



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Instituto Politécnico
de Castelo Branco

Protocolo de Prevenção de Infeção do Local Cirúrgico

Paula Cristina Onofre Pinheiro

Orientação: Professor Doutor Adriano Dias Pedro

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem Médico-cirúrgica: A pessoa em situação crítica

Relatório Final de Estágio

Évora, 2018



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Instituto Politécnico
de Castelo Branco

Protocolo de Prevenção de Infeção do Local Cirúrgico

Paula Cristina Onofre Pinheiro

Orientação: Professor Doutor Adriano Dias Pedro

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem Médico-cirúrgica: A pessoa em situação crítica

Relatório Final de Estágio

Évora, 2018

Agradecimentos

Aos amores da minha vida, Duarte, Rodrigo e Luís. Pelo amor e compreensão.

À minha família. Pela ausência.

Aos amigos. Pelo apoio.

Às minhas estrelinhas. Por não me deixarem desistir.

Às enfermeiras orientadoras - Patrícia Silva, Cristina Teixeira e Ana Baptista. Pelos ensinamentos e partilha.

À Enfermeira Lina Rodrigues. Pelo apoio, colaboração e disponibilidade.

Ao Professor Adriano e Professor Vidinha. Pela orientação e encorajamento.

Ao António Marques. Pela disponibilidade e profissionalismo.

Ao Dr. Eduardo Soeiro, Enfermeiro Sérgio Carvalho e Enfermeira Filipa Matias. Pela ajuda e disponibilidade.

Aos colegas. Pela ajuda, incentivo e motivação.

Obrigada!

RESUMO

O Estágio final, integrado no Curso de Mestrado em Enfermagem- Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Pessoa em situação crítica permite o desenvolvimento de competências técnico-científicas, humanas e relacionais, descritas neste relatório.

As infeções associadas aos cuidados de saúde representam, em todo o mundo, o evento adverso mais comum que coloca em causa a segurança do doente. A infeção do local cirúrgico afeta 1/3 dos doentes que foram submetidos a um procedimento cirúrgico. A sua prevenção é um processo complexo, que envolve uma série de medidas que devem integrar o período peri-operatório (OMS,016). Atualmente, assume-se como um desafio para todos os profissionais de saúde. **Objetivos:** Criar e implementar uma instrução de trabalho, com o intuito de uniformizar procedimentos que reduzam a incidência de infeção do local cirúrgico. **Metodologia:** Após a constatação da problemática, foi elaborada, discutida, apresentada e implementada uma instrução de trabalho, utilizando a metodologia de projeto. A mesma foi divulgada à equipa através de formação em serviço. **Resultados:** A criação dos documentos acima referidos, pretendem colmatar algumas lacunas identificadas na prevenção de ILC. No entanto, pelo seu carácter, não permite a obtenção de resultados imediatos. **Conclusão:** As instruções de trabalho pretendem vir a ser uma mais valia para o serviço, na prevenção de eventos adversos, nomeadamente infeção do local cirúrgico, melhorando a qualidade dos cuidados prestados.

Descritores: Prevenção, infeção do local cirúrgico, instrução de trabalho

ABSTRACT

Protocol to prevention of the surgical site infection

The final stage, integrated in the Master Course in Nursing - Specialization in Medical-Surgical Nursing: Person in critical situation allows the development of technical-scientific, human and relational skills, described in this report.

Infections associated with health care represent the most common adverse event in the world that puts patient safety at risk. Infection of the surgical site affects 1/3 of the patients who underwent a surgical procedure. Its prevention is a complex process involving a series of measures that should be part of the perioperative period (WHO, 016). Currently, it is a challenge for all health professionals.

Objectives: To create and implement a work instruction, in order to standardize procedures that reduce the incidence of surgical site infection. **Methodology:** After the problem was established, a working instruction was elaborated, discussed, presented and implemented using the project methodology. It was disclosed to the team through in-service training. **Results:** The creation of the aforementioned documents, aim to fill some gaps identified in the prevention of ILC. However, by its character, it does not allow to obtain immediate results. **Conclusion:** The instructions of work are intended to be an added value for the service, in the prevention of adverse events, namely infection of the surgical site, improving the quality of care provided.

Descriptors: Prevention, surgical site infection, work instruction

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

Abraham Lincoln

ABREVIATURAS/SIGLAS

ACSS, IP - Administração Central dos Sistemas de Saúde, Instituição Pública

art. - artigo

CDC - Centers for Disease Control

GCL - Grupos de Coordenação Local

GCR - Grupos de Coordenação Regional

HDJMG - Hospital Doutor José Maria Grande

HELICS - Hospitals in Europe Link for Infection Control through Surveillance

IACS - infeções associadas aos cuidados de saúde

ILC - Infecção do local cirúrgico

IT- Instrução de trabalho

MEEEMCPSC - Mestrado em Enfermagem-Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Pessoa em situação crítica

MRSA - Methicillin-resistant Staphylococcus aureus

NNIS - National Nosocomial Infections Surveillance

OE - Ordem dos Enfermeiros

OECD - Organisation for Economic Co-Operation and Development

OMS - Organização Mundial de Saúde

PI - Projeto de Intervenção

PNCI-Programa Nacional de Controlo de Infecção

PPCIRA - Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos

PNSD - Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

RAM - Resistência aos Antimicrobianos

RIASE - Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento

SINAS - Sistema Nacional de Avaliação em Saúde

SNS - Serviço Nacional de Saúde

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos

UCIDEM - Unidade de Cuidados Intensivos Dr. Emílio Moreira

ULSNA - Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano

VE - Vigilância Epidemiológica

ÍNDICE GERAL

0-INTRODUÇÃO.....	11
1.ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	13
1.1. INFEÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE	13
1.2. VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA	16
1.3. DEFINIÇÃO DE LOCAL CIRURGICO	17
1.3.1. Infecção do local cirúrgico	17
1.3.1.1 Fatores de risco de ILC	18
1.4. GUIDELINES DE PREVENÇÃO DE ILC.....	20
2. ESTÁGIO FINAL.....	26
2.1. CARATERIZAÇÃO DO HOSPITAL DR. JOSÉ MARIA GRANDE DE PORTALEGRE	27
2.1.1. Unidade de Cuidados intensivos Dr. Emílio Moreira	28
2.1.1.1. Espaço físico	29
2.1.1.2. Recursos humanos e metodologia de trabalho	30
2.1.2. Serviço de Cirurgia Geral.....	31
2.1.2.1. Espaço físico	32

3.PROJETO DE INTERVENÇÃO	35
3.1. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO	35
3.2. DEFINIÇÃO DE PROBLEMA DE ENFERMAGEM	36
3.3. PLANIFICAÇÃO DO PI	38
3.4. IMPLEMENTAÇÃO DO PI	39
3.4.1. Revisão integrativa de literatura	39
3.4.1.2. Discussão dos resultados	47
3.4.2. Instruções de trabalho	48
3.4.4. Divulgação dos documentos criados	50
3.4.5. Artigo científico sobre o PI	51
4.COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS	52
4.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	53
4.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA - PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA.....	65
4.3. COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM	75
5.CONCLUSÃO	79
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	81
ANEXOS	1

Anexo I: Classificação de Altemeier	2
Anexo II: Classificação de estado físico dos pacientes	4
APÊNDICES	6
Apêndice I: Projeto de Estágio final	7
Apêndice II: Pedido de autorização à Instituição	3
Apêndice III: Modelo T005 – Proposta de Trabalho de Projeto	6
Apêndice IV: Pedido de parecer à Comissão de Ética da Universidade de Évora	3
Apêndice V: Parecer da Comissão de Ética da Universidade de Évora	8
Apêndice VI: Parecer da Comissão de Ética da Instituição	10
Apêndice VII: Instrução de trabalho: Prevenção de infecção de ILC	27
Apêndice VIII: Instrução de trabalho: Administração de Insulina de Ação Curta	32
Apêndice IX: Lista de verificação pré-cirúrgica	36
Apêndice X: Artigo-Prevenção de infecção do local cirúrgico: implementação de uma instrução de trabalho – Revista RIASE	38
Apêndice XI: Formação em serviço: Prevenção de infecção do local cirúrgico	6

0-INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular de Relatório Final, inserida no Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica [MEEEMCPSC], foi proposto a realização de um relatório que descreva o percurso realizado para a aquisição de competências de enfermeiro especialista e de mestre.

As infeções associadas aos cuidados de saúde representam, em todo o mundo, o evento adverso mais comum que coloca em causa a segurança do doente.

A Organização Mundial de Saúde (2016), refere que a infeção do local cirúrgico afeta 1/3 dos doentes que foram submetidos a um procedimento cirúrgico. Muitos são os fatores, inerentes ao doente e ao internamento, que podem contribuir para o aparecimento de infeção. Estes, fazem com que a prevenção da infeção do local cirúrgico seja um processo complexo, que envolve uma série de medidas preventivas que devem integrar o período pré, intra e pós-operatório.

A qualidade e a segurança no sistema de saúde são um dever ético, pois contribuem decisivamente para a redução dos riscos evitáveis, para a melhoria do acesso aos cuidados de saúde, das escolhas, da inovação, da equidade e do respeito com que esses cuidados são prestados e constitui um dos indicadores mais importantes e fundamentais em saúde, como consta no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes [PNSD] 2015-2020, tendo este, recentemente, integrado a Estratégia Nacional para a Qualidade da Saúde.

O aumento da qualidade e segurança do doente, implica um maior esforço de governação dos decisores e maior envolvimento dos profissionais de saúde, pois requer que sejam tomadas medidas na promoção e prevenção da doença, antecipação de problemas e identificação precoce de fatores de risco.

Segundo a Organisation for Economic Co-Operation and Development [OECD] (2015), Portugal tem realizado esforços no sentido de reorganizar os cuidados hospitalares e melhorar a qualidade dos mesmos. Estes esforços têm-se manifestado pela reestruturação dos serviços hospitalares com novos modelos de gestão e desenvolvimento de normas de qualidade e segurança.

A criação de uma instrução de trabalho [IT] visa a uniformização e adequação de procedimentos, baseado em evidências científicas, no sentido de minorar a ocorrência de infeção do local cirúrgico.

A pertinência deste tema prende-se com a atualidade desta temática bem como a importância da implementação de medidas que minimizem a ocorrência de infecção do local cirúrgico [ILC] que se assume de extrema importância na segurança do doente.

O presente Relatório representa a última etapa do Curso de Mestrado em Enfermagem e para o mesmo foram traçados os seguintes objetivos:

Objetivo geral:

- Descrever as atividades desenvolvidas para a aquisição de conhecimentos e competências para uma intervenção especializada em Enfermagem médico-cirúrgica.

Objetivos específicos:

- Desenvolver um Projeto de intervenção que promova a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, com recurso à investigação, a uma prática baseada na evidência e aos referenciais éticos e deontológicos;
- Descrever as fases de construção, implementação e divulgação do Projeto de intervenção;
- Elaborar uma análise reflexiva das atividades desenvolvidas ao longo do Estágio final, que permitam a aquisição de competências de Enfermeiro especialista em Enfermagem médico-cirúrgica e de mestre;
- Contribuir para o desenvolvimento da Enfermagem e da formação especializada.

A estruturação deste trabalho realizou-se de forma faseada. Primeiramente, foi feita uma revisão integrativa da literatura, por forma a construir o enquadramento teórico, direcionado para a temática do Projeto de intervenção. De seguida, faz-se uma breve caracterização da Instituição onde se desenvolveu o Estágio final, assim como dos respetivos serviços. Posteriormente, é descrito o Projeto de intervenção realizado, assim como as diferentes fases da sua construção. Seguidamente, faz-se uma análise das competências desenvolvidas (enfermeiro especialista, enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica e de mestre), correlacionando com as atividades desenvolvidas para que estas fossem alcançadas. Após a sua análise, faz-se a conclusão, como resumo do Projeto de intervenção e das competências adquiridas com o Curso de Mestrado em Enfermagem.

Este trabalho foi redigido de acordo com as normas do novo acordo ortográfico português e a referência assenta nas normas da American Psychological Association, 6^a Edição.

1.ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. INFEÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE

Os cuidados de saúde, têm evoluído ao longo dos tempos, através de avanços tecnológicos e científicos que se traduzem numa melhoria dos cuidados prestados. Contudo, se por um lado se denota a evolução técnico-científica na área da saúde, denota-se também que problemas antigos, como a infeção hospital, tendem a persistir.

Já em 1863, Florence Nightingale enfatizava a importância da relação entre meio hospitalar e meio ambiente que rodeava o doente, destacando a iluminação, limpeza, sanitarismo, ventilação, temperatura, a atenção, o cuidado, odores e ruído. Os cuidados de saúde tinham como prioridade a individualização de cuidados, o recurso ao isolamento e a uma dieta adequada, assim como a redução dos números de camas por enfermeira e a restrição da circulação de pessoas externas ao serviço diminuindo dessa forma a contaminação cruzada e condições desfavoráveis para o doente (Martins e Benito, 2016).

Florence, através da Teoria Ambientalista, realça a importância da higiene, limpeza e padrões de cuidados e sanitarismo, a fim de evitar as infeções hospitalares, no entanto e apesar de se terem evitado milhares de mortes por infeções hospitalares e contaminações, esta continua a ser um tema de grande preocupação (Martins e Benito, 2016).

Atualmente, as infeções associadas aos cuidados de saúde [IACS], assim como a resistência dos microrganismos aos antimicrobianos, constituem um problema transversal a nível mundial a qualquer instituição prestadora de cuidados de saúde.

A Organização Mundial de Saúde [OMS] define a infeção nosocomial como uma infeção adquirida no hospital por um doente internado por outra razão que não essa infeção ou “uma infeção que ocorre num doente internado no peri-operatório, num hospital ou noutra instituição de saúde e que não estava presente nem em incubação à data de admissão”. Estão incluídas as infeções adquiridas no hospital que se detetam após a alta, assim como infeções ocupacionais nos profissionais de saúde (Cardoso, 2015).

O termo infeção nosocomial foi substituído por IACS, pelo facto da prestação de cuidados de saúde se direcionar também a lares, ambulatório e cuidados domiciliários, mantendo os princípios comuns de medidas de controlo de infeção. Pode, então, definir-se IACS como situações clínicas resultantes da

presença de agentes infecciosos, sem evidência de que a infecção esteja presente ou em incubação no momento do internamento (Direção Geral da Saúde [DGS], 2009).

As IACS podem ainda ser categorizadas como endógenas, quando provêm de estruturas do organismo já colonizadas (ex. pele, nariz, boca, trato gastrointestinal, vagina) ou exógenas, se causadas por agentes infecciosos presentes em fontes externas ao doente (ex. ambiente, profissionais de saúde, visitas, equipamento, dispositivos médicos).

As infeções existentes no momento de admissão ou associadas a complicações de infeções existentes na admissão, exceto se houver mudança no agente responsável pela infecção ou sintomas sugerindo o aparecimento de uma nova infecção; infeções em crianças adquiridas por via transplacentar (Herpes simplex, toxoplasmose, rubéola, citomegalovirus ou sífilis) e que se manifestam até 48 h após o nascimento; ou reativação de uma infecção latente (varicela, herpes simplex, tuberculose ou sífilis), não são consideradas IACS (Cardoso, 2015). Situações em que existe colonização, isto é, a presença de microrganismos na pele, membranas mucosas, feridas, secreções ou excreções, mas que não provocam sinais clínicos ou sintomas adversos, ou inflamação, causada pela resposta dos tecidos a traumatismos ou à estimulação por agentes não infecciosos nomeadamente químicos, não são consideradas infecção (Cardoso, 2015).

Epidemiologicamente, a DGS, citada por Cardoso (2015) destaca quatro modelos de interpretação dos fatores etiológicos e das suas medidas de intervenção:

- **Modelo linear da cadeia de eventos.** É um modelo racional de aplicação às doenças infecciosas, que representa uma sequência de acontecimentos e destaca a figura do agente;
- **A tríade ecológica.** Sugere que as características do agente, hospedeiro e ambiente devem ser tidas em consideração aquando do estudo das infeções;
- **Modelo circular ou da roda.** O hospedeiro estaria no centro da roda com a sua carga genética, anatomia e fisiologia, estilo de vida e seria rodeado pelos meios biológico, físico e social. A doença estaria na origem dos desequilíbrios desta inter-relação;
- **Modelo sistémico.** Múltiplas causas produzem múltiplos efeitos.

De acordo com os modelos, referidos anteriormente, as intervenções devem incidir sobre os pontos fracos da “cadeia de infecção” da inter-relação entre os vários fatores. É constituinte da “Cadeia de infecção” o agente infeccioso (elemento que está presente, determinante para a ocorrência de uma doença, é considerado uma causa necessária, porém não suficiente para a produção da doença), reservatório (qualquer ser humano, animal, planta, solo ou matéria inanimada, onde normalmente vive

e se multiplica um agente infeccioso e do qual depende para sua sobrevivência, reproduzindo-se para que possa ser transmitido a um hospedeiro suscetível), porta de saída (caminho pelo qual um agente infeccioso sai do seu hospedeiro). Pode ser de origem respiratória, genit urinária, digestiva, pele e placentária), porta de entrada (forma de um agente infeccioso encontrar um novo hospedeiro e reservatório), hospedeiro suscetível (pessoa ou pessoas que vão ficar contaminadas ou infetadas se as suas defesas forem deficientes. A idade, genética, estado nutricional, higiene pessoal, níveis de stress, presença de outras doenças, imunodepressão e técnicas invasivas, podem colaborar significativamente para a suscetibilidade pessoal a um dado microrganismo patogénico), modo ou via de transmissão (forma como o agente infeccioso se transporta desde o reservatório ao hospedeiro. Pode ser por contato direto, contato indireto, veículo, vetor, via aérea) (Cardoso, 2015).

As IACS agravam o prognóstico, prolongam os internamentos, associando mais doenças às que já estavam presentes, aumentando a morbimortalidade e, por conseguinte, os custos.

Em 2015, o Relatório Global sobre a Vigilância da Resistência aos Antimicrobianos salienta que esta realidade constitui uma crescente ameaça à saúde pública, geradora de preocupação em múltiplos setores, à qual os governos de todo o mundo vêm concedendo cada vez mais atenção.

A taxa de IACS é reveladora da qualidade e da segurança dos serviços prestados, sendo por isso indispensável o desenvolvimento de programas de vigilância epidemiológica [VE], como forma de identificar problemas, definir prioridades e monitorizar a eficácia das medidas implementadas no controlo da infeção (DGS, 2014).

No último inquérito realizado à escala europeia, Portugal apresenta taxas de infeção adquiridas a nível hospitalar superiores à média europeia, bem como no uso de antibióticos, em que, quase metade dos doentes internados foi medicada com antibióticos durante o internamento, muitas das vezes havendo apenas colonização, sem sinais clínicos de infeção. O consumo de antibióticos aumenta a pressão de seleção de estirpes resistentes, devendo o seu uso ser feito de forma mais racional.

O aumento de IACS e a Resistência aos Antimicrobianos [RAM], apesar de todas as iniciativas até aqui desenvolvidas, gerou a necessidade de uma adequação das estruturas e mudança dos processos.

Em 2013, foi criado o Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e de Resistência aos Antimicrobianos [PPCIRA], como forma de dar resposta através de uma nova abordagem a ambos os problemas. Este programa estendeu-se para além da DGS, criando Grupos de Coordenação Regional [GCR] do PPCIRA, incluindo médicos e enfermeiros representantes dos cuidados hospitalares, dos cuidados de saúde primários e dos cuidados continuados.

Os pilares deste programa assentam na prevenção e controlo das IACS, das RAM e a VE, permitindo através dos vários programas avaliar o sucesso das medidas implementadas, ou seja, perceber se estão

ou não a ser reduzidas as IACS e as RAM. Cada uma destas intervenções tem conseguido adesão significativa e crescente por parte dos serviços e instituições, estando implementadas em todo o país, não obstante, em alguns casos deverá existir ainda um reforço a essa adesão.

As principais medidas de prevenção assentam no cumprimento de medidas de precaução básicas (lavagem das mãos, uso adequado de equipamento de proteção individual e controlo ambiental), isolamento dos casos identificados e uso adequado e coerente de antimicrobianos (Pina, Ferreira, Marques, Matos, 2010).

No entanto, por ser uma problemática passível de ser prevenida ou reduzida grandemente, deve fazer parte de programas de segurança do doente.

1.2. VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Em qualquer unidade prestadora de cuidados de saúde, a taxa de IACS é um dos indicadores de maior relevância, demonstrativo da qualidade e segurança dos cuidados prestados. Como tal, o desenvolvimento de um programa de VE é indispensável para a monitorização desta taxa, permitindo não só a identificação de problemas e prioridades a ter em consideração como também a eficácia das medidas de controlo de infeção implementadas (Cardoso, 2015).

Esta vigilância deverá efetuar-se de forma contínua, ativa e sistemática, devendo ser o mais simples, flexível, aceitável, consistente, específico e representativo, para que mais facilmente se possam divulgar dados sobre taxas de infeção e resistência aos antimicrobianos junto das equipas de saúde e de outros profissionais, nomeadamente administradores das instituições, com o intuito de serem tomadas medidas adequadas de prevenção das IACS (Cardoso, 2015).

A VE possibilita também, conhecer os microrganismos mais frequentes em cada instituição, os seus padrões de resistência e as localizações mais comuns, fazendo ainda, a identificação e despiste precoce de microrganismos novos ou o aparecimento de resistências não habituais.

Por forma a integrar a rede europeia definida pela Decisão Nº 2119/98/CE do Parlamento Europeu e do Conselho de 24 de setembro de 1998, foi criada uma rede de registo de infeção, através da vigilância epidemiológica e de controlo das doenças transmissíveis na Comunidade. Esta foi subdividida segundo serviços/áreas de risco. Assim sendo, integrou a nível europeu o Programa HELLICS-UCI e HELLICS-Cirurgia; e a nível nacional a Vigilância das Infeções em Neonatologia. É ainda feita a Vigilância Epidemiológica dirigida às infeções de maior gravidade, orientada para a Infeção Nosocomial da Corrente Sanguínea. Periodicamente, é feito, em território nacional, o Inquérito de Prevalência de

Infeção, que por representar uma maior necessidade de recursos, o último foi elaborado em 2010. No ano de 2012, Portugal integrou o Inquérito de Prevalência europeu. (DGS,2017)

1.3. DEFINIÇÃO DE LOCAL CIRURGICO

Historicamente, em 1988, o Centers for Disease Control [CDC] publicou definições sobre infeções nosocomiais. No entanto, em 1992, o mesmo decide, no sentido de clarificar a terminologia utilizada, modificando o termo de “ferida cirúrgica” para “local cirúrgico”. A sua alteração prendeu-se essencialmente com dois motivos. Primeiro, em 1988, o fato de identificar o local anatómico cirúrgico não era suficiente para infeções profundas. O termo “ferida”, em terminologia cirúrgica, sugere a existência de uma incisão na pele em profundidade, com manipulação suave dos tecidos. Foi introduzido o termo “órgão/espaco” para definir qualquer parte anatómica (órgão/espaco), diferente da incisão ou local manipulado, no decorrer do ato cirúrgico. A distinção entre a componente do local cirúrgico e da incisão é importante na patogénese da ILC, após determinados procedimentos cirúrgicos (CDC, 1992).

1.3.1. Infeção do local cirúrgico

A infeção do local cirúrgico representa uma complicação potencial, associada a um procedimento cirúrgico, sendo que dentro das IAC’S é a mais frequente.

O Programa Nacional de Controlo de Infeção [PNCI] (2012): Vigilância das infeções do Local Cirúrgico: HELICS-cirurgia, no Inquérito Nacional de Prevalência de Infeção realizado em 2010, as ILC representaram 13% das infeções consequentes aos cuidados prestados no hospital. O risco de adquirir uma ILC varia de acordo com o tipo de procedimento cirúrgico. O excesso de morbilidade associada é estimado como duplicando os custos hospitalares. A ocorrência da ILC depende da contaminação do local a intervir, do número de microrganismos presentes e a sua virulência e ainda da suscetibilidade do hospedeiro (doente). A existência de co-morbilidades como a diabetes, obesidade, malnutrição, tabagismo, são fatores individuais predisponentes relevantes, que muitas vezes coexistem em simultâneo.

A flora da pele, mucosas ou órgãos ocios do próprio doente são a principal fonte de microrganismos patogénicos (Pina; Ferreira; Marques; Matos, 2010).

Os doentes que adquirem uma ILC têm 60% maior probabilidade de irem para uma unidade de cuidados intensivos, cinco vezes maior probabilidade de serem re-internados e duas vezes maior probabilidade de morte. Para o doente que a adquire, uma ILC pode resultar em dor, sofrimento e a necessidade de re-intervenção. Embora não seja fácil medir as consequências em termos de problemas sociais e económicos que decorrem das complicações da ILC, é notório que as mesmas podem persistir durante meses ou anos após o aparecimento da infeção (PNCI,2012)

O referido relatório revela que as infeções de órgão/espaco, que podem ser consideradas as mais graves, variaram entre 2,8% na herniorrafia a 19,1% na cirurgia da vesícula biliar e 17,9% na cesariana. A análise microbiológica para o diagnóstico etiológico da infeção foi significativa (cerca de 75%) nas cirurgias ortopédicas variando entre 23% e 37% nas restantes cirurgias. O agente mais frequente foi *Staphylococcus aureus* com uma taxa significativa de estirpes multirresistentes (MRSA). Na cirurgia abdominal, o agente mais frequentemente isolado foi E. coli.

A vigilância de ILC, é um processo continuo de análise, interpretação sistemática e avaliação dos dados recolhidos com a disseminação dos mesmos em tempo útil (OMS, 2016), pois requer a avaliação da eficácia das medidas implementadas e a sua eventual reestruturação.

1.3.1.1 Fatores de risco de ILC

O aparecimento de uma ILC depende de numerosos fatores relacionados com o doente (endógenos), com os procedimentos peri-operatórios e ainda com fatores ambientais e organizacionais (exógenos). Alguns fatores como a idade e sexo, não poderão, obviamente, ser modificados. No entanto, existem muitos fatores passíveis de ser melhorados e por consequência aumentar a probabilidade de um resultado cirúrgico favorável (OMS,2016).

Embora nem todos os fatores possam ser prevenidos, para ter em conta os riscos diferentes, há necessidade de agrupar os doentes de acordo com o seu nível de risco (PNCI,2012).

Para efeitos de estratificação de risco tem sido universalmente adotado o Índice de Risco NNIS (National Nosocomial Infections Surveillance) desenvolvido pelo CDC, de forma a permitir uma comparação e análise das taxas de ILC entre diferentes instituições ao longo do tempo. Através deste índice, os membros das comissões hospitalares reportam os seus resultados. Este varia numa escala de 0 a 3 pontos. Um ponto é adicionado por cada uma das três variáveis seguintes:

1 ponto - se a cirurgia é considerada contaminada ou suja;

1 ponto - se o doente tem um ASA score pré-operatório de 3, 4 ou 5;

1 ponto - se a duração da cirurgia exceder o percentil 75 do tempo estabelecido para o procedimento de acordo com o ponto T standard determinado pela base de dados do NNIS (o ponto T é definido como o intervalo de tempo em horas considerado espetável para determinado procedimento cirúrgico). No caso da cirurgia endoscópica, é atribuída a pontuação de menos um por ser considerada uma cirurgia com menor risco de infeção (PNCI,2012).

Este método pretende qualificar os doentes de acordo com os principais fatores de risco de desenvolver infeção, conjugando a Classificação de Altemeier (Anexo I) em cirurgia limpa, limpa-contaminada, contaminada e suja/infetada (são consideradas de risco acrescido as últimas duas categorias), o Índice ASA (American Society of Anesthesiology), para o risco anestésico segundo a classificação do estado físico dos doentes (Anexo II), (risco acrescido para ASA 3-5) e a duração de cirurgia, sendo consideradas de maior risco as intervenções com maior duração. Esta estratificação permite a comparação entre grupos de doentes com risco semelhante. (PNCI,2012).

Perante a identificação de uma ILC considera-se que o caso deverá ser analisado, no sentido de investigar o motivo da mesma e permita a tomada de medidas preventivas. É importante que o cirurgião tenha conhecimento das situações identificadas.

Como descrito pelo PNCI (2012), no ano 2000 foi criado o programa HELICS (Hospitals in Europe Link for Infection Control through Surveillance) com o objetivo de melhorar as redes nacionais/regionais de vigilância epidemiológica da infeção hospitalar e apoiar os países participantes na criação de redes nacionais tendo surgido, em 2002, protocolos padronizados para permitir a constituição de uma base de dados europeia e a comparação entre países.

O Programa HELICS-Cirurgia tem como objetivo melhorar a comparação de dados num grupo de cirurgias selecionadas e estratificadas pelo risco. Os procedimentos incluídos são: Cirurgia de cólon, Colectomia, Artroplastia da Anca e do Joelho, Laminectomia, Revascularização do miocárdio com incisões no peito e na área dadora, Revascularização do miocárdio com incisão no peito e Cesariana. A apendicectomia e cura cirúrgica de hérnia da parede abdominal, não estão incluídas no programa, no entanto, no nosso país representaram dados significativos quer pela ocorrência de infeção, quer por se apresentarem como amostra relevante (registo superior a cinco mil intervenções).

Este programa, apresenta como principal limitação que, só compreende as infeções ocorridas durante o internamento, porém um número significativo de ILC surge após a alta hospitalar. Como o tempo de internamento tem vindo a decrescer, torna mais difícil detetar as ILC que surgem após a alta, pois um número significativo de infeções menos graves ocorre na comunidade.

Localmente, tem havido a articulação Hospital - Centro de saúde, no sentido da re-observação do doente e identificação de possível infecção, em consulta hospitalar. Esta é uma medida importante, no entanto, é manifestamente insuficiente pois existem mais (15) centros de saúde pertencentes à Unidade local, que por motivos de distância, falta de material ou recursos, não conseguem fazer o mesmo.

1.4. GUIDELINES DE PREVENÇÃO DE ILC

Como referido anteriormente, muitos são os fatores que podem influenciar o período peri-operatório, contribuindo para o aparecimento de ILC. A sua prevenção é complexa e engloba medidas no pré, intra e pós-operatório. No entanto, estas medidas não estão implementadas em todo o Mundo, apesar das *Guidelines* se encontrarem disponíveis (OMS,2016).

As *Guidelines*, pelas evidências recolhidas por inúmeros estudos, pretendem recomendar intervenções a serem aplicadas no período pré, intra e pós-operatório, com o objetivo de prevenir a ocorrência de ILC, de acordo com os recursos e prioridades de cada local.

Os princípios destinatários são a equipa cirúrgica, isto é, médicos, enfermeiras (os), anestesistas, técnicos de diagnóstico e terapêutica, assistentes operacionais e todos os restantes elementos que prestam cuidados ao doente cirúrgico. Também os técnicos de farmácia e esterilização desempenham papel importante. De realçar, que os decisores políticos e gestores locais e nacionais, têm papel preponderante na implementação e tomada de medidas no controlo de infeção, no envolvimento das equipas e responsabilização de todos na adoção de *Guidelines*, para a melhoria da qualidade dos cuidados e segurança do doente. Estas *Guidelines*, preconizadas pela OMS, (2016) recomendam a prevenção de ILC a todos os doentes submetidos a algum tipo de cirurgia, no entanto, algumas recomendações não deverão ser aplicadas em população pediátrica, por falta de evidência científica.

Neste sentido, emana as seguintes orientações:

▪ **Período pré-operatório:**

Banho pré-operatório. O doente deve tomar banho com sabão simples ou com antimicrobiano, com o objetivo de reduzir a carga bacteriana presente na pele, especialmente no local da incisão. O banho pré-operatório com sabão antisséptico (Gluconato de clorhexidina a 2%) é geralmente bem aceite, havendo casos raros de hipersensibilidade ou alergia ao mesmo. O banho deverá ser realizado com o objetivo de

reduzir a carga bacteriana da pele, principalmente no local cirúrgico. A DGS (2015) recomenda a realização de banho com clorhexidina a 2% no dia anterior à cirurgia e, no dia da cirurgia, com pelo menos 2 horas de antecedência.

Descolonização nasal com mupirocina a 2%. Recomenda-se que doentes portadores de *Staphylococcus aureus* que serão submetidos a cirurgia cardiotorácica ou ortopédica, deverão fazer a descolonização nasal. No entanto, também será benéfico noutras cirurgias. A infecção por *Staphylococcus aureus* ocorre com frequência em doentes hospitalizados, podendo acarretar graves consequências como ILC, pneumonia nosocomial e bacteriemia. Os estudos revelam que cerca de 80 % das infecções com este microrganismo derivaram da flora do doente, sendo a colonização nasal um fator bem definido como infecção subjacente.

Tempo ideal para a administração de antibiótico. Recomenda-se a administração de antibiótico antes da incisão cirúrgica quando indicado (dependendo do tipo de cirurgia). Pretende-se que seja administrado em concentrações efetivas no local antes da contaminação. As diretrizes não pretendem analisar se a sua administração irá influenciar a prevenção de ILC, mas sim, qual será o momento ideal para a sua administração. Várias entidades que emanam diretrizes (National Institute for Health and Care Excellence; Society for Healthcare Epidemiology of America; Infectious Diseases Society of America), recomendam como momento ideal da administração de antibiótico, 60 minutos ou mais dependendo do tempo de perfusão do mesmo, antes da incisão cirúrgica.

Preparação mecânica do intestino e uso de antibióticos orais. A sua combinação deverá ser usada na prevenção de ILC em doentes submetidos a Cirurgia colorretal eletiva. A escolha da combinação dos antibióticos é difícil, no entanto deve garantir atividade sobre bactérias Gram-negativas e anaeróbias. A sua escolha deverá idealmente ser feita baseada na disponibilidade do medicamento, dados de resistências usados na Instituição e volume da atividade cirúrgica. A preparação mecânica do intestino poderá provocar alguns danos, de diferentes níveis de gravidade. Poderá ir desde desconforto para o doente, alterações eletrolíticas e desidratação potencialmente grave no momento da anestesia e incisão cirúrgica.

Tricotomia. Recomenda-se que não seja feita antes de qualquer procedimento cirúrgico, a não ser que seja absolutamente necessário. Sendo imprescindível, a mesma deve ser efetuada com máquina elétrica, pouco antes da cirurgia. A sua realização poderá ser necessária para facilitar a exposição adequada e a marcação da pele pré-operatória. Por outro lado, a aplicação de um penso sobre a sutura pode tornar-se complicada com a presença de pelos.

Preparação do local cirúrgico. A preparação da pele é mais eficaz com o uso de soluções antissépticas à base de álcool, de preferência com base de gluconato de clorhexidina a 2% ou iodopovidona alcoólica,

que é eficaz contra uma vasta gama de bactérias, fungos e vírus. O local a preparar deverá incluir o local da incisão e uma área mais ampla em redor do mesmo.

Lavagem cirúrgica das mãos. Recomenda-se que a lavagem cirúrgica das mãos seja feita com solução com sabão e água ou com solução de base alcoólica, porém, sempre que possível preferir a solução com base alcoólica. Tem como objetivo reduzir ao mínimo, a probabilidade de contaminação do local cirúrgico com a flora transitória do cirurgião. Além disso, deve inibir o crescimento de bactérias sob a mão enluvada. Concomitantemente, as unhas devem ser curtas, desprovidas de verniz, unhas postiças e joias. As mãos e antebraços devem ser lavados e esfregados durante o período de tempo recomendado pelo fabricante (geralmente 2 a 5 minutos).

▪ **Período Pré e/ou Intra- operatório:**

Otimização do suporte nutricional. Deverá ser ponderado a administração de nutrientes múltiplos orais ou fórmulas nutricionais com o objetivo de prevenir ILC em doentes com baixo peso. A desnutrição, com deficiência de macro e micronutrientes, continua a ser um problema de saúde pública, principalmente em países subdesenvolvidos. O estado nutricional provoca grande impacto no sistema imunitário do doente, tornando-o mais suscetível à infecção pós-operatória, recuperação demorada e maior taxa de morbidade e mortalidade, com aumento do tempo de internamento e dos custos. Alguns estudos revelam que o suporte nutricional inicial após uma grande cirurgia, pode contribuir para diminuir a incidência de ILC e complicações.

Suspensão de medicação imunossupressora. Recomenda-se não interromper a medicação imunossupressora antes da cirurgia com o objetivo de prevenir ILC. Existem poucas evidências neste sentido, no entanto, os estudos mostram que a sua suspensão pode ser prejudicial para o doente e não influenciar na prevenção de ILC.

Oxigenação peri operatória. Recomenda-se que doentes adultos sujeitos a anestesia geral com intubação endotraqueal dever-lhes-á ser administrado uma fração de 80% (em comparação com 30-35%) do ar inspirado e se possível, no pós-operatório imediato num período de 2-6 horas, para reduzir o risco de ILC. Há evidência que um fluxo sanguíneo otimizado reduz a taxa de ILC, pois diminui a hipotermia, hipoxia e hipoperfusão.

Manutenção de temperatura corporal normal (normotermia). Recomenda-se o uso de dispositivos de aquecimento corporal, durante a cirurgia com o intuito de prevenir ILC. A perda de calor é compensada pela diminuição do fluxo sanguíneo, com aumento da produção de calor e aumento do metabolismo basal. A hipotermia é muitas vezes causada pelo ambiente da sala operatória, pela indução anestésica,

exposição corporal e pelo uso de fluídos para irrigação. Esta prejudica a cicatrização e pode estar na origem de eventos cardíacos adversos, alterações do metabolismo e coagulopatias.

Uso de protocolos de monitorização intensiva de glicose no peri operatório. Recomenda-se o uso de protocolos para o controlo intensivo de glicose no sangue, no período peri operatório, em doente diabéticos e não diabéticos, sujeitos a uma intervenção cirúrgica. No entanto, não é ainda possível definir um nível ótimo de glicose. Os níveis de insulina aumentam durante um procedimento cirúrgico, devido ao stress que por sua vez lança hormonas e inibe a produção de insulina. Também inibe a função das células pancreáticas que diminui o nível de insulina plasmática no sangue. Esta situação de hipoinsulinemia, resistência à insulina e ação catabólica excessiva, faz com que o doente, mesmo não diabético, apresente elevado risco de hiperglicemia. A hiperglicemia está associada a um risco aumentado de ILC, risco aumentado de morbilidade e mortalidade, associado a custos de cuidados de saúde elevados, em doente diabéticos e não diabéticos e em diferentes tipos de cirurgia. Várias recomendações foram emitidas sobre o controle glicémico, na sua maioria ao doente diabético, no entanto, a Sociedade de doenças infecciosas da América, indica que os protocolos deverão incidir sobre todos os doentes sujeitos a um procedimento cirúrgico, com níveis alvo a variar entre 140-200 mg/dl. Também a Sociedade Portuguesa de Diabetologia em Conjunto com a Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (2015), recomendam a avaliação da glicémia capilar a todos os doentes internados, em cuidados agudos (não críticos), preconizando níveis de glicémia inferior a 180 mg/dl.

Manutenção do volume circulante adequado / normovolémia. Recomenda-se o uso de fluidoterapia intraoperatória, com o objetivo de reduzir ILC. No entanto, quer a sobrecarga de fluidos quer a hipovolémia pode afetar os resultados. A cicatrização de feridas e a sua resistência à infeção são influenciadas pela tensão do oxigénio nos tecidos, sendo esta essencial para a síntese de colagénio e reparação tecidular. A fluidoterapia evita a hipoxia e maximiza o débito cardíaco, melhorando a oxigenação arterial. A sobrecarga de fluídos durante o procedimento cirúrgico, pode ser extremamente nefasta. Perante a agressão cirúrgica, surge uma resposta inflamatória sistémica, que leva à mudança de fluídos para o espaço extravascular. O edema diminui a oxigenação dos tecidos e dificulta a sua cicatrização. Por outro lado, a hipovolémia conduz a hipoxia arterial e tecidular, devido à diminuição do débito cardíaco.

Panos e batas cirúrgicas. Recomenda-se o uso de panos cirúrgicos de tecido reutilizáveis estéreis, de não tecido estéreis e batas cirúrgicas, que poderão ser usadas com a intenção de prevenir ILC. Sugere-se não usar panos com ou sem adesivo com antimicrobiano. Os panos cirúrgicos são usados para evitar o contato com superfícies não preparadas e manter a esterilidade das superfícies ambientais. A bata cirúrgica, estéril, permite manter o campo cirúrgico estéril e reduzir o risco de transmissão entre doentes e funcionários.

Dispositivos de proteção de feridas. Deverá considerar-se o uso de dispositivos de proteção de feridas contaminadas e procedimentos cirúrgicos abdominais contaminados/sujos com o objetivo de reduzir ILC. Apesar de existir uma maior preocupação na prevenção da contaminação durante os procedimentos cirúrgicos, ainda é um evento adverso pós-operatório muito frequente que compromete a segurança do doente e aumenta os custos em cuidados a saúde.

Irrigação da incisão. Considera-se não haver evidências suficientes no sentido de recomendar ou não, a irrigação com solução salina antes do encerramento da incisão, no entanto sabe-se que a irrigação com antibiótico não deve ser utilizada. A irrigação da ferida intraoperatória é amplamente utilizada com o objetivo de prevenir ILC, através da hidratação da ferida e remoção de resíduos, bactérias e fluídos corporais.

Terapia negativa tópica profilática. Recomenda-se o uso de terapia negativa tópica profilática, em adultos, com incisões com encerramento primário, mas com alto risco de ILC, de acordo com os recursos disponíveis na Instituição.

Uso de luvas cirúrgicas. Devido à falta de evidências para avaliar se o uso de luva dupla, a mudança de luvas durante a cirurgia ou usando tipos específicos de luvas é mais eficaz na redução do risco de ILC, não é possível elaborar uma recomendação. No entanto, sabe-se que o uso de luvas cirúrgicas diminui o risco de contaminação/transferência de agentes patogénicos transmitidos pelo sangue, em doentes e/ou equipa cirúrgica, assim como ILC através da barreira de proteção que estas criam.

Sistemas de ventilação com câmara de fluxo laminar. Não existe benefício no uso de câmara laminar em detrimento da ventilação convencional, na prevenção de ILC. O sistema de ventilação deverá garantir conforto térmico, qualidade do ar, eliminando aerossóis e partículas dentro da sala. A ventilação natural é a maneira mais básica e comum, distribuindo o ar através das forças naturais.

▪ **Período Pós-operatório:**

Prolongamento da profilaxia antibiótica. Não deverá ser prolongado o uso de antibiótico, após o término da cirurgia, com o objetivo de prevenir ILC. Os estudos demonstram que não existe benefício no prolongamento da administração de antibiótico, quando comparado com a sua administração em toma única. No entanto, poderá ser benéfica em cirurgia cardíaca, vascular e ortognática.

Pensos de material avançado. Não se recomenda o uso de material de penso avançado, em feridas com encerramento primário, com o objetivo de diminuir ILC. O penso é colocado com objetivo de criar uma barreira física e proteger a ferida da contaminação exterior. Material de penso como hidrocolóides, hi-

drogéis e poliuretanos não se mostraram mais eficazes na prevenção de ILC, em relação ao penso convencional. No entanto, estes devem permanecer 48 h sem ser removidos, exceto em caso de extrema necessidade.

Profilaxia antimicrobiana na presença de dreno e o tempo ótimo para a sua remoção. A profilaxia antibiótica não deve ser continuada pela presença de dreno. Não existe recomendação para o tempo ideal da sua remoção, a não ser quando indicado clinicamente.

Os drenos são colocados para remover líquidos ou sangue, que podem formar coleções nas feridas ou cavidades criadas pelo procedimento cirúrgico e assim causar complicações. O seu tempo ideal de remoção ainda é desconhecido.

O objetivo das *Guidelines* é melhorar a qualidade dos cuidados e resultados dos doentes submetidos a uma intervenção cirúrgica, prevenindo a ILC. A adoção de recomendações nacionais e diretrizes locais de controlo de infeção aliado a uma política de segurança cirúrgica, são um ponto chave para a sua prevenção. A tradução das mesmas para a prática, em serviços cirúrgicos e blocos operatórios, tem como objetivo primordial reduzir os eventos causados pela ILC. A disseminação e implementação destas diretrizes são etapas cruciais que devem ser realizadas pela comunidade internacional, bem como pelos serviços de saúde nacionais e locais.

2. ESTÁGIO FINAL

O ensino de Enfermagem é caracterizado pela dualidade existente entre os conhecimentos teóricos adquiridos em sala de aula, no estabelecimento de ensino e os conhecimentos adquiridos pelas experiências e práticas vivenciadas, em contexto real, no decorrer dos ensinamentos clínicos, permitindo dar uma resposta adequada e de acordo com as exigências dos cuidados a prestar, por forma a consolidar e aprofundar os conhecimentos previamente adquiridos. Deve entender-se que a aprendizagem é um percurso, em que a formação adquirida se estende às preocupações éticas, à inteligência adaptativa, aos valores e atitudes demonstradas.

O enfermeiro, no decurso da sua experiência, forma-se no confronto com o contexto e com os outros, confronto este que só se traduz em mudança na medida em que se confronta permanentemente consigo próprio, filtrando, transformando e enriquecendo o seu património cognitivo e efetivo (Abreu, 2001). A formação tem sido considerada como um processo complexo de aprendizagens, que se mostra ao longo do desenvolvimento do indivíduo, nomeadamente aos níveis cognitivos, afetivo, motor, relacional e transformativo. A reunião de todos estes saberes, necessários às atitudes de pensar, decidir e agir, indica-nos a noção de competência.

O doente crítico necessita de uma intervenção rápida e eficaz dos profissionais de saúde, tendo muitas vezes o enfermeiro um papel preponderante nesta abordagem. Segundo a OE (2015), “a pessoa em situação crítica 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”.

O Estágio final é uma unidade curricular de carácter prático com 336h de contacto (E:336; OT:14; O:38) que serão distribuídas por dois campos de estágio. Assim sendo o primeiro período decorreu na Unidade de Cuidados Intensivos Dr. Emílio Moreira do Hospital Dr. José Maria Grande de Portalegre [UCIDEM], de 20 de setembro a 22 de dezembro de 2017, com a duração de 256 horas. O segundo período no Serviço de Cirurgia Ala Esquerda [CAE] do respetivo Hospital, de 2 a 27 de janeiro de 2018, com a duração total de 80h.

No decorrer do Estágio Final foi realizado um Projeto de estágio, que para além de permitir antever o percurso formativo e interventivo, assumiu-se como um processo de orientação do trabalho a realizar durante o mesmo. O principal objetivo que se pretende atingir é a concretização com êxito de todas as

atividades programadas, que facilitem a aquisição de competências de enfermeiro especialista e que se encontra no Apêndice I.

2.1. CARATERIZAÇÃO DO HOSPITAL DR. JOSÉ MARIA GRANDE DE PORTALEGRE

O Hospital Doutor José Maria Grande [HDJMG] de Portalegre situa-se no Alto Alentejo e está integrado na Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano [ULSNA], conjuntamente com o Hospital de Santa Luzia em Elvas, e dezasseis Centros de Saúde dispersos pelo distrito de Portalegre que asseguram cuidados assistenciais de saúde primários e diferenciados à população. Foi construído com base no Plano de Cobertura Hospitalar do País existente no ano de 1974. Na sua abertura tinha uma capacidade de 200 camas e destinava-se a servir uma população de cerca de 160 mil habitantes. Antes da abertura do HDJMG, o hospital existente na cidade, era o Hospital da Misericórdia e o Sanatório, que contava também com internamento de doentes do foro respiratório.

A 26/12/1974 e após algum tempo de preparação teve início a transferência dos primeiros doentes vindos do Hospital da Misericórdia e ficado internados nos serviços existentes na abertura, sendo eles: Medicina Homens; Medicina Mulheres; Cirurgia Homens; Cirurgia Mulheres; Obstetrícia e Pediatria. No entanto, a data oficial da sua abertura é a 01/01/1975,

O Sanatório manteve o seu funcionamento, dando apoio ao Hospital em doentes do foro respiratório.

A 14/05/1977, abriu o Serviço de Unidade de Cuidados Intensivos, disponibilizando 5 camas.

O serviço de Ortopedia abriu a 17 de outubro de 1977, com 23 camas, tendo encerrado a 28/07/1980 e reaberto a 01/09/1981.

Localizado no Sanatório, abriu a 20/04/1987, o Serviço de Hemodiálise, com o objetivo de realizar tratamento aos doentes hemodialisados do distrito.

A 15/11/1995, abriu o serviço de Quimioterapia/Oncologia.

Em 1992, foi integrado no HDJMG os serviços do Ex-Centro de saúde Mental, passando a designar-se Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental.

Ao longo dos vários anos o número de camas por piso, e os diferentes serviços foram mudando, conforme as necessidades, havendo serviços que encerraram e outros que abriram.

O serviço de Quartos Particulares encerrou dando lugar ao serviço de Ortopedia.

Hoje em dia, funciona no 7º piso do Hospital a Unidade de Cuidados Paliativos (agosto de 2011) e Hospital de Dia. (Baptista; Cordeiro; Lourenço; Marvão, 2001).

O HDJMG tem como Missão “Promover o potencial de todos os cidadãos, através do fomento da saúde e da resposta à doença e incapacidade, garantindo a qualidade dos serviços prestados, a tutela da dignidade humana e a investigação permanente, na procura contínua de soluções que reduzam a morbilidade e permitam obter ganhos em saúde.” (ULSNA, 2017)

Os seus valores baseiam-se:

- O respeito pela dignidade e direitos dos cidadãos;
- Excelência técnica;
- Acessibilidade e equidade dos cuidados;
- Promoção da qualidade;
- Ética, integridade e transparência;
- Motivação e atuação pró-ativa;
- Melhoria contínua;
- Trabalho de equipa;
- Respeito pelas normas ambientais. (ULSNA, 2012)

2.1.1. Unidade de Cuidados intensivos Dr. Emílio Moreira

A Unidade de Cuidados Intensivos Dr. Emílio Moreira [UCIDEM], foi fundada em 1977 pelo Dr. Emílio Moreira, constituindo a primeira Unidade aberta num hospital distrital. Localizada na ala esquerda do 4º piso, do HDJMG, era direcionada para doentes cardíacos e adotou ao longo do tempo as características de uma unidade de cuidados intensivos polivalente, assumindo-se como tal em 1993. Nesse mesmo ano, recebeu o nome do seu fundador, passando a ser designada UCIDEM, Unidade de Cuidados Intensivos Doutor Emílio Moreira, no entanto, só em 1995 passou a assumir a característica principal de uma unidade de cuidados intensivos com a assistência médica permanente.

Em fevereiro de 2004, a UCIDEM passou a ocupar as instalações do 2º piso, instalações construídas para este efeito, e em julho do mesmo ano, foi possível a abertura da Unidade de Cuidados Inter-médios.

Atualmente a UCIDEM é constituída pela Unidade de Cuidados Intensivos [UCI] e pela Unidade de Cuidados Intermédios, encontrando-se junto às instalações do Serviço de Observação/ Serviço de Urgência, com acesso direto para o exterior.

É composto por duas unidades de internamento independentes: a UCI com uma sala com 4 camas e 1 quarto de isolamento e a Unidade de Cuidados Intermédios também com lotação para 5 camas, sendo que 1 cama se encontra destinada a tratamento de Hemodiafiltração, para doentes da Instituição internados noutros pisos.

Todas as camas da UCI possuem uma unidade funcional independente, unidade de monitorização com telemetria e ventilador.

Na unidade de cuidados intermédios, todas as camas possuem unidade funcional independente com monitorização e dois ventiladores.

Dispõe de dois carros de urgência com desfibrilhador, ventiladores para ventilação invasiva e não invasiva fixos e um portátil, gasómetro, bombas e seringas infusoras, eco cardiógrafo, eletrocardiógrafo, máquinas de Hemodiafiltração e de técnicas de substituição renal contínuas, entre outro equipamento.

Para a avaliação da carga de trabalho de enfermagem é utilizado o TISS-28 (*Therapeutic Intervention Scoring System*), que é considerado uma ferramenta de gestão importante. Foi descrito por Cullen (1974), com a intenção de introduzir na prática clínica a quantificação da carga de trabalho de enfermagem em Medicina Intensiva relacionando-o com a gravidade de doença. Este instrumento foi atualizado e adaptado a populações específicas e simplificado, mas a sua filosofia original manteve-se inalterada, sendo que, a maior gravidade do utente está relacionada com um maior número de intervenções terapêuticas e consequentemente uma maior carga de trabalho. O formulário é preenchido e atualizado no turno da noite após a admissão do doente.

A UCIDEM, destina-se a todos os doentes que necessitam de terapia intensiva para manutenção das funções vitais, provenientes do serviço de urgência, restantes serviços do HDJMG (exceção do Serviço de Pediatria), e de outros Hospitais.

2.1.1.1. Espaço físico

Cada unidade de alocação de Cuidados Intensivos está equipada com telemetria, rampa de vácuo e oxigénio e ventilador.

Nos Cuidados Intermédios, as cinco camas são dotadas de monitores de telemetria, rampa de vácuo e oxigénio e ventilador em apenas duas, reservado para situações urgentes. Comum a estas duas salas são o uso de bombas e seringas infusoras devidamente aferidas e standardizadas, e cada sala é detentora de uma central de telemetria, que se intercomunicam entre si.

As valências físicas da UCIDEM incluem:

- Um posto administrativo à entrada do serviço;
- Dois vestiários por género, com casa de banho, para uso exclusivo dos funcionários da UCIDEM;
- Uma sala de despejos;
- Uma copa;
- Uma sala com antecâmara com posto de lavagem das mãos, para circulação exclusiva de visitas e familiares;
- Um gabinete Médico;
- Um gabinete de Enfermagem;
- Um armazém, onde se encontra a roupa limpa e material de consumo clínico em stock;
- Uma sala de trabalho, onde se realiza a passagem de turno da equipa de Enfermagem, com bancadas e armários, onde se encontram consumíveis clínicos e de farmácia, frigorífico de medicação e um gasómetro;
- Dois postos de enfermagem, um por sala (Intensivos e Intermédios), com a respetiva central de telemetria aferida a cada posto, e um computador para uso das aplicações clínicas em vigor na ULSNA e na UCIDEM.

A UCIDEM recebe doentes portadores das mais diversas patologias, quer do foro cardiovascular, respiratório, neurológico e outros (ex.: choque séptico, diabetes mellitus descompensada, intoxicações medicamentosas e químicas, pós-operatórios complicados ou provenientes de cirurgia de alto risco, trauma abdominal, trauma torácico, trauma das extremidades etc.) dos restantes serviços do HDJMG, e de outros Hospitais. No entanto exclui os doentes de serviços de Neonatologia e Pediatria, pois não possui recursos humanos e materiais para prover a assistência adequada a estes doentes.

Os doentes são transferidos da UCIDEM, sempre que se verifica que a unidade não dispõe de meios adequados para responder e providenciar o melhor tratamento possível relativamente à situação clínica, ou quando os doentes em causa, já não necessitam de cuidados intensivos/intermédios, sendo então transferidos para outras unidades de internamento.

2.1.1.2. Recursos humanos e metodologia de trabalho

Atualmente, a equipa de enfermagem é constituída por 28 elementos, 25 dos quais em horário de *Roulement*, uma enfermeira que faz exclusivamente o turno da Manhã e outra enfermeira que faz o turno da Manhã e Tarde. A enfermeira responsável encontra-se em horário fixo.

A equipa de enfermagem apresenta 5 elementos com Curso de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica, 2 elementos com Curso de Especialização em Enfermagem de Reabilitação e 2 elementos com Curso de Especialização em Enfermagem Comunitária e 1 elemento em formação no Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização. Os restantes elementos são enfermeiros de cuidados gerais.

A equipa médica é constituída por médicos pertencentes ao quadro do Hospital, um deles com funções de diretor e por médicos contratados, em regime de prestação de serviços. A equipa médica num total de 12 elementos, apresenta um grande leque de especialidades tais como: Nefrologia, Cardiologia, Medicina Intensiva, Cirurgia, Pneumologia e Anestesiologia. Diariamente, estão de serviço 2 médicos que se dividem pelas salas de Cuidados Intermédios e Cuidados Intensivos. Conta ainda com o apoio de outros técnicos de saúde, que integrados na equipa multidisciplinar, prestam cuidados aos doentes internados na unidade, quando solicitados.

A equipa de assistentes operacionais é composta por 9 elementos em horário de *Roulement* e 1 elemento de horário fixo.

A UCIDEM possui ainda um administrativo em horário fixo.

O método de trabalho por Enfermeiro responsável é o utilizado na UCIDEM, baseado no processo de Enfermagem segundo o Modelo Teórico de Nancy Roper, adotado pela ULSNA.

Segundo a DGS, adotando a classificação da Sociedade Europeia de Cuidados Intensivos, a UCIDEM é considerada uma UCI polivalente de nível II, isto é, tem capacidade de monitorização invasiva e de suporte de funções vitais, podendo não proporcionar, de modo ocasional ou permanente, acesso a meios de diagnóstico e especialidades médico-cirúrgicas diferenciadas (neurocirurgia, cirurgia torácica, cirurgia vascular, etc.), pelo que deve garantir a sua articulação com unidades de nível superior; e deve ter acesso permanente a médico com preparação específica. Neste tipo de UCI preconiza-se que o rácio enfermeiro/doente seja de 1/1.6 (DGS,2014).

2.1.2. Serviço de Cirurgia Geral

Este campo de estágio representa o segundo período do Estágio Final.

Como se trata de um serviço dividido em duas alas, muito semelhante estruturalmente, irei descrevê-lo como um todo. No entanto, o estágio foi desenvolvido no Serviço de Cirurgia geral - Ala esquerda [CAE], local onde exerço a minha atividade profissional.

O Serviço de Cirurgia geral, datado desde a criação do hospital, envelhecido e a carecer de obras de remodelação e melhoramento, viu a sua estrutura ser alterada no período de julho de 2014 a julho de 2015, deixando a sua designação de Cirurgia Homens e Cirurgia Mulheres, para Cirurgia Ala esquerda e Direita. Desde então é um serviço misto.

O Serviço é chefiado por um Enfermeira Responsável, para as duas Alas.

Está situado no 3º piso do HDJMG e integra o Departamento de Cirurgia, constituindo um serviço de referência para as diversas unidades de saúde da ULSNA.

Destina-se ao tratamento e recuperação de doentes com patologias do foro cirúrgico, das quais se destacam, na sua maioria Coecistites, Neoplasias (do reto, estômago) Hérnias e cirurgia da Tireoide.

A prática diária dos Enfermeiros é documentada através do Processo de Enfermagem. O Modelo Teórico em vigor é o de Nancy Roper, método de trabalho que permite ao Enfermeiro uma melhor planificação e execução dos cuidados ao utente a todos os níveis, por se basear nas atividades de vida (autocuidados) e na forma como o indivíduo se situa num continuum de dependência / independência em cada atividade.

O processo Clínico e de Enfermagem é realizado informaticamente através do sistema *SClínico*, utilizado linguagem CIPE/SAPE. Permite também registos mais completos e uniformizados, úteis a toda a Equipa de Saúde.

Os cuidados de Enfermagem são prestados segundo o Método de Trabalho por Enfermeiro Responsável, ou seja, cada Enfermeiro é responsável pela globalidade dos cuidados prestados aos doentes que lhe são atribuídos.

Neste serviço, utiliza-se o Sistema de Classificação de Doentes por Níveis de dependência em Cuidados de Enfermagem, o que permite uma melhor gestão dos recursos humanos.

O sistema de distribuição de medicamentos é feito através de Dose Unitária ou Unidose, o que torna o seu manuseamento mais fácil e evita possíveis erros na medicação, pois os medicamentos vêm individualizados em gavetas identificadas com o nome do doente, o número da cama e o serviço.

2.1.2.1. Espaço físico

O Serviço é constituído por 18 enfermarias, cada uma com duas camas elétricas e casa de banho própria. Cada enfermaria possui um monitor cardíaco, duas rampas de aspiração de secreções e rampas de oxigénio.

Possuem televisão e sistema de rádio, de controlo central. A casa de banho, apresenta chuveiro com assento retrátil e sanita com proteções laterais. Luz com ativação sensorial e chão antiderrapante.

Na Ala esquerda, duas enfermarias estão adstritas à Cirurgia de Ambulatório. A Ala direita possui uma enfermaria composta por seis camas, destinada ao recobro de doentes pós-cirurgia, no entanto devido à falta de camas hospitalares e recursos humanos para que seja possível funcionar como tal, encontra-se a funcionar como enfermaria normal.

As valências físicas incluem:

- Um posto administrativo, uma casa de banho e uma sala de espera à entrada do serviço;
- Um vestiário (por ala), comum, com duas casas de banho, para uso exclusivo dos funcionários;
- Refeitório para os doentes;
- Uma sala de despejos;
- Uma sala de resíduos;
- Uma rouparia;
- Uma sala de banho assistido (Ala direita);
- Uma sala de pausa;
- Um gabinete Médico, comum às duas Alas;
- Um gabinete de Enfermagem;
- Uma sala de pensos, com maca elevatória;
- Uma sala para armazém de material de consumo clínico (reposto por níveis), seringas e bombas infusoras.
- Um posto de trabalho de enfermagem, com 4 computadores.
- Possui ainda outro material como máquinas para terapia de pressão negativa tópica, monitor de sinais vitais portátil, uma maca, diversas cadeiras de rodas e um carro de urgência (em cada Ala).

2.1.2.2. Recursos humanos

Para assegurar cuidados de qualidade, o serviço de Cirurgia geral dispõe de uma equipa multidisciplinar, constituída por 31 Enfermeiros, sendo uma Enfermeira responsável pela gestão do

serviço, Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 25 Enfermeiros com horário em Roullement e 5 Enfermeiros com horário fixo, distribuídos pelas duas Alas.

Duas enfermeiras, além da Enfermeira Chefe, são Especialistas em Enfermagem Médico-cirúrgica e uma enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação; quatro elementos com formação Pós-Graduada em Tratamento de feridas e viabilidade tecidual, uma enfermeira Pós-graduada em Supervisão Clínica e um Mestre em educação e Formação de Adultos. Os restantes elementos possuem Licenciatura em Enfermagem.

No serviço, existe um elemento de ligação com a Unidade de Gestão do Risco; um elemento de ligação com a PPCIRA; um elemento responsável pela formação em serviço.

A equipa médica é constituída por 9 cirurgiões, sendo um deles, diretora do serviço, 5 médicos internos da Especialidade e 2 médicos do ano comum.

A Equipa de Assistentes Operacionais é constituída por 18 elementos desempenhando funções, em ambas as Alas. De referir ainda como parte da equipa, duas Assistentes Administrativas.

Neste serviço desempenho todas as funções inerentes ao enfermeiro de cuidados gerais e espero desenvolver e aperfeiçoar as competências de enfermeiro especialista.

3.PROJETO DE INTERVENÇÃO

A metodologia de projeto tem como objetivo principal centrar-se na resolução de problemas e, através dela, adquirir capacidades e competências para a elaboração e concretização de projetos numa situação real, permitindo fazer a ligação entre o conhecimento teórico e a sua aplicação na prática (Ruivo; Ferrito & Nunes, 2010).

O Projeto de Intervenção [PI] é parte integrante do MEEEMCPSC e surge como complemento da aquisição e solidificação de competências interligando as várias unidades curriculares. A linhas de investigação inserem-se na área de IACS no doente crítico. Foi desenvolvido ao longo do estágio final e foi implementado no serviço, onde desenvolvo a minha atividade diária. O estágio final decorreu em dois períodos. O primeiro período decorreu na UCIDEM e o segundo período na CAE. As atividades desenvolvidas decorreram sob a supervisão e orientação de enfermeiras especialistas em enfermagem médico-cirúrgica e com a colaboração de um docente da escola.

Foi elaborado de acordo com a metodologia de Projeto e focou-se na identificação de uma problemática clínica de enfermagem médico-cirúrgica presente no local de trabalho.

Para a sua elaboração, foi solicitado autorização Institucional e à Universidade de Évora (Apêndice II e III), assim como o respetivo parecer às distintas Comissões de Ética. (Apêndice V, V e VI).

3.1. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

O diagnóstico de situação visa a elaboração de um mapa cognitivo sobre a situação-problema identificada, ou seja, elaborar um modelo descritivo da realidade sobre a qual se pretende atuar e mudar (Ruivo; Ferrito & Nunes, 2010).

Ao desempenhar a minha atividade profissional, num serviço de cirurgia, denoto diariamente que existe um número significativos de IACS, destacando a ILC. Muitas medidas preventivas se encontram implementada de forma rotineira, outras podem ser grandemente melhoradas. Porém, não existe um documento escrito orientador da melhor prática a seguir.

Havendo, já, esta necessidade sentida pela equipa, a sua pertinência eclodiu após a apresentação, em contexto de formação em serviço, pelo elo de ligação do PPCIRA, dos dados estatísticos sobre ILC.

Assim, após discussão com elementos da equipa, Enfermeira Responsável e Diretora Clínica, foi feita a construção de uma instrução de trabalho, isto é, um documento de trabalho detalhado que orienta a realização de determinada tarefa de acordo com os documentos de referência (ULSNA,2017). Esta pretende uniformizar e adequar procedimentos, baseado em evidências científicas, no sentido de minorar a ocorrência de ILC.

Foi alterada a nomenclatura de protocolo de enfermagem, para Instrução de trabalho, com vista à uniformização com a linguagem em vigor na Instituição (Apêndice VII). Devido à inexistência de uma IT de administração de Insulina de ação curta, que pudesse complementar a IT anterior, a mesma teve de ser construída (Apêndice VIII).

No decorrer do Estágio final, surgiu uma outra preocupação que se prende com a dificuldade em sintetizar dados relativos ao doente, que podem minorar a ocorrência de erros, no que concerne ao Projeto de Cirurgia segura, identificação inequívoca de doente e essencialmente sobre a falta de Consentimento informado assinado. A segurança do doente, uma questão essencial e não menos importante, a segurança de cuidados prestados para com o enfermeiro, assim sendo, foi elaborada uma Lista de Verificação pré-Cirúrgica, que faz a sumula de vários tópicos, apresentada no Apêndice IX.

O seu preenchimento é informático e permite futuramente extrair dados passíveis de serem tratados estatisticamente.

3.2. DEFINIÇÃO DE PROBLEMA DE ENFERMAGEM

A definição do problema representa o início da execução de uma investigação ou elaboração de um projeto. É um elemento fundamental para a definição do diagnóstico uma vez que esta etapa requer a produção de um quadro que identifique e relacione entre si os problemas mais relevantes da situação, ou instituição, no momento da avaliação (Ruivo; Ferrito & Nunes, 2010).

A ILC é uma das mais frequentes infeções associadas aos cuidados de saúde e está associada a elevada morbilidade e mortalidade, e aumento de custos. Representam, em todo o mundo, o evento adverso mais comum que coloca em causa a segurança do doente.

Muitos são os fatores que podem influenciar o risco de aparecimento de uma ILC, como fatores endógenos, tais como a idade e o sexo, e fatores exógenos, inerentes ao processo cirúrgico.

Existindo variáveis que não são passíveis de ser modificadas, como a idade, outras podem ser amplamente melhoradas, como a nutrição, preparação da pele, uso correto de antibióticos e a técnica

intraoperatória. Estes fazem com que a prevenção da ILC seja um processo complexo, que envolve uma série de medidas preventivas que devem integrar o período peri-operatório.

Como consta no PNSD (2015), melhoria contínua da qualidade aplicado à segurança dos doentes deve identificar os riscos, avaliá-los e hierarquizá-los, identificando as ações de melhoria a desencadear.

Os riscos associados aos cuidados de saúde, devem ser devidamente identificados, assim como as ações preventivas existentes e a sua devida avaliação. Requer a execução de medidas reativas e corretivas após a ocorrência do incidente, com a intenção de identificar falhas não identificadas anteriormente e que possam colocar em risco a segurança do doente. O objetivo principal é assegurar a maior segurança possível do doente, evitando incidentes frequentes, alguns graves e frequentemente evitáveis, que coloquem em causa a qualidade do Serviço Nacional de Saúde [SNS]. As metas propostas visam:

- Aumentar a segurança da comunicação
- Aumentar a segurança cirúrgica
- Aumentar a segurança na utilização da comunicação
- Assegurar a identificação inequívoca de doentes
- Prevenir a ocorrência de quedas
- Prevenir a ocorrência de úlceras por pressão
- Assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes
- Prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos

Enquanto, enfermeira, assumindo a consciencialização de que muitos eventos adversos podem ser evitados é pertinente a criação de instrumentos de trabalho, com o objetivo de colmatar eventuais falhas, que coloquem em causa a nossa prestação de cuidados e essencialmente a segurança do doente.

Os objetivos do PI foram direcionados para a resolução da problemática clínica de enfermagem identificada e descrita acima. Pretende-se:

- Objetivo geral:
 - Implementar uma IT sobre a prevenção de ILC
- Objetivos específicos:
 - Efetuar uma revisão integrativa da mais recente evidência científica;
 - Criar uma IT
 - Apresentar e discutir a mesma, com a equipa médica e de enfermagem.

- Criar uma Lista de verificação pré-cirúrgica e a sua posterior discussão, apresentação e operacionalização.
- Elaborar um artigo científico sobre o PI realizado.

3.3. PLANIFICAÇÃO DO PI

Após a resolução das fases descritas anteriormente e definidos os objetivos foram planeadas as atividades e estratégias a desenvolver a fim de operacionalizar o PI. Foram tidos em conta os recursos físicos (estruturais), materiais, humanos e temporais.

Assim, para a concretização do primeiro objetivo específico - *Efetuar uma revisão integrativa da mais recente evidência científica* – foi feita pesquisa em bases de dados, como a EbscoHost, em páginas Oficiais da OMS, OCDE, DGS, normas e procedimentos de qualidade da Instituição e recolhida toda a informação possível que se enquadre no tema.

O segundo objetivo - *Criar uma IT* - a sua construção visa a uniformização e adequação de procedimentos. O documento foi elaborado segundo as normas da elaboração de documentos em vigor na Instituição.

O terceiro objetivo - *Apresentar e discutir a mesma, com a equipa médica e de enfermagem* - Após a sua construção, foi discutido com a enfermeira chefe e diretora clínica do serviço. Do mesmo, surgiu a necessidade de elaboração de outra IT, que completasse a anterior, sobre a administração de insulina de ação rápida. De seguida, foi planeada uma sessão de formação em serviço, de modo a dar conhecimento da mesma, aos elementos da equipa.

Após a sua aprovação pela equipa de enfermagem e médica, foi enviada para o gabinete de Garantia e promoção da qualidade da instituição.

O quarto objetivo específico - *Criar uma Lista de verificação pré-cirúrgica e a sua posterior discussão, apresentação e operacionalização*. Como descrito anteriormente, a sua criação pretende ir de encontro ao preconizado pelo PNSD (2015) e orientações da DGS, no sentido de minorar a ocorrência de incidentes adversos, facilmente evitáveis. Aparentando tratar-se de uma duplicação de dados, pretende essencialmente colmatar falhas na comunicação entre vários intervenientes (internamente – enfermeiro /doente/administrativas/assistentes operacionais) e externamente com o serviço de bloco operatório e serviços de diagnóstico (Rx, laboratório e eletrocardiograma). Esta encontra-se informatizada e em fase de teste e otimização. Futuramente será possível retirar dados passíveis de serem tratados estatisticamente.

Finalmente, o quinto e último objetivo específico - *Elaborar um artigo científico sobre o PI realizado* - este foi realizado ao longo do Estágio final, como parte integrante do PI, pretendendo fazer a divulgação do mesmo e conjuntamente desenvolver as competências de Mestre (Apêndice X).

3.4. IMPLEMENTAÇÃO DO PI

A implementação do PI decorreu de forma faseada, no período de setembro de 2017 a janeiro de 2018. No entanto, pela sua natureza, prolongar-se-á no tempo. As ações desenvolvidas pretendem dar resposta aos objetivos traçados anteriormente.

3.4.1. Revisão integrativa de literatura

Segundo Fortin (1999) uma revisão integrativa da literatura, constitui um método de pesquisar, catalogar e efetuar um diagnóstico crítico a publicações citadas em estudos previamente realizados por outros autores. Com base no objetivo deste estudo, preconizou-se a sistematização do conhecimento mais atualizado, baseado na evidência sobre a problemática envolvente à infecção do local cirúrgico. A formulação da pergunta de partida seguiu a metodologia **PICO** – **P**aciente/**P**opulação/**P**roblema – Infecção do local cirúrgico; **I**ntervenção – Prevenção de infecção associada aos cuidados de saúde através da elaboração de uma IT; **C**omparação – comparação entre os diversos estudos; **O**utcomes – identificação de fatores de risco; chegando assim à seguinte pergunta final: Qual a influência da identificação de fatores de risco na prevenção de infecção do local cirúrgico, associada a cuidados de saúde?

A pesquisa foi realizada através nas bases de dados CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive; Cochrane Central register of controlled trials, Cochrane Methodology Register, Cochrane Database of Systematic Reviews; Library, Information Science & Technology Abstracts; MedicLatina, utilizando o motor de busca EBSCOhost, tendo em conta a questão de investigação acima descrita.

Para tal, foram definidos três conceitos-chave aferidos no Descritores em Ciências da Saúde (DesC'S), sendo eles “Surgical site infection”, “prevention” e “Health care”.

A pesquisa para a palavra “Surgical site infection” deu origem a 9227 artigos. Colocando a palavra “prevention” acompanhada pelo operador booleano ‘AND’ obteve-se 4158 artigos. Dado o elevado número de artigos, adicionou-se o descritor “Health care”, resultando 573 artigos. Após este resultado foram definidos critérios de inclusão, tais como: ano de publicação (período de 2014-2017), acesso a texto completo, referências disponíveis e analisado por especialistas, originando 10 artigos. Após a leitura do “abstract”, foram excluídos 4 artigos por não se enquadrarem na temática pretendida e/ou por serem artigos de opinião, restando 6 artigos. Estes, serão descritos de seguida.

Artigo 1. Título: “Voltar ao básico: Prevenção de Infecção do local cirúrgico”. **Autor:** Lisa Spruce. **Local/Ano:** Denver (Colorado)/2014. **Objetivo do estudo:** Demonstrar, através de evidências científicas que existe um claro benefício no trabalho em equipa na implementação de práticas simples e adequadas, na prevenção de infecção do local cirúrgico e segurança do doente, no período peri operatório. **Desenho do Estudo:** Confrontação entre as evidências descritas pela Cochrane Library (2013) e as diretrizes emanadas pela The National Institute for Health and Care (NICE, 2013). **Intervenções:** Descreve intervenções, no período peri-operatório que podem minimizar o aparecimento de infecção do local cirúrgico, tais como: descontaminação nasal, banho pré-operatório, profilaxia antibiótica, tricotomia, uso de joias e verniz nas unhas, otimização do estado hemodinâmico, uso de máscara cirúrgica, material de penso, técnica de sutura, preparação da pele com antisséptico, uso de Diatermia, aporte suplementar de oxigénio peri operatório, cirurgia minimamente invasiva. **Resultados:** As infeções do local cirúrgico são um efeito inesperado após um procedimento cirúrgico e representam um fardo significativo para o sistema de saúde, contribuindo para a mortalidade dos pacientes. É feita a discussão de vários fatores de risco que podem favorecer o desenvolvimento de ILC e são criadas recomendações de prevenção da mesma. **Conclusões:** As infeções do local cirúrgico podem assumir números assustadores; realçando a importância da atuação multidisciplinar em que gestores e líderes devem definir estratégias e metas a atingir, baseado nas mais recentes evidências, pelas equipas, na melhoria da qualidade dos cuidados, com recurso a atualização permanente.

Artigo 2. Título: “Melhoramento da capacidade das Instituições de Saúde na prevenção de infecção associada aos cuidados através de Programas de ação financiados.” **Autores:** Katherine Ellingson, Kelly McCormick, Ronda Sinkowitz-Cochran, Tiffanee Woodard, John Jernigan, Arjun Srinivasan, Kimberly Rask e Consultores / analistas de saúde pública de prevenção de infeções associadas aos cuidados de saúde. **Local/Ano:** América/2014. **Objetivo do estudo:** Avaliar a capacidade construída e os resultados alcançados no período de 1 de setembro de 2009 a 31 de dezembro de 2011, por 51 Instituições de

Saúde financiados pela American Recovery and Reinvestment Act (ARRA) para o desenvolvimento de programas de prevenção de infecção associada a cuidados de saúde. **Desenho do Estudo:** Definir a capacidade de prevenção de infecções associadas aos cuidados de saúde, em Instituições de saúde, por 25 indicadores de atividade agrupados em 6 categorias: pessoal, parcerias, formação, assistência técnica, vigilância e prevenção, através de taxas de infecção padronizadas trimestralmente para dispositivos e infecções associadas ao procedimento com modelos de regressão longitudinal. **Participantes:** Participaram no estudo 51 Instituições de Saúde de 49 Estados de Colômbia e Porto Rico. **Intervenções:** Através dos fundos dados às Instituições de saúde, foram planeados e desenvolvidos planos de ação ao nível de infraestruturas, vigilância e prevenção de infecções associadas aos cuidados de saúde. **Resultados:** Os resultados indicam que das 51 Instituições de saúde, 11,8% tinham um funcionário dedicado a supervisionar as medidas preventivas (coordenador); 43,1% tinham pelo menos 1 membro da equipa com algum tempo dedicado à prevenção de infecções; 58,8% criaram uma comissão sobre a temática e 19,6% criaram um plano de prevenção local. No final do financiamento, todas as Instituições tinham contratado ou designado um coordenador e criaram grupos de assessoria para a criação de diretrizes e objetivos nacionais na redução de infecções associadas aos cuidados de saúde. Criaram um total de 188 novas posições relacionadas com a prevenção de infecções associadas aos cuidados de saúde. 91,2% utilizaram os fundos para criar ou apoiar formação em controlo de infeção, mais especificamente na área da prevenção. Existiram um total de 1042 eventos, onde participaram 12260 representantes de hospitais, 5049 de cuidados continuados, 1178 de ambulatório; 1139 de instituições estaduais de saúde e 2342 de outros locais ou organizações parceiras. Apesar, de algum atraso na contratação, 25 % das Instituições tiveram pelos menos 6 meses a presença de um coordenador, no período de 28 meses de financiamento. Com o financiamento da ARRA, as instituições envolvidas lideraram /apoiaram 60 programas de prevenção, dos quais 65% iniciaram após o apoio do mesmo e 35% foram expandidos ou melhorados. **Conclusões:** O financiamento pela ARRA promoveu um aumento da capacidade de criação de programas de vigilância e prevenção de infeção associada aos cuidados de saúde. Em todas as Instituições houve uma redução estatisticamente significativa de infeções documentadas. Este programa criou uma nova direção na prevenção de infeções associadas aos cuidados de saúde, identificando-o como um problema de saúde pública em que é necessário reunir esforços para uma abordagem coordenada entre muitas Instituições. Destaca-se ainda a eficácia do financiamento em Instituições públicas, com o trabalho desenvolvido na melhoria de infraestruturas que promovem a saúde e segurança do doente.

Artigo 3. Título: “Medidas de Enfermagem na prevenção de infeções do local de cirúrgico em Bangladesh.” **Autor:** Humaun Kabir Sickder, Wanchai Lertwathanawilat, Hunsu Sethabouppha,

Nongkran Viseskul. **Local/Ano:** Bangladesh, 2017. **Objetivo do estudo:** Identificar a prática dos enfermeiros na prevenção de infecção do local cirúrgico, através das barreiras e elementos facilitadores e propor orientação no sentido de melhorar as mesmas. **Desenho do Estudo:** Este estudo decorreu no período de junho a outubro de 2015. Foi usado um método misto, para uma compreensão mais ampla das diferentes fontes de dados. O método quantitativo foi utilizado para a identificação das práticas de enfermagem e um método qualitativo com entrevistas em grupos focais, enfermeiros e administradores, para identificar barreiras e elementos facilitadores e propor orientação para a sua melhoria. **Participantes:** O estudo foi realizado em três níveis terciários de hospitais em Bangladesh. A população é constituída por 450 enfermeiros de serviços gerais e serviços de ortopedia. O tamanho da amostra foi determinado pela Fórmula Yamane, produzindo um tamanho de amostra de 233 e adicionando 10% para responder dados em falta. A amostra dos enfermeiros foi selecionada através de técnica de amostragem aleatória. Um hospital de nível terciário, situado na zona sul de Bangladesh, foi selecionada para identificar as barreiras e elementos facilitadores, uma vez que apresenta alta taxa de incidência de Infecção do local cirúrgico, pois dá assistência a um elevado número populacional. Os 22 enfermeiros foram selecionados intencionalmente, assim como um administrador. Foram também selecionados 2 administradores a nível nacional. **Intervenções:** Os dados quantitativos, foram recolhidos através da aplicação de um questionário, desenvolvido pela Sickder, Sae-Sai e Petpichetchian em 2010, sobre práticas preventivas de ILC. Traduzido do Inglês, foi aferida a linguagem e aplicado a 15 enfermeiros com características semelhantes. Cada entrevistado foi questionado, para responder a questões através de uma escala de Likert, variando de 0 a 3, correspondendo a “raramente praticado”, “às vezes praticado” e “sempre praticado”. A pontuação final é obtida através da soma de itens, variando de 0 a 75. A sua validade foi verificada por 5 especialistas do foro cirúrgico e de controlo de infeção. Os dados qualitativos, foram recolhidos por entrevista, usando um guia de pergunta aberta, relativa a barreiras e elementos facilitadores na prática de enfermagem. Foi usado um guia diferente para enfermeiros e outro para administradores. **Resultados:** Cerca de 182 enfermeiros devolveram o questionário completamente preenchido, havendo uma taxa de resposta de 78 %. A média de idades foi de 40,74 anos, variando entre 26-58 anos. A sua maioria pertence ao sexo feminino (76,9%), casada (96,8%). A maioria (97,8%) não tem formação em prevenção de ILC. Dos 22 enfermeiros escolhidos e 3 administradores, a sua média de idade foi de 43,36%, com variação entre os 30-54 anos. Apenas 44,5 % refere cumprir sempre as recomendações na prevenção de infecção do local cirúrgico. 28 % referem realizar tricotomia pré-operatória, enquanto que 72 % afirma não o fazer. Além disso, 62,92 % dos enfermeiros nem sempre administraram antibiótico profilático pré-operatório e 37,08% administram-no adequadamente antes da cirúrgica. Os dados revelaram que cerca de 46,42% dos enfermeiros

realizam a desinfecção pré-operatória de pele antes da cirúrgica e que apenas 51,37 % realizam sempre uma higienização adequada das mãos. **Conclusões:** O referido estudo evidenciou práticas de enfermagem inadequadas no que respeita à prevenção de ILC. Os resultados indicam que menos de metade dos enfermeiros tem boas práticas na prevenção de ILC, identificando o conhecimento insuficiente, falta de recursos e de financiamento, sistemas de auditoria e vigilância insuficientes. No entanto, existem inúmeros fatores que podem influenciar o aparecimento de infecção e não foram explorados no estudo. Após a conclusões do mesmo foi proposto um Modelo PEAK, a implementar em cada hospital, para melhorar as práticas de enfermagem.

Artigo 4. Título: “Influência da eficácia da Gaze esterilizada e embalada individualmente Vs. Gaze esterilizada, mas não embalada, na incidência de infecção do local cirúrgico, em serviços de cirurgia.”

Autor: Nemkholam Chongloi, Anurag Srivastava. **Local/Ano:** Nova Deli/2017. **Objetivo do estudo:** Determinar a eficácia de utilização de gaze esterilizada e embalada individualmente em detrimento de gaze esterilizada, mas não embalada, na incidência de ILC. **Desenho do Estudo:** Durante o período do estudo (agosto a outubro de 2015) foi utilizado unicamente gaze estéril embalada individualmente na realização dos pensos. **Intervenções:** Durante o período do estudo, todas as equipas foram instruídas para utilizar unicamente gaze esterilizada embalada individualmente. **Resultados:** A incidência de infecção foi avaliada através do relatório de infecção associada aos cuidados de saúde, elaborado pelo hospital. A utilização de gaze esterilizada embalada individualmente, na realização dos pensos, diminui a incidência de ILC, reforçando a necessidade de técnica asséptica. **Conclusões:** A análise dos resultados mostra que houve redução significativa (cerca de 50%) na ILC com a utilização de gaze esterilizada com embalagem individual.

Artigo 5. Título: “Prevenção de infecção no local cirúrgico: Quais são as lacunas nos hospitais vietnamitas?” **Autores:** Nguyen Viet Hung, Truong Anh Thu, Tetsuva Yagi, Nobuyuki Hamajima, Nguyen Quoc Anh. **Local/Ano:** Vietname, 2016. **Objetivo do estudo:** Avaliar a adesão dos elementos da equipa cirúrgica e doentes no controlo e prevenção de ILC, nos hospitais Vietnamitas. **Desenho do Estudo:** Foi realizada uma pesquisa observacional, em todos os doentes cirúrgicos eletivos, visando examinar práticas na prevenção de ILC. Foram excluídas cirurgias /procedimento de emergência. Os formulários de pesquisa foram preparados por uma equipa de especialista em controlo de infecção e um cirurgião, baseados nas diretrizes da OMS. **Participantes:** Foram incluídos no estudo hospitais de nível nacional e provincial/municipal. Os formulários de pesquisa foram enviados para 109 hospitais em todo o país, dos quais 21 aceitaram participar. Destes, foi selecionado aleatoriamente 1 hospital de nível provincial/municipal

e 1 de nível nacional. Dentro de cada nível de hospital foram escolhidos dois hospitais. Os procedimentos cirúrgicos por ano variaram de 3500 a 14688. Para avaliar a preparação do doente cirúrgico, foram escolhidos 568 doentes eletivos, no período de novembro de 2009 a fevereiro de 2010. **Intervenções:** Foram realizadas observações diretas em cada sala de operações, de cada hospital, num total de 279 observações. Os dados foram recolhidos por um elemento de controlo de infeção e uma enfermeira de cirurgia, transcritos a partir da gravação de entrevista diretas aos doentes selecionados. Foi incluído no formulário, as características do doente; tipo de cirurgia; classificação da ferida; Score ASA; método e tempo de tricotomia pré-operatória e realização do banho pré-cirúrgico, em todos os doentes com cirurgia eletiva. **Resultados:** Os dados foram tratados estatisticamente através do programa SPSS. Nos quatro hospitais foram entrevistados, um total de 568 doentes cirúrgicos eletivos. Dos mesmos, 304 (53,5%) são do sexo masculino e 264 (45,5%) do sexo feminino, com uma média de idades de 48 anos (13-89 anos). Dos 568 doentes, 326 (57,4%) tomaram banho pré-operatório. Salienta-se que nenhum dos doentes tomou banho com solução antisséptica. Porém, 54 (16,6%) doentes receberam instruções sobre a higiene oral. A água do banho em 266 (81,6%) foi fornecida pelas instalações do hospital e 292 (89,6%) tomaram banho na noite antes da cirurgia. A pontuação mediana para o banho pré-operatório foi baixa (2,0 de 0-4,0). A análise estatística revela que o método do banho varia substancialmente de instalação para instalação. A tricotomia foi efetuada em 122 (21,5%) dos 568 doentes. Destes, 74 (60,7%) tinham a mesma realizada em ou ao redor do local de incisão, se esta interferisse na mesma. 71 (58,2%) usaram lâmina e 74 (60,7%) fizeram-no imediatamente antes da cirurgia. A pontuação atribuída à tricotomia foi máxima de 5 (0-5,0). Um total de 864 membros da equipa cirúrgica realizaram a higiene cirúrgica das mãos. Foram observadas 5509 voltas dos mesmos, nos quatro hospitais participantes. A porta da sala operatória, foi aberta uma média de 19.8 (5509/279) vezes, sendo que os elementos mais comuns são enfermeiros e estudantes de medicina. A prática menos frequente foi a lavagem pelo menos 3 minutos com antisséptico (145 – 16,8%) e esfrega sem escova (199-23,0%). A secagem das mãos e antebraço foi feito corretamente em 523(60,5%). Quase todos os elementos da equipa cirúrgica (815-94,3%) removeram anéis, pulseiras e relógios. A pontuação para a higiene das mãos foi baixa (2-0-5,0). A pesquisa mostrou que houve uma associação significativa entre a pontuação da higiene cirúrgica das mãos com a ocupação e tipo de hospital. A conformidade com o vestuário cirúrgico variou consideravelmente, sendo notória a diferença entre hospitais e atividade profissional. Os anestesistas apresentam pontuação mediana significativamente maior que outros profissionais. **Conclusão:** Foram encontradas lacunas significativas entre as práticas recomendadas pelas diretrizes e a execução das mesmas. Apesar da evidência de que o banho antisséptico na noite anterior à cirurgia, reduz a microflora e o risco de

infecção do local cirúrgico, apenas 326 (57,4%) dos doentes entrevistados tomaram banho. A disponibilidade insuficiente e o acesso limitado a instalações de banho e agente antisséptico com um amplo espectro, são as principais razões para a não adesão do doente. As instituições deverão promover uma maior educação do doente e melhorar o apoio financeiro para colmatar esta lacuna. A tricotomia também foi efetuada de forma inadequada, pois existe uma longa tradição de barbear o local cirúrgico, sendo necessário, maior número de enfermeiros com conhecimentos adequados, que possam supervisionar a técnica. A criação de um sistema multidisciplinar de formação, definição de estratégias e liderança, seria importante para melhorar intervenções na prevenção de ILC.

Artigo 6. Título: “Sinais Vitais: Prevenindo Infecções Resistentes a Antibióticos em Hospitais- Estados Unidos, 2014.” **Autor:** Lindsey M. Weiner; Scott K. Fridkin; Zuleika Aponte-Torres; Lacey Avery; Nicole Coffin; Margaret A. Dudeck; R. Edwards; John A. Jernigan; Rebecca Konnor; Minn M. Soe; Kelly Peterson; L. Clifford McDonald. **Local/Ano:** Estados Unidos/2014. **Objetivo do estudo:** Descrever a evolução na redução de IACS nos Estados Unidos, assim como a frequência com que seis bactérias resistentes a antibióticos são identificadas entre as IACS. **Desenho do Estudo:** Durante o ano de 2014, foram relatados no NHSN (National Healthcare Safety Network), infecções da corrente sanguínea associada a cateter venoso central, infecção do trato urinário associado a algaliação e infecção do local cirúrgico, de hospitais de 50 estados de Colômbia e Porto Rico. Os dados encontrados foram comparados estatisticamente com base de dados padronizada, tendo em conta os fatores de risco, utilizando as definições padrão do NHSN. Dados dos patógenos e sua suscetibilidade foram fornecidos por um laboratório de microbiologia clínica designado. Apenas poderiam ser relatados três patógenos por IACS. Os resultados de cada patógeno foram relatados como “suscetíveis”, “Intermediário”, “resistente” ou “não testado”. **Participantes:** Participaram 50 hospitais de cuidados agudos, incluindo hospitais com cuidados críticos, hospital de cuidados agudos de longo prazo e cuidados continuados de reabilitação. **Intervenções:** O estudo foi desenvolvido ao longo do ano de 2014. Destacando que, no hospital de cuidados agudos de curto prazo, período de recolha de dados base foi de 2006-2008, para a infecção da corrente sanguínea associada a cateter venoso central e infecção do local cirúrgico, o ano de 2009 para infecções do trato urinário associado a algaliação e o ano de 2010-2011 para infecções com *Clostridium difficile*. Nos hospitais de cuidados agudos de longo prazo e de cuidados de reabilitação, o período de referência é 2013. Os dados de infecção do local cirúrgico estão associados a 10 procedimentos, realizados em centros cirúrgicos referentes ao ano de 2014. Os fenótipos encontrados revelam a urgente preocupação com *Enterobacter* resistente a carbapenemes, *Staphilococcus aureus* resistentes à metilcilina, *Enterococcus* resistentes à vancomicina e beta- lactamases de espectro alargado, como *Pseudomonas auginosa*

multirresistente e *Acinetobacter* multirresistente. Os padrões de definição de fenótipos multirresistentes a fármacos, foi baseada nas definições do CDC (Centers for Disease Control and prevention). **Resultados:** Em 2014, cerca de 4.000 hospitais de cuidados agudos (3.655 relataram dados de infecção da corrente sanguínea associada a cateter venoso central, 3791 relataram dados sobre infecção do trato urinário associado a algaliação, 3994 relataram infecção por *Clostridium difficile*, e 3618 relataram ILC), 501 hospitais de cuidados agudos de longo prazo e 1.135 internamentos de reabilitação, contribuíram com dados. Nos hospitais de cuidados agudos foram relatadas 17758 infecções da corrente sanguínea associada a cateter venoso central, 35760 infecções do trato urinário associado a algaliação, 101074 infecções hospitalares por *Clostridium difficile* e 15927 ILC, nos procedimentos selecionados. Em relação ao agente patógeno, nos diferentes tipos de infecção, verificou-se que 47,9% infecções por *S. aureus* foram resistentes à metilcilina, 29,5% das infecções por *Enterococcus* eram resistentes à vancomicina, 17,8% das Enterobacterias eram do fenótipo beta-lactamase de espectro alargado, das quais 3,6%, resistentes aos carbapenemes, 15,9% *Pseudomonas aeruginosa* e 52,6% das espécies de *Acinetobacter* foram resistentes a multidrogas. As bactérias variaram de acordo com o procedimento e tipo de instalação. No geral, entre hospitais de cuidados agudos de curto prazo, 14% de todas as IACS foram causadas por uma das seis bactérias causadoras de resistência a antibióticos, incluindo 18% das infecções da corrente sanguínea associada a cateter venoso central (3.348 de 18.373), 15% de ILC (2.583 de 17.512), 10% de infecções do trato urinário associado a algaliação (3.601 de 34.621). Entre os hospitais de cuidados agudos de longo prazo, 28% das infecções da corrente sanguínea associada a cateter venoso central (808 de 2.873) e 29% de infecções do trato urinário associado a algaliação (1.251 de 4.293) foram causados por um desses organismos, e entre os estabelecimentos de reabilitação, 12% das infecções da corrente sanguínea associada a cateter venoso central (164 de 1.349) foram causadas por uma dessas seis bactérias. Em suma, 79021(14,9 %) IACS relatadas foram devido a um agente patógeno resistente a antibióticos. **Conclusões:** Nos Estados Unidos, aproximadamente 2 milhões de pessoas são infetadas com microrganismos resistentes a antibióticos, das quais aproximadamente 23000 morrem. Este é o primeiro relatório a relacionar dados nacionais sobre bactérias resistentes a antibióticos com a melhoria na prevenção de IACS. Em 2014, a incidência de infecção da corrente sanguínea associada a cateter venoso central reduziu 50%, durante o período de 2008-2014, atingindo a meta planeada em 2013. Este fato assume-se de elevada relevância devido à elevada morbidade, mortalidade e excesso de custos associados, que estão parcialmente relacionados com a frequência com que *Staphylococcus aureus* resistente à metilcilina, *Enterococcus* e beta-lactamase de largo espectro resistente à vancomicina, causam essas infecções. As infecções do trato urinário associado a algaliação diminuiu 5%, nos hospitais de cuidados agudos, no período de 2013-2014. A colaboração entre diferentes intervenientes, como

Departamento da Saúde dos Estados Unidos, incluindo o CDC, o Escritório do Secretário Assistente de Saúde, os Centros de Medicare e Medicaid Services e a Agência de Pesquisa em Saúde e qualidade, foram importantes para o sucesso. O *Clostridium difficile* foi identificado recentemente como o agente patógeno mais comum nos hospitais de cuidados agudos, sendo responsável por 453000 infecções, das quais 29000 doentes morreram no prazo de 30 dias após o diagnóstico, no ano de 2011. A infecção por *Clostridium difficile* diminuiu 8 % no período de 2011-2014, no entanto no ano de 2013-2014 aumentou 4%. É necessário melhorar a administração antibiótica e a prevenção da disseminação de bactérias resistentes a antibióticos, dentro e entre instalações. As medidas preventivas devem ir de encontro às indicações e orientações recomendados. O CDC está a definir e implementar estratégias direcionadas para a identificação de lacunas no controlo de infecção, assim como reduzir a necessidade de antibióticos utilizados no tratamento, através da implementação de programas hospitalares de administração de antibióticos. Em conjunto com a prevenção de IACS e administração de antibióticos, a terceira estratégia necessária é a prevenção de transmissão. Para isso, médicos, enfermeiros, profissionais de saúde e líderes de cuidados de saúde, precisam melhorar a higiene das mãos, a limpeza das salas e uso de equipamentos de proteção individual. A partilha de informações, práticas especializadas e liderança regional, com atividades coordenadas pode ter um impacto maior na prevenção da transmissão e infecções com bactérias resistentes aos antibióticos.

3.4.1.2. Discussão dos resultados

Os artigos estudados evidenciam a enorme dimensão que a problemática de ILC, pode abranger. A crescente preocupação Mundial revela-se com a realização de estudos em vários locais e países. As ILC podem assumir números assustadores, realçando a importância da atuação multidisciplinar em que gestores e líderes devem definir estratégias e metas a atingir, baseado nas mais recentes evidências, pelas equipas, na melhoria da qualidade dos cuidados (artigo 2). A criação de programas de prevenção de IACS, identificado como um problema de saúde pública aponta que é necessário reunir esforços para uma abordagem coordenada entre muitas Instituições (artigo 2, 5,6). O financiamento de Instituições públicas é fundamental para a melhoria de infraestruturas que promovem a saúde e segurança do doente. No entanto, a melhoria dos resultados, pode ser obtida através de medidas de precaução básicas (artigo 1), que são em muitos locais, remetidas para segundo plano (artigo 1, 3,4 e 5). Os resultados (artigo 3, 4 e 5) indicam que menos de metade dos enfermeiros tem boas práticas na

prevenção de ILC, sendo que identificam o conhecimento insuficiente, falta de recursos e de financiamento, sistemas de auditoria e vigilância insuficientes, no entanto este deverá assumir-se como uma problemática multidisciplinar, incluindo o doente (artigo 3,5 e 6). Além da prevenção de IACS e a correta administração de antibióticos, é crucial a prevenção de transmissão de microrganismos, para diminuir a resistência aos antibióticos e a multiplicação de microrganismos patogénicos resistentes a multidrogas (artigo 6). Para isso, médicos, enfermeiros, profissionais de saúde e administradores de cuidados de saúde, precisam melhorar a higiene das mãos, a limpeza das salas e o uso de equipamentos de proteção individual e as políticas de atuação, através da partilha de informações, práticas especializadas e liderança regional, tendo por base evidências científicas.

Tal como identificado nos artigos descritos, Portugal apresenta elevadas taxas de resistência aos antimicrobianos, observando-se igualmente grande prevalência de infeções provocadas por *Staphylococcus aureus* metilcilina resistente, assim como aumento do número de infeções provocadas por Enterobacterias resistentes a Carbapenemes (Sousa, 2015). Apesar dos esforços desenvolvidos, em termos estruturais e funcionais com a criação de grupos coordenadores, é necessário continuar a investir em programas de controlo de infeção que invistam na formação das equipas, revelando medidas de prevenção da contaminação e transmissão. É fundamental implementar Guidelines que promovam práticas de cuidados seguras e de qualidade.

3.4.2. Instruções de trabalho

Após a revisão da literatura, a sua confrontação com as *Guidelines* Internacionais e Normas Nacionais, foi elaborado uma IT sobre prevenção de ILC.

A sua construção visa uniformizar e adequar procedimentos, pelos vários elementos da equipa. O documento foi elaborado segundo as normas da elaboração de documentos em vigor na Instituição.

A implementação das recomendações e a uniformização de procedimentos, são de cariz simples e exequíveis, no entanto, poderão fazer toda a diferença na ocorrência de ILC. Os cuidados com o banho pré-cirúrgico (incluindo higiene oral) e a avaliação glicémica, a todos os doentes, programados para cirurgia eletiva, são intervenções importantes que devem ser destacadas.

Estruturalmente, é constituída por sete capítulos.

O primeiro capítulo identifica os objetivos da IT. De seguida, o segundo capítulo faz a referência aos documentos de apoio, usados para a realização e construção da IT, sumária definição de conceitos

inerentes à problemática e identificação de Siglas. No terceiro capítulo é feita a descrição da problemática e das recomendações a seguir. Descrevem-se, ainda, alguns cuidados de âmbito geral.

Na continuação do mesmo, no capítulo 4, são definidas as responsabilidades na execução de tarefas, no que respeita a supervisão do banho, realização de pensos, colheita de exsudado para análise e diagnóstico de infeção. O capítulo 5 diz respeito aos Registos, onde é feita a identificação do mesmo e a periodicidade de arquivo. Segue-se o sexto capítulo, com a identificação de alterações, onde consta a periodicidade de revisão da IT e finalmente, o sétimo e último capítulo, diz respeito à identificação dos intervenientes que realizaram, revisaram e autorizaram o documento.

Os resultados, esperados a longo prazo, pretendem diminuir a % de ILC, como evento adverso que afeta negativamente a segurança do doente. É necessário criar uma cultura de segurança para que a prevenção e o controlo das IACS sejam encarados como parte integrante das atividades diárias, tornando-se uma mais valia para a qualidade dos cuidados e para a segurança dos doentes.

Denotando a necessidade de avaliação da glicemia capilar, no período peri operatório, a todos os doentes internados eletivamente, foi necessário a criação de uma IT sobre a **“Administração de Insulina de ação curta”**, por não existir nenhuma IT no serviço.

Para a sua construção foram consultados documentos de referência Nacional e outras IT existentes noutros serviços da Instituição. Tal como a IT anterior, segue as regras de elaboração de documentos, em vigor na Instituição. É constituída por sete capítulos. Assim sendo, o primeiro identifica os objetivos traçados e o segundo capítulo faz a identificação dos Documentos de referência utilizados e uma breve descrição de conceitos e siglas. No capítulo 3, é feita uma breve descrição com enquadramento da problemática e proposta uma grelha de administração de insulina de ação curta baseada no valor da glicemia capilar. O capítulo seguinte define responsabilidades de atuação, no que respeita à avaliação da glicemia, administração de insulina e ajuste terapêutico. O capítulo 5 diz respeito aos Registos, onde é feita a identificação da IT e sua periodicidade de arquivo. Segue-se o sexto capítulo, com a identificação de alterações, onde consta a periodicidade de revisão da IT e finalmente, o sétimo e último capítulo, diz respeito à identificação dos intervenientes que realizaram, revisaram e autorizaram o documento.

3.4.3. Lista de Verificação pré-cirúrgica

No decorrer do Estágio final, foram identificadas algumas situações que poderiam pôr em causa a segurança do doente e a qualidade de cuidados prestados. Destacam-se essencialmente falhas na comunicação entre as equipas do serviço (Assistentes operacionais, enfermeiros e médicos) e outros serviços, nomeadamente o bloco operatório. No sentido de tentar colmatar esta lacuna foi construída uma **“Lista de Verificação Pré cirúrgica”**. A sua construção foi feita tendo por base o PNSD (2015), Normas nacionais, referentes à Identificação inequívoca de doentes, consentimento informado e cirurgia segura. Esta encontra-se informatizada, podendo posteriormente ser retirados dados para controlo estatístico. É constituído por 3 partes. A primeira parte, de escrita livre, refere-se à identificação do doente, motivo de admissão, cirurgia proposta, antecedentes clínicos relevantes e medicação de ambulatório. A segunda parte é formada por 12 perguntas de resposta rápida (Sim/Não), com alguns pontos de resposta aberta. As perguntas pretendem dar resposta a procedimentos de identificação do doente (processo clínico, identificação doente com pulseira e consentimento informado assinado), procedimentos de rotina relacionados com a prevenção de complicações (rotinas pré-operatórias/exames complementares de diagnóstico, profilaxia tromboembólica, administração de antibiótico e alergias medicamentosas) e procedimentos relacionados com rotinas pré-operatórias de prevenção de ILC (banho pré-operatório, remoção de joias e próteses). Na terceira parte, de registo livre é pedido o registo de sinais vitais (tensão arterial, frequência cardíaca, saturação periférica de oxigénio e temperatura e glicémia capilar). É, ainda possível a adição de informações extra/pertinentes.

Após a construção dos vários documentos foi proposta reunião com enfermeira chefe, onde os mesmos foram apresentados. De seguida foram propostas e discutidas com a equipa médica, na pessoa de diretora clínica, e alterados alguns pontos, de modo a reunir consenso.

3.4.4. Divulgação dos documentos criados

As IT's e a Lista de verificação pré-operatória foram apresentadas através de formação em serviço.

A sessão de formação desenvolvida foi dividida em duas partes (Apêndice XI). Uma primeira parte com conteúdos teóricos, que incluíam o processo de cicatrização, tipos de cicatrização, fatores de risco e fatores predisponentes para a ocorrência de infeção (doente/cirurgia/outros). Numa segunda parte, foi apresentado as IT's e discutida a sua operacionalização. Foi ainda apresentada a Lista de verificação pré-operatória e recolhidas sugestões de melhoria da mesma.

Como não foi possível todos os elementos da equipa estarem presentes, foi criado um dossier de apoio onde se encontram os documentos construídos e os diapositivos da apresentação da formação em serviço.

Após ter reunido consenso e feito ligeiras alterações sugeridas pela equipa, as IT'S foram enviadas para o Gabinete de Garantia e Promoção de Qualidade da Instituição, para a sua revisão e aprovação.

3.4.5. Artigo científico sobre o PI

Finalmente e como elemento integrante da avaliação do Estágio final foi elaborado um artigo científico do PI. Este artigo descreve as várias fases que envolveram a criação e implementação do mesmo já descritas anteriormente. O artigo subordinado ao tema: "Prevenção de infecção do local cirúrgico: implementação de uma instrução de trabalho", foi pensado e formatado de acordo com as regras da Revista RIASE. Assim sendo, apresenta-se com o Abstract/Resumo e de seguida faz a introdução ao tema, onde é contextualizada a problemática em estudo e definidos objetivos. A metodologia, a seguir, indica as intervenções realizadas para a implementação do PI. Segue-se a apresentação dos resultados obtidos através do desenvolvimento do PI, e por fim tecem-se breves considerações finais, sobre a importância das IT's e o seu contributo na redução de ILC.

4.COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

O ensino clínico é um momento fundamental e diferenciado de formação, com forte impacto nos círculos pessoais e profissionais dos alunos. A mudança dinâmica que se sente, hoje nas instituições de saúde, ancorada nas alterações dos padrões de saúde-doença, crescentes exigências sociais, formas alternativas de organizar o trabalho, formação dos profissionais de saúde e introdução de novas tecnologias, os enfermeiros necessitam de repensar o seu desenvolvimento profissional (Abreu, 2007).

Benner (2001) refere que as competências não são inatas, são sim adquiridas e desenvolvidas, melhorando com o tempo. Deste modo, é estabelecido que o enfermeiro especialista necessita de um período de formação, para que possa desenvolver as competências inerentes à sua categoria.

A competência não é explicada por nenhuma fórmula científica. Atinge-se com o tempo, pelo investimento pessoal, pela vivência de situações profissionais e pela relação de ajuda profissional entre pares que trocam experiências e estabelecem uma relação que pretende culminar com a obtenção de um profissional de enfermagem competente para a nossa equipa e para a classe profissional.

A Enfermagem congratula-se por ser uma profissão nobre aleada à constante excelência, que deverá ser sempre o ponto-chave para o caminho da progressão e constante melhoria.

Os Recursos utilizados, para alcançar competências preconizadas pelo MEEEMCPSC, foram comuns a todas elas e são apresentadas em seguida. São eles:

- Recursos físicos: Locais onde se irá realizar o Estágio Final: Serviço de UCIDEM e Serviço de CAE, do Hospital Dr. José Maria Grande de Portalegre.
- Recursos Humanos: Enfermeira orientadora, Equipas de Enfermagem, Médica e de Assistentes Operacionais e pessoa/família a que se prestaram cuidados;
- Temporais: Período de estágio: 19 de setembro a 22 de dezembro de 2017 (UCIDEM) e de 2 a 27 de janeiro 2018 (CAE).

Foi ainda usado como recurso, o material explanado e produzido no decorrer da componente teórica do curso, assim como formação anterior ao curso de MEEEMCPSC.

De forma a atingir os objetivos delineados e após diálogo com as enfermeiras orientadoras, decidi focar a minha prestação de cuidados, sempre que possível, ao doente crítico do foro cirúrgico.

No geral, os objetivos programados foram alcançados e as competências descritas no Projeto de Estágio desenvolvidas e adquiridas.

4.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Segundo o Regulamento das Competências comuns do enfermeiro especialista (2010), o enfermeiro especialista é aquele que possui conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção. As competências do enfermeiro especialista decorrem do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais (Ordem dos Enfermeiros [OE],2010).

Independentemente da área de especialidade, todos os enfermeiros especialistas partilham de um grupo de domínios, consideradas competências comuns, aplicáveis a todos os contextos de prestação de cuidados de saúde, sejam eles em cuidados de saúde primários, secundários e terciários (OE,2010). São quatro, os domínios comuns do enfermeiro especialista e englobam:

- Responsabilidade profissional, ética e legal;
- Melhoria contínua da qualidade;
- Gestão de cuidados;
- Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

O enfermeiro especialista, através da certificação de competências clínicas especializadas demonstra ser detentor de um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica. As competências descritas são subdivididas em unidades de competências, onde são descritas de modo claro, as intervenções a realizar e os respetivos critérios de avaliação (OE,2010).

• **Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal:**

- a) Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;

b) Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Para a aquisição desta competência foram definidas as seguintes atividades:

- Demonstrar um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica;
- Participar, com a equipa multidisciplinar na tomada de decisão;
- Praticar cuidados envolvendo doente/família na tomada de decisão, sempre que possível, incorporando elementos de enquadramento jurídico no julgamento de enfermagem;
- Demonstrar respeito pelo doente, pelas suas crenças e costumes;
- Refletir com a enfermeira orientadora sobre os cuidados prestados e decisões tomadas.

A enfermagem é uma profissão que assenta em pressupostos éticos e morais que visam a proteção e a dignidade da pessoa humana.

O internamento hospitalar representa uma situação de *stress*, para o doente e seus familiares. É uma experiência assustadora, com sentimentos de solidão e ansiedade, independentemente da idade da pessoa hospitalizada. O desconhecimento da doença, num ambiente institucional e impessoal asseverado de procedimentos médicos e pessoas estranhas, que subjugam a sua entidade enquanto pessoa, torna o internamento como uma experiência aterradora.

Muitas vezes somos confrontados com situações imprevistas, que parecem simples, mas que, no entanto, exigem de nós decisões rápidas e ponderadas. A qualidade dos cuidados de enfermagem implica, não só, o conhecimento científico e a necessidade de adequá-lo a cada pessoa, mas também a liderança para essa mesma qualidade. Assim, a OE (2001), ao descrever os Padrões de Qualidade dos Cuidados de enfermagem, refere que no âmbito do exercício profissional, o enfermeiro distingue-se pela formação e experiência que lhe permite compreender e respeitar os outros numa perspetiva multicultural, num quadro onde procura abster-se de juízos de valor relativamente à pessoa cliente dos cuidados de enfermagem.

Os padrões éticos profissionais assentam num conceito moral básico que é a preocupação com o bem-estar de outros seres humanos. Não basta a qualidade científica ou a técnica, pois somos gente que cuida de gente, pelo que se exige uma qualidade humana e humanizadora, como refere Nunes, Amaral e Gonçalves (2005).

Os princípios éticos nos cuidados de saúde são essenciais para a orientação das decisões clínicas. Estes princípios abordam conflitos morais e dilemas éticos na saúde, esclarecendo as práticas, decisões e procedimentos.

A pessoa como ser único e individual, deve de ser respeitada como tal. Deve participar ativa e conscientemente, em todas as tomadas de decisão inerentes à sua situação de saúde.

Enquanto enfermeiros, devemos pensar na pessoa que cuidamos de forma holística, tendo em atenção o respeito pela pessoa que se encontra aos nossos cuidados, não como um meio, mas como o fim das nossas ações. A consciência de nós próprios, enquanto pessoa e profissional, leva-nos ao encontro do outro, como pessoa em situação de fragilidade e é do resultado desta interação, que acontece o crescimento mútuo. O saber ser e o saber estar, traduz se em cuidados de maior qualidade e confiança.

É fulcral a tomada de consciência das nossas ações e a sua implicação para com o outro, pois ao lidar com o doente crítico, é essencial perceber até onde deve e pode ir a nossa atuação.

A tomada de decisão de maior complexidade pela equipa de enfermagem, é acometida por processos de ética complexos e ponderados, pois os cuidados de enfermagem estão envoltos numa relação interpessoal, onde a informação e o consentimento livre e esclarecido devem ser uma constante.

A prática de cuidados seguros, tendo por base conhecimentos teórico-práticos, denota respeito pela privacidade e dignidade da pessoa, fortalece a nossa ação e permite-nos prosseguir na caminhada exigente rumo à excelência do cuidar, assumindo-a como um valor da profissão.

Pessoalmente, tenho procurado estar dotada dos mais recentes conhecimentos relativamente à minha área de atuação. Este fato permite uma tomada de decisão consciente, respeitando o doente na sua individualidade, baseando a prática em evidências científicas, sempre guiada pelos princípios éticos intrínsecos à profissão. No entanto, nem sempre é possível estabelecer uma relação de confiança e empatia, passível de produzir ganhos em saúde, pois as nossas características pessoais podem não ser as mais adequadas para aquele doente. É preciso perceber o impasse e encaminhar o doente para outro enfermeiro ou profissional de saúde. Visivelmente, as intervenções planeadas atingem com maior facilidade o sucesso, quando para além da equipa de enfermagem, são discutidas em conjunto com o doente e sua família.

Geralmente, as equipas de enfermagem são constituídas por elementos de distintas faixas etárias, alguns com vários anos de experiência outros recém-formados, formando um grupo extremamente rico na partilha de experiências e vivências, que facilitam em muitas situações, a tomada de decisão.

Enquanto elemento da equipa multidisciplinar, o enfermeiro colabora, nas decisões da equipa multidisciplinar, com vista a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Não é uma tarefa fácil

colaborar enquanto “aluna” neste aspeto, uma vez que tive de me integrar na equipa num curto espaço de tempo, mas penso ter conseguido atingir esse objetivo e contribuído para a tomada de algumas decisões na equipa, especificamente a nível do planeamento, execução e reavaliação dos cuidados.

Ao longo do Estágio final, integrei a equipa do serviço que me acolheu. O período de integração inicial é fundamental para a perceção da dinâmica do serviço, enquanto grupo, assim como o seu funcionamento e articulação entre os vários elementos. É notório que com o avançar dos dias, a nossa confiança e a dos outros para connosco vai aumentando. É elemento facilitador na participação de tomada de decisões, em que a nossa opinião é tomada em conta.

A informação é um dever, um respeito para com a autonomia, a dignidade e a liberdade do doente. Só após este se encontrar devidamente informado e esclarecido pode decidir em plena consciência e determinação. Diariamente, tento reger-me por este princípio, fazendo com que o doente permita as intervenções e procedimentos, porém numa UCI, este encontra-se muitas vezes limitado pois a maioria dos doentes encontra-se ventilado. Num ambiente, com uma vertente técnica muito grande creio ser fácil descuidar alguns aspetos de atuação na área de enfermagem, como o cuidar. A humanização dos cuidados é essencial, sobretudo num serviço com estas características, para a obtenção de melhores resultados e da qualidade dos cuidados. Tentamos fazer constantemente a conexão com a realidade, que por entre um monte de fios, monitores com alarmes a apitar, e uma vasta gama de seringas e perfusões, existe um ser humano, que nós cuidamos e que a família ama. É necessário encorajar a família a falar e a tocar, como incentivo e apoio ao seu familiar doente.

A reação dos familiares pode-se apresentar de forma variada, como aceitação, indignação, pena, curiosidade, apreensão, que irá influenciar negativa ou positivamente o internamento, pois esta desempenha um papel fundamental na adaptação do doente ao hospital. Estes representam, muitas vezes um desafio, pois existe uma linha muito tênue que separa o doente da sua família, com um vasto leque de crenças, valores e aspetos culturais que têm de ser respeitados, alguns regidos e eventualmente, alguns desmitificados. Porém, estes podem apresentar-se como uma fonte rica de saberes, que contribuem para o nosso crescimento enquanto pessoa e profissional.

O ambiente de cuidados numa UCI pode ser extremamente hostil, quer para o doente quer para a sua família. É necessário elucidá-los, informá-los, reconfortá-los e respeitá-los nas suas crenças e valores, naquele que é um período conturbado da vida deles, sempre dentro do nosso campo de atuação. É preciso que haja consistência no fazer e no dizer, para que possam confiar na equipa que os assiste, de modo a assegurar a estabilidade emocional. Para isso, são necessárias atitudes que revelem respeito, disponibilidade, atenção, escuta e sensibilidade por parte do profissional, de forma a

estabelecer-se uma relação que permita aos familiares exporem as suas dúvidas, medos, incertezas e dificuldades sentidas nesta situação.

Cuidar de doentes ventilados e sedo-analgésicos foi sem dúvida um enorme desafio. Nunca tinha tido contato direto com os mesmos. Aproveitei ao máximo a experiência e investi muito no estudo, por forma a evitar o erro e a maximizar o campo de estágio. Neste cenário, em que o doente se encontra extremamente vulnerável, faz-se ainda mais sentir a necessidade de perceber o doente na sua individualidade, privacidade e respeito. A comunicação com o doente ventilado abrange um sentido mais amplo que a comunicação em geral. Implica um relacionamento enfermeiro/doente, integrando-se num processo terapêutico de interação, de ajuda, de afinidade, de conhecimento mútuo do doente/família, de respeito e de aceitação. A impossibilidade de o doente ventilado comunicar verbalmente coloca-o numa posição desconfortável, uma vez que torna difícil ao mesmo expressar os seus sentimentos, emoções, desejos e necessidades, colocando do lado do enfermeiro uma responsabilidade acrescida em aferir todas essas necessidades do doente. Para tal, a sensibilidade, perspicácia e persistência do profissional de enfermagem devem encontrar-se presentes. O doente ventilado, na impossibilidade de comunicar verbalmente, assume a expressão facial e o toque como instrumentos valiosos da comunicação.

Ao longo da minha formação e enquanto ser em constante construção, pretendo adquirir competências que me permitam desempenhar as minhas funções e consolidar conhecimentos para fazer face aos desafios profissionais do dia-a-dia. Saber-estar, saber-ser e saber-fazer, são domínios do processo de aprendizagem que nos acompanham ao longo de todo o percurso profissional, assim como o desenvolvimento da assertividade, pensar sobre o inesperado, torna o enfermeiro num profissional capacitado para compreender, decidir e atuar no momento. A reflexão sobre a nossa ação torna-nos conscientes do profissional que somos e das melhorias a realizar, por outro lado, ajudou imenso na criação de um pensamento e ação mais assertiva.

Na aquisição e solidificação de competências a este nível, a disciplina de Ética e Supervisão integrada na Pós-graduação de Supervisão Clínica (Escola Superior de saúde de Portalegre, 2013), assim como as disciplinas de Epistemologia, ética e direito e enfermagem, a disciplina de Enfermagem médico-cirúrgica 1, foram de extrema relevância, pois a reflexão proporcionada permitiu um crescimento profissional e pessoal que seria difícil de alcançar sem esse contributo. Também a disciplina opcional de Relação de Ajuda teve impacto positivo, essencialmente na tomada de consciência de nós próprios, enquanto pessoa e profissional. As disciplinas descritas anteriormente foram parte integrante da componente teórica do MEEEMCPSC.

Perante as atividades desenvolvidas, considera-se ter alcançado com sucesso competências deste domínio.

• **Competências do domínio da melhoria da qualidade:**

- a) Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;
- b) Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade;
- c) Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.

Para a aquisição desta competência foram definidas as seguintes atividades:

- Aceder à evidência científica e às normas necessárias para a avaliação da qualidade.
- Colaborar na realização de atividades na área da qualidade e em protocolos da qualidade com outras instituições.
- Identificar oportunidades, define prioridades e seleciona estratégias de melhoria.
- Elaborar guias orientadores de boa prática.
- Identificar possíveis situações que possam colocar em risco a segurança do doente

Desde os anos 80 que o ambiente da prática dos cuidados tem sido objeto de análise e tem vindo a ser referido como uma variável que influencia os resultados dos cuidados de enfermagem, pois a promoção de ambientes favoráveis pode ser fundamental para a otimização da qualidade dos cuidados (Lake, 2002, citado por Amaral & Ferreira, 2013).

Os resultados nesta área são um importante indicador de efetividade e da qualidade dos cuidados e devem ser considerados na gestão hospitalar para garantir a accountability (prestação de contas), num contexto internacional de redução de custos (Donabidean, 1992, citado por Amaral & Ferreira, 2013), o que implica uma maior responsabilização perante os utilizadores. A exigência de diminuição de custos pode fomentar políticas hospitalares potencialmente geradoras de repercussões negativas, nomeadamente na qualidade dos cuidados, na satisfação dos doentes e dos profissionais de saúde (Amaral & Ferreira, 2013).

De forma a diminuir a taxa de incidência de erros, aumentar a segurança do doente e elevar os níveis da qualidade dos cuidados prestados, o enfermeiro deve expandir e evoluir-se para níveis mais

rigorosos do conhecimento específico da disciplina. Para que este acompanhe a exigência que se enfrenta nas organizações de saúde, o enfermeiro deve prestar cuidados de elevado nível de efetividade, eficiência e baseados na melhor evidência disponível, direcionando estes cuidados aos doentes e famílias, para que estes, se sintam confiantes e seguros.

No decorrer do estágio final, consultei protocolos existentes no serviço, que para além de facilitar a integração, contribuíram para meu crescimento ao tomar conhecimento de procedimentos em voga no serviço e a executá-los de forma correta.

Perante uma vasta gama de procedimentos e situações desconhecidas, procurei conhecimentos através de bases de dados, científicas e com evidência reconhecida. Posteriormente, fiz a confrontação / reflexão da teoria com a prática, tendo a enfermeira orientadora e restantes elementos como intermediários. Esta procura ajuda-nos a consolidar o saber, aumenta a confiança e reduz a probabilidade de erro.

Foram discutidos outros projetos, com a enfermeira orientadora, com os quais o serviço poderia beneficiar, nomeadamente, programa informático de registos de enfermagem (registos em papel, restante processo com avaliação inicial e processo de enfermagem informatizado), o preenchimento da escala de Braden para a avaliação do Risco de desenvolvimento de úlceras por pressão, notificação de eventos adversos no SAGRIS.

Como grande contributo para a melhoria da qualidade foi elaborado o PI, descrito no capítulo anterior.

Colaborei, na divulgação de conhecimentos, que pretendem melhorar os cuidados ao doente crítico, do foro cirúrgico, através de formação em serviço, subordinado ao tema: “Prevenção de infeção da ferida cirúrgica”.

Ao refletir sobre a gestão de risco e criação de um ambiente terapêutico seguro, facilmente nos transportamos para a proteção da integridade física do doente. Os enfermeiros respeitam a integridade biopsicossocial, cultural e espiritual da pessoa, promovendo a sensibilidade, consciência e respeito pela sua identidade cultural, pelas necessidades espirituais do mesmo e sempre que possível, envolvendo a família. A sua componente física é apenas um pequeno fragmento que compõe a pessoa de quem cuidamos (OE, 2006). No entanto, é necessário assegurar a prevenção de complicações associadas ao internamento, destacando a pneumonia associada ao ventilador, ILC e úlceras por pressão, entre outros.

A fim de minimizar o erro medicamentoso, a UCIDEM utiliza o Pyxis - sistema de fornecimento automatizado - que eu já tinha tido contato no estágio realizado anteriormente no Serviço de Urgência.

No entanto, tornava-se um pouco constrangedor pelo acesso limitado, por não ter senha se acesso, dependendo grandemente da enfermeira orientadora.

A farmacoterapia assume um papel importantíssimo no cuidado ao doente com falência multiorgânica, pois os fármacos são decisivos na recuperação dos doentes. Assim, para uma intervenção segura e sustentada, fiz um levantamento dos principais fármacos utilizados na unidade, consultei os vários protocolos terapêuticos existentes e efetuei um estudo mais aprofundado dos mesmos, considerando o grupo a que pertencem, a via de administração, os cuidados a ter na preparação e administração, os efeitos adversos, contraindicações e as interações medicamentosas. Pude constatar que os medicamentos mais utilizados pertenciam ao grupo dos antibióticos, antiarrítmicos, inotrópicos, vasopressores, benzodiazepinas e analgésicos.

Destaca-se o uso dos sedativos, pela frequência com que são utilizados, pois ajudam a manter a ventilação adequada através da diminuição do trabalho respiratório, particularmente nos doentes que frequentemente se desadaptam do ventilador. No entanto, quando estes não são suficientes, para facilitar uma ventilação adequada, pode ser necessário a paralisação neuromuscular com a administração dos curarizantes. Porém os curarizantes, apenas suspendem temporariamente o movimento dos músculos não inibindo o estado de vigília nem a dor que o doente possa sentir, pelo que não se deve negligenciar a sua avaliação. Esta foi uma das minhas preocupações durante o Estágio, uma vez que esta monitorização era efetuada de forma subjetiva, pela inexistência de escala de avaliação.

Para a aquisição destas competências foram de grande relevância as aulas e os trabalhos desenvolvidos no MEEEMCPSC, nas disciplinas de Gestão em saúde e Governação clínica, e de Políticas e Modelos de cuidados de saúde, pois forneceram ferramentas que permitiram identificar oportunidades de melhoria da qualidade, bem como a identificação e prevenção de potenciais riscos.

Perante as atividades desenvolvidas, considera-se ter alcançado com sucesso competências deste domínio.

• **Competências do domínio da gestão dos cuidados:**

a) Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional.

b) Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados

Para a aquisição desta competência foram definidas as seguintes atividades:

- Identificar com a enfermeira orientadora e a enfermeira Responsável, os recursos físicos, materiais e humanos existentes no serviço;
- Identificar os recursos existentes e necessários para prestar cuidados à pessoa e utiliza-os de forma adequada e eficiente;
- Colaborar com a equipa multidisciplinar, tendo sempre como meta a melhoria dos cuidados prestados aos doentes.

É extremamente difícil falar de Enfermagem sem ter em consideração os contextos que marcam a sua evolução. Gerir é imprescindível à existência, sobrevivência e sucesso de qualquer organização. Durante anos, as organizações de saúde não encararam este aspeto como fundamental. Atualmente, a carga crescente e incontrolável dos custos na saúde leva a que a função de gestão nestas organizações adquira um papel preponderante tanto ao nível da sua gestão de topo como da gestão dos processos de cuidados (Potra, 2015).

O conceito de gestão pode ser definido de diferentes formas consoante é entendido como uma arte, uma ciência, uma profissão ou um processo (Parreira, 2005, citado por Potra, 2015). Visa uma utilização eficiente, com vista à realização de objetivos de uma organização, através dos recursos disponíveis.

Os cuidados prestados na UCI, são altamente especializados e complexos, o que os torna demorados. É essencial, uma boa gestão do tempo e procedimentos a realizar, por forma a otimizar os cuidados. Este ponto foi melhorando, no decorrer do estágio, pois é normal demorar mais tempo inicialmente ao executar os procedimentos, como também aprendemos a ajustar, o mesmo, perante o tipo de doente com que nos deparamos.

O plano de trabalho é feito diariamente e em todos os turnos, consoante o número de elementos da equipa que entram ao serviço e só após a passagem de turno é que os doentes são distribuídos pelos enfermeiros, independentemente da sala onde estão localizados (intermédios ou intensivos).

Pude ainda, com a Enfermeira Responsável, fazer pedidos de material de consumo clínico.

Desde o primeiro dia de estágio, iniciei a prestação de cuidados dos doentes distribuídos à enfermeira responsável de turno/enfermeira orientadora, com a sua colaboração, sendo que após a

segunda semana, passei a prestá-los, de forma mais autónoma e integral, contando com a sua supervisão.

É exatável que o enfermeiro especialista seja capaz de otimizar o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão. Este é um processo complexo e requer para além de experiência, conhecimentos teóricos da matéria em questão e respeito pelos princípios éticos e deontológicos inerentes à profissão.

Delegar, nem sempre é fácil, pois inclui a responsabilização pelo mesmo, constituindo um dever deontológico do enfermeiro. Implica além do conhecimento daquilo que se delega, conhecer a quem se delega. É necessário transmitir a informação e garantir que a mesma foi compreendida. Pressupõe que haja orientação e supervisão do que foi delegado, nunca esquecendo que apesar de delegada a responsabilidade é partilhada (Nunes, Amaral & Gonçalves, 2005). Ao longo do meu percurso profissional, tenho tentado gerir recursos e definir prioridades, o que implica em muitos casos delegar e confiar nas capacidades do outro. Apesar de me ter sentido integrada na UCI, denoto que a delegação, era das tarefas mais difíceis de gerir, pois implica o conhecimento aprofundado do outro.

Muitas vezes existe escassez de recursos, o que torna premente a sua correta utilização, em prol da qualidade dos cuidados. Aqui, a liderança assume um papel importante, pois envolve motivação e orientação dos outros para atingir os objetivos propostos.

A realização de um PI implica sempre, que exista liderança, que ao ser eficaz, é essencial para uma mudança de comportamentos. A minha intervenção tem tido como objetivo, motivar para a mudança de comportamento, salientando as vantagens, que essas novas intervenções, simples e fáceis de executar, podem trazer se corretamente executadas.

Para a aquisição destas competências foram de grande relevância as aulas e os trabalhos desenvolvidos no MEEEMCPSC, nas disciplinas de Gestão em saúde e Governação clínica, e de Políticas e Modelos de cuidados de saúde.

Perante as atividades desenvolvidas, considera-se ter alcançado com sucesso competências deste domínio.

• **Competências do domínio das aprendizagens profissionais:**

a) Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.

b) Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

Para a aquisição desta competência foram definidas as seguintes atividades:

- Identificar e reconhecer as suas próprias limitações;
- Gerir emoções e sentimentos de modo a que estes não interferiram num cuidado adequado à pessoa/família;
- Realizar pesquisa de base científica e partilhar com a equipa os resultados encontrados;
- Expor dúvidas à enfermeira orientadora/ equipa de enfermagem;
- Colaborar com a equipa de enfermagem em formações existentes, em contexto clínico
- Rentabilizar as oportunidades de aprendizagem.

O enfermeiro, no decurso da sua experiência, forma-se no confronto com o contexto e com os outros, confronto este que só se traduz em mudança na medida em que se confronta permanentemente consigo próprio, filtrando, transformando e enriquecendo o seu património cognitivo e efetivo (Abreu, 2001). A reunião de todos estes saberes, necessários às atitudes de pensar, decidir e agir, indica-nos a noção de competência. Esta é essencial para assegurar o sucesso entre a teoria e prática, uma vez que, como refere Schön (1991, citado por Abreu, 2001) a teoria não é suficiente para assegurar uma prática de qualidade, assim como o contrário também não acontece. A experiência proporciona a integração da teoria na prática, no entanto será através da reflexão, que de forma cíclica e não linear, que há transformação do conhecimento.

A aquisição de competências a este nível deve-se particularmente ao investimento pessoal em manter atualizada cientificamente e por querer que o meu desenvolvimento profissional cresça com bases sólidas, acompanhado por autoconhecimento e maturação pessoal.

Todas as experiências, pessoais e profissionais contribuíram para a pessoa e profissional em que me transformei. Ser enfermeiro é exigente! Exige a aquisição de competências de âmbito emocional, comunicacional e relacional. Tenho direcionado a minha formação para áreas que me despertavam curiosidade ou por necessidade do serviço. A área do tratamento de feridas e o doente crítico cirúrgico, são sem dúvidas as que me despertam mais interesse.

O autoconhecimento afeta todos os aspetos da nossa vida, incluindo relações, habilidades funcionais e estado de saúde. Faz parte da nossa individualidade, implica uma autoavaliação nas dimensões física, emocional, intelectual e funcional, transformando-se ao longo do tempo e consoante o contexto

de cada situação. O conhecimento dos valores pessoais permite a base para reconhecer e desenvolver valores profissionais, que em última instância fornecem um guia para como exercemos enfermagem. É fundamental conhecermo-nos, para um bom desempenho das nossas ações, enquanto profissional, pois nem todos os dias temos o mesmo ânimo e motivação para lidar com determinadas situações, principalmente as que envolvem decisões complexas. Reconhecer que nem sempre somos capazes, é fulcral, e assume-se como um ponto de viragem para o trabalho de equipa, reconhecendo, no seu seio, alguém mais capaz, nesse momento. Reconhecer as minhas limitações, não me torna menos capaz, apenas me transforma numa pessoa.

Pede-se ao enfermeiro especialista, que apresente capacidade crítica e interventiva face às práticas da equipa, acrescentando a responsabilidade, de exigir de si, como também por ser o primeiro a elevar o nível de autoexigência com os cuidados prestados.

É natural existirem conflitos, no seio de uma equipa multiprofissional, em que é necessário integrar personalidades e saberes diferentes. O importante é que estes sejam resolvidos, esclarecidos e direcionados para mudanças positivas e construtivas.

Durante o estágio final, procurei fundamentar as etapas do processo de enfermagem (avaliação diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação) em conhecimentos científicos sólidos e atuais, oriundos de bases de dados, artigos e manuais recentes e credíveis. Apostei também na partilha com a enfermeira orientadora e com outros enfermeiros da equipa, dos conhecimentos adquiridos em várias áreas, debatendo a sua aplicabilidade na prestação de cuidados.

Assumi, particular dificuldade, na interpretação de traçados cardíacos. Para além da realização de eletrocardiograma, sempre que se justificasse, foram delineadas estratégias, de estudo, pela minha parte, enquanto que a enfermeira orientadora, fazia pequenos resumos da problemática em questão. Depois, criaram-se pequenos momentos formais, de discussão da teoria, que foi sempre complementada com a prática, tentando identificar o ritmo cardíaco dos doentes internados (uma vez que todos estão monitorizados). Culminando, com a pronta identificação de um ritmo peri paragem, que conduziu ao rápido início de manobras de suporte avançado de vida, embora o doente tenha vindo a falecer.

Todo a matéria lecionada no primeiro e segundo semestre do MEEEMCPSC teve impacto e contribuiu para a aquisição de novas e tão importantes competências.

Perante as atividades desenvolvidas, considera-se ter alcançado com sucesso competências deste domínio.

4.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA - PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

O doente crítico necessita de uma intervenção rápida e eficaz dos profissionais de saúde, tendo muitas vezes o enfermeiro um papel preponderante nesta abordagem. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica possui “competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade” (OE, 2015).

Segundo a OE (2010), “a pessoa em situação crítica 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”.

De acordo com o Regulamento nº 361/2015, os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados, prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, mantendo as funções básicas de vida. Estes cuidados exigem observação, colheita e procura contínua de forma sistemática e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações e de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil.

O enfermeiro especialista (OE, 2015) procura os mais elevados níveis de satisfação da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica, na excelência no exercício profissional. O empenho do enfermeiro especialista, tem como objetivo minimizar o impacto negativo na pessoa em situação crítica, provocado pelas mudanças de ambiente forçadas pelas necessidades do processo de assistência de saúde. A intervenção deverá ser precisa, eficiente, em tempo útil, eficaz e de forma holística. A gestão da comunicação interpessoal e da informação à pessoa e família face à complexidade da vivência de processos de doença crítica e ou falência orgânica, assume-se como elemento facilitador de todo o processo vivenciado.

Compete ainda ao Enfermeiro especialista (OE,2015), desenvolver capacidades no sentido de promover o potencial de saúde da pessoa que vivenciou processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica; o fornecimento de informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pela pessoa em situação crítica; promoção do potencial de saúde do cliente através da otimização do trabalho adaptativo aos processos de vida, crescimento e desenvolvimento; a avaliação de ganhos em conhecimentos e capacidades visando a educação da pessoa/família para a gestão de processos complexos decorrentes da situação crítica.

As competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem médico-cirúrgica incluem (OE, 2010b):

- Cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
- Dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação;
- Maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

Estas competências acrescem às competências do enfermeiro especialista e às competências do enfermeiro de cuidados gerais.

As três competências específicas referidas anteriormente dividem-se em várias unidades de competência, que por sua vez, se materializam em critérios de avaliação que são compreendidos como evidência do desempenho do enfermeiro.

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

Para a aquisição desta competência foram definidas as seguintes atividades:

- Identificar lacunas pessoais que poderão existir e que carecem de melhoria;
- Identificar recursos materiais existentes no serviço e modo de funcionamento dos mesmos;
- Avaliar o doente de forma holística;
- Avaliar e identificar possíveis focos de instabilidade da pessoa em situação crítica;
- Identificar evidências fisiológicas de dor no doente tendo em especial atenção quando este não é capaz de a verbalizar e administra medidas farmacológicas e não farmacológicas para alívio da dor;
- Planear atividades de modo a dar uma resposta eficaz às necessidades da pessoa em situação crítica;
- Aprofundar conhecimentos e habilidades na ventilação mecânica invasiva e não invasiva;
- Adequar a comunicação ao doente/família em situação crítica.

O enfermeiro especialista no exercício das suas funções, deverá ser um profissional reflexivo, capaz de mobilizar todo um leque de conhecimentos científicos, técnicos e relacionais, para prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, ao longo do ciclo vital.

Quando estamos perante doentes em situação de doença crítica é essencial e indispensável que o enfermeiro saiba utilizar equipamentos de alta complexidade aliados a outros instrumentos de trabalho como a experiência, a compreensão dos cuidados que presta, a sensibilidade e o relacionamento interpessoal terapêutico, com a finalidade de promover cuidados de qualidade. Deve, ainda, ter consciência de si próprio e assumir-se também como ser humano, capaz de sentir dor, cansaço e frustração. A gestão destes sentimentos, de forma positiva, é passível de criar uma relação mais empática e assertiva, com colegas, doentes e familiares.

O trabalho na UCIDEM é complexo e intenso, necessitando que o enfermeiro esteja preparado para a qualquer momento, prestar cuidados a doentes com alterações hemodinâmicas importantes, as quais requerem conhecimento específico e grande capacidade para tomar decisões e executá-las em tempo útil. O enfermeiro desempenha um papel extremamente importante, pois através das suas intervenções, monitoriza, identifica potenciais focos de descompensação e atua rapidamente na sua resolução, pela observação atenta do estado do doente. Administra medicação complexa e intervém para prevenir e/ou corrigir situações que possam ameaçar a vida. Neste sentido, o enfermeiro que exerce funções numa UCI necessita ser detentor de conhecimento científico, técnico e prático, que lhe permita tomar decisões rápidas e precisas e antecipatórias, diminuindo os riscos que ameaçam a vida do doente.

O estágio desenvolveu-se de forma progressiva, mas sempre com a preocupação constante do que representa ser Enfermeira Especialista no cuidar da pessoa/família em estado crítico.

No decorrer do estágio na UCIDEM tive oportunidade de prestar cuidados ao doentes críticos na sua globalidade, com diferentes graus de gravidade e instabilidade, desde a preparação da unidade, receção e instalação do doente, avaliação primária e secundária, monitorização e vigilância contínua de parâmetros vitais, assim como a elaboração do processo de enfermagem e dos respetivos registos, detetando sinais de instabilidade hemodinâmica a partir da monitorização invasiva, tendo colaborado na colocação da mesma. Prestei cuidados a doentes maioritariamente do foro respiratório, renal e cirúrgico geral, assegurando uma vigilância contínua ao doente, inclusivamente, durante o transporte intra-hospitalar para a realização de exames complementares de diagnóstico ou transferência para o bloco operatório.

Num dos vários turnos ficámos responsáveis por um jovem de 20 anos, vítima de acidente de viação durante a madrugada, do qual resultou uma contusão pulmonar e havendo risco de edema cerebral, foi

evacuado para outra unidade hospitalar, por falta dessa valência no serviço. Encontrava-se sedado e ventilado. Hemodinamicamente instável. Devido ao mau tempo e por forma a agilizar o processo, o serviço, disponibilizou-se a fazer o transporte até ao heliporto e só aí a equipa do helitransporte assumiu o doente. Foi muito enriquecedor perceber toda a dinâmica envolvente na preparação do material (bombas e seringas de medicação), do doente e do meio de transporte (tipo de maca e ambulância) para assegurar as condições de segurança quer para o doente quer para a equipa. A passagem do doente à equipa e a sua acomodação no helicóptero foi extremamente interessante e enriquecedora.

Durante o estágio, pude constatar que a maioria dos doentes necessita de suporte ventilatório, o que se tornou um desafio e uma mais valia, pois no meu local de trabalho apenas e raramente contato com ventilação não invasiva. O doente submetido à ventilação invasiva, necessita de cuidados diferenciados e qualificados, o que me fez investir com várias horas de estudo. A equipa de enfermagem, por oferecer cuidados contínuos, necessita de fundamentação técnico-científica atualizada, para desempenhar as suas funções com qualidade, contribuindo não só para a melhoria clínica do doente, mas também prevenindo complicações. Esta foi umas das áreas de grande investimento próprio, ao longo do ensino clínico, onde aprendi imenso. Foi importante contactar com os diferentes ventiladores, com diferentes modos ventilatórios, instituídos e alterados de acordo com a situação clínica do doente e sua adaptação. Fui, ainda, detetando, interpretando e antecipando sinais de instabilidade do doente, por forma a que fosse possível a extubação precoce, chegando a executar a mesma.

Naturalmente, o compromisso da comunicação verbal assume-se como um enorme fator de stress para o doente; é difícil expressar-se e fazer-se compreender, por parte dos profissionais de saúde, o que o coloca em posição de desvantagem, por não conseguir exprimir os seus sentimentos e emoções. Devido a essa limitação, se o estado clínico do doente o permitir, este torna-se muito perspicaz na avaliação de toda a informação que lhe é transmitida, ficando particularmente atento aos pormenores da comunicação não verbal. Deve existir concordância entre as palavras emitidas e todo o comportamento e postura de quem as diz (Alves, 2012). Como refere Phaneuf (2005) citado por Alves (2012) “a pessoa cuidada, devido ao seu estado de vulnerabilidade, tem uma perceção aguçada destas contradições”.

Diariamente e sempre que detetado instabilidade no doente, realizei a colheita de sangue para gasometria (através de Linha arterial), que consiste no controle da concentração dos gases no sangue, da ventilação e do equilíbrio ácido-base. Comprovei a sua importância na vigilância e na deteção precoce, rápida e eficaz das alterações hemodinâmicas prevenindo assim o surgimento de complicações.

Também, estive atenta aos parâmetros fornecidos pelo monitor (pressão arterial média, traçado eletrocardiográfico, saturação de oxigénio e Pressão Venosa Central), e através da sua interpretação fiz o despiste atempado, de possíveis complicações.

Para além destes aspetos, mais técnicos, no cuidado aos doentes, nunca foi descurada a parte da humanização dos cuidados, que constitui o artigo 89º do Código Deontológico de Enfermeiro. Consegui estabelecer comunicação com doentes traqueotomizados, através da linguagem verbal e não verbal, sendo notório a satisfação pelo facto de conseguirem transmitir aquilo que pretendiam. Também, no horário das visitas, acompanhei os familiares/pessoas significativas ao leito do doente, esclarecendo alguns aspetos em que mostravam dúvidas e estabelecendo, essencialmente, uma comunicação baseada na escuta ativa (em grande parte foi nítido a necessidade da família em falar e exprimir o que estava a sentir). O enfermeiro, pelo seu trabalho de proximidade deve funcionar como elemento de ligação com a equipa multiprofissional, com forma a agilizar todo o processo de dor que envolve o doente.

Ao longo do Estágio final, assim como da minha prática diária a avaliação da dor é uma preocupação constante, uma vez que a avaliação é o início do processo para o controlo da dor e deverá assumir-se como uma prioridade. No entanto, há muitas vezes a tendência para desvalorizar a dor do Outro. Existem múltiplas barreiras ao controlo da dor, que a pessoa enfrenta ao longo do ciclo vital, em particular aos grupos mais vulneráveis. Apesar dos avanços, persistem mitos, falsos conceitos e informação desadequada em todos os intervenientes: doentes, profissionais e instituições (OE, 2008). Cabe-nos muitas vezes a tarefa de desmitificar e impulsionar a mudança, mesmo que lentamente. A prestação de cuidados adequados ao doente com dor, implica o conhecimento mais aprofundado dos fármacos utilizados (opióides, não opióides e coadjuvantes), assim como o seu mecanismo de ação, efetividade, formas de administração, duração da ação, efeitos adversos e interações medicamentosas. O enfermeiro, através das suas intervenções autónomas pode desenvolver medidas não farmacológicas no alívio da dor, como sejam, a aplicação de calor/frio, massagem, imobilização, posicionamento, musicoterapia e distração entre outras. Sem conhecimentos adequados é difícil a gestão das medidas de controlo da dor, podendo com isso colocar o doente em risco.

Tive a oportunidade de contactar com doentes em falência renal, sendo necessário fazer a sua substituição, com Hemodiafiltração. É um processo complexo, que além de conhecimentos de fisiopatologia, exige o conhecimento aprofundado do modo de funcionamento da máquina (Prismaflex). Pude colaborar na montagem da máquina e introdução dos parâmetros previamente definidos pelo médico, na vigilância do seu funcionamento e substituição dos componentes, que esta ia solicitando. Requer, uma

atenção redobrada sobre o doente e seus parâmetros vitais, por forma a despiste de eventuais complicações e correção atempada de alterações dos parâmetros vitais. Conhecer o funcionamento da máquina, facilita a técnica, em si, para que seja realizada de forma contínua sem interrupções, por falha do equipamento.

Independentemente da área de formação básica ou da categoria profissional, os profissionais de saúde têm como base do seu trabalho as relações humanas e, por isso, precisam aprimorar as suas habilidades de comunicação. Médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, assistentes sociais, psicólogos e outros especialistas que trabalham com seres humanos em situação de doença e sofrimento, necessitam de saber não apenas o quê, mas quando e como falar ou mesmo saber quando ficar em silêncio. (Rodrigues & Simões, 2010, citado por Seixo, 2015). Todos os profissionais de saúde, devem ser detentores de boas competências interpessoais e comunicacionais, assim como ter uma visão mais ampla do cuidar, em que eleve as dimensões sociais e psicológicas da doença e não apenas o ato de curar.

Uma má notícia nunca é bem-recebida. A comunicação de más notícias em saúde, notícias que poderão ser assustadoras pelas consequências físicas, sociais e familiares, continua a ser uma área de grande dificuldade na relação doente/família/profissionais de saúde, pois constitui uma das mais difíceis e complexas situações no contexto das relações interpessoais. É difícil encontrar um conceito que reflita todas as situações, no âmbito da saúde, que impliquem uma má notícia. Os principais mensageiros de más notícias são os prestadores de cuidados, que para além de planejar e gerir esses momentos, têm também de gerir os seus próprios medos e estar preparado para aceitar as naturais hostilidades do doente e da família. Estes momentos causam perturbação, quer à pessoa que a recebe, quer à pessoa que a transmite, gerando nos profissionais e sobreviventes, medos, ansiedade, sentimentos de inutilidade, desconforto e desorientação. (Barroso, 2000, citado por Pereira 2005).

Muitos profissionais de saúde encaram a morte de um doente como um fracasso, pois muitos deles foram formados e educados para vencer a doença e por consequência a morte, levando por vezes, a negligenciar a dimensão humana e a continuar a investir na tecnologia. (Tager, 2001, citado por Pereira, 2008). Apesar de muito se ter investido em formação para a aquisição de competências relacionais, a morte continua a ser um tema difícil, um tabu, dentro da atualidade e da nossa cultura. Os profissionais de saúde e as pessoas em geral, não estão preparados para enfrentar a morte, talvez por esse fato, seja tão difícil receber e comunicar esta má notícia ou outra que pela sua gravidade possa levar rapidamente à morte.

Com o passar dos anos, a aquisição de experiências e competências, fizeram-me encarar a morte como um processo natural, integrante da vida, mas que, no entanto, não a torna mais fácil de comunicar e gerir. O luto é um processo moroso e difícil, que é vivido de forma única, porém, o modo como todo o

processo de internamento, a confiança na veracidade e autenticidade da informação e comunicação da má notícia é feita, contribui para que este se desenrole normalmente, sem se tornar patológico.

A prestação de cuidados sinérgicos, teoricamente, pode melhorar a qualidade de vida e a prestação de serviços de saúde, tornando visível aos doentes e colaboradores interdisciplinares os importantes contributos dos enfermeiros para o sistema de saúde. Os cuidados de enfermagem refletem a integração do conhecimento, experiências e atitudes necessárias para conhecerem as necessidades dos doentes e famílias. Sinergia aponta para a existência de uma relação benéfica entre partes e, concomitantemente na conversão de esforços. O grande enfoque é a interligação que é criada entre as necessidades dos doentes e as competências dos enfermeiros. Quando existe sinergia, os resultados são otimizados. No entanto, nem sempre se volta ao estado de saúde inicial. O passar por uma doença grave deixa muitas vezes sequelas, independentemente dos cuidados que o doente tenha recebido. São inúmeras as necessidades adaptativas dos indivíduos, especialmente quando o padrão de saúde está alterado, nesse sentido, o Modelo de Adaptação (Calista Roy) torna-se pertinente na prática do cuidado em Enfermagem baseado em conhecimentos específicos.

O estabelecimento de uma relação terapêutica é um processo difícil que, sem o suporte teórico adequado e orientação por enfermeiros com maior experiência na área, falha no atingir dos seus objetivos.

Assim, apesar do curso base, este profissional adota características que o definem, aprimora-se numas áreas e destaca-se nelas. Torna-se um profissional mais qualificado para certas áreas de competências, sendo focado e vocacionado a certos doentes que detêm determinadas características.

No decorrer do meu percurso profissional, tenho tentado adequar e atualizar os meus conhecimentos por forma a apresentar uma resposta adequada, com cuidados específicos que possam otimizar o estado de saúde de doentes, com os quais lido diariamente. Para tal tenho frequentado ações de formação, congressos e Pós-graduações.

A assistência aos doentes com falência multiorgânica permitiu-me consolidar os saberes aprendidos, contribuindo para o desenvolvimento de competências técnicas, comunicacionais, relacionais e éticas.

As unidades curriculares de Enfermagem 1, 2, 3 e 4, a Unidade opcional de Relação de Ajuda e a Unidade curricular de Fisiopatologia e intervenção terapêutica em Enfermagem especializada, com os conteúdos que foram lecionados, permitiram a melhoria da minha prestação de cuidados, ao facilitarem o aperfeiçoamento das capacidades de escuta, de respeito e aceitação, de lógica e de empatia para com o doente. Também o estágio I, realizado no segundo semestre e que decorreu no Serviço de Urgência,

foi uma experiência enriquecedora e que contribuiu para o desenvolvimento de competências que seriam consolidadas no estágio final.

Perante as atividades desenvolvidas, considera-se ter alcançado com sucesso competências deste domínio.

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

Para a aquisição desta competência foram definidas as seguintes atividades:

- Realizar pesquisa sobre plano de catástrofe e emergência da instituição e do serviço;
- Identificar papel de cada um, numa situação de catástrofe/emergência;
- Refletir com a enfermeira orientadora sobre a eficácia do plano de catástrofe/ emergência.

O Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM](2012) refere que perante a possibilidade permanente de ocorrência de uma catástrofe natural, epidemia, acidente tecnológico e/ou incidente nuclear, radiológico, biológico ou químico de grandes ou importantes proporções, é fundamental que diversas entidades realizem, periodicamente, uma análise da sua situação, tendo em consideração a envolvente interna e externa, em constante mutação, planeando, de forma sistemática e integrada, uma resposta de emergência a dar em qualquer um dos cenários acima referidos, ou a outro, que, pela sua natureza ou extensão, implique, momentânea ou permanentemente, um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos existentes(INEM,2012).O mesmo, define “Catástrofe”, como um acontecimento súbito quase sempre imprevisível. É o acidente grave, ou a série de acidentes graves (de origem natural ou tecnológica), suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional (Lei de bases da Proteção Civil – Decreto Lei Nº 27/2006) (INEM,2012).

Enquanto profissional de saúde sinto a obrigatoriedade de estar preparado para a possibilidade de intervir numa situação semelhante. Perante uma situação destas, torna-se imperioso reduzir ou eliminar a perda de vidas humanas, reduzir as complicações no estado de saúde dos doentes e os subsequentes efeitos físicos e psicológicos na maior medida possível. Para que os efeitos nefastos, sejam reduzidos,

ao mínimo é necessário a gestão eficaz dos recursos disponíveis, através do estabelecimento de prioridades e do uso de métodos simples de diagnóstico e tratamento, assim como a rápida mobilização de recursos adicionais (humanos e materiais). Ser capaz de atuar em situação de catástrofe ou multi-vítima é essencial, mas é igualmente essencial a capacidade para a prevenir. Por forma a ter uma resposta mais adequada, consultei o Plano de evacuação e emergência da instituição e assisti a ações de formação promovidas pela Instituição. Fiz, ainda, com a Enfermeira orientadora, o percurso simulado, que deveria ser percorrido, em caso de emergência.

A Unidade curricular de Enfermagem 3, que englobou o Curso de Trauma com grande componente de prática simulada, permitiu alargar e aprofundar os meus conhecimentos teórico-práticos, nesta temática. No entanto, e apesar dos conhecimentos adquiridos, tal como a catástrofe é uma situação imprevisível, assim poderá ser o nosso comportamento. Esforço-me na aquisição de conhecimentos, para se algum dia me deparar com alguma situação deste cariz, possa responder de forma apropriada e eficaz.

Perante as atividades desenvolvidas, considera-se ter alcançado com sucesso competências deste domínio.

• Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

Para a aquisição desta competência foram definidas as seguintes atividades:

- Realizar pesquisa sobre as principais indicações do PPCIRA;
- Identificar, com a enfermeira orientadora, as principais necessidades do serviço no que diz respeito ao controlo de infeção;
- Participar ativamente, como formadora, através de sessão de formação em serviço, no âmbito da Formação em serviço sobre o tema: “Prevenção de infeção da ferida cirúrgica”;
- Prestar cuidados ao doente em situação crítica tendo em atenção o controlo e prevenção de infeção.

As IACS, assim como a resistência dos microrganismos aos antimicrobianos, constituem um problema transversal a nível mundial a qualquer instituição prestadora de cuidados de saúde.

A segurança do doente, reveladora da qualidade dos cuidados de saúde, assumiu particular relevância nos últimos anos, tanto para os doentes e familiares, como para os gestores e profissionais que querem prestar cuidados seguros, efetivos e eficientes.

As Precauções Básicas têm sido o principal foco de estudo na problemática da segurança dos doentes e dos profissionais de saúde ao longo dos tempos. O objetivo principal é a prevenção da transmissão cruzada de microrganismos, de um portador sã ou doente, para outro, de forma direta ou indireta, através de medidas aplicáveis a todos os intervenientes nos cuidados de saúde (doentes/profissionais/visitantes). São recomendações de Boa Prática a serem adotadas por todos os profissionais, na prestação de cuidados de saúde. Aplicam-se a todos os utentes independentemente do seu diagnóstico ou estado infeccioso. (DGS, 2018).

O enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica: a pessoa em situação crítica assume um papel preponderante na prevenção e controlo de infeções. A vigilância de IACS, é uma componente fundamental para a sua prevenção e controlo, consistindo na recolha, registo e análise sistemática de informações sobre doentes e infeções, a fim de implementar medidas apropriadas para evitar estes eventos adversos. (OE, 2011b) Nesta perspetiva, prestei cuidados de enfermagem altamente especializados, cumprindo rigorosas normas e protocolos, com vista a prevenção de infeção.

Ao longo do meu percurso profissional, a área da infeção da ferida operatória/Local cirúrgico tem sido alvo de meu interesse pessoal. O PI foi desenvolvido neste sentido, procurando encontrar fatores de risco que possam influenciar o seu aparecimento e delinear estratégias de prevenção. Foi ainda, desenvolvida uma sessão de formação em serviço sobre esta temática, fruto das necessidades discutidas com a enfermeira orientadora e do decorrer do PI.

Por forma, a compreender melhor o percurso do doente, quando submetido a uma cirurgia, e enquadrado no Estágio final desenvolvido na CAE, foi-me permitido passar um dia no serviço de Bloco operatório. Este dia, revelou-se extremamente interessante. Fui acompanhada por uma Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica, que além da estrutura física, me deu a conhecer material diverso, percursos de pessoas e de material, funções dos vários intervenientes, dentro e fora da sala de operações, focando o seu discurso para situações/fatores que possam contribuir para o aparecimento de ILC. Pude observar a dinâmica de equipas no decorrer de uma grande cirurgia (Jovem de 20 anos, vítima de acidente de viação, com fratura do braço). Embora não tenha intervindo diretamente, foi possível identificar focos de instabilidade hemodinâmica (drenagem torácica bilateral), parâmetros ventilatórios e de sinais vitais, administração de medicação, perfusões (Dopamina) e derivados do sangue. Tentei ainda, correlacionar, a situação descrita com as medidas de proteção individual e de controlo de infeção.

Além das ações de formação assistidas em serviço, também contribuíram o desenvolvimento desta competência, os conhecimentos teóricos e o trabalho desenvolvido no decorrer da Unidade curricular de Enfermagem 5 do MEEEMCPSC.

4.3. COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM

As competências de mestre, como refere o Dec. Lei 115/2013 de 7 de agosto, do Ministério da Educação, após a republicação do Dec. Lei 74/2006, no Ensino Politécnico, preconiza que estas sejam desenvolvidas predominantemente através de uma especialização de natureza profissional.

O curso de especialização é constituído por um conjunto organizado de unidades curriculares, denominado curso de mestrado, a que corresponde um mínimo de 50% do total dos créditos do ciclo de estudos e um estágio de natureza profissional objeto de relatório final, consoante os objetivos específicos visados, nos termos que sejam fixados pelas respetivas normas regulamentares, a que corresponde um mínimo de 30 créditos.

Especificamente, na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica, implica que em complemento com as competências do enfermeiro especialista, um Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica possua um profundo conhecimento, no domínio especializado da área Médico-Cirúrgica. Deverá ter em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e elevados níveis de juízo clínico e de tomada de decisão, que se traduzam num conjunto de competências clínicas especializadas relativas à Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Assim:

- **Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada.**

A conceção, a prestação, a gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem encontram-se inerentes ao processo de enfermagem. Este implica a realização de uma avaliação exaustiva do doente enquanto pessoa, assumindo-o como ser bio-psico-social, o que inclui não só a sua individualidade, mas

também a sua família e a comunidade onde está inserido. São definidos os diagnósticos de enfermagem tendo em conta a análise crítica dos dados obtidos na avaliação e estabelecem-se as intervenções de enfermagem gerais e especializadas necessárias. Contudo, este é um processo dinâmico que carece de avaliação diária e constante, por forma a garantir que os resultados obtidos são os melhores possíveis, revendo diagnósticos de enfermagem e as intervenções a estes associados, com o evoluir da situação de saúde do doente, no decorrer do internamento.

As competências desenvolvidas nesta área, assumem que enquanto enfermeira seja capaz de gerir situações que se podem tornar complexas, zelando pelo respeito da autonomia do doente, atuando com fortes bases éticas e deontológicas, dentro do seu campo de atuação, apoiado em sólidos conhecimentos científicos, não permitindo a utilização de ações fúteis e desnecessárias. As experiências e vivências através do contato com situações reais, ajudam-nos, além dos conhecimentos teóricos, servindo como suporte a uma tomada de decisão, rápida e segura, que muitas vezes é necessário assumir.

• Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência.

No decorrer do estágio final foi desenvolvido um PI, como descrito anteriormente. Este foi desenvolvido com base nas mais recentes *Guidelines* e Normas nacionais. A sua construção envolveu vários elementos da equipa multidisciplinar. Posteriormente, foi apresentado à restante equipa. Pretende-se que, futuramente, seja alargado a outros serviços da instituição. Foi ainda elaborado um artigo científico, com vista à divulgação do trabalho desenvolvido.

A elaboração deste projeto pretende contribuir para a formação de profissionais mais competentes para atuarem nesta área específica, diminuindo a probabilidade de ocorrência de eventos adversos e promovendo a segurança do doente.

No decorrer do Estágio final, foi ainda apresentada uma sessão de formação em serviço, assente na temática do PI, nos serviços onde este se realizou.

Foram ainda discutidas práticas, assistidas e realizadas, com as enfermeiras orientadoras, por forma consolidar conhecimentos através da confrontação entre a teoria e a prática.

Serviu de grande contributo, para a aquisição desta competência, a Unidade curricular de Investigação em Enfermagem do Curso de MEEEMCPSC.

- **Tem capacidade para integração de conhecimentos, tomadas de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais.**

A Enfermagem, evoluiu grandemente, em termos de conhecimentos e de complexidade, acompanhando a exigência da excelência dos seus cuidados.

A complexidade dos cuidados de enfermagem do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, a pessoa em situação crítica, exige que o enfermeiro faça uma prática reflexiva sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais das suas ações. A reflexão das mesmas conduz-nos muitas vezes à busca de novos conhecimentos com vista à melhoria de tomadas de decisão e gestão de ocorrências mais distintas. Para esta reflexão contribui a consciencialização de nós mesmos, aliada à necessidade e exigência que nos impomos de melhorar a prestação de cuidados.

- **Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida.**

Ao longo do meu percurso profissional, sempre achei que o Curso base era apenas isso, a base para a prestação de cuidados que se viriam a assumir como algo muito mais complexos. Na minha perspetiva, é difícil ser-se bom enfermeiro. Estamos em constante mudança e evolução, e isso faz com sintamos a necessidade da busca constante de adquirir esses novos conhecimentos. Sempre procurei dar a resposta mais adequada, perante o desafio constante que é cuidar de pessoas doentes. Para me sentir segura nesses novos conhecimentos, frequentei várias ações de formação continua e em serviço, assim como pós-graduações. A realização deste mestrado, é algo ambicionado há algum tempo, e assume-se como o culminar de uma realização pessoal e profissional, pois muitas competências desejadas foram adquiridas e outras consolidadas. No entanto, pretendo continuar a manter-me atualizada, principalmente dentro das minhas áreas de interesse.

- **Participa de forma proativa em equipas e em projetos em contextos multidisciplinares e intersectoriais e realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de**

colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular.

Ser proativo é descrito, pelo dicionário como aquele que busca, por antecipação, identificar e resolver possíveis problemas; que age ou pensa de maneira antecipada; (Dicionário Online de Português, 2018). Este fato implica um elevado conhecimento de si, como foi referido anteriormente na análise das competências, assim como o domínio de conceitos, fundamentos, teorias e factos relacionados com a ciência de Enfermagem, como forma de sustentar a sua atuação na área de especialização e aplicar os seus conhecimentos e capacidades, na resolução de problemas em contextos alargadamente complexos e multidisciplinares. Inclui, ainda, estar disponível para assessoria especializada na sua área de intervenção, incentivando a colaboração, com outros profissionais de saúde.

As competências adquiridas ao longo do MEEEMCPSC, permitiram-me perceber a necessidade da divulgação de conhecimentos adquiridos através dos trabalhos realizados, como contributo para a melhoria das práticas e crescimento de outros profissionais.

• Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.

Ao longo do Estágio final, que foi complementado pelo Estágio I, as competências comuns e específicas de enfermeiro especialista, puderam ser atingidas e desenvolvidas, através das atividades executadas no decorrer do Estágio final, que se traduziram em práticas de cuidados, que promovem e dignificam a profissão na excelência dos cuidados prestados, com estabelecimento de relações interpessoais e de ajuda, com elevado pensamento crítico e reflexivo como suporte para a capacidade para avaliar e decidir. Neste sentido, posso afirmar que acredito ter atingido as competências de mestre na sua grandeza, nesta área de especialização.

5.CONCLUSÃO

Os serviços prestadores de cuidados de saúde são, em si mesmos, um sistema muito complexo e instável, que requer uma forte e permanente capacidade de adaptação à multiplicidade de patologias, de atos e de percursos diagnósticos e terapêuticos. É necessária uma gestão atenta e inovadora dos numerosos aspetos humanos, técnicos e organizacionais. Os riscos associados aos cuidados obrigam, para uma correta gestão, à existência de uma abordagem global, coletiva, organizada e permanentemente acompanhada (PNSD, 2015)

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica, enquanto membro da equipa multidisciplinar participa na elaboração do plano terapêutico, e simultaneamente desenha o plano de cuidados de acordo com os diagnósticos de enfermagem, define intervenções e determina resultados. Compete-nos enquanto profissionais especializados identificar e diagnosticar, intervir, adequar, prever resultados e avaliar cada intervenção e cada cuidado, para que a pessoa em situação crítica receba cuidados dirigidos e de alta segurança e qualidade.

A ILC é um problema de saúde pública e representa a segunda causa IACS no nosso país. Atualmente, assume-se como um desafio para os enfermeiros e restantes profissionais de saúde, que deverão desenvolver em conjunto, um plano de ação com vista à prevenção e ao controlo das mesmas. A vigilância de ILC é um processo contínuo de análise, interpretação sistemática e de avaliação dos dados recolhidos. É incontestável a influência que as IACS acarretam para a qualidade de vida dos doentes e respetivas famílias. Neste sentido, julgo que o fenómeno alvo do PI se revela importante e pertinente para a Enfermagem enquanto profissão e não só, pois creio que com a implementação de medidas simples e facilmente exequíveis, podemos melhorar grandemente a qualidade dos nossos cuidados e contribuir para o aumento da segurança e confiança do doente.

O PI foi um dos grandes desafios deste mestrado. A sua construção foi gratificante e a sua implementação excedeu as expectativas. Espero seriamente, ter contribuído, para a melhoria de cuidados prestados, essencialmente, ao nível do meu serviço. O tempo para a sua execução, que já era limitado, tornou-se mais limitado na espera de autorizações institucionais.

Embora com contratemplos e imprevistos, a avaliação final foi muito positiva e espero aperfeiçoar as competências de enfermeira especialista e de mestre.

A realização deste Relatório de estágio, revelou-se uma atividade extremamente importante, pois é o resultado de uma análise e reflexão alargada sobre as atividades e intervenções realizadas durante o Estágio final. A sua reflexão permitiu avaliar, não só as competências adquiridas, mas também as mudanças que estas motivaram, enquanto profissional e pessoa.

Esta etapa final foi muito exigente e simultaneamente gratificante e desafiante, a nível profissional e pessoal. No entanto, pensando em todas as mudanças ocorridas, neste período, com todos os desafios, vivências, experiências e conhecimentos adquiridos, certamente que este curso fez parte de uma decisão acertada. Muitos foram os que se cruzaram no meu percurso e, alguns deles desenvolveram um esforço acrescido para contribuir para a minha formação e crescimento pessoal e profissional. Fica a amizade, o respeito, a admiração e o orgulho por profissionais extraordinários.

A Unidade Curricular de Estágio Final e a redação deste relatório, contribuiu exponencialmente para o meu crescimento enquanto futuro enfermeiro especialista e mestre em Enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AACN (2016). The AACN Synergy Model for Patient Care. Acedido em <http://mini.aacn.org/wd/certifications/content/synmodel.pcms?menu=certification> a 5 dezembro 2016
- Abreu, W. (2001). Identidade, formação e trabalho - Das culturas locais às estratégias identitárias dos enfermeiros. Coimbra: Formasau.
- Alves, A.. (2012). A Comunicação com a Pessoa em Situação Crítica Submetida a Ventilação Mecânica Invasiva – Perspetiva do Enfermeiro. Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Instituto Politécnico de Viana do Castelo.
- Amaral, A. & Ferreira, P. (2013). Influência do ambiente da prática nos resultados dos cuidados de enfermagem. Revista Investigação em Enfermagem - novembro 2013: 66-74
- Baptista, O.; Cordeiro, R.; Lourenço, H.; Marvão, A. (2001). 25 Anos de Enfermagem. Portalegre. Edição Hospital Dr. José Maria Grande
- Benner, P. (2001). De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem. Coimbra: Quarteto Editora.
- Brewer, B.; et al. (2007)- AACN synergy model's characteristics of patients: psychometric analyses in a tertiary care health system. American Journal of critical care. Vol. 16, nº 2. Acedido em www.ajconline.org a 5 dezembro de 2016
- Cardoso, R. (2015). As infeções associadas aos cuidados de saúde. Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde. Coimbra: Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra acedido em <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/29677/1/IACS%20final.pdf> a 21 março 2017

Carvalho, C.; Franca, C.. (2007). Ventilação mecânica: princípios, análise gráfica e modalidades ventilatórias. III Consenso Brasileiro de Ventilação Mecânica. J Bras Pneumol. 2007;33(Supl 2): S 54-S 70

Carvalho, S. (2012). Consentimento presumido nas intervenções e tratamentos médico-cirúrgicos arbitrários: Análise crítica do artigo 156º do Código Penal Português. Dissertação de mestrado. Lisboa; Universidade Lusíada de Lisboa.

Código Penal (2011) Coimbra: Ed. Almedina.

Chongloi, N., Srivastava. A.. (2017). Effectiveness of Individually Packed Sterile Guaze versus Drum Packed Gauze on the Incidence of Surgical Site Infection (SSI) in Surgical Ward AIIMS, New Delhi. International Journal of Nursing Education, Vol.9, nº. 3. Disponível em 10.5958/0974-9357.2017.00071.X

Dicio. (2018). Dicionário Online de Português. Acedido em <https://www.dicio.com.br/proativo/> a 15 março de 2018

Direcção-Geral da Saúde (2017). Vigilância Epidemiológica. Acedido em <https://www.dgs.pt/programa-nacional-de-controlo-da-infeccao/vigilanciaepidemiologica.aspx> a 25 fevereiro de 2018

Direcção-Geral da Saúde (2015). Consentimento Informado, Esclarecido e Livre Dado por Escrito. Lisboa: Norma nº 015/2013 de 03/10/2013 atualizada a 04/11/2015. Acedido em <http://www.aenfermagemeasleis.pt/2015/11/04/norma-dgs-consentimento-informado-esclarecido-e-livre-dado-por-escrito/> a 23 de novembro de 2017

Direcção-Geral da Saúde (2013). Cirurgia Segura, Salva Vidas. Lisboa: Norma nº 002/2013 de 12/02/2013 atualizada a 25/06/2013. Acedido a em <https://www.dgs.pt/ms/8/pagina.aspx?js=0&codigoms=5521&codigono=02070234AAAAAAAAAAAAAAAA>, a 23 de novembro de 2017

Direcção-Geral da Saúde (2011). Mecanismos e procedimentos de identificação inequívoca dos doentes em instituições de saúde. Lisboa: Orientação nº 18/2011 de 23/05/2011. Acedido em

<https://www.dgs.pt/ms/8/pagina.aspx?js=0&codigoms=5521&codigono=02070236AAAAAAAAAAAAAAAA> a 23 de novembro de 2017

Direcção-Geral da Saúde (2003). A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. Lisboa: Circular Normativa nº 9/DGCG de 14/6/2003. Acedido em http://www.aped-dor.org/images/documentos/dor_5_sinal_vital/Circular_Dor_5_Sinal_Vital.PDF a 1 março 2018

Direcção-Geral da Saúde (2005). Direcção de Serviços de Prestação de Cuidados de Saúde: Carta dos Direitos do Doente Internado. Lisboa.

Ellingson, K. et al (2014). Enhancement of Health Department Capacity for Health Care–Associated Infection Prevention Through Recovery Act–Funded Programs. American Journal of Public Health. Vol 104, nº 4.

Freitas, M. (2015). Dotação segura para a prática de enfermagem: um contributo para a gestão de unidades de saúde. Tese de doutoramento. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa

Guia de Apoio: referência APA 6ª ed. (2016). Serviço da Biblioteca da Escola Superior de Tecnologia. Instituto Politécnico de Castelo Branco

Godinho, C., et al. (2015). Sociedade Portuguesa de Diabetologia (SPD)/Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (SPMI) sobre a Abordagem e Tratamento da Hiperglicemia em Internamento (Não Crítico). Revista Portuguesa de Diabetes, 10 (3): 127-146. Acedido em <http://www.revportdiabetes.com/wp-content/uploads/2017/11/RPD-Vol-10-n%C2%BA-3-Setembro-2015-Recormenda%C3%A7%C3%B5es-p%C3%A1gs-127-146.pdf>, a 20 Outubro de 2017

Hung, N.; Thu, T.; Yagi, T.; Hamajima, N.; QuocAnh, N.. (2016). Surgical site infection prevention: What are the gaps in Vietnamese hospitals? Canadian Journal of Infection Control, Vol. 31, 18-23

Instituto Nacional de Emergência Médica (2012). Situação de exceção. Versão 1.0. 1ª Edição.

Lei nº 48/90. *Lei de Bases da Saúde*. Diário da República, I Série, nº 195, de 24 de agosto

Lei nº 12/2005. *Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina*. Diário da República, I Série – A, nº 18

Lúcio, G..(2013). Relatório de Mestrado. Trabalho de Projecto para Candidatura ao grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Setúbal: Instituto Politécnico de Setúbal.

Martins, D.; Benito, L. (2016). Florence Nightingale e as suas contribuições para o controle das infecções hospitalares. *Universitas: Ciências da Saúde*, Brasília, v. 14, n. 2, p. 153-166, jul./dez. 2016. DOI: 10.5102/ucs.v14i2.3810

Medeiros, L., Souza, M., Sena, J., Melo. M., Costa, J., Costa, I. (2015). Modelo de Adaptação de Roy: revisão integrativa dos estudos realizados à luz da teoria. *Revista Rene*. Acedido em <http://www.revistarene.ufc.br/revita/index.php/revista/article/viewFile/1930/pdf>, a 8 junho 2017

Ministério da Saúde [MS] (2015). Despacho normativo nº 1400- A/2015 de 10 de fevereiro: Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 Diário da República, 2.ª série, n.º 28, 3882- (2)

Mullen, E. (2012) The Synergy Model in Practice - The Synergy Model as a Framework for Nursing Rounds. *Critical Care Nurses*. Vol. 22, No.6.

Ntieku, K. (2014). O Impacto da Liderança no Desempenho de Equipas de Enfermagem. Tese de Mestrado em Gestão de Empresas. Lisboa: Universidade Autónoma de Lisboa Luís de Camões

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

O pensador. (2018). Citações. Acedido em <https://www.pensador.com/frase/Njc4OTEy/a> 23 março de 2018

Ordem dos enfermeiros (2018). Padrões de Qualidade - Questões. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em

<http://www.ordemenfermeiros.pt/projectos/Paginas/PadroesdeQualidadeQuestoes.aspx> a 5 março 2018

Ordem dos Enfermeiros (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Diário da República n.º 361/2015 de 26 de junho. Acedido em

http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_361_2015_PadroesQualidadeCuidadosEspEnfPessoaSituacaoCritica.pdf, a 14 de abril de 2017

Ordem dos enfermeiros (2014). Norma para o cálculo de dotações seguras nos cuidados de enfermagem; nº233; Diário da República, 2ªsérie, dezembro; Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros (2012). REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Conselho Jurisdicional e Gabinete de Comunicação e Imagem. Lisboa: Tadiense. Artes gráficas.

Ordem dos Enfermeiros (2012). Competências do enfermeiro de cuidados gerais. (s/l): Ordem dos Enfermeiros. Acedido em

http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20regulamento%20do%20perfil_VF.pdf a 1 março 2017

Ordem dos Enfermeiros (2010b). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica_aprovadoAG20Nov2010.pdf; a 19 de Outubro de 2017.

Ordem dos Enfermeiros (2010a). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em

http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf a 19 de outubro de 2017.

Ordem dos Enfermeiros (2008). Dor. Guia orientador de boa prática. Lisboa: Cadernos OE. Série I, número I.

Ordem dos Enfermeiros (2006). Tomada de Posição sobre Segurança do Cliente. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
Acedido em http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/documents/tomadaposicao_2maio2006.pdf, a 27 de janeiro de 2018.

Ordem dos Enfermeiros (2001). Padrões de qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual; Enunciados Descritivos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Conselho de Enfermagem.

Pereira, M. (2008) - Comunicação de más notícias e saúde e gestão do luto. Coimbra: Formasau-Formação e saúde, Lda.

Pereira, M. (2005) - Má notícia em saúde: um olhar sobre as representações dos profissionais de saúde e cidadãos. Texto Contexto Enferm 2005 Jan-Mar; nº14. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n1/a04v14n1.pdf> a 13 de janeiro de 2017

Pina, E.; Ferreira, E.; Matos, B.. (2010). Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. Revista Portuguesa de Saúde Pública. Elsevier, acedido em <http://www.elsevier.pt/pt/revistas/revista-portuguesa-saude-publica-323/artigo/infeccoes-associadas-aos-cuidados-saude-e-seguranca-do-X0870902510898567> a 1 fevereiro de 2018

Potra, T. . (2015). Gestão de cuidados de enfermagem: das práticas dos enfermeiros chefes à qualidade dos cuidados de enfermagem. Programa de Doutoramento em Enfermagem. Lisboa: Universidade de Lisboa

Ribeiro, R. (2013). A transmissão de más notícias na perspectiva do enfermeiro. Tese de mestrado. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.

Ruivo, M.; Ferrito, C.; Nunes, L. (2010). Metodologia de projeto: Coletânea descritiva de etapas. Revista Percursos: Setúbal, nº 15, Jan-mar.

Seixo, C. (2015). Transmissão de más notícias em contexto de cuidados continuados integrados. Tese de mestrado. Bragança: Instituto Politécnico de Bragança

Serrão, D. (2001). Ética em meio hospitalar, In Daniel Serrão, acessado a 22 outubro de 2016 em <http://www.danielserrao.com/gca/index.php?id=115>.

Sousa, P. (2015). Sistemas de Vigilância das Resistências aos Antibióticos. Dissertação Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas. Universidade do Algarve: Faculdade de Ciências e Tecnologia. Acessado em <https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/8418/1/TESE%20FINAL%2016.11.pdf> a 2 de abril de 2018

Spruce, L. (2014). Back to Basics: Preventing Surgical Site Infections. AORN Journal, Vol. 99 nº 5; disponível em <http://dx.doi.org/10.1016/j.aorn.2014.02.002>

Sickder, H.; Lertwathanawilat. W., Sethabouppha, H., Viseskul, N.. (2017). Nurses Surgical Site Infection Prevention Practices in Bangladesh. Pacific Rim Int J Nurs Res

ULSNA (2012). Missão, Visão e Valores. Acessado em: <http://www.ulsna.min-saude.pt/Ulsna/Paginas/MissaoVisaoValores.aspx> a 07 de março de 2017

Vicente, J. (2014). Consentimento informado na assistência privada e pública hospitalar. Tese de Doutoramento em Bioética. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.

Weiner, L. et al. (2016). Vital Signs: Preventing Antibiotic-Resistant Infections in Hospitals - United States, 2014. US Department of Health and Human Services/Centers for Disease Control and Prevention, Vol. 65, nº 9. Morbidity and Mortality Weekly Report, on website (<http://www.cdc.gov/mmwr>).

ANEXOS

Anexo I: Classificação de Altemeier

Anexo I: Classificação da ferida cirúrgica (Altemeier)

Classificação da ferida cirúrgica	
Ferida limpa	É uma ferida operatória não infetada em que não se encontra inflamação e não se entra nas vias respiratória, digestiva, genital ou urinária. Para além disso, a ferida limpa é encerrada primariamente e, se necessário, com uma drenagem em circuito fechado. As incisões cirúrgicas após traumatismos não penetrantes devem ser incluídas nesta categoria.
Ferida limpa/contaminada	É a ferida operatória em que se entra nas vias respiratória, digestiva, genital ou urinária não infetadas em condições controladas e sem contaminação não usual. Especificamente as cirurgias da via biliar, apêndice, vagina e orofaringe estão incluídas nesta categoria desde que não haja evidência de infeção e não tenha havido uma quebra significativa na técnica estéril.
Ferida contaminada	Inclui feridas acidentais, abertas, recentes. Também inclui as cirurgias em que se verificou uma quebra da técnica estéril ou derrame significativo da via gastrointestinal, e as incisões onde se verificou inflamação aguda, não purulenta.
Ferida suja ou infetada	Inclui feridas traumáticas antigas com retenção de tecido desvitalizado e aquelas em há infeção clínica ou vísceras perfuradas. Esta definição sugere que os microrganismos causando infeção pós-operatória estavam presentes no campo operatório antes da cirurgia
Fonte: Adaptado de Norma nº 024/2013 de 23/12/2013 - DGS	

Anexo II: Classificação de estado físico dos pacientes

Anexo II: Classificação de estado físico dos pacientes

Classificação de estado físico dos pacientes	
ASA I	sem alterações fisiológicas ou orgânicas, processo patológico responsável pela cirurgia não causa problemas sistêmicos.
ASA II	alteração sistêmica leve ou moderada relacionada com patologia cirúrgica ou enfermidade geral
ASA III	alteração sistêmica intensa relacionado com patologia cirúrgica ou enfermidade geral.
ASA IV	distúrbios sistêmicos graves que coloca em risco a vida do paciente.
ASA V	paciente moribundo que não é esperado que sobreviva sem a operação.
ASA VI	paciente com morte cerebral declarada, cujos órgãos estão sendo removidos com propósitos de doação.
Classificação de estado físico dos pacientes, adaptado de ASA Physical Status Classification System - http://www.asahq.org/	

APÊNDICES

Apêndice I: Projeto de Estágio final

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
MESTRADO EM ENFERMAGEM

I CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COM ESPECIALIDADE EM ENFERMAGEM
MÉDICO-CIRÚRGICA-PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA
ESTÁGIO FINAL

Projeto de Estágio Final: Unidade de Cuidados Intensivos **Dr. Emílio Moreira**

Responsável da Unidade Curricular: Adriano Pedro

Enfermeira Orientadora: Cristina Teixeira

Paula Cristina Onofre Pinheiro – m36952

setembro
2017

Universidade de Évora
Mestrado em Enfermagem

I Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica-pessoa em situação crítica
Estágio Final

Projeto de Estágio Final: Unidade de Cuidados Intensivos
Dr. Emílio Moreira

Responsável da Unidade Curricular: Adriano Pedro
Enfermeira Orientadora: Cristina Teixeira

Paula Cristina Onofre Pinheiro – m36952

Setembro
2017

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

Abraham Lincoln

Abreviaturas e Siglas

APA – *American Psychological Association*

Dr. – Doutor

Enf^a – Enfermeira

OE – Ordem dos Enfermeiros

PPCIRA - Programa de prevenção e controlo de infeções e resistências aos antimicrobianos

Prof- Professor

HDJMG- Hospital Dr. José Maria Grande

UCIDEM-Unidade de Cuidados Intensivos Dr. Emílio Moreira

ULSNA- Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	6
1.CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DO ESTÁGIO	10
1.1. HOSPITAL DR. JOSÉ MARIA GRANDE DE PORTALEGRE.....	10
1.1.2 - UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS DR. EMILIO MOREIRA: PERSPE- TIVA HISTORICA.....	10
1.1.2.1- ESPAÇO FÍSICO.....	11
1.1.2.2- FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO.....	12
1.1.2.3 - RECURSOS HUMANOS E METODOLOGIA DO TRABALHO.....	12
2.METODOLOGIA	15
3.COMPETÊNCIAS	16
3.1. COMPETÊNCIAS A DESENVOLVER.....	17
4.AVALIAÇÃO	25
5.CONSIDERAÇÕES FINAIS	26
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	27

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular de Estágio Final inserida no I Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica, foi proposto a elaboração de um Projeto de Estágio com o delineamento das atividades a realizar, no sentido de desenvolver as competências previamente definidas.

O ensino de Enfermagem é caracterizado pela dualidade existente entre os conhecimentos teóricos adquiridos em sala de aula, no estabelecimento de ensino e os conhecimentos adquiridos pelas experiências práticas vivenciadas, em contexto real, no decorrer dos ensinamentos clínicos, permitindo dar uma resposta adequada e de acordo com as exigências dos cuidados a prestar, por forma a consolidar e aprofundar os conhecimentos previamente adquiridos. Deve entender-se que a aprendizagem é um percurso, em que a formação adquirida se estende às preocupações éticas, à inteligência adaptativa, aos valores e atitudes demonstradas.

O enfermeiro, no decurso da sua experiência, forma-se no confronto com o contexto e com os outros, confronto este que só se traduz em mudança na medida em que se confronta permanentemente consigo próprio, filtrando, transformando e enriquecendo o seu património cognitivo e efetivo (Abreu, 2001). A formação tem sido considerada como um processo complexo de aprendizagens, que se mostra ao longo do desenvolvimento do indivíduo, nomeadamente aos níveis cognitivos, afetivo, motor, relacional e transformativo. A reunião de todos estes saberes, necessários às atitudes de pensar, decidir e agir, indica-nos a noção de competência.

O doente crítico necessita de uma intervenção rápida e eficaz dos profissionais de saúde, tendo muitas vezes o enfermeiro um papel preponderante nesta abordagem. Segundo a OE (2015), “a pessoa em situação crítica 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”.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica possui “competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade” (OE, 2015).

De acordo com o Regulamento nº 361/2015, os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados, prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, mantendo as funções básicas de vida. Estes cuidados exigem observação, colheita e procura contínua de forma sistemática e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo

de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações e de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil.

A metodologia de Projeto, como refere Ruivo & Ferrito (2007), baseia-se numa investigação centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução.

“É incontestável que a investigação é essencial para o avanço das disciplinas e para o reconhecimento das profissões” (Fortin, 1966). A compilação de dados científicos sobre um determinado tema, na área da saúde, é feita há muito tempo.

As revisões integrativas devem ser amplas e os critérios adotados devem de ser divulgados por modo a que outros pesquisadores possam repetir o procedimento. Por apresentarem um método científico explícito e mostrar um resultado novo, a revisão integrativa é classificada como contribuição original na maioria das revistas de pesquisa clínica e consideradas o melhor nível de evidência para tomadas de decisão (Galvão e Pereira, 2014). O artigo científico caracteriza-se por ser um trabalho sucinto que tem como objetivo comunicar ideias e informações de forma clara e concisa, pelo que se impõe que tenha alguns requisitos importantes como destacar as ideias fundamentais sobre o assunto, com o uso de vocabulário correto, coerência na argumentação, clareza na exposição das ideias, objetividade, concisão e fidelidade às fontes citadas (Curty e Boccato, 2005).

Esta metodologia através da pesquisa, análise e resolução de problemas reais do contexto é promotora de uma prática fundamentada e baseada na evidência. Assim sendo, surge o presente projeto de estágio, que visa a consolidação de conhecimentos, bem como a aquisição de competências, no que concerne ao doente que vivencia situações de urgência e/ou a agudização de situações de doença crítica e/ou falência orgânica e família do mesmo, assim como a aquisição de competências na área da investigação.

Na elaboração deste projeto, pretende-se que este seja um documento orientador, com carácter objetivo, preciso e pertinente e de certa forma dinâmico, adaptando-se aos contextos e facilitando as aprendizagens. Irá recair sobre a componente relacional, técnica e científica como desenvolvimento de competências para a prática de Enfermagem avançada e dirigida à assistência ao doente crítico.

O Estágio final é uma unidade curricular de carácter prático com 336h de contacto (E:336; OT:14; O:38) que serão distribuídas por dois campos de estágio. Assim sendo o primeiro período irá decorrer na Unidade de Cuidados Intensivos Dr. Emílio Moreira do Hospital Dr. José Maria Grande de Portalegre [UCIDEM], de 20 de setembro a 22 de dezembro de 2017, com a duração de 256 horas. O segundo período decorrerá no Serviço de Cirurgia Ala Esquerda, do respetivo Hospital, de 2 a 27 de janeiro de 2018, com a duração total de 80h. No entanto, neste momento apenas se planeiam os objetivos e competências a atingir para o primeiro período de estágio.

O Responsável do Estágio será o Professor Adriano Pedro e terei como Enfermeira Orientadora, a Enfermeira Cristina Teixeira - Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

A UCIDEM foi a primeira Unidade de cuidados intensivos [UCI] polivalente criada em Portugal num Hospital Distrital, pelo Dr. Emílio Moreira, tendo entrado em funcionamento em 1977.

Inicialmente foi dedicada aos doentes cardíacos, mas ao longo do tempo foi assumindo as características de uma unidade de cuidados intensivos polivalente, estatuto que adquiriu definitivamente em 1993, nessa mesma altura recebeu o nome do seu fundador, passando a ser designada UCIDEM-Unidade de Cuidados Intensivos Dr. Emílio Moreira. No entanto, só em 1995 passou a assumir a característica principal de uma unidade de cuidados intensivos com a assistência médica permanente.

Atualmente, a UCIDEM, destina-se a todos os doentes que necessitam de terapia intensiva para manutenção das funções vitais

De acordo com o Planeamento da Unidade Curricular, pretende-se envolver de forma significativa a estudante no processo de ensino e de aprendizagem, com aposta no incremento de conhecimento resultante de evidência científica, no sentido de alcançar a máxima qualidade assistencial, com ênfase nos vários aspetos que configuram os resultados de aprendizagem. Assim sendo, propõe-se os seguintes objetivos:

- Desenvolver competências de prestação de cuidados à pessoa em situação crítica no contexto de Unidades de Cuidados Intermédios/Intensivos.

- Conhecer o serviço UCIDEM, no que respeita à sua estrutura, recursos humanos e materiais, assim como a dinâmica interpessoal;

- Conhecer normas e protocolos existentes na UCIDEM;

- Desenvolver a prática clínica à pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica, fundamentada em sólidos padrões de conhecimento, com especial relevância no doente crítico do foro cirúrgico;

- Saber gerir a comunicação interpessoal na relação terapêutica com a pessoa/família em processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;

- Participar ativamente, como formadora, através de sessão de formação em serviço, no âmbito da Formação em serviço;

- Demonstrar uma atitude de aprendizagem contínua, de um modo fundamentalmente auto-orientado e autónomo.

- Demonstrar a aquisição de competências de Mestre, através da elaboração de uma revisão integrativa da literatura, apresentada sob a forma de artigo.

Estruturalmente, o Projeto de Estágio Final, inicia-se com uma breve introdução à metodologia de Projeto e objetivos definidos para o mesmo. De seguida é feita uma breve caracterização do serviço de Unidade de Cuidados Intensivos Dr. Emílio Moreira do Hospital Dr. José

Maria Grande de Portalegre, de seguida a Metodologia e Competências a consolidar e desenvolver. De seguida aborda-se a Avaliação proposta e fazem-se breves Considerações finais. Por último surgem as Referências bibliográficas.

Este trabalho foi redigido de acordo com as normas do novo acordo ortográfico português e a referência assenta nas normas da *American Psychological Association* [APA].

1. CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DO ESTÁGIO

Por forma a clarificar as competências a desenvolver que irão contribuir para a aquisição de competências como futura enfermeira especialista, torna-se fundamental elaborar a caracterização do serviço de UCIDEM do Hospital Dr. José Maria Grande de Portalegre, de modo a contextualizar o local onde irá decorrer o meu estágio final – 1º período.

1.1. HOSPITAL DR. JOSÉ MARIA GRANDE DE PORTALEGRE

O Hospital Doutor José Maria Grande de Portalegre situa-se no Alto Alentejo e está integrado na ULSNA, conjuntamente com o Hospital de Santa Luzia em Elvas e dezasseis Centros de Saúde dispersos pelo distrito de Portalegre que asseguram cuidados assistenciais de saúde primários e diferenciados à população. Possui como missão “promover o potencial de todos os cidadãos, através do fomento da saúde e da resposta à doença e incapacidade, garantindo a qualidade dos serviços prestados, a tutela da dignidade humana e a investigação permanente, na procura contínua de soluções que reduzam a morbilidade e permitam obter ganhos em saúde” (ULSNA, 2017).

1.1.2. UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS DR. EMILIO MOREIRA: PERSPETIVA HISTORICA

A UCIDEM, foi fundada em 1977 pelo Dr. Emílio Moreira, constituindo a primeira Unidade aberta num hospital distrital. Localizada na ala esquerda do 4º piso, do HDJMG.

Direcionada para doentes cardíacos, assumiu ao longo do tempo as características de uma unidade de cuidados intensivos polivalente, assumindo-se como tal em 1993. Nesse mesmo ano, recebeu o nome do seu fundador, passando a ser designada UCIDEM, Unidade de Cuidados Intensivos Doutor Emílio Moreira, no entanto, só em 1995 passou a assumir a característica principal de uma unidade de cuidados intensivos com a assistência médica permanente.

Em fevereiro de 2004, a UCIDEM passou a ocupar as instalações do 2º piso, instalações construídas para este efeito, e em julho do mesmo ano, foi possível a abertura da Unidade de Cuidados Intermédios.

Atualmente a UCIDEM é constituída pela UCI e pela Unidade de Cuidados Intermédios, encontrando-se junto às instalações do Serviço de Observação/ Serviço de Urgência, com acesso direto para o exterior.

É composto por duas unidades de internamento independentes: a UCI com uma sala com 4 camas e 1 quarto de isolamento e a Unidade de Cuidados Intermédios também com lotação para 5 camas, sendo que 1 cama se encontra destinada a tratamento de Hemodiafiltração, para doentes da Instituição internados noutros pisos.

Todas as camas da UCI possuem uma unidade funcional independente, unidade de monitorização com telemetria e ventilador.

Na unidade de cuidados intermédios, todas as camas possuem unidade funcional independente e monitorização e dois ventiladores.

Dispõe de dois carros de urgência com desfibrilhador, ventiladores para ventilação invasiva e não invasiva fixos e um portátil, gasómetro, bombas e seringas infusoras, eco cardiógrafo, eletrocardiógrafo, máquinas de Hemodiafiltração e de técnicas de substituição renal contínuas, entre outro equipamento.

Para a avaliação da carga de trabalho de enfermagem é utilizado o TISS-28 (*Therapeutic Intervention Scoring System*), que é considerado uma ferramenta de gestão importante. Foi descrito por Cullen (1974), com a intenção de introduzir na prática clínica a quantificação da carga de trabalho de enfermagem em Medicina Intensiva relacionando-o com a gravidade de doença. Este instrumento foi atualizado e adaptado a populações específicas e simplificado, mas a sua filosofia original manteve-se inalterada, sendo que, a maior gravidade do utente está relacionada com um maior número de intervenções terapêuticas e conseqüentemente uma maior carga de trabalho.

A UCIDEM, destina-se a todos os doentes que necessitam de terapia intensiva para manutenção das funções vitais. Estas camas são ocupadas com doentes provenientes do serviço de urgência, restantes serviços do HDJMG (exceção do Serviço de Pediatria), e de outros Hospitais.

1.1.2.1- ESPAÇO FÍSICO

Cada unidade de alocação de Cuidados Intensivos está equipada com telemetria, rampa de vácuo e oxigénio, e ventilador.

Nos Cuidados Intermédios, as cinco camas são dotadas de monitores de telemetria, rampa de vácuo e oxigénio, e ventilador em apenas duas, reservado para situações urgentes. Comum a estas duas salas são o uso de bombas e seringas infusoras devidamente aferidas e standardizadas, e cada sala é detentora de uma central de telemetria, que se intercomunicam entre si.

As valências físicas da UCIDEM incluem:

- Um posto administrativo à entrada do serviço;

- Dois vestiários por género, com casa de banho, para uso exclusivo dos funcionários da UCIDEM;
- Uma sala de despejos;
- Uma copa;
- Uma sala com antecâmara com posto de lavagem das mãos, para circulação exclusiva de visitas e familiares;
- Um gabinete Médico;
- Um gabinete de Enfermagem;
- Um armazém, onde se encontra a roupa limpa e material de consumo clínico em stock;
- Uma sala de trabalho, onde se realiza a passagem de turno da equipa de Enfermagem, com bancadas e armários, consumíveis clínicos e de farmácia, frigorífico de medicação e um gasómetro;
- Dois postos de enfermagem, um por sala (Intensivos e Intermédios), com a respetiva central de telemetria aferida a cada posto, e um computador para uso das aplicações clínicas em vigor na ULSNA e na UCIDEM.

A UCIDEM recebe doentes portadores das mais diversas patologias, quer do foro cardiovascular, respiratório, neurológico e outros (ex.: choque séptico, diabetes mellitus descompensada, intoxicações medicamentosas e químicas, pós-operatórios complicados ou provenientes de cirurgia de alto risco, trauma abdominal, trauma torácico, trauma das extremidades etc.) dos restantes serviços do HDJMG, e de outros Hospitais. No entanto exclui os doentes de serviços de Neonatologia e Pediatria, pois não possui recursos humanos e materiais para prover a assistência adequada a estes doentes.

Os doentes são transferidos da UCIDEM, sempre que se verifica que a unidade não dispõe de meios adequados para responder e providenciar o melhor tratamento possível relativamente à situação clínica, ou quando os doentes em causa, já não necessitam de cuidados intensivos/intermédios, sendo então transferidos para outras unidades de internamento.

1.1.2.3 - RECURSOS HUMANOS E METODOLOGIA DO TRABALHO

Atualmente, a equipa de enfermagem é constituída por 28 elementos, 25 dos quais em horário de *Roulement*, uma enfermeira que faz exclusivamente o turno da Manhã e outra enfermeira que faz o turno da Manhã e Tarde. A enfermagem responsável encontra-se em horário fixo.

A equipa de enfermagem apresenta 5 elementos com Curso de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica, 2 elementos com Curso de Especialização em Enfermagem de

Reabilitação e 2 elementos com Curso de Especialização em Saúde Comunitária e 1 elemento em formação no Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização. restantes elementos são enfermeiros de cuidados gerais.

A equipa médica é constituída por médicos pertencentes ao quadro do Hospital, um deles com funções de diretor e por médicos contratados, em regime de prestação de serviços. A equipa médica num total de 12 elementos, apresenta um grande leque de especialidades tais como: Nefrologia, Cardiologia, Medicina Intensiva, Cirurgia, Pneumologia e Anestesiologia. Diariamente, estão de serviço 2 médicos que se dividem pelas salas de Cuidados Intermédios e Cuidados Intensivos. Conta ainda com o apoio de outros técnicos de saúde, que integrados em equipa multidisciplinar, prestam cuidados aos doentes internados na unidade, quando solicitados.

A equipa de Assistentes Operacionais é composta por 9 elementos em horário de *Roulement* e 1 elemento de horário fixo.

A UCIDEM possui ainda um administrativo em horário fixo permanente.

O método de trabalho por Enfermeiro responsável é o utilizado na UCIDEM, baseado no processo de Enfermagem segundo o Modelo Teórico de Nancy Roper, adotado pela ULSNA.

Segundo a Direção Geral de Saúde, adotando a classificação da Sociedade Europeia de Cuidados Intensivos, a UCIDEM é considerada uma UCI polivalente de nível II, isto é, tem capacidade de monitorização invasiva e de suporte de funções vitais, podendo não proporcionar, de modo ocasional ou permanente, acesso a meios de diagnóstico e especialidades médico-cirúrgicas diferenciadas (neurocirurgia, cirurgia torácica, cirurgia vascular, etc.), pelo que deve garantir a sua articulação com unidades de nível superior; e deve ter acesso permanente a médico com preparação específica. Neste tipo de UCI preconiza-se que o rácio enfermeiro/doente seja de 1/1.6 (DGS,2014).

2.METODOLOGIA

A prática clínica, deste primeiro período, irá decorrer na UCIDEM sob orientação de uma enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica - Enf^a Cristina Teixeira - com supervisão pedagógica de um professor especialista na área - Prof. Adriano Pedro -visando um ensino de proximidade e personalizado, que incentive a reflexão, resolução de problemas e pesquisa para uma prática baseada na evidência.

Será apresentado um pré-projecto à Enf^a orientadora e professor responsável, para aferir a qualidade e pertinência dos objetivos e atividades propostas na aquisição de competências.

No final do primeiro período, do Estágio Final deverá elaborar um artigo científico, envolvendo a responsável do serviço, a Enf^a orientadora e o professor.

3.COMPETÊNCIAS

O termo competência é, segundo Cinterfor citado por Faustino e Rocha & Santos (2008) “a norma que define um desempenho competente”. Isto é “indica o que um indivíduo deve ser capaz de fazer e as condições como deve demonstrar a competência e as evidências que podem demonstrar as competências”. Este facto possibilita a comparação entre o desempenho observado de um trabalhador e o desempenho padronizado para agir com competência, face a um determinado contexto de exercício profissional e de interação com outros trabalhadores.

Segundo Roldão (2003), as competências pressupõem o agir em situações, mobilizando, nessa ação, de forma equilibrada e integrada, conhecimentos, capacidades, procedimentos e atitudes. Assim, todos eles incorporando-se um nos outros, conduzem à capacidade de fazer, pensar ou apreciar alguma coisa. Benner (2001) diz-nos que as competências não são inatas, são adquiridas e desenvolvidas, e melhoram ao longo do tempo. O enfermeiro especialista necessita de um período de formação onde pode desenvolver as competências inerentes à sua categoria de enfermeiro especialista.

A OE (2010) define como especialista, o enfermeiro que apresenta um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção.

As competências do enfermeiro especialista decorrem do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais de acordo com conjunto de competências clínicas especializadas.

Independentemente da área de especialidade, todos os enfermeiros especialistas partilham de um grupo de domínios, consideradas competências comuns - a atuação do enfermeiro especialista inclui competências aplicáveis em ambientes de cuidados de saúde primários, secundários e terciários, em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde. Envolve ainda, as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança e inclui a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante, que permita avançar e melhorar a prática da enfermagem. (OE,2010)

A especialidade em enfermagem médico-cirúrgica além de se reger pelas competências comuns ao enfermeiro especialista necessita de desenvolver conhecimentos relacionados com a pessoa em situação crítica.

A OE (2015) descreve, “a pessoa em situação crítica 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.

O crescente número de doenças com início súbito ou doenças crónicas agudizadas, em que a falência ou risco de falência das funções vitais, pode conduzir a pessoa a morte se não forem implementadas, num período curto, medidas de suporte de vida.

De acordo com o Regulamento nº361/2015, os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados, prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, mantendo as funções básicas de vida. Estes cuidados exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistemática e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil. E se em situação crítica a avaliação diagnóstica e a monitorização constantes se identificam de máxima importância, cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença e/ou falência orgânica, é uma competência das competências clínicas especializadas.

3.1. COMPETÊNCIAS A DESENVOLVER

O ensino clínico é um momento fundamental e diferenciado de formação, com forte impacto nos círculos pessoais e profissionais dos alunos. A dinâmica de mudança que se sente, hoje nas instituições de saúde, ancorada nas alterações dos padrões de saúde-doença, crescentes exigências sociais, formas alternativas de organizar o trabalho, formação dos profissionais de saúde e introdução de novas tecnologias, os enfermeiros necessitam de repensar o seu desenvolvimento profissional (Abreu, 2007).

A Enfermagem congratula-se por ser uma profissão nobre aleada à constante excelência, que deverá ser sempre o ponto-chave para o caminho da progressão e constante melhoria.

Neste sentido, com o objetivo de aprofundar e adquirir conhecimentos, nomeadamente à pessoa em situação crítica, propõem-se as seguintes competências a desenvolver, ao longo do Estágio Final.

Os Recursos utilizados serão comuns a todas as competências apresentadas em seguida. São eles:

- Recursos físicos: Local onde se irá realizar o Estágio Final (1º Período): Serviço de UCIDEM do Hospital Dr. José Maria Grande de Portalegre;
- Recursos Humanos: Enfermeira orientadora, Equipas de Enfermagem, Médica e de Assistentes Operacionais e pessoa/família a que se prestam cuidados;
- Temporais: Período de estágio: 20 de setembro a 22 de dezembro de 2017.

Assim sendo, pretende-se:

COMPETÊNCIAS A ADQUIRIR	AÇÕES PLANEADAS	INDICADORES
1.Integração e envolvimento na dinâmica da equipa multidisciplinar do Serviço de UCIDEM.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realização de uma entrevista de acolhimento / apresentação, com a Enfermeira Responsável do serviço, Enfermeira Orientadora e Prof. responsável; ▪ Apresentação à restante equipa multidisciplinar; ▪ Observação da estrutura arquitetónica, funcionalidade e espaço físico; ▪ Identificação as áreas clínicas e áreas de apoio; ▪ Conhecer os recursos humanos e logísticos disponíveis (equipamentos e materiais) e sua localização; ▪ Observação das dinâmicas e métodos de trabalho da equipa multidisciplinar, de forma a compreender a dinâmica do mesmo; ▪ Reconhecer e respeitar os diferentes campos de ação dos diversos elementos da equipa multidisciplinar; ▪ Consultar normas e protocolos de atuação; ▪ Conhecer o método de organização do trabalho e dos cuidados de enfermagem, bem como as formas de registo; ▪ Identificação do modo de articulação da UCIDEM com os restantes serviços; ▪ Identificação os critérios de admissão e transferência do doente; ▪ Participação nas atividades de serviço (passagens de turno, reuniões, atividades terapêuticas, momentos de formação forma e/ou informal), proporcionados /solicitados pela equipa, com vista a uma partilha de conhecimentos; ▪ Desenvolver uma relação de confiança com os profissionais de saúde, promovendo um bom relacionamento interpessoal; ▪ Ser membro ativo da equipa na prestação de cuidados ao doente em estado crítico; ▪ Clarificar dúvidas junto da equipa multidisciplinar; ▪ Colaborar e intervir nas atividades planeadas pela equipa de enfermagem; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Auto análise e reflexão; ▪ Validação pela Enfermeira responsável do serviço, Enfermeira Orientadora e Prof. responsável; ▪ Conhece o espaço físico e segue procedimentos instituídos no serviço. ▪ Conhece as normas e protocolos do serviço. ▪ Utiliza adequadamente os vários materiais e equipamentos. ▪ Estabelece boa relação e integra-se na equipa multidisciplinar. ▪ Conhece e articula recursos com outros serviços (intra e inter-hospitalar).

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificar os locais de armazenamento de fármacos, material de consumo clínico e equipamentos; ▪ Conhecer os diferentes equipamentos existentes no serviço, bem como a sua utilização e funcionamento; ▪ Efetuar reuniões formais e informais com Enfermeira Responsável do serviço, Enfermeira Orientadora e Prof. Responsável. 	
<p>2. Desenvolvimento de uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Demonstrar um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica; ▪ Participar, com a equipa multidisciplinar na tomada de decisão; ▪ Praticar cuidados envolvendo doente/família na tomada de decisão, sempre que possível, incorporando elementos de enquadramento jurídico no julgamento de enfermagem; ▪ Demonstrar de respeito pelo doente, pelas suas crenças e costumes; ▪ Reflexão com o enfermeiro orientador sobre os cuidados prestados e decisões tomadas 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A tomada de decisão é baseada no conhecimento e experiência. ▪ Participa na construção da tomada de decisão em equipa.
<p>3. Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Assumir a defesa dos Direitos Humanos, tal como descrito no Código Deontológico, relevando os relativos à sua área de especialidade. ▪ Mobilizar conhecimentos na tomada de decisões adequadas conforme a situação e em concordância com o código deontológico ▪ Informar o doente/ família sobre cuidados prestados, sempre que possível ▪ Demonstrar respeito pelo doente quer no que se refere à promoção da sua privacidade quer no respeito por crenças e valores ▪ Refletir com a enfermeira orientadora sobre os aspetos que podem ser melhorados 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Promove o exercício profissional de acordo com o Código Deontológico. ▪ Promove o respeito pelo direito dos clientes no acesso à informação, na equipa de Enfermagem onde está inserido. ▪ Reconhece e aceita o direito dos outros.

4.Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificar crenças/valores e necessidades espirituais da pessoa; ▪ Proteger o indivíduo criando um ambiente físico acolhedor de modo a que a pessoa expresse os seus sentimentos; ▪ Identificar os recursos materiais e físicos existentes para a prestação de cuidados ao doente; ▪ Identifica corretamente o doente através da pulseira de identificação; ▪ Identificar possíveis situações que possam colocar em risco a segurança do doente; ▪ Identificar medidas preventivas em relação à segurança do doente, a fim de minimizar risco; ▪ Utiliza de forma eficaz, os instrumentos de registo existentes no serviço; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Promove a sensibilidade, consciência e respeito em relação às necessidades espirituais do indivíduo/grupo. ▪ Utiliza os sistemas de trabalho, de forma a reduzir a probabilidade de ocorrência de erro humano.
5.Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar pesquisa sobre protocolos do serviço para encaminhamento de doentes para outros profissionais; ▪ Identificar a necessidade de encaminhamento da pessoa/família para cuidados de outro profissional (Psiquiatra, Psicólogo, Assistente Social; Equipa de Gestão de Altas); ▪ Adequar os cuidados prestados, identificando as necessidades e diagnósticos, implementando ações e avaliando as mesmas durante o processo de cuidar do doente; ▪ Comunicar eficazmente com a equipa multidisciplinar acrescentando informações importantes de forma a melhorar cuidados prestados à pessoa; ▪ Refletir com a enfermeira orientadora acerca das necessidades da pessoa; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reconhece quando referenciar para outros prestadores de cuidados de saúde. ▪ Colabora nas decisões da equipa multidisciplinar.
6.Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Apreciação com a enfermeira orientadora e a enfermeira Responsável sobre os recursos físicos, materiais e humanos existentes no serviço; ▪ Identificar os recursos existentes e necessários para prestar cuidados à pessoa; ▪ Utilizar adequada e eficientemente os recursos existentes; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conhece os recursos existentes no serviço. ▪ Adequa os recursos existentes às necessidades

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Colaborar com a equipa multidisciplinar, tendo sempre como meta a melhoria dos cuidados prestados aos doentes; ▪ Proteger o individuo criando um ambiente favorável para a prática de cuidados; ▪ Refletir com o enfermeiro orientador sobre dinâmicas do serviço e necessidades sentidas; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reconhece e compreende os distintos e interdependentes papéis e funções de todos os membros da equipa.
7.Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Refletir sobre comportamentos e atitudes; ▪ Identificar e reconhecer as suas próprias limitações; ▪ Utilizar técnicas eficazes para responder a possíveis conflitos; ▪ Gerir emoções e sentimentos de modo a que estes não interferiram num cuidado adequado à pessoa/ família; ▪ Refletir junto da enfermeira orientadora acerca de atitudes e comportamentos utilizados na prestação de cuidados; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Desenvolve o auto -conhecimento para facilitar a identificação de fatores que podem interferir no relacionamento com a pessoa ou a equipa multidisciplinar; ▪ Reconhece os seus limites pessoais e profissionais;
8.Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificar necessidades formativas, consoante as lacunas que vão surgindo; ▪ Realizar pesquisa em áreas identificadas como necessárias; ▪ Realizar pesquisa de base científica e partilhar com a equipa os resultados encontrados; ▪ Expor dúvidas à enfermeira orientadora/ equipa de enfermagem ▪ Colaborar com a equipa de enfermagem em formações existentes, em contexto clínico ▪ Rentabiliza as oportunidades de aprendizagem; ▪ Interpreta, organiza e divulga dados provenientes da evidência que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Desenvolve a sua prática baseada em conhecimentos científicos atuais; ▪ Partilha evidências científicas com a restante equipa.
9.Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificar lacunas pessoais que poderão existir e que carecem de melhoria; ▪ Identificar recursos materiais existentes no serviço e modo de funcionamento dos mesmos; ▪ Avaliar o doente de forma holística; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identifica situações de possível instabilidade do doente.

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliar e identificar possíveis focos de instabilidade da pessoa em situação crítica; ▪ Identificar evidências fisiológicas de dor no doente tendo em especial atenção quando este não é capaz de verbalizar; ▪ Planear atividades de modo a dar uma resposta eficaz às necessidades da pessoa em situação crítica; ▪ Realizar as atividades necessárias de forma a antecipar possíveis focos de instabilidade; ▪ Implementar medidas necessárias para dar resposta à instabilidade do doente; ▪ Administrar medidas farmacológicas e não farmacológicas para alívio da dor; ▪ Demonstrar conhecimentos e habilidades no suporte avançado de vida; ▪ Aprofundar conhecimentos e habilidades na ventilação mecânica invasiva e não invasiva; ▪ Adquire e consolida capacidades na interpretação eletrocardiográfica; ▪ Avaliar as atividades realizadas e necessidades de implementação de novas atividades; ▪ Adequar a comunicação ao doente/família em situação crítica; ▪ Avaliar, juntamente com a enfermeira orientadora as atividades realizadas; ▪ Refletir com a enfermeira orientadora, aspetos que necessitem de melhoria; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Executa cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à pessoa a vivenciar processos de saúde/doença crítica e ou falência orgânica. ▪ Monitoriza e avalia a adequação das respostas aos problemas identificados. ▪ Demonstra conhecimentos sobre bem-estar físico, psico-social e espiritual na resposta às necessidades da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica. ▪ Avalia o processo de relação estabelecida com a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica.
<p>10.Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar pesquisa sobre plano de catástrofe e emergência da instituição e do serviço; ▪ Colaborar com a equipa na implementação do plano, caso ocorra uma situação de catástrofe; ▪ Identificar papel de cada numa situação de catástrofe/emergência; ▪ Refletir com a enfermeira orientadora sobre a eficácia do plano de catástrofe/ emergência; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Demonstra conhecimentos e princípios de atuação no plano de catástrofe/ emergência. ▪ Identifica e localiza o plano de emergência do serviço.

<p>11. Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar pesquisa sobre as principais indicações do PPCIRA; ▪ Identificar, com a enfermeira orientadora, as principais necessidades do serviço no que diz respeito ao controlo de infeção; ▪ Prestar cuidados ao doente em situação crítica tendo em atenção o controlo e prevenção de infeção; <ul style="list-style-type: none"> - Participar ativamente, como formadora, através de sessão de formação em serviço, no âmbito da Formação em serviço sobre o tema: “Prevenção de infeção da ferida cirúrgica”; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Demonstra conhecimentos sobre o PPCIRA (Programa de prevenção e controlo de infeções e resistências aos antimicrobianos)
<p>12. Adquire conhecimentos, aptidões e competências de mestre em enfermagem</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Utilizar a investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência; ▪ Desenvolver capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais ▪ Realizar a análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Desenvolver a sua prática diária fundamentada em evidência científica. ▪ Elaborar uma revisão Integrativa da literatura, apresentada sob a forma de artigo científico, sobre o tema: “<i>Prevenção de infeção da ferida cirúrgica, no doente crítico</i>”

4.AVALIAÇÃO

A avaliação das diferentes competências definidas para o Estágio Final, será efetuada através dos indicadores apresentados anteriormente, de forma contínua e sistemática, permitindo alterações e ajustes sempre que sejam necessários.

Não obstante, a avaliação é contínua, com momentos de avaliação intercalar e final, envolvendo os diferentes intervenientes no processo.

Servirá, também como momento de avaliação a elaboração de um Artigo científico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste Projeto de Estágio Final (1º período) além de permitir antever o percurso formativo e interventivo, assumir-se-á como um processo de orientação do trabalho a realizar durante o estágio. O principal objetivo que se pretende atingir é a concretização com êxito de todas as atividades programadas.

A realização deste Projeto assume-se como um processo dinâmico e flexível, permitindo a sua evolução ao longo do Estágio desenvolvendo procedimentos, adaptando-os e reorientando-os ao longo da sua intervenção (Leite, et al,2001 citado por Ruivo & ferrito, 2007), pelo que certamente terei necessidade de efetuar alguns ajustes ao plano de ação delineado, assim como existe a possibilidade de poder vir a desenvolver atividades não planeadas.

No entanto, termino-o consciente de que tenho um longo caminho a percorrer, na procura, descoberta, aquisição e solidificação de conhecimentos, capacidades e competências.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W. (2001). *Identidade, formação e trabalho - Das culturas locais às estratégias identitárias dos enfermeiros*. Coimbra: Formasau.
- Benner, P. (2001). De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem. 1ª ed. Coimbra: Quarteto
- Cullen DJ, Civetta JM, Briggs BA, Ferrara LC. (1974) - Therapeutic Intervention Scoring System: a method for quantitative comparison of patient care. *Critical Care Medicine*; 2: Acedido a 25 setembro de 2017 em <https://ccforum.biomedcentral.com/articles/10.1186/cc8204>
- Curty, M., Boccato, V.. (2005). O artigo científico como forma de comunicação do conhecimento na área de Ciência da Informação. *Perspectivas em ciências da informação*, v.10 n.1, Belo Horizonte, acedido a 26 setembro 2017 em <http://portaldeperiodicos.eci.ufmg.br/index.php/pci/article/view/305/108>
- Faustino, F. Rocha, L.& santos, M. (2008). Uma proposta metodológica para a construção de referenciais de competências - Contributos para a consolidação de um roteiro de aplicações a partir do referencial de competências.
- Fortin, M. (1996) *O processo de Investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Galvão, T., Pereira, M.. (2014), Revisões sistemáticas da literatura: passos para sua elaboração. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, n 23, Brasília, acedido a 26 setembro 2017 em <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v23n1/v23n1a18.pdf>
- Humaun Kabir Sickder, Wanchai Lertwathanawilat, Hunsu Sethabouppha, Nongkran Viseskul. (2017). Nurses' Surgical Site Infection Prevention Practices in Bangladesh. *Pacific Rim Int J Nurs Res*. July - September 2017
- Nunes, L.; Alunos 7º CLE; Ruivo, A.; Ferrito, C. (2007) – Metodologia de Projeto: coletânea descritiva de etapas. *Revista Percursos* N. 05; Setúbal.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Pessoa em Situação Crítica*. Ordem Dos Enfermeiros. Lisboa.

Ordem dos enfermeiros (2014). Norma para o cálculo de dotações seguras nos cuidados de enfermagem; nº233; Diário da República, 2ªsérie, dezembro; Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros (2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros (2015). Regulamento n.º 190/2015 de 23 de abril de 2015. *Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Diário da República, 2ª série, Nº 79, 10087. Acedido em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_190_2015_Regulamento_do_Profil_de_Competicencias_Enfermeiro_Cuidados_Gerais.pdf, a 14 de abril de 2017

Ordem dos Enfermeiros (2015). Regulamento n.º 361/2015 de 26 de junho de 2015 - *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Diário da República. Acedido em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_361_2015_PadrosQualidadeCuidadosEspEnfPessoaSituacaoCritica.pdf, a 14 de abril de 2015

Roldão, M. (2003), *Gestão de Currículo e Avaliação de Competências*, 1ª Edição, Ensinar e Aprender, Lisboa Editorial Presença

ULSNA. Missão, Atribuições e Legislação. In *Unidade Local de Saúde de Portalegre, EPE*. Acedido a 18 de março de 2017 em <http://www.ulsna.min-saude.pt/category/institucional/missao>

Apêndice II: Pedido de autorização à Instituição

Ex^{mo} Sr. Presidente do Concelho de
Administração da Unidade Local de Saúde do
Norte Alentejano, E.P.E.- Dr. João Moura Reis

Portalegre, 11 de janeiro de 2018

Assunto: Pedido de autorização e Parecer sobre Projeto de Intervenção

Eu, Paula Cristina Onofre Pinheiro, com o nº mecanográfico 161632, a exercer funções como enfermeira no Serviço de Cirurgia Ala Esquerda, no âmbito do Mestrado em Enfermagem (em associação), com Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica: a pessoa em situação crítica, criado pelo aviso nº5622/2016, publicado em diário da República, 2ªSérie-nº 84 de 2 de maio de 2016 e a decorrer em Évora, em associação com as Escolas de Enfermagem de Portalegre, Beja, Setúbal e Castelo Branco, encontro-me neste momento no 3º Semestre do respetivo Curso e em Estágio Final que decorrerá num primeiro período na Unidade de cuidados Intensivos Dr., Emílio Moreira (20 de setembro a 22 de dezembro de 2017) e num segundo período, no Serviço de Cirurgia Ala Esquerda (Incluindo Bloco Operatório, de 2 a 27 de janeiro de 2018.)

Sendo este um Mestrado de natureza profissionalizante, visa a realização de um Projeto de Intervenção. O projeto sob o tema: "Implementação de Protocolo de prevenção de infeção da ferida operatória", visa a criação e implementação de um protocolo de atuação.

Neste sentido, solicita-se a vossa autorização no acesso a dados da PPCIRA sobre a temática, no sentido de dar resposta é necessidade identificada.

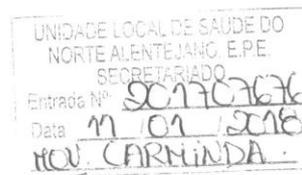
Anexo a Instrução de trabalho construída, da qual a Enfª Responsável: Enfª Maria João Rodrigues e Diretora do Serviço: Dr.ª Ilda Barbosa, têm conhecimento e deram o seu parecer positivo.

Perante a recolha de dados institucionais, que integrarão o Relatório de Estágio final, será garantido o total anonimato, confidencialidade e respeito pelo que estes representam, tal como consta na Declaração de Helsínquia.

Ao dispor para qualquer esclarecimento adicional.

Atenciosamente,

Paula Cristina Onofre Pinheiro





GESTÃO EXPEDIENTE SECRETARIADO

Dados da Correspondência Recebida

Número do Registro	201707676	Ano	2017
Número do Documento		Data de Entrada	12/12/2017
Data do Documento	12/12/2017	Data da Resposta	12/12/2017
Entidade Remetente	PAULA CRISTINA ONOFRE PINHEIRO	Remetente	Paula Cristina Onofre Pinheiro
Tipo do Documento	REQUER	Assunto	Pedido de autorização e parecer sobre projeto de intervenção
Observações Resposta		Serviço Destino	122
Serviço Expediente	77	Data/hora de Alteração	12/12/2017 12:07:46
Observações2			
Utilizador			
Data/hora de Registro	12/12/2017 12:07:46		

MOVIMENTOS

Sequência	Ano	Serviço	Resolução	Data Entrada	Data Resposta	Destino	Observações	Funções
1	2017	PRESIDENTE DO CA	À requerente para apresentar um Draft do projeto	12/12/2017	12/12/2017	Cirurg		Altera
2	2017	CIRURGIA GERAL PORTALEGRE	Enf.ª Paula deu resposta ao solicitado	12/12/2017	11/01/2018	Presid		Altera



ao início

Voltar



Voltar atrás



Apêndice III: Modelo T005 – Proposta de Trabalho de Projeto

 Serviços Académicos	Cursos de 3.º Ciclo, 2.º Ciclo e Mestrado Integrado PROPOSTA DE PROJETO DE TESE / DISSERTAÇÃO / ESTÁGIO / TRABALHO DE PROJETO	MODELO T-005
		Ano Letivo: 2017 / 2018
1. DELIBERAÇÃO DO CONSELHO CIENTÍFICO DA ESCOLA		
<input type="checkbox"/> Aprovado <input type="checkbox"/> Não aprovado Fundamentação (No caso de "Não aprovado", esta fundamentação será utilizada para notificação ao estudante): Data: _____ Assinatura: _____		
2. PARECER DO DIRETOR DE CURSO (A ser emitido antes da entrega do projeto nos SAC)		
Data: _____ Assinatura: _____		
3. IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDANTE		
Nome Completo: <u>Paula Cristina Onofre Pinheiro</u> Número: <u>36932</u> Curso: <u>Mestrado em Enfermagem</u> Especialidade: <u>Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica — A Pessoa em Situação Crítica</u> Ciclo de Estudos: <input type="checkbox"/> 3.º Ciclo <input checked="" type="checkbox"/> 2.º Ciclo <input type="checkbox"/> Mestrado Integrado		
4. CONTACTOS DO ESTUDANTE		
Telef.: <u>965477748</u> E-mail: <u>paulacopinheiro@hotmail.com</u>		
5. PROPOSTA		
<input checked="" type="checkbox"/> Entrega de 1.º Projeto <input type="checkbox"/> Entrega de Projeto Reformulado <input type="checkbox"/> Entrega de 2.º Projeto por Reingresso <input type="checkbox"/> Proposta de Alteração de Projeto <small> neste caso, assinalar os quadros deste formulário em que propõe alterações (só deve preencher os respetivos quadros)</small> <input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/> 7. <input type="checkbox"/> 8. <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/> 10. <input type="checkbox"/> 11. <input type="checkbox"/> 12. <input type="checkbox"/> 13.		
6. TÍTULO DO TRABALHO		
Título em Português: <u>Protocolo de prevenção de infeção do local cirúrgico</u>		
Título em Inglês: <u>Protocol to prevention of the surgical site infection</u>		

7. TIPO DE TRABALHO (de acordo com o previsto no Plano de Estudos do Curso) <small>APRESENTAR NO CASO DE PROGRAMAS DE DOUTORAMENTO:</small> <input type="checkbox"/> Tese Formato da Tese: <input type="checkbox"/> Dissertação sobre o tema de investigação <input type="checkbox"/> Compilação de artigos publicados, obras ou realizações artísticas com exploração escrita <input type="checkbox"/> Outros produtos de investigação realizada com menção justificativa e descritiva <small>FAZER RESULTADO OU RESULTADO ENTREGUE:</small> <input type="checkbox"/> Dissertação <input type="checkbox"/> Estágio <input checked="" type="checkbox"/> Trabalho de Projeto	8. LÍNGUA DE REDAÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> Português <input type="checkbox"/> Inglês <input type="checkbox"/> Espanhol <input type="checkbox"/> Francês <input type="checkbox"/> Outra: _____			
9. ORIENTAÇÃO (Anexar declaração(ões) de aceitação) Nome: <u>Adriano Dias Pedro</u> Universidade/Instituição: <u>Instituto Politécnico de Portalegre- Escola Superior de Saúde</u> N.º Identificação Civil: <u>69635757zy9</u> Tipo de Identificação: <input type="checkbox"/> ar <input checked="" type="checkbox"/> cc <input type="checkbox"/> Passaporte <input type="checkbox"/> outro: _____ Telef.: <u>962847845</u> E-mail: <u>apedro@essap.pt</u> ID ORCID: <u>0000-0001-9820-544x</u> Nome: _____ Universidade/Instituição: _____ N.º Identificação Civil: _____ Tipo de Identificação: <input type="checkbox"/> ar <input type="checkbox"/> cc <input type="checkbox"/> Passaporte <input type="checkbox"/> outro: _____ Telef.: _____ E-mail: _____ ID ORCID: _____ Nome: _____ Universidade/Instituição: _____ N.º Identificação Civil: _____ Tipo de Identificação: <input type="checkbox"/> ar <input type="checkbox"/> cc <input type="checkbox"/> Passaporte <input type="checkbox"/> outro: _____ Telef.: _____ E-mail: _____ ID ORCID: _____				
10. ÁREA DISCIPLINAR E PALAVRAS-CHAVE DO TRABALHO Área Disciplinar (Área FOS) (ver Anexo 1): <u>Ciências da Saúde</u> Palavras-chave (5 palavras): <u>Infeção do local cirúrgico; prevenção; IACS; protocolo</u>				
11. DOMÍNIO A INVESTIGAR/TEMA <u>Prevenção da infeção do local cirúrgico através da criação de protocolo de atuação</u>				
12. RESUMO, PLANO E CRONOGRAMA <u>Em anexo.</u>				
13. JUSTIFICAÇÃO DA PROPOSTA DE ALTERAÇÃO (A preencher apenas no caso de no quadro 5 ter escolhido esta opção)				
14. DOCUMENTOS ANEXOS <input checked="" type="checkbox"/> Plano do Trabalho <input checked="" type="checkbox"/> Cronograma <input checked="" type="checkbox"/> Declaração de Orientador(es) <input type="checkbox"/> Declaração da Unidade Orgânica de acolhimento (Deve incluir o(s) Orientador(es), o Projeto ou Equipe de Investigação em que diretamente se inscreva a preparação da Tese) - Apenas para alunos de 1.º ciclo <input type="checkbox"/> Outros: _____	15. DECLARAÇÃO E ASSINATURA DO ESTUDANTE Nos termos do Regulamento conducente ao Grau de Doutor ou Grau de Mestre em vigor (de acordo com o meu ciclo de estudos), entrego o projeto de Tese/ Dissertação/Estágio/Trabalho Projeto (conforme indicado no quadro 6 deste impresso) do qual, após aprovado pelo Conselho Científico, será efetuado o respetivo registo nos Serviços Académicos na Universidade de Évora. Declaro que caso efetue alguma alteração a este projeto a ser aprovado (título, orientador, língua, etc.) procederei nos termos do referido regulamento, à entrega do projeto de alteração no prazo máximo de 30 dias antes da entrega da TDE/TP. Data _____ Assinatura _____			
16. RESERVADO AOS SERVIÇOS <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:33%; text-align: center; vertical-align: top;"> Receção <small>(Data e Assinatura)</small> </td> <td style="width:33%; text-align: center; vertical-align: top;"> Registo <small>(Data e Assinatura)</small> </td> <td style="width:33%; text-align: center; vertical-align: top;"> Observações: </td> </tr> </table>		Receção <small>(Data e Assinatura)</small>	Registo <small>(Data e Assinatura)</small>	Observações:
Receção <small>(Data e Assinatura)</small>	Registo <small>(Data e Assinatura)</small>	Observações:		

Trabalho de Projeto - Mestrado em Enfermagem

Título do Projeto: Protocolo de prevenção de infecção do local cirúrgico

Nome dos investigadores: Paula Cristina Onofre Pinheiro, m36952

Resumo:

As infeções associadas aos cuidados de saúde representam, em todo o mundo, o evento adverso mais comum que coloca em causa a segurança do doente.

A Organização Mundial de Saúde (2016), refere que a infeção do local cirúrgico afeta 1/3 dos doentes que foram submetidos a um procedimento cirúrgico. Muitos são os fatores, inerentes ao doente e ao internamento, que podem contribuir para o aparecimento de infeção. Estes, fazem com que a prevenção da infeção do local cirúrgico seja um processo complexo, que envolve uma série de medidas preventivas que devem integrar o período pré, intra e pós-operatório. A criação de um protocolo de atuação visa a uniformização e adequação de procedimentos, baseado em evidências científicas, no sentido de minorar a ocorrência de infeção do local cirúrgico.

Fundamentação e pertinência do estudo:

As infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS), assim como a resistência dos microrganismos aos antimicrobianos, constituem um problema transversal a nível mundial a qualquer instituição prestadora de cuidados de saúde. A Organização Mundial de Saúde define a infeção nosocomial como uma infeção adquirida no hospital por um doente internado por outra razão que não essa infeção ou “uma infeção que ocorre num doente internado num hospital, ou noutra instituição de saúde, e que não estava presente nem em incubação à data de admissão”. As IACS agravam o prognóstico, prolongando os internamentos, associando mais doenças às que já estavam presentes e aumentando a mortalidade e consequentemente os custos.

A taxa de IACS é reveladora da qualidade e da segurança dos serviços prestados, sendo por isso indispensável o desenvolvimento de programas de vigilância epidemiológica, como forma de identificar problemas, definir prioridades e monitorizar a eficácia das medidas implementadas no controlo da infeção (DGS, 2014).

Estas medidas passam, também pela criação de protocolos de atuação, baseados em evidências científicas, onde devem ser abordados recomendações que contemplem as várias fases que envolve a cirurgia, assim como os recursos disponíveis na instituição.

A infecção do local cirúrgico representa uma complicação potencial, associada a um procedimento cirúrgico. Embora os estudos revelem que 40 a 60% destas, possam ser evitadas, continuam a representar um aumento significativo de custos para o Sistema Nacional de Saúde, assim como aumento da morbidade e mortalidade por parte do doente (Spruce, 2014). Muitos são os fatores que podem influenciar o risco de aparecimento de uma infecção do local cirúrgico, como fatores endógenos, tais como a idade e sexo, e fatores exógenos, inerentes ao processo cirúrgico.

Existindo variáveis que não são passíveis de ser modificadas, como a idade, outras podem se amplamente melhoradas, como a nutrição, estado geral, uso do tabaco, uso correto de antibióticos e a técnica intraoperatória. (WHO, 2016)

A criação de um protocolo constitui um instrumento de elevada importância para a resolução de diferentes problemas identificados na prática de cuidados, na gestão e organização dos serviços. Estes são fundamentados em diretrizes de natureza técnica, organizacional e política. Têm como fundamentação estudos validados por pressupostos de evidência científica, com foco na padronização de procedimentos clínicos e cirúrgicos em ambiente hospitalar ou comunitário, pelo que constituem um elemento importante para a qualidade dos serviços.

Objetivo:

Elaborar a um protocolo de atuação de prevenção de infecção do local cirúrgico no serviço de Cirurgia Geral

Procedimentos metodológicos:

Os dados apresentados pelo GCL-PPCIRA (recolhidos através do Projeto HELICS - Cirurgia), sobre a infecção do local cirúrgico, em formação em serviço, evidenciam a necessidade de criação do protocolo de atuação de prevenção de infecção do local cirúrgico.

Após a análises dos dados estatísticos, será realizado um protocolo de atuação na prevenção da infecção do local cirúrgico e posteriormente divulgado às equipas médicas e de enfermagem, através de sessões de formação em serviço.

O protocolo será aplicado a todos os doentes internados, no serviço de Cirurgia Ala Esquerda, que sejam sujeitos a uma intervenção cirúrgica, no período de 1 dezembro de 2017 a 30 de janeiro de 2018.

CRONOGRAMA DO CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

1º Semestre		2º Semestre	
1º Ano	22 set.2016 a 28 jan.2017	6 fev. a 28 abril 2017	2 maio a 24 junho 2017
	Aulas teóricas	Aulas teóricas	Estágio I: Serviço de Urgência do HDJMG
3º Semestre: Estágio final			
2º Ano	18 set. a 22 dez.2017	2 a 27 jan.2018	29 jan. a 10 fev. 2018
	Unidade de Cuidados Intensivos Dr. Emílio Moreira do HDJMG	Cirurgia Ala esquerda(CAE)- HDJMG	Relatório final

3º Semestre: Estágio final						
Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março
Conscientização da problemática	Revisão da literatura e criação de protocolo	Divulgação do protocolo através de formação em serviço	Aplicação do Protocolo		Recolha e tratamento de dados	-Entrega do relatório final de estágio/Projeto de trabalho -Elaboração de Artigo científico
Estágio UCIDEM				Estágio CAE	Elaboração de Relatório final	
Entrega dos objetivos de estágio		-Formação em serviço -Reunião com En ^{ra} orientadora e Docente	Entrega de revisão sistemática da literatura em formato Artigo	-Verificar a aplicabilidade do Protocolo -Efetuar estágio de observação no Bloco Operatório		

Trabalho de Projeto

Estágio Final

Apêndice IV: Pedido de parecer à Comissão de Ética da Universidade de Évora



Comissão de Ética - Área da Saúde e do Bem Estar - Requerimento -
Avaliação de Projectos

Requerente

Nome: Paula Cristina Onofre Pinheiro
Email: m36952@alunos.uevora.pt **Número de aluno:** 36952
Curso: Enfermagem (Mestrado)

Requerimento

Título do Projeto:

Protocolo de prevenção de infeção do local cirúrgico Protocolo de prevenção de infeção do local cirúrgico

Nome dos investigadores:

Paula Cristina Onofre Pinheiro, m36952

Nível da Investigação:

Trabalho de Projeto no âmbito do Mestrado em Enfermagem em Associação na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica

Responsáveis Académicos - Orientador/Investigador principal:

Prof. Doutor Adriano Dias Pedro

Responsáveis Académicos - Colaboradores:

Enfª Maria João Pires Rodrigues

Resumo / Abstract:

As infeções associadas aos cuidados de saúde representam, em todo o mundo, o evento adverso mais comum que coloca em causa a segurança do doente.

A Organização Mundial de Saúde (2016), refere que a infeção do local cirúrgico afeta 1/3 dos doentes que foram submetidos a um procedimento cirúrgico. Muitos são os fatores, inerentes ao doente e ao internamento, que podem contribuir para o aparecimento de infeção. Estes, fazem com que a prevenção da infeção do local cirúrgico seja um processo complexo, que envolve uma série de medidas preventivas que devem integrar o período pré, intra e pós-operatório. A criação de um protocolo de atuação visa a uniformização e adequação de procedimentos, baseado em evidências científicas, no sentido de minorar a ocorrência de infeção do local cirúrgico.

Fundamentação e pertinência do estudo:

As infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS), assim como a resistência dos microrganismos aos antimicrobianos, constituem um problema transversal a nível mundial a qualquer instituição prestadora de cuidados de saúde. A Organização Mundial de Saúde define a infeção nosocomial como uma infeção adquirida no hospital por um doente internado por outra razão que não essa infeção ou "uma infeção que ocorre num doente internado num hospital, ou noutra instituição de saúde, e que não estava presente nem em incubação à data de admissão". As IACS agravam o prognóstico, prolongando os internamentos, associando mais doenças às que já estavam presentes e aumentando a mortalidade e consequentemente os custos.



Comissão de Ética - Área da Saúde e do Bem Estar - Requerimento -
Avaliação de Projectos

Requerente

Nome: Paula Cristina Onofre Pinheiro
Email: m36952@alunos.uevora.pt **Número de aluno:** 36952
Curso: Enfermagem (Mestrado)

Requerimento

A taxa de IACS é reveladora da qualidade e da segurança dos serviços prestados, sendo por isso indispensável o desenvolvimento de programas de vigilância epidemiológica, como forma de identificar problemas, definir prioridades e monitorizar a eficácia das medidas implementadas no controlo da infeção (DGS, 2014)

Estas medidas passam, também pela criação de protocolos de atuação, baseados em evidências científicas, onde devem ser abordadas recomendações que contemplem as várias fases que envolve a cirurgia, assim como os recursos disponíveis na instituição.

A infeção do local cirúrgico representa uma complicação potencial, associada a um procedimento cirúrgico. Embora os estudos revelem que 40 a 60% destas, possam ser evitadas, continuam a representar um aumento significativo de custos para o Sistema Nacional de Saúde, assim como aumento da morbilidade e mortalidade por parte do doente (Spruce, 2014:1). Muitos são os fatores que podem influenciar o risco de aparecimento de uma infeção do local cirúrgico, como fatores endógenos, tais como a idade e sexo, e fatores exógenos, inerentes ao processo cirúrgico.

Existindo variáveis que não são passíveis de ser modificadas, como a idade, outras podem se amplamente melhoradas, como a nutrição, estado geral, uso do tabaco, uso correto de antibióticos e a técnica intraoperatória. (WHO, 2016)

A criação de um protocolo constitui um instrumento de elevada importância para a resolução de diferentes problemas identificados na prática de cuidados, na gestão e organização dos serviços. Estes são fundamentados em diretrizes de natureza técnica, organizacional e política. Têm como fundamentação estudos validados por pressupostos de evidência científica, com foco na padronização de procedimentos clínicos e cirúrgicos em ambiente hospitalar ou comunitário, pelo que constituem um elemento importante para a qualidade dos serviços. (Wernick, Faria, Campos, 2009:10).

Objetivos:

Elaborar a um protocolo de atuação de prevenção de infeção do local cirúrgico no serviço de Cirurgia Geral

Seleção da amostra:



Comissão de Ética - Área da Saúde e do Bem Estar - Requerimento -
Avaliação de Projectos

Requerente

Nome: Paula Cristina Onofre Pinheiro
Email: m36952@alunos.uevora.pt **Número de aluno:** 36952
Curso: Enfermagem (Mestrado)

Requerimento

O protocolo será aplicado a todos os doentes internados, no serviço de Cirurgia Ala Esquerda, que sejam sujeitos a uma intervenção cirúrgica, no período de 1 dezembro de 2017 a 30 de janeiro de 2018.

Procedimentos metodológicos:

Os dados apresentados pelo GCL-PPCIRA, sobre a infeção do local cirúrgico, em formação em serviço, evidenciam a necessidade de criação do protocolo de atuação de prevenção de infeção do local cirúrgico.

Após a análise dos dados estatísticos, será realizado um protocolo de atuação na prevenção da infeção do local cirúrgico e posteriormente divulgado às equipas médicas e de enfermagem, através de sessões de formação em serviço

Instrumentos de avaliação:

A avaliação será feita através da identificação de infeção do local cirúrgico pelo PPCIRA

Como serão recolhidos os dados:

Os dados serão recolhidos em colaboração com o PPCIRA, que recolhe os dados através do Projeto HELICS – Cirurgia

Como será mantida a confidencialidade nos registos:

Os dados recolhidos serão relativos a doentes internados no serviço de cirurgia geral e que desenvolveram infeção do local cirúrgico, no qual estão salvaguardados o anonimato dos mesmos.

Estudos prévios em que se baseia esta investigação:

World Health Organization (2016). Global Guidelines for the Prevention of Surgical Site Infection. Suíça acedido em <http://www.who.int/gpsc/global-guidelines-web.pdf?ua=1> a 22 outubro de 2017

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

Spruce, L. (2014). Back to basics: Preventing Surgical Site Infections. AORN Journal, Vol. 99, nº 5

Declaração de consentimento informado utilizada no estudo:



Comissão de Ética - Área da Saúde e do Bem Estar - Requerimento -
Avaliação de Projectos

Requerente

Nome: Paula Cristina Onofre Pinheiro
Email: m36952@alunos.uevora.pt **Número de aluno:** 36952
Curso: Enfermagem (Mestrado)

Requerimento

Não se aplica

Apêndice V: Parecer da Comissão de Ética da Universidade de Évora



Documento 1 8 0 8 3

**Comissão de Ética para a Investigação Científica
nas Áreas de Saúde Humana e Bem-Estar
Universidade de Évora**

A Comissão de Ética para a Investigação Científica nas Áreas da Saúde Humana e do Bem-Estar vem deste modo informar que os seus membros, Prof. Doutor Paulo Infante e Prof. Doutor Manuel Fernandes, deliberaram dar

Parecer Positivo

para a realização do Projeto "*Protocolo de prevenção de infeção do local cirúrgico*" da investigadora **Paula Cristina Onofre Pinheiro** (mestranda) e Prof. Doutor Adriano Dias Pedro (responsável académico).

Universidade de Évora, 10 de Janeiro de 2018

O Presidente da Comissão de Ética

[Professor Doutor Jorge Quina Ribeiro de Araújo]

Apêndice VI: Parecer da Comissão de Ética da Instituição

ULSNA-EPE
SECRETARIADO DA ADMINISTRAÇÃO
ENTRADA Nº 201807676 (Nov.)
29/03/18
Sandra Oliveira

N.º 12/ 2018, de 28 março

De: Maria Luiza Lopes- Comissão de Ética
Para: Sr. Presidente do CA- Dr. João Moura dos Reis
C/C:

ASSUNTO: Projeto de Intervenção: " Implementação de Protocolo de Prevenção de Infecção da Ferida Operatória".

T-C-
Aparece
2018.09.05
MARIA LUÍZA LOPES
do Serviço
Jurídico-Contencioso
PARECER
João Moura Reis
Presidente do Conselho de Administração
2018/04/03

DESPACHO/DELIBERAÇÃO
autorizar com as
premissas acima
informar que a
Dr. S. T. tem de afe
ter em serviço que
de H. J. R. G. o stud.
e de ser dar

A Sr.ª Enf.ª Paula Cristina Onofre Pinheiro, enfermeira no Serviço de Cirurgia Ala Esquerda, mestranda em Enfermagem, com especialização em Especialização em Enfermagem Médico Cirurgia, na Escola Superior de Saúde de Portalegre, solicitou autorização para realização de um projeto de intervenção, denominado: "Implementação de Protocolo de Prevenção de Infecção da Ferida Operatória."

Junta a documentação sobre o estudo, cumpre então proceder à sua análise e informar o seguinte.

1- Enquadramento do estudo

O presente estudo tem o seu enquadramento na necessidade de realização de um projeto de intervenção no âmbito do mestrado que a requerente frequenta e na necessidade sentida no Serviço de Cirurgia.

Por outro lado, as infeções associadas aos cuidados de saúde representam, em todo o mundo, o evento adverso mais comum que coloca em causa a segurança do doente.

A Organização Mundial de Saúde (2016), refere que a infeção do local cirúrgico afeta 1/3 dos doentes que foram submetidos a um procedimento cirúrgico. Muitos são os fatores, inerentes ao doente e ao internamento, que podem contribuir para o aparecimento de infeção. Estes, fazem com que a prevenção da infeção do local cirúrgico seja um processo complexo, que envolve uma série de medidas preventivas que devem integrar o período pré, intra e pós-operatório, daí a necessidade de realização deste projeto de intervenção, sentindo a requerente e seus superiores que se trata de uma lacuna do serviço a ausência de instruções de trabalho que instituem boas práticas de prevenção das infeções.

2- Objetivos

Handwritten signature and stamp



- Criação e implementação de uma instrução de trabalho, com o intuito de uniformizar procedimentos que reduzam a incidência de infeção do local cirúrgico.

3- População alvo

A população alvo das normas que se vierem a implementar são os doentes que acorrerem à ULSNA, E.P.E. que vierem a ser alvo de intervenção de procedimento cirúrgico.

4- Metodologia e instrumentos de colheita de dados

Após a constatação da problemática, foi elaborada, discutida, apresentada e implementada uma proposta de instrução de trabalho que consta anexa ao requerimento da requerente.

A mesma, segundo esclarecimentos prestados, foi divulgada à equipa através de formação em serviço. Do mesmo projeto, foi elaborado um artigo científico. Irá ainda, caso obtenha autorização, ser realizado um Relatório final, com a análise reflexiva das atividades desenvolvidas e as diferentes etapas do Projeto de intervenção.

7- Análise

A Comissão de Ética em reunião, procedeu à análise de toda a documentação e metodologia a aplicar no presente projeto e deliberou o seguinte:

O objetivo do projeto, apresenta relevância que se encontra suficientemente descrita na sumula do protocolo pelo que aqui nos escusamos a repetir.

Quanto às questões éticas e legais as mesmas são devidamente acauteladas já que no projeto de intervenção é apenas efetuado um procedimento a ter em conta, não contendo os documentos qualquer informação sob reserva.

Por outro lado, a investigadora compromete-se a garantir as questões ético legais como decorre da parte final do seu requerimento.

Pretendendo-se acautelar diversas opiniões e, porque a implementação de qualquer norma deverá ter em conta a concordância do Diretor do Serviço, a requerente solicitou a concordância da Sr.ª Diretora do Serviço de cirurgia e da Sr.ª Enf.ª Chefe do serviço.

A Comissão de Ética considerou ainda que seria indispensável a audição do Sr. Diretor de Departamento, o qual se pronunciou favoravelmente, tendo contudo sugerido que fosse ouvido o GPL-PPCIRA, bem como se tivesse em consideração o quadro transcrito no ponto 3, tudo como melhor se refere no e-mail que também se junta.

Nesta sequência, a Comissão de Ética, delibera emitir parecer favorável por estarem acauteladas todas as questões ético-legais e, conseqüentemente, propõe que seja autorizado a realização do projeto, subordinado ao tema: "Implementação de Protocolo de Prevenção de Infeção da Ferida Operatória."

Não obstante, a requerente, deverá observar as recomendações efetuadas, ou seja:

- O presente projeto de intervenção e a proposta de documentos elaborados deverá ser articulada com o GPL.PPCIRA;

- Deverá ainda a requerente ter em consideração as recomendações do Sr. Diretor do Departamento de Especialidades Cirúrgicas, Dr. Vitor Silva.



- Por outro lado, a serem considerados de utilidade e de acordo com o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes [PNSD] 2015-2020, tendo este, recentemente, integrado na Estratégia Nacional para a Qualidade da Saúde, deverá também existir uma articulação com a Comissão de Qualidade e Segurança da ULSNA e após elaboração dos documentos deverão ser implementados não apenas no HDJMG, mas também no HSLE, por também neste se realizarem procedimentos cirúrgicos, caso também se verifique a mesma lacuna.

A decisão que recair sobre a presente informação, deverá ser notificada:

- À requerente, Sr.ª Enf.ª Paula Cristina Onofre Pinheiro;
- Ao Sr. Diretor do Departamento das Especialidades Cirúrgicas, Dr. Vitor Silva, que dará conhecimento à sua equipa;
- À Comissão de Ética.

É tudo quanto cumpre informar

A Comissão de Ética para a Saúde da ULSNA, E.P.E.


MARIANA LOPES
Responsável do Serviço
Jurídico e Contencioso

Anexo: Protocolo do projeto com documentação anexa.

Maria Luisa Nunes Lopes

De: Vitor Manuel Barbosa Silva
Enviado: 29 de março de 2018 11:15
Para: Maria Luisa Nunes Lopes
Cc: Vera Escoto - Diretora Clínica do C.A. da ULSNA, EPE
Assunto: Re: requerimento

Exm.^a Sr.^a
Dr.^a Maria Luísa Lopes

Li com atenção as propostas da Sr.^a Enfermeira Paula Pinheiro e só posso congratular-me com a iniciativa. Contudo, relativamente ao que é pedido em concreto, ou seja, a aprovação de instruções de trabalho, verifico que a proposta de IT 04-CIRURGIA GERAL/HPORTALEGRE: Prevenção de Infecção no local cirúrgico, está em discussão e já proposta uma norma por parte da PPCIRA, cujo teor está em discussão final para implementar esta mesma legislação:

PQ-09-GCL-PPCIRA (12-04-2017)

Esta norma é muito mais completa e penso que deveria ser ouvida a própria PPCIRA de modo a evitar alguma inconsistência ou conflito entre a PQ e a IT referidas.

Quanto à proposta IT 05-CIRURGIA GERAL/HPORTALEGRE, área que corresponde mais ao departamento Médico, existindo responsabilidades atribuídas na área da Diabetes, compostas por Médicos e Enfermeiros que dão o apoio a terapêutica neste âmbito, julgo que poderiam dar uma opinião mais competente que eu.

Tenho contudo uma preocupação, que reside no facto de a IT conter já um protocolo estanque de administração de Insulina, que apesar de corresponder ao que são boas práticas neste momento e estar em vigor, a sua implementação não pode ser dissociada de que é indispensável uma prescrição médica inicial para assumir que, naquele(s) doente(s) em concreto se aplique ou não o constante do quadro transcrito no ponto 3., que corresponderá ao protocolo UCI-ULSNA,EPE.

Trata-se com efeito de uma guideline muito conhecida e aceite mas que está dependente de uma prescrição que refira concretamente que é este protocolo a utilizar.

Devo reforçar que os documentos em causa me parecem muito sérios e de utilidade indiscutível.

Com os melhores cumprimentos,

Vitor Manuel Barbosa Silva

Assistente Graduado Sênior Hosp



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



Rua Mariana Martins, Apartado 242 | 7350-954 Elvas | Tel: 268 637 200 | Fax: 268 629 817

Sede | Av. de Santo António | 7300 - 853 Portalegre

Tel: 245 301 000 | Fax: 245 330 359

www.ulsna.min-saude.pt

PENSE ANTES DE IMPRIMIR



SNS + Os primeiros passos
do SNS do futuro
PROXIMIDADE www.sns.gov.pt

De: Maria Luisa Nunes Lopes
Enviado: 28 de março de 2018 09:10:04
Para: Vitor Manuel Barbosa Silva
Assunto: requerimento

Exmo Senhor
Dr. Vitor Silva

A Sr.ª Enf.ª Paula Pinheiro colocada no Serviço de Cirurgia do HDJMG formulou pedido no qual solicita autorização para realizar um projeto de intervenção no âmbito do curso de especialização em enfermagem médico cirúrgica.

Para o efeito elaborou uma proposta de instrução de trabalho que em anexo se junta.

Nesta sequência, venho solicitar que na qualidade de Diretor do Departamento se pronuncie quanto ao conteúdo da instrução de trabalho e sua pertinência e repercussão para o serviço de cirurgia.

Agradeço que caso seja possível se pronuncie ainda durante o dia de hoje.

Com os melhores cumprimentos

*Maria Luisa Lopes
Diretora do Serviço Jurídico e Contencioso
Presidente da Comissão de Ética
Adjunta do Conselho de Administração*

Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE
Av. de Santo António | 7300-853 Portalegre
Tel. 245 301 000 | Fax. 245 330 359 | E-mail: admin@ulsna.min-saude.pt
www.ulsna.min-saude.pt



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



PENSE ANTES DE IMPRIMIR

Ex^{mo} Sr. Presidente do Concelho de
Administração da Unidade Local de Saúde do
Norte Alentejano, E.P.E.- Dr. João Moura Reis

25810111
João Moura Reis
Presidente do Conselho de Administração

Portalegre, 11 de janeiro de 2018

Assunto: Pedido de autorização e Parecer sobre Projeto de Intervenção

Eu, Paula Cristina Onofre Pinheiro, com o nº mecanográfico 161632, a exercer funções como enfermeira no Serviço de Cirurgia Ala Esquerda, no âmbito do Mestrado em Enfermagem (em associação), com Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica: a pessoa em situação crítica, criado pelo aviso nº5622/2016, publicado em diário da República, 2ªSérie-nº 84 de 2 de maio de 2016 e a decorrer em Évora, em associação com as Escolas de Enfermagem de Portalegre, Beja, Setúbal e Castelo Branco, encontro-me neste momento no 3º Semestre do respetivo Curso e em Estágio Final que decorrerá num primeiro período na Unidade de cuidados Intensivos Dr., Emílio Moreira (20 de setembro a 22 de dezembro de 2017) e num segundo período, no Serviço de Cirurgia Ala Esquerda (Incluindo Bloco Operatório, de 2 a 27 de janeiro de 2018.)

Sendo este um Mestrado de natureza profissionalizante, visa a realização de um Projeto de Intervenção. O projeto sob o tema: "Implementação de Protocolo de prevenção de infeção da ferida operatória", visa a criação e implementação de um protocolo de atuação.

Neste sentido, solicita-se a vossa autorização no acesso a dados da PPCIRA sobre a temática, no sentido de dar resposta é necessidade identificada.

Anexo a Instrução de trabalho construída, da qual a Enfª Responsável: Enfª Maria João Rodrigues e Diretora do Serviço: Dr.ª Ilda Barbosa, têm conhecimento e deram o seu parecer positivo. ??

Perante a recolha de dados institucionais, que integrarão o Relatório de Estágio final, será garantido o total anonimato, confidencialidade e respeito pelo que estes representam, tal como consta na Declaração de Helsinquia.

Ao dispor para qualquer esclarecimento adicional.

Atenciosamente,

Paula Cristina Onofre Pinheiro

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO
NORTE ALENTEJANO, E.P.E.
SECRETARIADO
Entrada Nº: 507707676
Data: 17/01/2018
NOV. CARMINDA

1. OBJECTIVOS:

- Uniformizar os procedimentos de enfermagem;
- Diminuir a incidência de infecção do local cirúrgico.

2. DEFINIÇÕES:**2.1-Documentos de referência**

- Feixe de intervenções de prevenção de Infecção do Local Cirúrgico – Norma 020/2015 da Direção Geral da Saúde de 15/12/2015
- Global Guidelines for the Prevention of Surgical Site Infection – World Health Organization 2016
- Norma nº 031/2013 da DGS atualizada a 09/04/2015 – Profilaxia Antibiótica cirúrgica

2.2-Conceitos

Infecção do local cirúrgico [ILC]: A ILC está relacionada com o procedimento cirúrgico, ocorre no local da incisão cirúrgica ou próximo dela (incisional ou órgão/espço), nos primeiros trinta dias do pós-operatório, ou no prazo de 90 dias, no caso de colocação de prótese ou implante/transplante. A infecção do local cirúrgico classifica-se em Incisional Superficial, Incisional Profunda e de Órgão / Espaço.

ILC incisional superficial: A infecção surge durante os 30 dias seguintes à cirurgia e, atinge apenas a pele e o tecido celular subcutâneo no local da incisão e, deve cumprir pelo menos um dos critérios definidos.

ILC incisional profunda: A infecção que surge nos 30 dias seguintes à cirurgia sem prótese, ou no prazo de 90 dias, se tiver havido colocação de prótese (qualquer corpo estranho de origem não humana como válvula cardíaca, prótese valvular, articular, que se implanta de forma permanente) e a infecção parece estar relacionada com o procedimento cirúrgico e, a infecção atinge os tecidos moles profundos da incisão (fáscias e músculos) e pelo menos, um dos critérios definidos.

ILC órgão/espço: Uma infecção de Órgão ou espaço atinge qualquer parte do corpo, excluindo a incisão cutânea, as fáscias e os músculos, que é aberta ou manipulada durante um procedimento cirúrgico. Os locais específicos são assinalados para identificar o local da infecção. A infecção que surge nos 30 dias seguintes à cirurgia sem utilização de prótese, ou no prazo de 90 dias, após a cirurgia no caso de colocação de prótese e a infecção parece estar relacionada com o procedimento cirúrgico. Deve cumprir pelo menos um dos critérios definidos.

Instrução de Trabalho (IT) – é um documento de trabalho detalhado que orienta a realização de determinada tarefa de acordo com os documentos de referência.

2.3 Siglas

DGS – Direção Geral de Saúde

DPOC – Doença Pulmoar Obstrutiva Crónica

ILC – Infecção do Local Cirúrgico

IT- Instrução de trabalho

SpO₂ – Saturação periférica de Oxigénio

3. DESCRIÇÃO:

As infeções associadas aos cuidados de saúde representam, em todo o mundo, o evento adverso mais comum que coloca em causa a segurança do doente.

A ILC é uma das mais frequentes infeções associadas aos cuidados de saúde e está associada a elevada morbilidade, mortalidade e custos. Muitos são os fatores que podem influenciar o risco de aparecimento de uma ILC, como fatores endógenos, tais como a idade e o sexo, e fatores exógenos, inerentes ao processo cirúrgico.

Existindo variáveis que não são passíveis de ser modificadas, como a idade, outras podem ser amplamente melhoradas, como a nutrição, estado geral, uso de tabaco, uso correto de antibióticos e a técnica intraoperatória. Estes fazem com que a prevenção da ILC seja um processo complexo, que envolve uma serie de medidas preventivas que devem integrar o período peri-operatório.

Neste âmbito, os procedimentos de prevenção de ILC a operacionalizar são:

Recomendações:

a. Realizar banho do doente com solução antisséptica – clorhexidina a 2% - na véspera da cirurgia e no dia da cirurgia (com pelo menos 2 horas de antecedência) não esquecendo a higiene da cavidade oral, pelo que se deve vigiar o seu cumprimento;

b. Evitar tricotomia e quando absolutamente necessária usar máquina de corte imediatamente antes da intervenção cirúrgica;

c. Administrar antibiótico para profilaxia cirúrgica dentro dos 60 minutos anteriores à incisão cirúrgica sempre que indicado. Em dose única ou durante um máximo de 24 horas de acordo com Norma nº 031/2013 da DGS atualizada a 09/04/2015 – Profilaxia Antibiótica cirúrgica;

d. Manter glicémia \leq 180 mg/dl.

e. Proteger a incisão encerrada primariamente com penso estéril e técnica asséptica, durante as primeiras 48 horas. Não remover o penso antes das 48 horas, a não ser que seja absolutamente necessário (ex. penso repassado).

f. Higienizar as mãos antes e após as mudanças de penso, ou de qualquer contato com o local da incisão;

g. Quando for necessário fazer penso, substituir o mesmo com técnica assética;

h. Fazer ensino ao doente e família no que respeita aos cuidados apropriados ao local de incisão, sintomas de infeção e à necessidade de comunicar o seu aparecimento (quer ainda no internamento, quer após a alta).

Cuidados Gerais:

a. Administrar oxigénio durante as primeiras 6 horas, para SpO₂>93% e SpO₂>88% em doentes com DPOC.

b. Controlo de glicemia capilar, em doente diabéticos e não diabéticos, durante as primeiras 24 h, para valores ≤ 180 mg/dl.

Periodicidade:

Não diabéticos: 1 x turno, nas primeiras 24 h (IT02 – Administração de Insulina de Ação Curta)

Diabéticos: de acordo com prescrição médica

c. Vigiar e monitorizar drenagens, se existirem. Retirar logo que possível.

d. Controlar estados de desnutrição e anemia;

e. Reduzir, ao mínimo, o tempo de internamento do doente.

4. RESPONSABILIDADES

Ação	Responsável
Supervisionar o Banho	Enfermeiro
Realização do penso	Enfermeiro/Médico
Colheita de exsudado para análise	Enfermeiro/Médico
Diagnóstico de Infeção	Médico



IT 04- CIRURGIA GERAL /HPORTALEGRE

Prevenção de Infecção do Local Cirúrgico

5. REGISTOS

Identificação	Indexação	Responsável pelo Arquivo	Arquivo Vivo	Arquivo Morto
MOD.04. CG/HPortalegre		Enfermeiro	6 Meses	1 Ano

6. IDENTIFICAÇÃO DAS ALTERAÇÕES

A revisão deste documento deverá ser realizada de três em três anos após a data de aprovação do mesmo ou sempre que se justifique sendo da responsabilidade do Enfº Responsável do serviço ou de quem este delegar.

Edição	Ponto Alterado	Descrição

7. APROVAÇÃO

Edição 01 Data. 9.01.2018 Página 4 de 4	Elaborado: Enfº Paula Pinheiro	Revisto: <i>Am</i>	Autorizado: <i>Elde Bastin</i> <i>Paula Pinheiro</i>
---	-----------------------------------	-----------------------	--

Edição 01	Data. 09.01.2018	Página 4 de 4
-----------	------------------	---------------

1. OBJECTIVOS:

- Normalizar as ações terapêuticas segundo a avaliação de glicemia

2. DEFINIÇÕES:**2.1-Documentos de referência**

- Recomendações Conjuntas da Sociedade Portuguesa de Diabetologia (SPD)/Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (SPMI) sobre a Abordagem e Tratamento da Hiperglicemia em Internamento (Não Crítico) -2015

- Diabetes. Factos e números. O ano de 2015- Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes de 2016

2.2-Conceitos

Diabetes Mellitus: é uma doença crónica cada vez mais frequente na nossa sociedade, e a sua prevalência aumenta muito com a idade, atingindo ambos os sexos e todas as idades. É caracterizada pelo aumento dos níveis de glicose no sangue, a hiperglicemia. Deve-se em alguns casos à insuficiente produção, noutros à insuficiente ação da insulina e, frequentemente, à combinação destes dois fatores. A persistência de um nível elevado de glicose no sangue, mesmo não existindo sintomas passíveis de alertar o indivíduo para a presença de DM ou para a sua descompensação, origina lesões nos tecidos.

Hiperglicemia: A hiperglicemia no doente hospitalizado tem sido definida como qualquer valor de glicemia acima de 140 mg/dl. A hiperglicemia ocorre nos doentes com diagnóstico prévio de diabetes e naqueles em quem a diabetes ainda não tinha sido diagnosticada. Pode ocorrer ainda no decorrer de doença aguda com posterior resolução na alta hospitalar. A hiperglicemia no internamento não é uma situação benigna ou negligenciável. Valores de glicemia superior a 200 mg/dl, de forma persistente podem causar desequilíbrio hidroelectrolítico, lesão renal e complicações agudas da diabetes. Dum modo geral, a hiperglicemia sintomática deve ser evitada em todos os doentes.

Insulina subcutânea: é o método de tratamento de eleição para alcançar e manter o controlo glicémico na maioria dos doentes hospitalizados não críticos com Diabetes ou hiperglicemia

2.3 Siglas

DM – Diabetes Mellitus

3. DESCRIÇÃO:

O tratamento do paciente diabético tem como objetivo reduzir o índice de complicações inerentes à doença e evitar descompensações que coloquem o indivíduo em risco de vida, além de aliviar os sintomas.

Na maioria dos serviços, pelas mais variadas razões, existe a necessidade de protocolar ações terapêuticas.

A administração de insulina curta e a atuação em caso de glicemia capilar fora dos valores considerados normais, são situações que justificam a necessidade deste protocolo. O protocolo terapêutico constante da tabela seguinte será utilizado de acordo com a periodicidade da prescrição de BM teste.

VALOR DO TESTE DE GLICEMIA	TERAPÊUTICA
< 80 mg/dl	1 f de Glicose a 30%
≥ 80 mg/dl e ≤ 180 mg/dl	Não administrar terapêutica
≥ 180 mg/dl e ≤ 240 mg/dl	Insulina de ação curta – 4U
≥ 240 mg/dl e ≤ 320 mg/dl	Insulina de ação curta – 6U
≥ 320 mg/dl e ≤ 400 mg/dl	Insulina de ação curta – 8U
> 400 mg/dl	Informar médico

Fonte: Protocolo UCI- ULSNA,EPE

4. RESPONSABILIDADES

Ação	Responsável
Avaliação de Glicemia	Enfermeiro
Administração de Insulina	Enfermeiro
Ajuste terapêutico	Médico

5. REGISTOS

Identificação	Indexação	Responsável pelo Arquivo	Arquivo Vivo	Arquivo Morto
MOD.05. CG/HPortalegre		Enfermeiro	6 Meses	1 Ano

6. IDENTIFICAÇÃO DAS ALTERAÇÕES

A revisão deste documento deverá ser realizada de três em três anos após a data de aprovação do mesmo ou sempre que se justifique sendo da responsabilidade do Enfº Responsável do serviço ou de quem este delegar.

Edição	Ponto Alterado	Descrição

7. APROVAÇÃO

Edição 01 Data. 9.01.2018 Página 3 de 3	Elaborado: Enfº Mº João Rodrigues Enfº Paula Pinheiro	Revisto: <i>[assinatura]</i>	Autorizado: <i>[assinatura]</i> <i>[assinatura]</i>
---	---	---------------------------------	---



Serviços Académicos

Cursos de 3.º Ciclo, 2.º Ciclo e Mestrado Integrado

**PROPOSTA DE PROJETO DE
TESE / DISSERTAÇÃO / ESTÁGIO / TRABALHO DE PROJETO**

**MODELO
T-005**

Ano Letivo:
2017 / 2018

IMPRIMIR EM FRENTE E VERSO

1. DELIBERAÇÃO DO CONSELHO CIENTÍFICO DA ESCOLA

Aprovado Não aprovado

Fundamentação (No caso de "Não aprovado", esta fundamentação será utilizada para notificação ao estudante):

Data: _____ Assinatura: _____

2. PARECER DO DIRETOR DE CURSO (A ser emitido antes da entrega do projeto nos SAC)

Data: _____ Assinatura: _____

3. IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDANTE

Nome Completo: Paula Cristina Onofre Pinheiro Número: 36952

Curso: Mestrado em Enfermagem

Especialidade: Área de Especialização em Enfermagem Médico -Cirúrgica — A Pessoa em Situação Crítica

Ciclo de Estudos: 3.º Ciclo 2.º Ciclo Mestrado Integrado

4. CONTACTOS DO ESTUDANTE

Telef.: 965477748 E-mail: paulacopinheiro@hotmail.com

5. PROPOSTA

Entrega de 1.º Projeto Entrega de Projeto Reformulado Entrega de 2.º Projeto por Reingresso

Proposta de Alteração de Projeto

Neste caso, assinala os quadros deste formulário em que propõe alterações (Só deve preencher os respetivos quadros)

6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13.

6. TÍTULO DO TRABALHO

Título em Português:

Protocolo de prevenção de infeção do local cirúrgico

Título em Inglês:

Protocol of prevention of the surgical site infection

Modelo T-005.4 (SIF/SAC)

7. TIPO DE TRABALHO (de acordo com o previsto no Plano de Estudos do Curso) <small>APENAS NO CASO DE PROGRAMA DE DOUTORAMENTO:</small> <input type="checkbox"/> Tese Formato da Tese: <input type="checkbox"/> Dissertação sobre o tema de investigação <input type="checkbox"/> Compilação de artigos publicados, obras ou realizações artísticas com exploração escrita <input type="checkbox"/> Outros produtos da investigação realizada com memória justificativa e descritiva <small>PARA MESTRADO OU MESTRADO INTEGRADO:</small> <input type="checkbox"/> Dissertação <input type="checkbox"/> Estágio <input checked="" type="checkbox"/> Trabalho de Projeto	8. LÍNGUA DE REDAÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> Português <input type="checkbox"/> Inglês <input type="checkbox"/> Espanhol <input type="checkbox"/> Francês <input type="checkbox"/> Outra: _____
---	---

9. ORIENTAÇÃO (Anexar declaração(ões) de aceitação)	
Nome: Adriano Dias Pedro Universidade/Instituição: Instituto Politécnico de Portalegre- Escola de Superior de Saude N.º Identificação Civil: 69635757zy9 Tipo de Identificação: <input type="checkbox"/> BI <input checked="" type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Passaporte <input type="checkbox"/> Outro: _____ Telef.: 962847845 E-mail: apedro@essep.pt ID ORCID: 0000-0001-9820-544x	
Nome: _____ Universidade/Instituição: _____ N.º Identificação Civil: _____ Tipo de Identificação: <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Passaporte <input type="checkbox"/> Outro: _____ Telef.: _____ E-mail: _____ ID ORCID: _____	
Nome: _____ Universidade/Instituição: _____ N.º Identificação Civil: _____ Tipo de Identificação: <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Passaporte <input type="checkbox"/> Outro: _____ Telef.: _____ E-mail: _____ ID ORCID: _____	

10. ÁREA DISCIPLINAR E PALAVRAS-CHAVE DO TRABALHO Área Disciplinar (Área FOS) (ver Anexo 1): Ciências da Saúde Palavras-chave (5 palavras): Infecção do local cirúrgico; prevenção; IACS; protocolo
--

11. DOMÍNIO A INVESTIGAR/TEMA Prevenção da infeção do local cirúrgico através da criação de protocolo de atuação
--

12. RESUMO, PLANO E CRONOGRAMA Em anexo.
--

13. JUSTIFICAÇÃO DA PROPOSTA DE ALTERAÇÃO (A preencher apenas no caso de no quadro 5 ter escolhido esta opção)

14. DOCUMENTOS ANEXOS <input checked="" type="checkbox"/> Plano do Trabalho <input checked="" type="checkbox"/> Cronograma <input checked="" type="checkbox"/> Declaração de Orientador(es) <input type="checkbox"/> Declaração da Unidade Orgânica de acolhimento (Deve incluir o(s) Orientador(es), o Projeto ou Equipa de Investigação em que diretamente se enquadra a preparação da Tese) - Apenas para alunos de 3.º Ciclo) <input type="checkbox"/> Outros: _____
--

15. DECLARAÇÃO E ASSINATURA DO ESTUDANTE Nos termos do Regulamento conducente ao Grau de Doutor ou Grau de Mestre em vigor (de acordo com o meu ciclo de estudos), entrego o projeto de Tese/ Dissertação/Estágio/Trabalho Projeto (conforme indicado no quadro 6 deste impresso) do qual, após aprovado pelo Conselho Científico, será efetuado o respetivo registo nos Serviços Académicos na Universidade de Évora. Declaro que caso efetue alguma alteração a este projeto a ser aprovado (título, orientador, língua, etc.) procederei nos termos do referido regulamento, à entrega do projeto de alteração no prazo máximo de 30 dias antes da entrega da T/D/E/TP. Data _____ Assinatura _____

16. RESERVADO AOS SERVIÇOS		
Receção <small>(Data e Assinatura)</small>	Registo <small>(Data e Assinatura)</small>	Observações:

Maria Luisa Nunes Lopes

De: Maria Luisa Nunes Lopes
Enviado: 31 de janeiro de 2018 16:02
Para: Paula Cristina Onofre Pinheiro
Cc: Sandra Maria Victoria Santos Canhao Ferreira; Artur Lopes - Enfermeiro Diretor do C.A. da ULSNA, EPE
Assunto: Implementação de protocolo de prevenção de infeção da ferida operatória

Sr.º Enf.º Paula Pinheiro

Na sequência do seu pedido de autorização para o estudo supra identificado, venho solicitar o seguinte:

- Deverá esclarecer se se trata de um projeto de intervenção ou de investigação.
- Deverá ainda anexar o protocolo/anteprojecto completo do estudo, com a metodologia a aplicar, o tratamento dos dados, os objetivos, as questões de partida e sua fundamentação e enquadramento.
- Por outro lado, há que verificar se existem ou não já normas no GCL- PPCIRA sobre a temática.

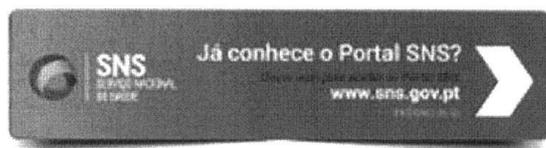
Com os melhores cumprimentos, sou ao dispor

Maria Luíza Lopes
Directora do Serviço Jurídico e Contencioso
Presidente da Comissão de Ética
Adjunta do Conselho de Administração

Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE
Av. de Santo António | 7300-853 Portalegre
Tel. 245 301 000 | Fax. 245 330 359 | E-mail: admin@ulsna.min-saude.pt
www.ulsna.min-saude.pt



PENSE ANTES DE IMPRIMIR



Apêndice VII: Instrução de trabalho: Prevenção de infecção de ILC

1. OBJECTIVOS:

- Uniformizar os procedimentos de enfermagem;
- Diminuir a incidência de infecção do local cirúrgico.

2. DEFINIÇÕES:**2.1-Documentos de referência**

- Feixe de intervenções de prevenção de Infecção do Local Cirúrgico – Norma 020/2015 da Direção Geral da Saúde de 15/12/2015
- Global Guidelines for the Prevention of Surgical Site Infection – World Health Organization 2016
- Norma nº 031/2013 da DGS atualizada a 09/04/2015 – Profilaxia Antibiótica cirúrgica

2.2-Conceitos

Infecção do local cirúrgico [ILC]: A ILC está relacionada com o procedimento cirúrgico, ocorre no local da incisão cirúrgica ou próximo dela (incisional ou órgão/espaco), nos primeiros trinta dias do pós-operatório, ou no prazo de 90 dias, no caso de colocação de prótese ou implante/transplante. A infecção do local cirúrgico classifica-se em Incisional Superficial, Incisional Profunda e de Órgão / Espaço.

ILC incisional superficial: A infecção surge durante os 30 dias seguintes à cirurgia e, atinge apenas a pele e o tecido celular subcutâneo no local da incisão e, deve cumprir pelo menos um dos critérios definidos.

ILC incisional profunda: A infecção que surge nos 30 dias seguintes à cirurgia sem prótese, ou no prazo de 90 dias, se tiver havido colocação de prótese (qualquer corpo estranho de origem não humana como válvula cardíaca, prótese valvular, articular, que se implanta de forma permanente) e a infecção parece estar relacionada com o procedimento cirúrgico e, a infecção atinge os tecidos moles profundos da incisão (fáscias e músculos) e pelo menos, um dos critérios definidos.

ILC órgão/espaco: Uma infecção de Órgão ou espaco atinge qualquer parte do corpo, excluindo a incisão cutânea, as fáscias e os músculos, que é aberta ou manipulada durante um procedimento cirúrgico. Os locais específicos são assinalados para identificar o local da infecção. A infecção que surge nos 30 dias seguintes à cirurgia sem utilização de prótese, ou no prazo de 90 dias, após a cirurgia no caso de colocação de prótese e a infecção parece estar relacionada com o procedimento cirúrgico. Deve cumprir pelo menos um dos critérios definidos.

Instrução de Trabalho [IT] – é um documento de trabalho detalhado que orienta a realização de determinada tarefa de acordo com os documentos de referência.

2.3 Siglas

DGS – Direção Geral de Saúde

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

ILC – Infecção do Local Cirúrgico

IT- Instrução de trabalho

SpO₂ – Saturação periférica de Oxigénio

3. DESCRIÇÃO:

As infeções associadas aos cuidados de saúde representam, em todo o mundo, o evento adverso mais comum que coloca em causa a segurança do doente.

A ILC é uma das mais frequentes infeções associadas aos cuidados de saúde e está associada a elevada morbilidade, mortalidade e custos. Muitos são os fatores que podem influenciar o risco de aparecimento de uma ILC, como fatores endógenos, tais como a idade e o sexo, e fatores exógenos, inerentes ao processo cirúrgico.

Existindo variáveis que não são passíveis de ser modificadas, como a idade, outras podem ser amplamente melhoradas, como a nutrição, estado geral, uso de tabaco, uso correto de antibióticos e a técnica intraoperatória. Estes fazem com que a prevenção da ILC seja um processo complexo, que envolve uma série de medidas preventivas que devem integrar o período peri-operatório.

Neste âmbito, os procedimentos de prevenção de ILC a operacionalizar são:

Recomendações:

a. Realizar banho do doente com solução antisséptica – clorhexidina a 2% - na véspera da cirurgia e no dia da cirurgia (com pelo menos 2 horas de antecedência) não esquecendo a higiene da cavidade oral, pelo que se deve vigiar o seu cumprimento;

b. Evitar tricotomia e quando absolutamente necessária usar máquina de corte imediatamente antes da intervenção cirúrgica;

c. Administrar antibiótico para profilaxia cirúrgica dentro dos 60 minutos anteriores à incisão cirúrgica sempre que indicado. Em dose única ou durante um máximo de 24 horas de acordo com Norma nº 031/2013 da DGS atualizada a 09/04/2015 – Profilaxia Antibiótica cirúrgica;

d. Manter glicémia \leq 180 mg/dl.

e. Proteger a incisão encerrada primariamente com penso estéril e técnica asséptica, durante as primeiras 48 horas. Não remover o penso antes das 48 horas, a não ser que seja absolutamente necessário (ex. penso repassado).

f. Higienizar as mãos antes e após as mudanças de penso, ou de qualquer contato com o local da incisão;

g. Quando for necessário fazer penso, substituir o mesmo com técnica assética;

h. Fazer ensino ao doente e família no que respeita aos cuidados apropriados ao local de incisão, sintomas de infeção e à necessidade de comunicar o seu aparecimento (quer ainda no internamento, quer após a alta).

Cuidados Gerais:

a. Administrar oxigénio durante as primeiras 6 horas, para $SpO_2 > 93\%$ e $SpO_2 > 88\%$ em doentes com DPOC.

b. Controlo de glicemia capilar, em doente diabéticos e não diabéticos, durante as primeiras 24 h, para valores ≤ 180 mg/dl.

Periodicidade:

Não diabéticos: 1 x turno, nas primeiras 24 h (IT05 – Administração de Insulina de Ação Curta)

Diabéticos: de acordo com prescrição médica

c. Vigiar e monitorizar drenagens, se existirem. Retirar logo que possível.

d. Controlar estados de desnutrição e anemia;

e. Reduzir, ao mínimo, o tempo de internamento do doente.

4. RESPONSABILIDADES

Ação	Responsável
Supervisionar o Banho	Enfermeiro
Realização do penso	Enfermeiro/Médico
Colheita de exsudado para análise	Enfermeiro/Médico
Diagnóstico de Infecção	Médico

5. REGISTOS

Identificação	Indexação	Responsável pelo Arquivo	Arquivo Vivo	Arquivo Morto
MOD.04. CG/HPortalegre		Enfermeiro	6 Meses	1 Ano

6. IDENTIFICAÇÃO DAS ALTERAÇÕES

A revisão deste documento deverá ser realizada de três em três anos após a data de aprovação do mesmo ou sempre que se justifique sendo da responsabilidade do En^o Responsável do serviço ou de quem este delegar.

Edição	Ponto Alterado	Descrição

7. APROVAÇÃO

Edição 01 Data. 9.01.2018 Página 4 de 4	Elaborado: En ^o Paula Pinheiro	Revisto: <i>Amj</i>	Autorizado: <i>Edel Bardin</i> <i>Paula José de Oliveira</i>
---	--	------------------------	--

Apêndice VIII: Instrução de trabalho: Administração de Insulina de Ação Curta

1. OBJECTIVOS:

- Normalizar as ações terapêuticas segundo a avaliação de glicemia

2. DEFINIÇÕES:**2.1-Documentos de referência**

- Recomendações Conjuntas da Sociedade Portuguesa de Diabetologia (SPD)/Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (SPMI) sobre a Abordagem e Tratamento da Hiperglicemia em Internamento (Não Crítico) -2015

- Diabetes. Factos e números. O ano de 2015- Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes de 2016

2.2-Conceitos

Diabetes Mellitus: é uma doença crónica cada vez mais frequente na nossa sociedade, e a sua prevalência aumenta muito com a idade, atingindo ambos os sexos e todas as idades. É caracterizada pelo aumento dos níveis de glicose no sangue, a hiperglicemia. Deve-se em alguns casos à insuficiente produção, noutros à insuficiente ação da insulina e, frequentemente, à combinação destes dois fatores. A persistência de um nível elevado de glicose no sangue, mesmo não existindo sintomas passíveis de alertar o indivíduo para a presença de DM ou para a sua descompensação, origina lesões nos tecidos.

Hiperglicemia: A hiperglicemia no doente hospitalizado tem sido definida como qualquer valor de glicemia acima de 140 mg/dl. A hiperglicemia ocorre nos doentes com diagnóstico prévio de diabetes e naqueles em quem a diabetes ainda não tinha sido diagnosticada. Pode ocorrer ainda no decorrer de doença aguda com posterior resolução na alta hospitalar. A hiperglicemia no internamento não é uma situação benigna ou negligenciável. Valores de glicemia superior a 200 mg/dl, de forma persistente podem causar desequilíbrio hidroelectrolítico, lesão renal e complicações agudas da diabetes. Dum modo geral, a hiperglicemia sintomática deve ser evitada em todos os doentes.

Insulina subcutânea: é o método de tratamento de eleição para alcançar e manter o controlo glicémico na maioria dos doentes hospitalizados não críticos com Diabetes ou hiperglicemia

2.3 Siglas

DM – Diabetes Mellitus

3. DESCRIÇÃO:

O tratamento do paciente diabético tem como objetivo reduzir o índice de complicações inerentes à doença e evitar descompensações que coloquem o indivíduo em risco de vida, além de aliviar os sintomas.

Na maioria dos serviços, pelas mais variadas razões, existe a necessidade de protocolar ações terapêuticas.

A administração de insulina curta e a atuação em caso de glicemia capilar fora dos valores considerados normais, são situações que justificam a necessidade deste protocolo. O protocolo terapêutico constante da tabela seguinte será utilizado de acordo com a periodicidade da prescrição de BM teste.

VALOR DO TESTE DE GLICEMIA	TERAPÊUTICA
< 80 mg/dl	1 f de Glicose a 30%
≥ 80 mg/dl e ≤ 180 mg/dl	Não administrar terapêutica
≥ 180 mg/dl e ≤ 240 mg/dl	Insulina de ação curta – 4U
≥ 240 mg/dl e ≤ 320 mg/dl	Insulina de ação curta – 6U
≥ 320 mg/dl e ≤ 400 mg/dl	Insulina de ação curta – 8U
> 400 mg/dl	Informar médico

Fonte: Protocolo UCI- ULSNA,EPE

4. RESPONSABILIDADES

Ação	Responsável
Avaliação de Glicemia	Enfermeiro
Administração de Insulina	Enfermeiro
Ajuste terapêutico	Médico

5. REGISTOS

Identificação	Indexação	Responsável pelo Arquivo	Arquivo Vivo	Arquivo Morto
MOD.05. CG/HPortalegre		Enfermeiro	6 Meses	1 Ano

6. IDENTIFICAÇÃO DAS ALTERAÇÕES

A revisão deste documento deverá ser realizada de três em três anos após a data de aprovação do mesmo ou sempre que se justifique sendo da responsabilidade do En^o Responsável do serviço ou de quem este delegar.

Edição	Ponto Alterado	Descrição

7. APROVAÇÃO

Edição 01 Data. 9.01.2018 Página 3 de 3	Elaborado: En ^o M ^o João Rodrigues En ^o Paula Pinheiro	Revisto: <i>Aij</i>	Autorizado: <i>Ello Bando</i> <i>Paula Pinheiro</i>
---	---	------------------------	---

Apêndice IX: Lista de verificação pré-cirúrgica

ETIQUETA DO DOENTE

Diagnóstico Principal:	
Intervenção Cirúrgica Proposta:	
Antecedentes Pessoais:	
Medicação domicílio:	

1	Faz-se acompanhar do Processo Clínico? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
2	Consentimento informado assinado? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
3	Tem pulseira de identificação? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
4	Fez rotinas pré-operatórias? Análises (Hg+Bq) <input type="checkbox"/> Rx Tórax <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> Outros exames complementares: _____
5	Fez Enoxaparina? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Dosagem: _____ Hora última toma: _____ Meias de contenção elástica? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
6	Fez antibioterapia? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Qual? _____ Hora última toma: _____
7	Alergias medicamentosas? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Qual? _____ Outras alergias? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Especifique: _____
8	Fez banho pré-cirúrgico, na véspera e dia da cirurgia? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
9	Retirada prótese dentária (caso possua) SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Retirado prótese auditiva (caso possua) SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
10	Retirado Jóias, maquilhagem e verniz? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
11	Jejum pré-operatório? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
12	Tem acesso venoso periférico? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Tem acesso venoso central? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>

Tensão arterial	FC	SPO ₂	Temperatura	Glicemia

Observações: _____

Data: _____ Enfermeiro/ N.º mec.: _____

Apêndice X: Artigo-Prevenção de infecção do local cirúrgico: implementação de uma instrução de trabalho – Revista RIASE

Prevenção de infeção do local cirúrgico: implementação de uma
instrução de trabalho

Prevenición la infección del sitio quirúrgico: implementación de una
instrucción de trabajo

Prevention the surgical site infection: implementation of a work
instruction

RESUMO:

As infecções associadas aos cuidados de saúde representam, em todo o mundo, o evento adverso mais comum que coloca em causa a segurança do doente.

A Organização Mundial de Saúde ⁽¹⁾, refere que a infeção do local cirúrgico afeta 1/3 dos doentes que foram submetidos a um procedimento cirúrgico. Muitos são os fatores, inerentes ao doente e ao internamento, que podem contribuir para o aparecimento de infeção. Estes, fazem com que a prevenção da infeção do local cirúrgico seja um processo complexo, que envolve uma série de medidas preventivas que devem integrar o período pré, intra e pós-operatório. **Objetivo:** Criação e implementação de uma instrução de trabalho, com o intuito de uniformizar procedimentos que reduzam a incidência de infeção do local cirúrgico. **Metodologia:** Após a constatação da problemática, foi elaborada, discutida, apresentada e implementada uma instrução de trabalho. **Resultados:** A criação da instrução de trabalho foi baseada nas *Guidelines* mais recentes, Internacionais e Nacionais, e a sua posterior adaptação à realidade institucional. Como complemento da mesma, foi necessário a criação de uma instrução de trabalho sobre a administração de insulina de ação curta. Foi ainda construída uma Lista de verificação cirúrgica pré-operatória. **Conclusão:** A instrução de trabalho pretende vir a ser uma mais valia para o serviço, na prevenção de eventos adversos, nomeadamente infeção do local cirúrgico. Porém, os resultados da mesma não terão efeito imediato, mas espera-se que futuramente reflitam o objetivo traçado.

Descritores: Prevenção, infeção do local cirúrgico, instrução de trabalho

RESUMEN:

Las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria representan, en todo el mundo, el evento adverso más común que pone en cuestión la seguridad del paciente.

La Organización Mundial de la Salud ⁽¹⁾, señala que la infección del sitio quirúrgico afecta a 1/3 de los pacientes que se sometieron a un procedimiento quirúrgico. Muchos son los factores, inherentes al enfermo y a la hospitalización, que pueden contribuir para que aparezca la infección. Estos, hacen que la prevención de la infección del sitio quirúrgico sea un proceso complejo, que implica una serie de medidas preventivas que deben integrar el período pre, intra y postoperatorio. **Objetivo:** Creación e implementación de una instrucción de trabajo, con el propósito de uniformizar procedimientos que reduzcan la incidencia de infección del local quirúrgico. **Metodología:** Después de la constatación de la problemática, fue elaborada, discutida, presentada e implementada una instrucción de trabajo. **Resultados:** La creación de la instrucción de trabajo se basó en las Directrices más recientes, Internacionales y Nacionales, y su posterior adaptación a la realidad institucional. Como complemento de la misma, fue necesario la creación de una instrucción de trabajo sobre la administración de insulina de acción corta. Se elaboró una lista de verificación quirúrgica preoperatoria. **Conclusión:** La instrucción de trabajo pretende ser una más valía para el servicio, en la prevención de eventos adversos, en particular la infección del sitio quirúrgico. Sin embargo, los resultados de la misma no tendrán efecto inmediato, pero se espera que en el futuro reflejen el objetivo trazado.

Descriptor: Prevención, infección del sitio quirúrgico, instrucción de trabajo

ABSTRACT:

Infections associated with health care, represent, all around the world, the most common adverse effect which jeopardizes the safety of the patient.

The World Health Organization ⁽¹⁾, states that the surgical site infection affects 1/3 of the patients that were submitted to a surgical procedure. There are many factors, inherent to the patient and to the hospitalization, than can contribute to the emergence of infection. These make prevention of the surgical site infection a complex process, which involves a series of preventive measures which should integrate the pre, intra and postoperative period.

The creation of a working instruction aims at the standardization and suitability of procedures, based on scientific evidence, in order to reduce the occurrence of surgical site infection.

Objectives: Creation and implementation of a work instruction, with the aim of standardizing procedures that reduce the surgical site infection. **Methodology:** After the problem was established, a working instruction was elaborated, discussed, presented and implemented. **Results:** The creation of the working instruction was based on the most recent international and national guidelines, and its subsequent adaptation to the institutional reality. As a complement, it was necessary to create a working instruction on the administration of short acting insulin. A pre-operative surgical checklist was also built. **Conclusion:** The working instruction intends to be an added value for the work place in the prevention of adverse events, namely, in the surgical site infection. However, the results will not take effect immediately, but are expected to reflect the objective outlined in the future.

Descriptors: Prevention, surgical site infection, working instruction

Siglas e abreviaturas

CDC - Centers for Disease Control

IACS - Infecções associadas aos cuidados de saúde

ILC - Infecção do local cirúrgico

IT- Instrução de trabalho

OECD - Organisation for Economic *Co-Operation and Development*

OMS - Organização Mundial de Saúde

PNCI - Programa Nacional de Controlo de Infecção

PPCIRA - Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos

PNSD - Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

Introdução

As infeções associadas aos cuidados de saúde representam, em todo o mundo, o evento adverso mais comum que coloca em causa a segurança do doente.

A Organização Mundial de Saúde ⁽¹⁾, refere que a infeção do local cirúrgico [ILC] afeta 1/3 dos doentes que foram submetidos a um procedimento cirúrgico. Muitos são os fatores, inerentes ao doente e ao internamento, que podem contribuir para o aparecimento de infeção. Estes, fazem com que a prevenção da ILC seja um processo complexo, que envolve uma série de medidas preventivas que devem integrar o período pré, intra e pós-operatório.

O risco de adquirir uma ILC varia de acordo com o tipo de procedimento cirúrgico. A ocorrência da ILC depende da contaminação do local a intervir, do número de microrganismos presentes e a sua virulência e ainda da suscetibilidade do hospedeiro (doente). A existência de co-morbilidades como a diabetes, obesidade, malnutrição, tabagismo, são fatores individuais predisponentes relevantes, que muitas vezes coexistem em simultâneo ⁽²⁾.

Os doentes que adquirem uma ILC têm 60% maior probabilidade de irem para uma unidade de cuidados intensivos, cinco vezes maior probabilidade de serem re-internados e duas vezes maior probabilidade de morte. Para o doente que a adquire, pode resultar em dor, sofrimento e a necessidade de re-intervenção. Embora não seja fácil medir as consequências em termos de problemas sociais e económicos que decorrem das complicações da ILC, é notório que as mesmas podem persistir durante meses ou anos após o aparecimento da infeção.

A vigilância de ILC, é um processo contínuo de análise, interpretação sistemática e de avaliação dos dados recolhidos com a disseminação dos mesmos em tempo útil ⁽¹⁾, pois requer a avaliação da eficácia das medidas implementadas e a sua eventual reestruturação.

A qualidade e a segurança no sistema de saúde representam um dever ético, pois contribuem decisivamente para a redução dos riscos evitáveis, para a melhoria do acesso aos cuidados de saúde, das escolhas da inovação, da equidade e do respeito com que esses cuidados são prestados e constitui um dos indicadores mais importantes e fundamentais em saúde, como consta no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes ⁽³⁾, tendo este, recentemente, integrado na Estratégia Nacional para a Qualidade da Saúde.

Segundo a *Organisation for Economic Co-Operation and Development* [OECD] ⁽⁴⁾, Portugal tem realizado esforços no sentido de reorganizar os cuidados hospitalares e melhorar a qualidade dos mesmos. Estes esforços têm-se manifestado pela reestruturação dos serviços hospitalares com novos modelos de gestão e desenvolvimento de normas de qualidade e segurança.

A criação de uma instrução de trabalho [IT] ⁽⁵⁾ visa a uniformização e adequação de procedimentos, baseado em evidências científicas, no sentido de minorar a ocorrência de infecção do local cirúrgico.

A pertinência deste tema prende-se com a atualidade da temática, bem como a importância da implementação de medidas que minimizem a ocorrência de ILC que se assume de extrema importância para a segurança do doente.

A elaboração deste artigo pretende descrever o trabalho desenvolvido no decorrer do projeto de intervenção, inerente ao Curso de Mestrado em enfermagem.

Metodologia

A metodologia de projeto tem como objetivo principal centrar-se na resolução de problemas e, através dela, adquirir capacidades e competências para a elaboração e concretização de projetos numa situação real, permitindo fazer a ligação entre o conhecimento teórico e a sua aplicação na prática ⁽⁶⁾.

A necessidade da criação de uma IT surgiu após a apresentação dos dados, pelo elemento do PPCIRA, onde foram revelados, entre outros, os dados de incidência de ILC, em contexto de formação em serviço. Perante estes, tornou-se pertinente a criação de um documento que uniformizasse procedimentos e definisse intervenções, a realizar no período pré e pós-operatório, que venham a diminuir a incidência de ILC.

Para a elaboração da IT, foi feita uma revisão da literatura, através de bases de dados e consulta de normas e *Guidelines*, nacionais e internacionais.

O documento foi elaborado segundo as normas da elaboração de documentos em vigor na Instituição.

Após a sua construção, foi discutido com a enfermeira chefe e diretora clínica do serviço. Do mesmo, surgiu necessidade de elaboração de outra IT, que completasse a anterior, sobre a administração de insulina de ação rápida.

De seguida, foi planeada uma sessão de formação em serviço, de modo a dar conhecimento da mesma, aos elementos da equipa. A sessão de formação desenvolvida foi dividida em duas partes. Uma primeira parte com conteúdos teóricos, que incluíam o processo de cicatrização, tipos de cicatrização, fatores de risco e fatores predisponentes para a ocorrência de infeção (doente/cirurgia/outros). Numa segunda parte, foi apresentado a IT e discutida a sua operacionalização. Foi ainda apresentada a Lista de verificação pré-operatória e recolhida sugestões de melhoria da mesma.

Como não foi possível todos os elementos da equipa, estarem presentes, foi criado um dossier de apoio onde se encontra a IT construída e os diapositivos de apoio.

No decorrer da pesquisa, foram identificados vários fatores, inerente às instituições de saúde, que podem colocar em causa a segurança do doente, pelo que foi sentida a necessidade de elaborar uma Lista de verificação cirúrgica. Esta encontra-se informatizada e em fase de teste e otimização.

Resultados

A prevenção de ILC é complexa e engloba medidas no peri operatório.

As *Guidelines*, pelas evidências recolhidas por inúmeros estudos, pretendem recomendar intervenções a serem aplicadas no período pré, intra e pós-operatório, com o objetivo de prevenir a ocorrência de ILC, de acordo com os recursos e prioridades de cada local.

A elaboração da IT pretende dar resposta às recomendações emanadas pela OMS e Direção Geral de Saúde ⁽⁷⁾.

Os princípios destinatários são a equipa cirúrgica, isto é, médicos, enfermeiras (os), anestesistas, técnicos de diagnóstico e terapêutica, assistentes operacionais e todos os restantes elementos que prestam cuidados ao doente cirúrgico. De realçar, que os decisores políticos e gestores locais e nacionais, têm papel preponderante na implementação e tomada de medidas no controlo de infeção, no envolvimento das equipas e responsabilização de todos na adoção de *Guidelines*, para a melhoria da qualidade dos cuidados e segurança do doente ⁽¹⁾.

Considerações finais

A ILC inclui-se entre as infecções estimadas como evitáveis num número considerável de intervenções cirúrgicas, já que o risco pode ser minimizado com a adoção de boas práticas no período peri operatório ⁽²⁾.

A implementação das recomendações e a uniformização de procedimentos, são de cariz simples e exequíveis, no entanto, poderão fazer toda a diferença na ocorrência de ILC. Os cuidados com o banho pré-cirúrgico (incluindo higiene oral) e a avaliação glicémica, a todos os doentes, programados para cirurgia eletiva, são intervenções importantes que devem ser destacadas.

É necessário criar uma cultura de segurança para que a prevenção e o controlo das infecções associadas aos cuidados de saúde seja encarada como parte integrante das atividades diárias, tornando-se uma mais valia para a qualidade dos cuidados e para a segurança dos doentes.

Não sendo um trabalho com resultados imediatos, esperamos que a longo prazo, seja possível detetar os seus efeitos, com identificação de uma menor incidência de ILC.

Referências

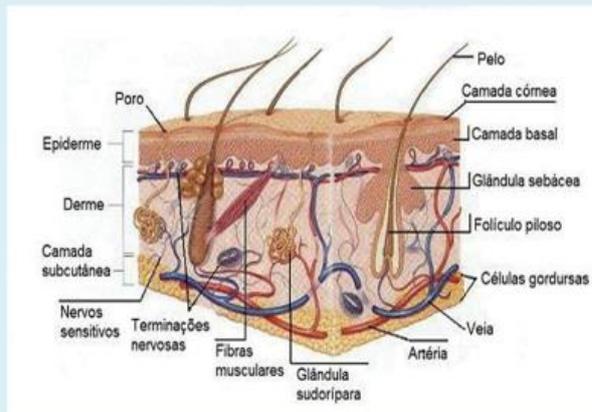
1. World Health Organization. Global Guidelines for the Prevention of Surgical Site Infection. Suíça;2016. acessado em <http://www.who.int/gpsc/global-guidelines-web.pdf?ua=1> a 22 outubro de 2017
2. Direção Geral de Saúde. Programa Nacional de Controlo de Infeção. Vigilância das infeções do local cirúrgico: Helics-cirurgia - Relatório 2006-2010. Departamento de Qualidade em Saúde. Lisboa: DGS;2012
3. Direção Geral de Saúde. Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. Despacho normativo nº 1400- A/2015 de 10 de fevereiro. Lisboa: DGS:2015, 2.ª série, n.º 28, 3882- (2).
4. OECD. *Raising Standards, Executive Summary, Assessment and Recommendations*. Reviews of Health Care Quality. Paris:2015
5. ULSNA.PQ-01-GPGQ - Controlo dos documentos e registos. Portalegre;2014
6. Ruivo, M.; Ferrito, C.; Nunes, L.. Metodologia de projeto: Coletânea descritiva de etapas. Revista Percursos, Setúbal:2010, nº 15, Jan-mar.
7. Direção Geral de Saúde. “Feixe de intervenções” de Prevenção de Infeção do Local Cirúrgico, Norma nº 020/2015 de 15/12/2015. Lisboa: DGS:2015

Apêndice XI: Formação em serviço: Prevenção de infecção do local cirúrgico



Prevenção de Infecção do Local Cirúrgico

Pele



<http://www.medicinagenitrica.com.br/wp-content/uploads/2008/07/pele2.jpg>

Pele

- É o maior órgão do corpo e apesar da sua aparência simples é uma estrutura complexa.
- Representa 15 % do peso corporal
- Proteção
- Termoregulação
- Sensação
- Secreção
- Excreção
- Social

4

Ferida

É uma perda da solução de continuidade de qualquer estrutura corporal, interna ou externa causada por dois tipos de agentes:



5

Classificação das feridas

Cirúrgica

Agudas(Incisões, excisões, zonas dadoras)

Crónicas(Deiscências ou infetadas)

Não Cirúrgica

Agudas(Queimaduras, abrasões)

Crónicas(UPP, úlceras dos m.inf.)

6

Ferida Aguda

- Tempo de cicatrização até 6 semanas
- Cicatrização segundo as várias fases

Ferida Crónica

- Tempo de cicatrização superior a 6 semanas
- Bordos da ferida encovados
- Processo inflamatório persistente

7

Processo de cicatrização

Fase
Inflamatória

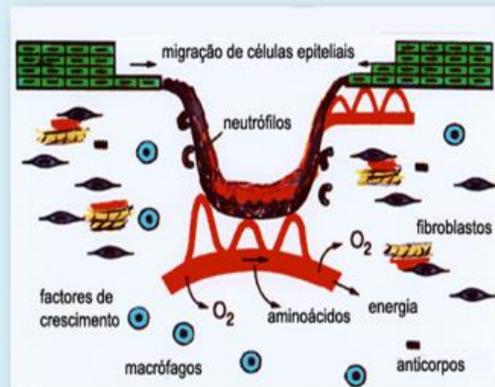
Fase
Proliferativa

Fase
Reparadora

8

Fase Inflamatória

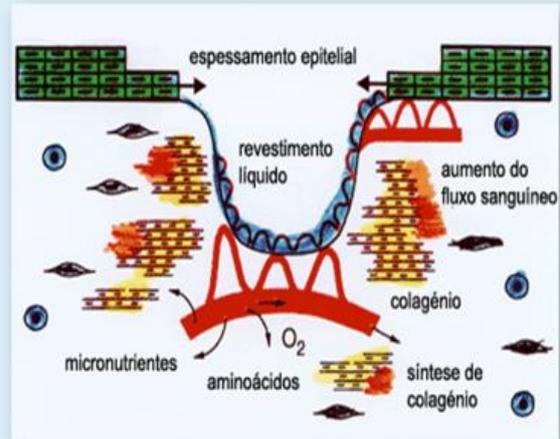
- Hemostase
- Infiltrado inflamatório
- Liberação de citocinas



9

Fase Proliferativa

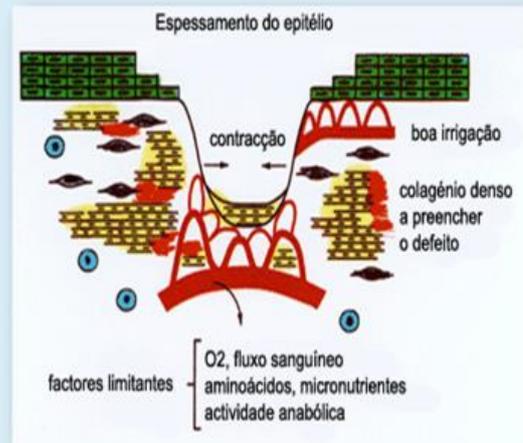
- Aumenta o número de fibroblastos
- Aparecem os miofibroblastos
- Deposição de tecido conjuntivo
- Migração de células epiteliais
- Vascularização (angiogênese)



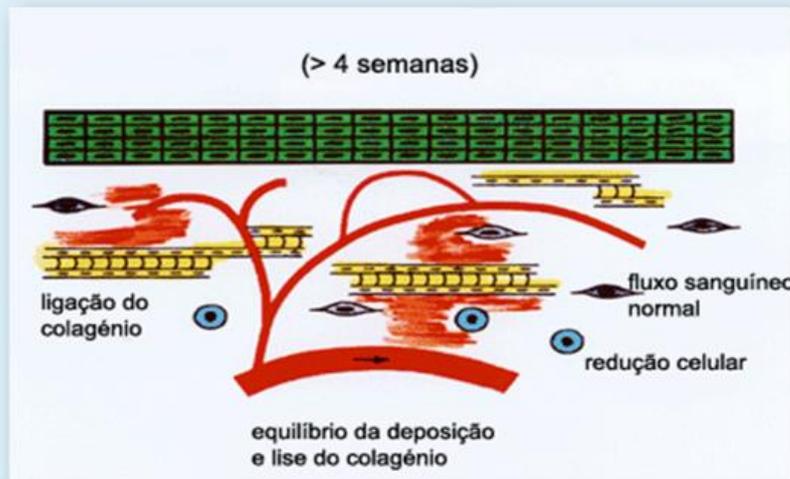
10

Fase Remodeladora

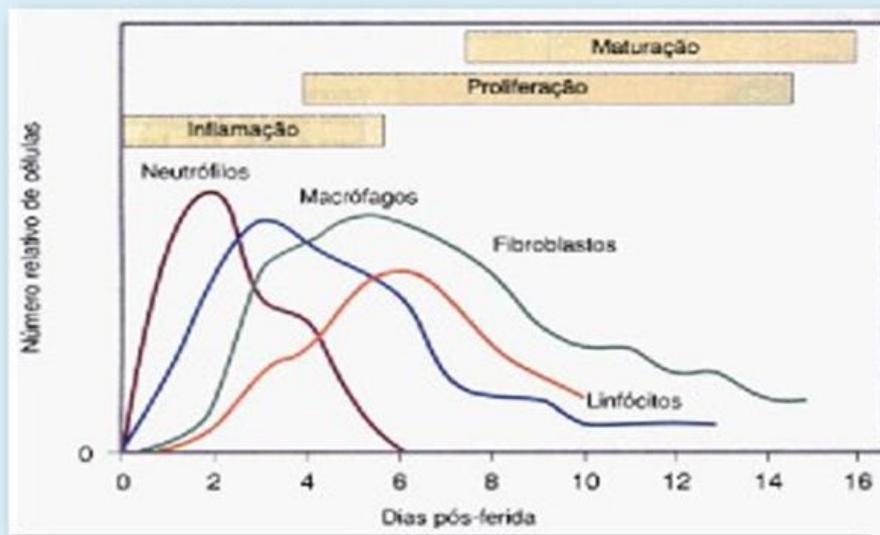
- Decresce o número de células
- Organização das fibras de colagénio
- Contração da ferida



11



12



13



14

Fatores que influenciam a cicatrização

Fatores locais

- Infecção
- Hipoperfusão
- Necrose
- Corpo estranho
- Traumatismo
- Irradiação
- Neoplasia

Fatores sistêmicos

- Idade
- Desnutrição
- Diabetes mellitus
- Insuf. Renal crónica
- Imunodepressão
- Icterícia
- Corticóides

15

Ferida Cirúrgica

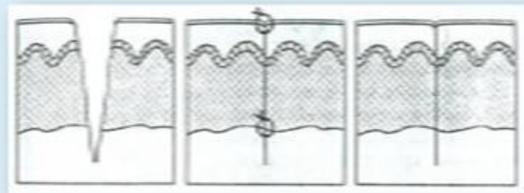
“Solução de continuidade que atinge o tecido subcutâneo e que é causado por uma intervenção cirúrgica “

16

Tipos de cicatrização

1ª Intenção

- Imediato
- Feridas pouco contaminadas
- Cicatriz favorável



17

2ª Intenção

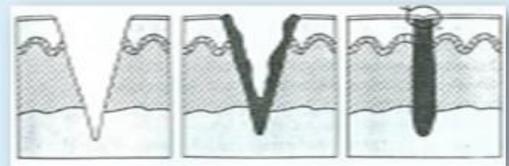
- Perda de substância
- Qualidade de cicatrização variável



18

3ª Intenção

- Feridas contaminadas



19

Complicações com a cicatrização

- Sofrimento para o doente
- Tratamento complicado
- Internamento prolongado
- Aumento dos custos



<http://www.rurong.com.br/causas-e-tratamento-para-dor-de-cabeca/>

20



Deiscência

- Falha do material
- Infecção
- Alterações sistêmicas



Hematoma

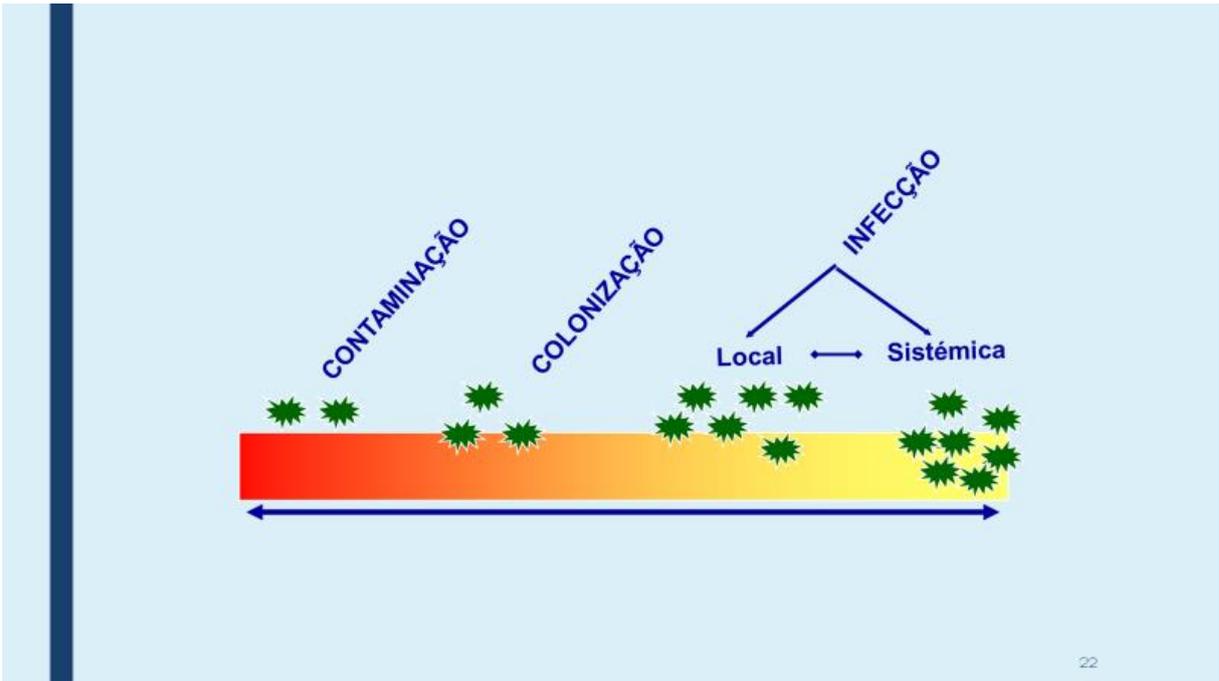
- Medicação, antecedentes pessoais
- Drenagem precoce



Evisceração

- Situação de urgência
- Cobrir com compressa estéril embebida em soro fisiológico tépido

21



Fatores predisponentes para a infecção da ferida



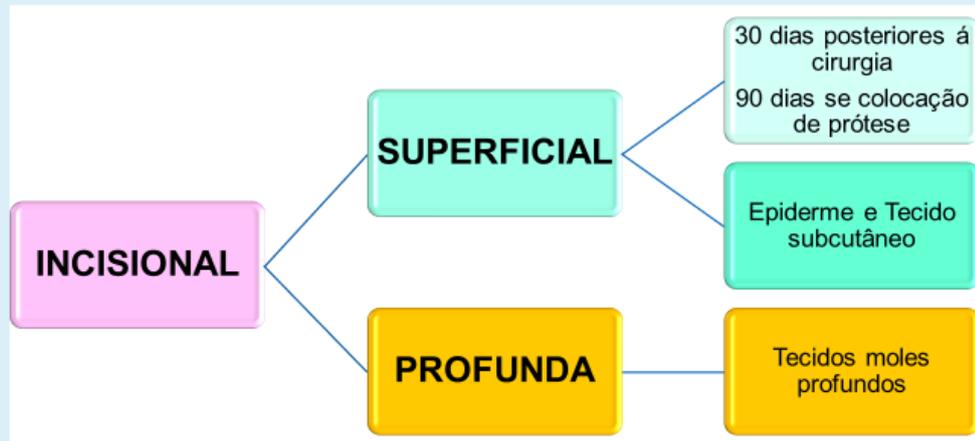


24



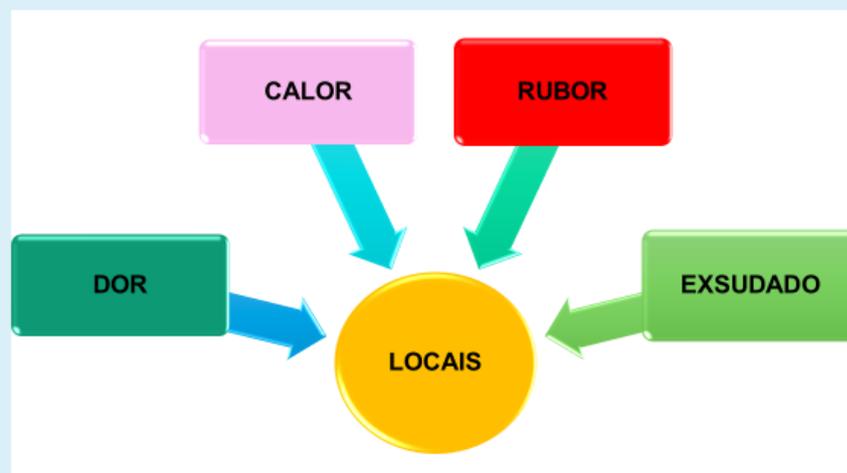
25

Infeção da ferida Cirúrgica

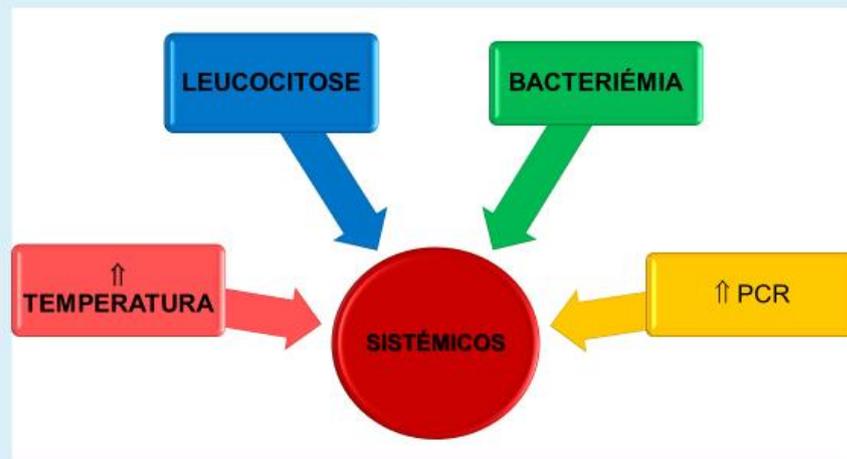


26

Crítérios de Infeção



27

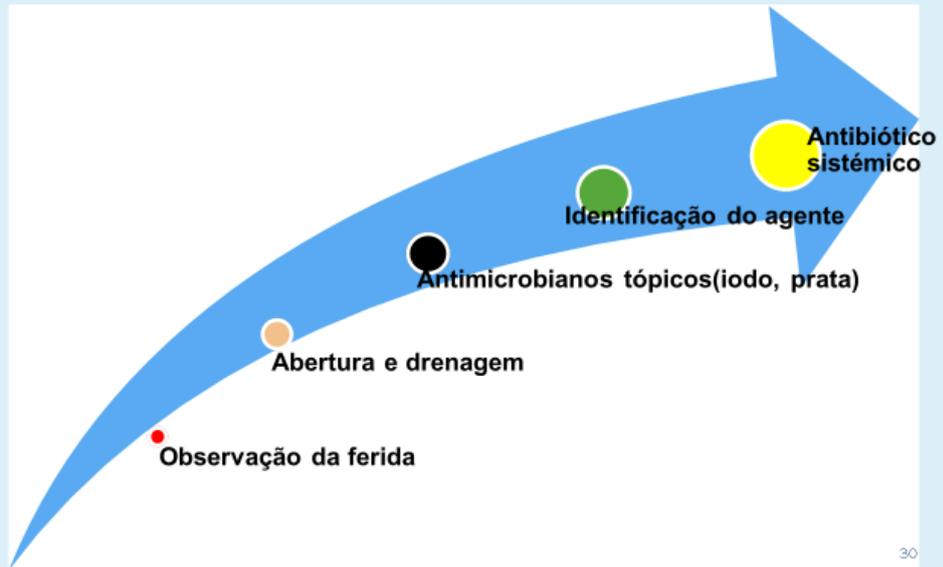


28



29

Tratamento da Infecção



Cuidados de Enfermagem



Pré- operatório

BANHO

Deve ser feito na véspera da cirurgia e no próprio dia, efetuado até 2h antes da cirurgia. Incluir o couro cabeludo, a higiene cuidada das unhas e higiene oral. O cabelo deve ir bem seco para o bloco operatório.

CAMA

A mudança da roupa da cama e/ou da maca de transporte para a sala de operações, deve ser feita após o banho do doente e, se necessário, novamente antes de ir para o bloco operatório.

TEMPO

O tempo de internamento deve ser o menor possível

TRICOTOMIA

Só quando estritamente necessário

Em área o menos extensa possível

Imediatamente antes da cirurgia, de preferência, no bloco operatório; com máquina elétrica que corte o pelo sem lesar a pele

CORREÇÃO

Estados de desnutrição

Alterações da coagulação

Anemia

32

Intra- operatório

EQUIPA

Todo o pessoal que entra na sala de operações deve retirar joias, relógios de pulso e outros adornos e deve manter as unhas curtas e sem verniz.

Utilizar vestuário e calçado apropriado e nunca sair com ele do bloco operatório

Reduzir o número de pessoas na sala e a entrada/saída dos mesmos.

Temperatura da sala

DOENTE

Lavagem e limpeza prévias à desinfeção do local cirúrgico

Preparação da pele

Técnica Cirúrgica

Oximetria de pulso

33

Pós- operatório

PENSO

Proteger a incisão encerrada primariamente com penso estéril e técnica asséptica durante as primeiras 48 horas.

Não remover o penso primário antes das 48 horas, a não ser que seja absolutamente necessário (ex. penso repassado).

DOENTE

Avaliação da glicemia capilar nas 1^{as} 24 h - **não diabéticos** – 1x turno

Diabéticos – esquema médico

IT02 – Administração de Insulina de Ação Rápida

DOENTE

Administrar oxigénio durante as primeiras 6 horas, para **SpO₂>93%** e **SpO₂>88%** em doentes com **DPOC**.

DOENTE

Controlo da dor

Prevenção de infeção

Otimização do estado geral

Despiste de complicações

34



35

- **Apresentação das IT'S**
- **Apresentação da Lista de verificação pré-cirúrgica**
- **Sugestões??**

- **Obrigada!**

