pesquisa bibliográfica, bem como, a aquisição de conhecimento experiencial,

sustentando a minha abordagem à PSC no processo de tomada de decisão e julgamento clínico possibilitando-me a definição de prioridades no contexto de UCI e SUP. Após a admissão da pessoa e sua família nestes dois contextos e após a definição das prioridades acima mencionadas, o enfermeiro deve focar a sua atenção no processo de enfermagem e na determinação dos diagnósticos inerentes e intervenções especializadas, elaborando um plano de cuidados holístico sustentado na mais recente evidência científica (Yücel, Eşer, Güler & Khorshid, 2011). Acredito que será difícil proporcionar um cuidado humanizado à pessoa e família, enquanto o enfermeiro não priorizar a comunicação e o relacionamento terapêutico como a essência da sua atuação. O enfermeiro que executa intervenções especializadas nestes contextos deve exercer um papel incentivador e divulgador da informação, possuindo na sua essência a arte de comunicar adequadamente com o outro e sua família (Regulamento nº122/2011, de 18 de Fevereiro). Deve exercer uma posição ativa no seio da equipa, influenciando a mudança de comportamentos dos pares e distinguindo-se como um suporte para as famílias/pessoas de referência no ambiente de cuidados. As intervenções implementadas devem ser devidamente avaliadas, efetuadas em equipa e transmitidas ao núcleo de trabalho de forma a que a informação chegue a todos cumprindo objetivos delineados.

Ao longo deste percurso participei com os enfermeiros orientadores e elementos pertencentes à CCI na recolha, monitorização e avaliação de dados nas várias áreas. Estes revelaram-se fundamentais no meu percurso apresentado disponibilidade e recetividade em relação ao tema, auxiliando-me no pensamento crítico e reflexivo acerca da prevenção e controlo de infeção. As várias estratégias associadas à prevenção de infeção exigem da equipa multidisciplinar uma atualização constante e uma cultura de discussão construtiva e planeamento dos cuidados (Pina et al., 2010). Contudo, existem referências que nos alertam para a possibilidade de existir uma lacuna entre o conhecimento e a atitude demonstrada (Souza et al., 2011).

Os elementos pertencentes à CCI e o enfermeiro orientador revelaram-se fundamentais no meu percurso apresentado disponibilidade e recetividade em relação ao tema, auxiliando-me no pensamento crítico e reflexivo acerca da temática que escolhi trabalhar. O enfermeiro com competências avançadas tem um papel importante a desenvolver, relacionado com o incentivo e divulgação de boas práticas, influenciando

comportamentos adequados e revelando-se um exemplo a seguir na prestação de cuidados, devendo apresentar um papel ativo na equipa multidisciplinar.

Ao longo do meu percurso de aquisição de competências tive em consideração a Teoria Ambientalista de Florence Nightingale, nomeadamente através da gestão de fatores ambientais e o uso de um corpo de conhecimentos específicos para a prevenção e controlo das IACS na PSC e sua família. Esta possibilitou e orientou o desenvolvimento do meu pensamento crítico de forma a associar a prática ao conhecimento científico definindo intervenções mais adequadas à pessoa e deste modo contribuindo para a qualidade nos cuidados. Um dos princípios desta teoria estabelece a enfermagem como uma profissão que se dedica à conservação da integridade e reparação daquilo que constitui um obstáculo à vida (Oliveira, Paula & Freitas, 2007) traduzindo exatamente duas competências do enfermeiro especialista em PSC - a identificação de focos de instabilidade (Regulamento nº124/2011, de 18 de Fevereiro) e a prevenção das infeções hospitalares.

Nesta trajetória inevitavelmente existem dificuldades sentidas que se constituem como fatores impulsionadores de crescimento. Por se tratarem de ambientes de trabalho muito exigentes a UCI e o SUP, em que a pessoa se encontra num grau elevado de vulnerabilidade, é exigido uma gestão de emoções e um discernimento mental constantes. A procura continua do conhecimento e os desafios diários impostos motivam-nos para a pesquisa e desenvolvimento do pensamento reflexivo. A prática reflexiva foi um desafio permanente. Esta reflexão inicia-se com um estado de dúvida e dificuldade dando origem a um processo mental que se traduz num ato de pesquisa, de forma a que surja o esclarecimento (Peixoto & Peixoto, 2016). Tudo isto traduziu-se em aprendizagem pois, e como refere Benner (2001) “A teoria oferece o que pode ser explicitado e formalizado, mas a prática é sempre mais complexa e apresenta muito mais realidades do que as que se podem apreender pela teoria” (p.61). Daqui se eleva a ideia de que a formação associada à experiência clínica dos enfermeiros, permite desenvolver diversas competências que têm em vista a prática da enfermagem avançada essencial no contexto de trabalho (CAN, 2008).

De salientar que no contexto de UCI uma das minhas limitações foi a falta de experiência na área, a diversidade das patologias admitidas e a múltipla tecnologia que me conduziram à pesquisa contínua. No que diz respeito ao SUP e pelo período da realização do estágio na época de contingência, a rotatividade de pessoas bem como a abrangência de procedimentos e protocolos visaram obstáculos que acabaram por ser ultrapassados

conjuntamente com o orientador e pares, numa motivação contínua para prestar cuidados de qualidade e seguros. Azeredo (2004), citado por Oliveira, Paula & Freitas (2007, p.128), afirma que “a enfermagem evoluirá e será, no futuro, o que os seus profissionais fizeram dela” traduzindo este pensamento num desejo pessoal de busca por uma profissão mais valorizada a nível científico.

A elaboração deste documento, reviver, transcrever experiências e o tempo decorrido para que fosse possível a construção do mesmo, alertou-me para outras necessidades e áreas de interesse que pretendo vir a desenvolver ao longo do meu exercício profissional, nomeadamente na área do pré-hospitalar e procedimentos terapêuticos complexos, o que desencadeou em mim curiosidade científica e vontade de realizar novas conquistas como enfermeira especializada no meu contexto de trabalho. Indubitavelmente assumo maior responsabilidade na área da prevenção e controlo de infeção, agindo como um elemento influenciador de boas práticas em saúde, bem como, o dever de me atualizar e ser divulgadora da mais recente evidência científica, direcionando a minha ação para os ganhos em saúde na pessoa em situação crítica e família.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Afonso, J., Reis, F. (2012). Dexmedetomidina: Papel Atual em Anestesia e Cuidados Intensivos. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 62 (1), 118-133.

Alotaibi, A., Alshayiqi, M., Ramalingam, S. (2014). Does the presence of oral care guidelines affect oral care delivery by intensive care unit nurses? A survey of Saudi Intensive Care. *American Journal of Infection Control*, 42, 921-922. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajic.2014.05.019>.

American College of Surgeons & Committee on Trauma (2012). *Advanced Trauma Life Support - ATLS (9ªed.)*. Chicago: American College of Surgeons.

Barlem, E., Rosenhein, D., Lunardi, V., Filho, W. (2008). Comunicação como instrumento de humanização do cuidado de enfermagem: experiências em unidade de terapia intensiva. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 10(4), 1041-1049. Acedido a 14-11-2017. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a16.htm>.

Barra, D., Justina, A., Bernardes, J., Vespoli, F., Rebouças, U., Cadete, M. (2005). Processo de Humanização e a tecnologia para o paciente internado em uma unidade de Terapia Intensiva. *Revista Mineira de Enfermagem*, 9 (3):9(4), 344-350.

Benner, P. (2001). *De iniciado a perito (1ª edição)*. Coimbra: Quarteto

Bossaert, L., Perkins, G., Askitopoulou, H., Raffay, V., Greif, R., Haywood, K., Mentzelopoulos, S., Nolan, Y., Voorde, P., Xanthos, T. (2015). European Resuscitation Council Guidelines for resuscitation 2015, Section 11. The ethics of resuscitation and end-of-life decision. European Resuscitation Council. Acedido a 18-12-2017. Disponível em: <https://cprguidelines.eu/>.

Burgmann, H., Heismayr, J., Savey, A., Bauer, P., Metnitz, B., Metniz, P. (2010). Impact of nosocomial infections on clinical outcome and resource consumption in critically ill patients. *Intensive Care Medicine*, 36, 1597-1601.

CNA (2008). *Advanced Nursing Practice - A National Framework*. Canadian Nurses Association, Ottawa, 1-46.

Chen, Y., Chi, M., Chen, Y., Chan, Y., Chou, S., Wang, F. (2013). Using a Criteria-Based Reminder to Reduce use of Indwelling Urinary Catheters and Decrease Urinary Tract Infections. *American Journal of Critical Care*, 22 (2), 105-114. doi:<http://dx.doi.org/10.4037/ajcc2013464>.

Despacho nº 10319/2014 de 11 de Agosto (2014). Diário da República, 2ª série, nº 153. Ministério da Saúde. Lisboa: Portugal.

Direção Geral de Saúde (2013). Precauções Básicas do Controlo da Infeção-2013. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

Direção Geral de Saúde (2014). Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos em Números – 2014. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

Direção Geral de Saúde (2015). Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos em Números – 2015. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

Direção Geral da Saúde (2015a). Feixe de intervenções de Prevenção de Pneumonia associada à Intubação. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Acedido a 18-03-2017. Disponível em:<http://www.arscentro.minsaude.pt/SaudePublica/Programas/ppcira/Paginas/Normasdeboaspr%C3%A1ticas.aspx>.

Direção Geral de Saúde (2015b). Feixe de Intervenções de Prevenção de Infeção Relacionada com Cateter Venoso Central. Lisboa: Direção Geral de Saúde. Acedido a 18-03-2017. Disponível em:<http://www.arscentro.minsaude.pt/SaudePublica/Programas/ppcira/Paginas/Normasdeboaspr%C3%A1ticas.aspx>.

Direção Geral de Saúde (2015c). Feixe de Intervenções de Prevenção de Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical. Lisboa: Direção Geral de Saúde. Acedido a 18-03-2017. Disponível em:<http://www.arscentro.minsaude.pt/SaudePublica/Programas/ppcira/Paginas/Normasdeboaspr%C3%A1ticas.aspx>.

Direção Geral da Saúde (2015d). Medicamentos de Alerta Máximo. Lisboa: Direção geral de Saúde. Acedido a 10.01.2017. Disponível em http://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-nasaude/ficheiros-anexos/noc_meds-alerta-maximopdf-pdf.aspx.

Direção Geral de Saúde (2015e). Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata. Lisboa: Direção Geral de Saúde. Acedido a 29-03-2017. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas.aspx?cachecontrol=1490815719709>.

Direção Geral de Saúde (2017). Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de resistência aos antimicrobianos - 2017. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

Fitzgerald, M., Millar, B., Blackwood, B., Davies, A., Brett, S., McAuley, D., McNamee, J. (2014). Extracorporeal carbon dioxide removal for patients with acute respiratory distress syndrome: a systematic review. *Critical Care*, 18, 1-11. Acedido a 29-03-2017. Disponível em: <https://ccforum.biomedcentral.com/articles/10.1186/cc13875>.

Fontana, R. (2006). As infeções hospitalares e a evolução histórica das infeções. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59 (5), 703-706.

Fry, M. (2011). Literature review of the impact of nurse practitioners in critical care services. *British Association of Critical Care Nurses*, 16 (12), 58-67.

Hoffman, L., Adelaida, M., Frederick, T., Edgar D., Thomas, Z., John L., Michael P. (2000). Tracheal Gas Insufflation. Limits of Efficacy in Adults with Acute Respiratory Distress Syndrome. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 62, 387-392.

<https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-deresistencia-aos-antimicrobianos/destaques/semana-das-pbci-incluindo-ahigiene-das-maos-2-a-7maio-de-2016-.aspx>. Acedido a 1-07-2017.

<https://gulbenkian.pt/publication/stop-infecao-hospitalar-booklet/> Acedido em 1-07-2017

IHI (2011). How-to Guide: Prevent Catheter-Associated Urinary Tract infections. Institute for Healthcare Improvement. Acedido a 1-07-2017. Disponível em: www.ihl.org/resources/Pages/Tools/HowtoGuidePreventCatheterAssociatedUrinaryTractInfection.aspx

IHI (2012). Using Care Bundles to Improve Health Care Quality. Institute for Healthcare Improvement. Acedido a 1-07-2017. Disponível em: www.ihl.org/resources/pages/IHIWhitePapers/UsingCareBundles.aspx

Jarachovic, M., Mason, M., Kerber, K., McNett, M. (2011). The Role of Standardized Protocols in Unplanned Extubation in Medical Intensive Care Unit. *American Journal of Critical Care*, 304-311. Doi: 10.4037/ajcc2011334

Jeong, I., Park, S., Lee, J., Song, J., Lee, S. (2013). Effect of central line bundle on central line-associated bloodstream infections in intensive care units. *American Journal of Infection Control*, 41, 710-716. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajic.2012.10.010>.

Jones, D., Munro, C., Grap, M., Edmond, M. (2010). Oral care and bacteriemia risk in mechanically ventilated adults. *Heart & Lung*, 39, 57-65. doi: 10.1016/j.hrtlng.2010.04.009.

Lee T., Hong JW, Yoo JW, Ju S, Lee SH, Lee SJ, Cho YJ, Jeong YY, Lee JD, Kim HC (2015). Unplanned Extubation in Patients with Mechanical Ventilation: Experience in the Medical Intensive Care Unit of a Single Tertiary Hospital. *The Korean Academy of Tuberculosis and Respiratory Diseases*, 78 (4) 336-340. <https://doi.org/10.4046/trd.2015.78.4.336>

Lei n.º 33/2009, de 14 Julho (2009). Direito de acompanhamento dos utentes dos serviços de urgência do Serviço Nacional de Saúde. *Diário da República*, 1ª Série, N.º57 (21-03-2014) 2127-2131.

Lim, S., Choi, J., Lee, S., Cho, Y., Jeong, Y., Kim, H. ... Hwang, Y. (2014). Intensive care unit-acquire blood stream infections: a 5-year retrospective analysis of a single tertiary care hospital in Korea. *Springer-Verlag Berlin Heidelberg*, 42, 875-881. doi: 10.1007/s15010-014-0651-z

Marshall, A., Weisbrodt, L., Rose, L., Duncan, E., Prior, M., Todd, L...Francis, J. (2014). Implementing selective digestive tract decontamination in the intensive care unit: A qualitative analysis of nurse-identified considerations. *Heart & Lung*, 43, 13-18. <http://dx.doi.org/10.1016/j.hrtlng.2013.09.002>.

Martinho, C., Rodrigues, I. (2016). A comunicação dos doentes mecanicamente ventilados em unidades de cuidados intensivos. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 28 (2), 132-140, doi: 10.5935/0103-507X.20160027

Medeiros, A., Enders, B., Lira, A. (2015). Teoria Ambientalista de Florence Nightingale: Uma Análise Crítica. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 19 (3), 518-524. Doi: 10.5935/1414-8145.20150069.

Ministério da Saúde. (2013). Avaliação da Situação Nacional das Unidades de Cuidados Intensivos- Relatório Final. Lisboa: Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde (2014). Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos em números – 2014. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

Ministério da Saúde (2015). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. Pub. L. No. Despacho nº 1400-A/2015 de 10 de Fevereiro de 2015. Portugal: Diário da República.

Navoa, J., Berba, R., Galapia, Y., Rosenthal, V., Villanueva, V., Tolentino, M. ..., Mantaring, J. (2011). Device-associated infection rates in adult, pediatric, and neonatal intensive care units of hospitals in the Philippines: *International Nosocomial Infection Control*

Consortium (INICC) findings. *American Journal of Infection Control*, 39, 548-554. doi: 10.1016/j.ajic.2010.10.018.

Nightingale, F. (2005). *Notas sobre Enfermagem*. Loures: Lusociência.

Nunes, L. (2010). Do perito e do conhecimento em enfermagem, uma exploração da natureza e atributos dos peritos e dos processos de conhecimento em enfermagem. *Revista Percursos*, 17, 3-9. Acedido a 23-11-2017. Disponível em: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9215/1/Revista%20Percursos%20n17_Do%20perito%20e%20do%20conhecimento%20em%20enfermagem.pdf .

Oliveira, M., Paula, T., Freitas, J. (2007). Evolução histórica da assistência de enfermagem. *Redalyc*, 6 (1), 127-136. Acedido a 21-07-2017. Disponível em: www.redalyc.org/html/929/92960115.

Oliveira, A., Silva, R., Diaz, M., Iquiapaza, R. (2010). Bacterial Resistance and Mortality in an Intensive Care Unit. *Revista Latino-Americana*, 18 (6), 1152-1160.

Oliveira, A., Parreira, P. (2010). Intervenções de enfermagem e flebites decorrentes de cateteres venosos periféricos. Revisão Sistemática da Literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série-n.º2, 137-147.

Oliveira, A., Damasceno, Q., Piscoya, M., Nicoli, J. (2012). Epidemiologic characteristics of resistente microorganisms present in reserves from na intensive care unit. *American Journal of Infection Control*, 40, 186-187.

Ordem dos Médicos, Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008). *Transportes de Doentes Críticos, Recomendações*. Celom.

Ozden, D., Turk, G., Duger, C., Guler, E., Tok, F., Gulsoy, Z. (2013). Effects of oral care solutions on mucous membrane integrity and bacterial colonization. *British Association of Critical Care Nurses*, 19 (2), 78-86. doi:10.1111/nicc.12057.

Peixoto, N., Peixoto, T. (2016) *Prática Reflexiva em estudantes de Enfermagem em Ensino clínico*. *Revista de Enfermagem Referência*. Série IV, Nº11, 121-132. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16030>.

Phipps, W., Sands, J., Marek, J. (2003). *Enfermagem Médico-Cirúrgica, Conceitos e Prática Clínica*. Loures: Lusociência.

Pina, E., Ferreira, E., Marques, A., Matos, B. (2010). Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde e segurança do doente. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 27-39.

Regulamento nº122/2011 de 18 de Fevereiro (2011). *Regulamento das*

Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2ª série, nº 35. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa: Portugal.

Regulamento nº124/2011 de 18 de Fevereiro (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Diário da República, 2ª série, nº 35. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa: Portugal.

Regulamento nº361/2015 de 26 de Junho (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Diário da República, 2ª série, nº 123. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa: Portugal.

Rogers (1997). Vulnerability, health and health care. *Journal of Advanced Nursing*, 26, 65-72.

Sá, F., Botelho, M., Henriques, M. (2015). Cuidar da família da pessoa em situação crítica: A experiência do enfermeiro. *Pensar Enfermagem*, 19 (1), 31-46.

Sheehy's, S. (2001). *Enfermagem de Urgência da Teoria à Prática*. (4ª ed). Loures: Lusociência.

Schneider, C., Bielemann, V., Sousa, A., Quadros, L., Kantorski, L. (2009). Comunicação na unidade de tratamento intensivo, importância e limites – visão da enfermagem e familiares. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 8 (4), 531-539. Acedido a 27-11-2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4025/ciencuccuidsaude.v8i4.9667>

Silva, D., Batoca, E. (2003). O conhecimento científico e a enfermagem. Acedido a 14-11-2017. Disponível em: <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium27/13.htm>

Silveira, R., Lunardi, V., Filho, W., Oliveira, A. (2005). Uma tentativa de humanizar a relação da equipe de enfermagem com a família de pacientes internados na UTI. *Texto & Contexto Enfermagem* 14, 125-130. Acedido a 27-11-2017. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71414365016>.

Souza, E., Nascimento, J., Caetano, J., Enfermeira, R. (2011). Uso dos equipamentos de proteção individual em unidade de terapia intensiva. *Revista de Enfermagem Referência*. Série III, Nº4, 125-133.

Tanner (2006). Thinking like a nurse: a research-based model of clinical judgment in nursing. *Journal of Education*, 45 (6) 204-211.

Unidade de Investigação em Ciências da Saúde, (2012). *Enfermagem: de Nightingale aos dias de hoje 100 Anos*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Kelly, D., Kutney-Lee, Lake, E., Aiken, L. (2013). The Critical Care Work Environment and Nurse-Reported Health Care-Associated Infections. *American Journal of Critical Care*, 22 (6), 482-488. <http://dx.doi.org/10.4037/ajcc2013298>.

Kilpatrick, K., Mélanie, T., Judith, R., Lise L. (2014). Advanced Practice Nursing, Health Care Teams and perceptions of Team Effectiveness. *Journal of Trauma Nursing*, vol. 21 (6), 291-299.

Kiyoshi-Teo, H., Blegen, M. (2015). Influence of Institucional Guidelines on Oral Hygiene Practices in Intensive Care Units. *American Journal of Critical Care*, 24 (4), 309-317. <http://dx.doi.org/10.4037/ajcc2015920>.

WHO (2009). WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care. First Global Patient Safety Challenge Clean Care is Safer Care. World Health Organization. Acedido a 20-08-2016. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597906_eng.pdf

WHO (2011). Report on the Burden of Endemic Health Care-Associated Infection Worldwide Clean Care is Safer Care. World Health Organization. Acedido a 20-08-2016. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/80135/1/9789241501507_eng.pdf.

WHO (2015). Health care-associated infections FACT SHEET. World Health Organization. Acedido a 20-08-2016. Disponível em: http://www.who.int/gpsc/country_work/gpsc_ccisc_fact_sheet_en.pdf.

WHO (2016). Health care without avoidable infections. The critical role of infection prevention and control. World Health Organization. Acedido a 01-07-2017. Disponível em: <apps.who.int/iris/bitstream/10665/1/WHO-HIS-SDS-2016.10-eng.pdf>.

Yücel, Ş., Eşer, İ., Güler, E., Khorshid, L. (2011). Nursing diagnoses in patients having mechanical ventilation support in respiratory intensive care unit in Turkey. *International Journal of Nursing Practice*, 17, 502-508. Doi: 10.1111/j.1440-172X.2011.01959.x

Zingg, W., Cartier, V., Inan, C., Touveneau, S., Theriault, M., Pittet, D., & Walder, B. (2014). Intervention Programme to Reduce Central Venous Catheter-Associated Bloodstream Infection, 9 (4), 1–8.

ANEXOS

ANEXO I - PRECAUÇÕES BÁSICAS DE CONTROLO DE INFEÇÃO

Precauções Básicas de Controlo de Infeção

As PBCI ajudam a Prevenir e Controlar a Transmissão Cruzada de Microrganismos, a Infeção e a Resistência aos Antimicrobianos

De um doente para outro doente...

Do doente para o profissional de saúde...

Do profissional de saúde para o doente...

De um profissional de saúde para o outro...

Aplicar a todos os utentes, mesmo sem conhecer o seu diagnóstico!



Fonte: <https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/destaques/semana-das-pbci-incluindo-a-higiene-das-maos-2-a-7-maio-de-2016-.aspx>

APÊNDICES

APÊNDICE I – Folheto “Cuidar não dispensa a Escrita”

Não te esqueças que....

Já fizeste os teus registos hoje?

"As infeções preveníveis em ambiente hospitalar são uma ameaça séria à segurança dos doentes, aumentam a morbilidade e a mortalidade, prolongam a estadia nos hospitais" (Gulbenkian, 2015).

Porque os teus registos fazem a diferença nas mudanças em saúde e refletem a qualidade dos cuidados

"Cuidar não dispensa a escrita!"

(Enfermagem: de Nightingale aos dias de Hoje, 100 anos. Deiman, 1971, p.50)

De acordo com a WHO (2011) o risco de adquirir uma IACS é significativamente mais elevado se a pessoa se encontrar internada numa UCI, sendo que cerca de 30% desenvolve pelo menos uma infeção hospitalar neste contexto.

**LEMBRA-TE AO REGISTAR QUE AS INFEÇÕES
PODES CONTROLAR!!!**



**APÊNDICE II - Certificado de presença no Congresso “IV Congresso
Internacional de Cuidados Intensivos e Unidades Intermédias do Centro
Hospitalar do Porto”**

IV CONGRESSO INTERNACIONAL DE CUIDADOS INTENSIVOS E UNIDADES INTERMÉDIAS DO CENTRO HOSPITALAR DO PORTO

XIV CONGRESSO DO ARCO IBEROATLÂNTICO

20 e 21 - FEVEREIRO - 2017

MATOSINHOS

Certificado

Certifica-se para os devidos efeitos que o(a) Ex.mo(a) Senhor(a):

Vera Marques

Esteve presente no **IV Congresso Internacional Cuidados Intensivos e Unidades Intermédias do Centro Hospitalar do Porto**, realizado no(s) Cinemas NOS NorteShopping, no(s) dia(s) 20 e 21 de Fevereiro de 2017.

ASCI VERIFICATION CODE
qrsn7y6-vq-IGFL-2n46vqv2nqn1



Aníbal Marinho



Fernando Rua



Chaves Garrinha



José António Pinho

organização

**APÊNDICE III - Póster do SUP “Catéteres Venosos Periféricos e a
Administração de Medicamentos de Alto Risco no Serviço de Urgência
Polivalente”**

Cateteres Venosos Periféricos e a Administração de Medicamentos de Alto Risco no Serviço de Urgência Polivalente

Cateteres Venosos Periféricos

Intervenção de utilização crescente na prática clínica (CIRA, 124);
Utilizado para infundir grandes volumes de soluções, substâncias hipertônicas, ou com extremos de pH (Martinho & Rodrigues, 2008).
Podem constituir uma fonte de infecção localizada ou sistêmica (CIRA, 124);

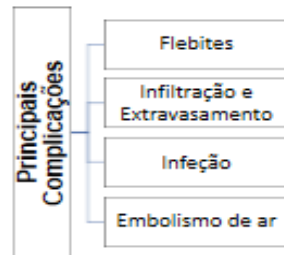
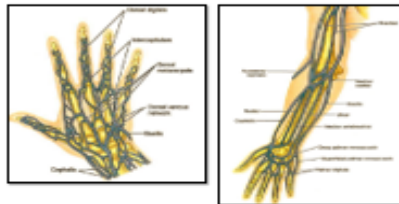
Intervenção a Parar Local:

- Membros superiores; higiene das mãos; técnica "no touch"; desinfecção da pele;
- Penso transparente estéril; avaliação diária do local de inserção;
- Sinais de Alerta:**
 - Se data de inserção desconhecida; dor local; inchaço ou sinais de flegmão ou infecção; Reavaliar frequentemente a necessidade de manter CVP;
- Deixar de Usar Se Ocorrer:**
 - Após coleta de sangue e testá-lo; se cateter obturado; sempre que é utilizado e a cada 96h se não for utilizado.

Condição e Manutenção do CVP (Bande)

Procedimento Multissetorial- CIRA, 124- Prevenção da Infecção Relacionada com os Dispositivos Intravascularres no Adulto

Principais Veias da Mão e Braço



Todos os medicamentos de alto risco que exijam perfusão devem ser administrados por dispositivos eletrônicos de perfusão de acordo com o Procedimento Multissetorial- CIRA, 124, e devem encontrar-se devidamente identificados



Medicamentos de Alto Risco e Soluções Eletrolíticas Concentradas

	POSOLOGIA	CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES
AMIODARONA	Impregnação: 300mg/250ml de Dx 5% (5mg/kg), por um período de 20 min a 2 horas; Manutenção: 10 a 20mg/kg/24h (habitualmente 600mg até 1200mg/24h em 50cc de Dx5%); concentrações >2mg/ml devem ser infundidas em CVC	- Monitorização ECG; devido a reações no local da injeção, sempre que possível administrar por CVC; utilizar com precaução em caso de hipotensão, IC e IR.
CLORETO DE CÁLCIO 10%	1 ampola/100cc de SF ou Dx5% - Osmolaridade: 660mosm/l - pH 5,5-7,5 - Concentração plasmática: 2,25-2,75mmol ou 4,5- 5,5 mEq/l	Deve ser administrado lentamente para minimizar vasodilatação e depressão cardíaca; pode provocar necrose dos tecidos se existir extravasamento.
CLORETO DE POTÁSSIO 7,45%	1 ampola/100cc de SF ou Dx5% - Concentrações por via periférica (80mEq/l), por via central (200mEq/l); - Concentração sérica (3,5 a 4,5 mEq/l) - Ritmo máximo de perfusão 10 mEq/h	Soluções concentradas devem ser administradas em veias centrais; monitorização ECG, risco de arritmias; pode ocorrer dor e irritação no local de administração.
DINITRATO DE ISOSORBIDO (estabilidade de 24h, entre os 2 e os 8°C)	Bólus: 10mg/10ml (1mg/1cc); direto Perfusão: 50mg/50cc (5 ampolas de 10mg)	Dose máxima habitual 8 a 10 mg/h; avaliação do parâmetros vitais, em particular da TA.
DOBUTAMINA	250mg/50cc de Dx5% ou SF (12,5mg/ml) Usar dispositivo eletrônico de perfusão	Avaliação da FC, TA, débito urinário e se possível débito cardíaco. Pode provocar aumento da FC e flebite.
DOPAMINA (estabilidade após diluição de 24h)	200mg/50cc de Dx5%; Não deve ser administrada por CVP Usar dispositivo eletrônico de perfusão	Velocidades máxima de administração 50mcg/kg/min ; pode exceder-se a velocidade de dosagem ótima para obter resposta renal; avaliar PVC, débito urinário e monitorização hemodinâmica (pode ocorrer arritmias).
ISOPRENALINA (encontra-se no frio)	2 mg/50cc de Dx5% (ampolas 0,2mg/ml)	Taquicardia, arritmias, hiperglicemia, aumento do consumo de O ₂ . Contraindicado na HTA e taquicardia sinusal. Não diluir em solutos alcalinos
MIDAZOLAM (estabilidade de 24h à temperatura ambiente)	Bólus: 15mg/15 cc de SF (dose inicial habitual 2mg a 2,5mg); Perfusão: 150mg/50cc de SF (dose pode variar entre os 0,03 e os 0,2mg/kg/h)	Administração cautelosa em doentes com instabilidade hemodinâmica pelo efeito hipotensor; titular em cerca de 1 a 2,5mg se necessário; possibilidade de depressão respiratória ; ANTAGONISTA: Flumazenil 0,2 a 0,3 mg em bólus (máximo 2mg).
MORFINA (estabilidade após diluição de 24h)	Bólus: 10mg/10 cc de SF (1mg/ml); Via: IM; EV; SC Perfusão: dose que pode variar de 0,8 a 80 mg por hora;	Deve ser utilizada com precaução em caso de hipovolemia, insuficiência renal, respiratória e hepática; ANTAGONISTA: Naloxona (0,4 a 2mg)
NORADRENALINA (estabilidade após diluição de 48h a 25°C)	10mg/50cc de Dx5% (0,2mg/1cc); dose habitual 0,4 a 0,8 mg/h. A dosagem pode ser ajustada de acordo com as necessidades. Utilizar sempre dispositivo eletrônico de perfusão e CVC (idealmente).	Arritmias, nomeadamente bradicardia; extremidades frias; avaliação constante da tensão arterial e volume plasmático.
PROPOFOL 1% (Por ser uma emulsão lipídica os sistemas e seringas de perfusão devem ser trocadas a cada 12h)	Bólus: 10mg/1cc (Ampola 200mg/20ml); direto Devido à dor devem ser utilizadas veias de grande calibre.	Monitorização contínua de ECG, oximetria de pulso e TA, deve estar disponível equipamento para manutenção da via aérea; causa hipotensão.
SULFATO DE MAGNÉSIO 2g/10ml - Concentração sérica 1,5 a 2,3mg/dl (0,62 a 0,95 mmoil)	1 ampola/100cc de SF ou Dx5% 1ml contém 200mg de sulfato de magnésio; Diluição 100mg/ml no máximo até 20% (200mg/ml);	Administração EV lenta; Pode causar hipotensão, rubor e calor.

Abreviações: BAV (Bloqueio Aurículoventricular); CVC (Cateter Venoso Central); cvp (cateter venoso periférico); Dx5% (Dextrose em água 5%); ECG(Electrocardiograma); FC (Frequência Cardíaca); IC/IR (Insuficiência Cardíaca/Respiratória); EV (Endovenoso); PVC (Pressão Venosa Central); SF (Soro Fisiológico); TA (Tensão Arterial)

Referências Bibliográficas: Informad base de dados de medicamentos, disponível em www.spp7.informad.pt/informad/informadbase.aspx; Direção Geral de Saúde, (2015). Medicamentos de Alerta Máximo nº 014. Lisboa Direção Geral de Saúde; Depkin, J., Vaherend, A. (2010). Guia Farmacológico Para Enfermeiros 10ª edição. Loures: Lusocência; Infusion Nursing Society (2011). Infusion Nursing Standards of Practice. Vol. (34), 65-71

**APÊNDICE IV - Sessão de Apresentação do Póster “Catéteres Venosos
Periféricos e a Administração de Medicamentos de Alto Risco no
Serviço de Urgência Polivalente”**

PLANO DA SESSÃO

Tema: Cateteres Venosos Periféricos e a Administração de Medicamentos de Alto Risco no Serviço de Urgência Polivalente

Formador: Vera Mónica Pinho Marques, enfermeira e estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Destinatários: Enfermeiros do SUP **Data da Realização:** 16-03-2017 **Hora:** 10h

Objetivo Geral

- Apresentação do Poster “Cateteres Venosos Periféricos e a Administração de Medicamentos de Alto Risco no Serviço de Urgência Polivalente”.

Objetivos Específicos

- Alertar para a importância, risco e manuseamento dos Medicamentos de Alto Risco (MAR) no Serviço de Urgência Polivalente (SUP);

- Evidenciar a necessidade de cumprimento da *bundle* do cateter venoso periférico na colocação e manutenção dos cateteres venosos periféricos;

- Evidenciar as considerações importantes, riscos e efeitos secundários da administração dos MAR.

PLANEAMENTO DA SESSÃO

Conteúdo	Metodologia	Duração Prevista
Introdução/Objetivos	Expositiva	2'
Cateteres Venosos periféricos no SUP	Expositiva	2'
Medicamentos de Alto Risco	Expositiva	2'
Utilização de dispositivos eletrónicos de perfusão	Expositiva	2'
Apresentação do Poster	Expositiva/Interativa	5'

Diapositivo 1

//////

**Cateteres Venosos Periféricos e a
Administração de Medicamentos de
Alto Risco no Serviço de Urgência**

Apresentação do Poster

Aluna: Vera Marques

16-03-2017


Diapositivo 2

//////

Objetivos de Estágio

- Desenvolver competências de enfermagem na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e família;
- Desenvolver competências de enfermagem na prevenção e controlo de infeção na pessoa em situação crítica;
- Desenvolver competências de forma a atuar como um elemento facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho na área da pessoa em situação crítica com Infeção Adquirida em Cuidados de Saúde (IACS).


Diapositivo 3



Objetivos de Construção do Poster

- Alertar para a importância, risco e manuseamento dos MAR no SU;
- Evidenciar a necessidade de cumprimento da *bundle* do cvp na colocação e manutenção dos cateteres venosos periféricos;
- Evidenciar as considerações importantes, riscos e efeitos secundários da administração dos MAR;
- Constituir um apoio e instrumento de consulta sempre que necessário para a prática diária dos cuidados.

Diapositivo 4



Necessidades identificadas com os pares

- Uso crescente de medicamentos de alto risco no Serviço de Urgência (SU) utilizando a via de administração periférica;
- Número crescente de pessoas admitidas no SU com necessidades de cuidados específicos e diferenciados, nomeadamente, em época de contingência;
- Dificuldade na gestão de vagas pelo número crescente de pessoas que recorrem ao serviço;
- Ocorrência de flebites e infiltrações devido a fármacos administrados;
- Necessidade de alertar para a correta colocação e manuseio dos cateteres venosos periféricos.

Diapositivo 5

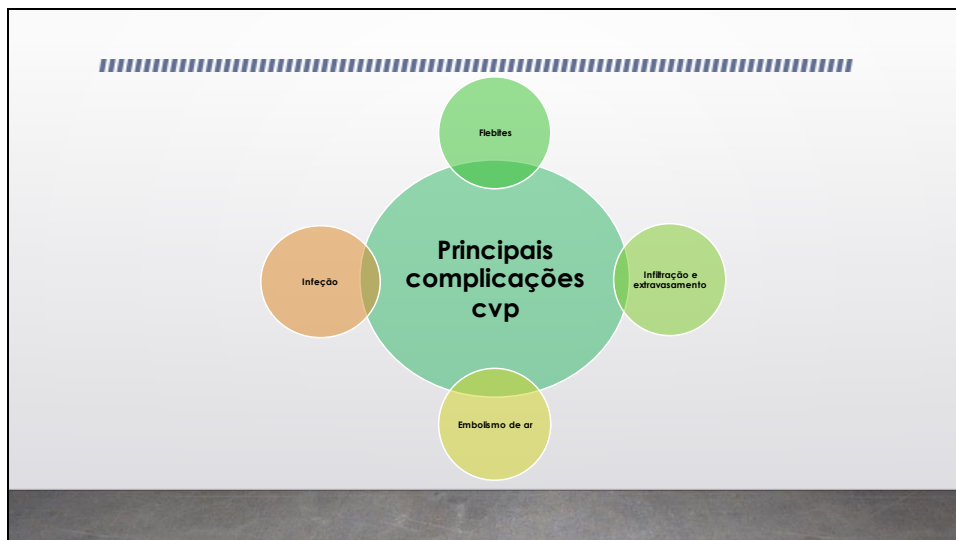
VM1

Cateteres Venosos Periféricos no SU

- Utilizado para infundir grandes volumes de soluções, substâncias **hipertónicas**, ou com **extremos de pH** (Martinho & Rodrigues, 2008).
- Podem constituir uma fonte de **infecção** localizada ou sistémica (CIRA, 124).

Não esquecer o cumprimento da *bundle* cvp para a sua colocação e manutenção

Diapositivo 6



Diapositivo 7

Medicamentos de Alto Risco (MAR)

- Medicamentos que têm um risco muito elevado de causar **danos graves** ou **morte**, quando ocorre um erro no decurso da sua utilização.

↓


Evento Adverso

(ocorrência inesperada que implica morte, dano físico ou psicológico sério ou risco do mesmo ocorrer)


Diapositivo 8

Utilização de Dispositivos Eletrónicos de Perfusão nos MAR

Todos os MAR que **exijam perfusão** devem ser administrados por **dispositivos eletrónicos de perfusão** de acordo com o Procedimento Multissetorial-CIRA.124, devendo estar **devidamente identificados**.



Diapositivo 9



Bibliografia

- Direção Geral de Saúde (2015). Medicamentos de Alerta Máximo Nº014. Lisboa. DGS.
- Infusion Nursing Society (2011). Infusion Nursing Standards of Practice. Vol (34), 65-71.
- Martinho, R., Rodrigues, A. (2008). Ocorrência de flebite em pacientes sob utilização de amiodarona endovenosa. *Einstein*, 6(4), 459-462.
- Procedimento Multissetorial (2015)- CIRA.124- Prevenção da Infecção Relacionada com os Dispositivos Intravasculares no Adulto, Nº182. Centro Hospitalar de Lisboa Central.
- Procedimento Multissetorial (2015)- MED. 123- Gestão de Medicamentos de Alto Risco, Nº 430. Centro Hospitalar de Lisboa Central.

Diapositivo 10



OBRIGADO!

