

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

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

Precauções baseadas na transmissão – para uma enfermagem promotora da segurança do doente crítico

Rita Ramos Pereira

Orientação: Professora Doutora Maria Dulce Santos Santiago

Mestrado em Enfermagem

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

Relatório 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

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

Precauções baseadas na transmissão – para uma enfermagem promotora da segurança do doente crítico

Rita Ramos Pereira

Orientação: Professora Doutora Maria Dulce Santos Santiago

Mestrado em Enfermagem

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

Relatório de Estágio

Évora, 2018.

Resumo

O presente relatório visa dar a conhecer as estratégias de intervenção profissional desenvolvidas, entre as quais se destaca o projeto de intervenção profissional que pretendeu incrementar o cumprimento das precauções baseadas na transmissão, num grupo de enfermeiros de um serviço de urgência, tendo por base as necessidades reais identificadas e assentes numa cultura de segurança do doente.

A Organização Mundial de Saúde considera as infeções associadas aos cuidados de saúde um verdadeiro problema de saúde pública, com impacto crescente à escala mundial. No que concerne à prevenção e controlo de infeção, na área do doente crítico, a enfermagem assume especial relevância. O Enfermeiro Especialista deve liderar o desenvolvimento de projetos no âmbito da melhoria contínua da qualidade, capacitando as equipas de profissionais.

Este documento designa-se também a analisar, de forma fundamentada, o processo de aquisição de competências comuns do enfermeiro especialista, específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na vertente da pessoa em situação crítica, e de mestre em enfermagem.

Palavras-Chave

Segurança do paciente; Controlo de infeção; Enfermagem.

Abstract

Transmission-based precautions - for a nursing safety promoter in the critically ill patient

This report aims to present the professional intervention strategies developed, among which the project of professional intervention that aims to increase the compliance with the precautions based on the transmission, in a group of nurses of an emergency service, based on the needs identified and based on a patient safety culture.

The World Health Organization considers the infections associated with health care to be a real public health problem, with a growing impact worldwide. Regarding the prevention and control of infection, in critical patient, nursing takes on special relevance. The Nurse Specialist must lead the development of projects in the field of continuous quality improvement, empowering teams of professionals.

This document is also intended to analyze, in a well-founded way, the process of acquisition of common skills of the specialist nurse, specific to nurse specialist in medical and surgical nursing, in the critical situation, and master's degree in nursing.

Key-words

Patient Safety; Infection Control; Nursing.

Agradecimentos

À enfermeira Paula Canelas pela oportunidade de desenvolver a Unidade Curricular Estágio Final no Serviço de Urgência da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo.

Ao enfermeiro José Luís Barriga pela sua supervisão clínica em todas as atividades desenvolvidas.

À Professora Doutora Maria Dulce Santos Santiago, pela sua orientação pedagógica e partilha de conhecimento, no decorrer da Unidade Curricular estágio Final e na elaboração do Relatório Final.

Aos meus colegas, Manuel Revez, Pedro Amaro, Sílvia Raposo e Helena Camilo pelos seus conselhos e constantes palavras de apoio.

Ao Zé, pela sua compreensão e presença em mais uma fase das nossas vidas.

Aos meus pais e irmã, pelo carinho e paciência, por todos os momentos em que estive ausente.

Muito obrigada!

ÍNDICE

1 – INTRODUÇÃO.....	15
2 - APRECIÇÃO DO CONTEXTO	19
2.1 – Análise do Envolvimento.....	19
2.1.1 – Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo	19
2.1.2 – Serviço de Urgência Geral.....	21
2.1.2.1 – Enquadramento legal	21
2.1.2.2 – Caracterização do ambiente físico	23
2.1.2.3 – Recursos materiais e equipamentos	25
2.1.2.4 – Recursos humanos.....	26
2.1.2.5 – Sistema de triagem.....	28
2.2 – Análise da População.....	30
2.3 – Análise da Produção de Cuidados	32
3 – PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL	38
3.1 – Fundamentação teórica	38
3.2 – Objetivos	43
3.3 – População-Alvo.....	44
3.4 – Metodologia	50
3.5 – Apresentação dos resultados	53
3.6 – Discussão dos resultados.....	60
3.7 – Conclusão	64
4 – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	67
4.1 – Competências comuns do Enfermeiro Especialista e de Mestre	68

4.2 – Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica e de Mestre	83
5 – PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO.....	91
6 – CONCLUSÃO.....	93
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	95

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexos	CII
Anexo A – Declaração de autorização do estágio pela Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo ...	CIII
Anexo B – Resposta ao pedido de parecer à Comissão de Ética da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo	CV
Anexo C – Resposta ao pedido de parecer à Comissão de Ética da Universidade de Évora	CVII
Anexo D – Certificado do Congresso “Doente Crítico 2017”	CIX
Anexo E – Certificado de colaboração no Seminário sobre “Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde”	CXI

ÍNDICE DE APÊNDICES

Apêndices	CXIII
Apêndice A – Contabilização do total de horas do Estágio Final	CXIV
Apêndice B – Projeto de Estágio	CXVI
Apêndice C – Questionário sociodemográfico e de diagnóstico de necessidades formativas em prevenção e controlo de infeção – precauções baseadas nas vias de transmissão	CXXXVI
Apêndice D – Proposta de Projeto – Modelo T005	CXL
Apêndice E – Pedido de parecer à Comissão de Ética da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo	CXLVII
Apêndice F – Pedido de parecer à Comissão de Ética da Universidade de Évora.....	CXLIX
Apêndice G – <i>Check-list</i> de observação	CLIV
Apêndice H – Apresentação <i>PowerPoint</i> sobre Precauções Dependentes da Via de Transmissão à equipa de enfermagem do serviço de urgência	CLVI
Apêndice I – Algoritmo de atuação em doentes com necessidade de isolamento no serviço de urgência	CLXXVII
Apêndice J – Artigo de investigação: Precauções Baseadas na Transmissão no Serviço de Urgência – para uma enfermagem promotora da segurança do doente crítico	CLXXIX
Apêndice K – Apresentação <i>PowerPoint</i> sobre Precauções Dependentes da Via de Transmissão à equipa de assistentes operacionais do serviço de urgência	CCII
Apêndice L – Plano de Atividade do Grupo da Qualidade e Risco do serviço de urgência, 2017	CCXIX

Apêndice M – Algoritmo Via Verde Sepsis	CCXXXIII
Apêndice N – Apresentação <i>PowerPoint</i> sobre Material Cirúrgico e Respiratório à equipa de assistentes operacionais do serviço de urgência	CCXXXV
Apêndice O – Folha de requisição à esterilização – Serviço de Urgência	CCXLIV
Apêndice P – Apresentação <i>PowerPoint</i> sobre o Rastreio das <i>Enterobactériáceas</i> Resistentes aos Carbapenemos no serviço de urgência	CCXLVI
Apêndice Q – Apresentação <i>PowerPoint</i> sobre prevenção da infeção urinária associada ao cateter vesical no serviço de urgência	CCLIV
Apêndice R – Cronograma de atividades	CCLXI

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Concelhos da área de influência da ULSBA	20
---	----

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Total de admissões de acordo com a proveniência.....	32
Gráfico 2: Desempenho global dos Enfermeiros.....	54
Gráfico 3: Média das avaliações por categoria	56
Gráfico 4: Média de avaliação dos enfermeiros na utilização de Luvas	57
Gráfico 5: Média de avaliação dos enfermeiros na utilização de máscara/proteção ocular	57
Gráfico 6: Média de avaliação dos enfermeiros na utilização de bata/avental.....	58
Gráfico 7: Desempenho adequado na colocação de EPI.....	58
Gráfico 8: Desempenho adequado na remoção de EPI	59
Gráfico 9: Média de avaliação do desempenho por tipo de isolamento	60

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição de episódios por prioridade de triagem, em 2017	29
Tabela 2: Tempos médios de espera por prioridade de triagem, em 2017	29
Tabela 3: Atividade do Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico	31
Tabela 4: Dados sociodemográficos da população	46
Tabela 5: Dados formativos da população no âmbito da prevenção e controle de infecção	48
Tabela 6: Dados relativos ao cumprimento das PDVT pelos enfermeiros	49
Tabela 7: Desempenho detalhado dos enfermeiros antes e após os momentos formativos	55

LISTAGEM DE SIGLAS

APA - *American Psychological Association*

CAUTI – *Catheter Associated Urinary Tract Infections*

CDC - *Centers for Disease Control and Prevention*

DGS - Direção Geral de Saúde

ECMO - *ExtraCorporeal Membrane Oxygenation*

EPI - Equipamentos de Proteção Individual

ERC - *Enterobacteriaceas* resistentes a carbapenemos

GCLPPCIRA - Grupo Coordenador Local do Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência a Antimicrobianos

IACS - Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde

INE - Instituto Nacional de Estatística

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica

MRSA - *Methicillin-resistant Staphylococcus aureus*

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PBCI - Precauções Básicas de Controlo de Infeção

PDVT - Precauções Dependentes da Via de Transmissão

PPCIRA - Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência a Antimicrobianos

SU - Serviço de Urgência

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos

ULSBA - Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo

WHO - *World Health Organization*

1 – INTRODUÇÃO

O presente documento surge no âmbito da Unidade Curricular Relatório para a obtenção do título de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, a pessoa em situação crítica, e do grau de mestre em enfermagem, criado pelo Aviso n.º 5622/2016 de 2 de maio, publicado em Diário da República e promovido pela Associação das Escolas Superiores de Enfermagem e Saúde. A sua realização decorre também do Estágio Final que se cumpriu sob a supervisão pedagógica e clínica da Professora Doutora Dulce Santiago e Enfermeiro Especialista e Mestre José Luís Barriga, respetivamente, e que teve como instituição acolhedora a Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo (ULSBA) que formalizou por escrito a autorização do mesmo (Anexo A).

A Unidade Curricular Estágio Final decorreu durante o período de dezasseis semanas e foi cumprida a totalidade de horas de contato definidas pelo Aviso n.º 5622/2016 de 2 de maio do Diário da República, o que corresponde a uma média semanal de aproximadamente vinte e quatro horas e cuja organização pode ser consultada no Apêndice A. Teve como base a realização de um projeto (Apêndice B), que delineou os principais objetivos e atividades a concretizar com vista ao desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista, específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na vertente da pessoa em situação crítica, e de mestre em enfermagem. Assim, a sua construção teve como base o Regulamento nº 122/2011 e nº 124/2011 da Ordem dos Enfermeiros (OE) (OE, 2011c & OE, 2011b), o Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de setembro do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior (2016), assim como o documento apresentado à A3ES para a criação do presente curso de mestrado em enfermagem. (A3ES, 2014)

As metas a atingir e atividades a desenvolver, foram definidas de acordo com o contexto de prestação de cuidados, pelo que salientamos o fato de ter sido um percurso pautado pela reflexão permanente, na busca pela excelência dos cuidados especializados. Contemplou a conceção e implementação de um projeto de intervenção profissional, na área das infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) no doente crítico, em concreto na promoção de boas práticas no cumprimento das precauções dependentes da via de transmissão (PDVT), de forma a incrementar a segurança do doente, desenvolvendo-se sob uma das principais linhas de investigação, consideradas no ramo da enfermagem médico-cirúrgica deste mestrado.

A OE defende que a prestação de cuidados ao doente crítico traduz a crescente evolução científica e tecnológica a que temos assistido, cujos benefícios têm sido notórios no que diz respeito à saúde global da população. Contudo, é fundamental promover estratégias de gestão do risco com consequente manutenção de um ambiente seguro, em que o enfermeiro especialista assume um papel crucial. Assim, perante a pessoa em situação crítica, preconiza-se que promova medidas de prevenção e controlo de infeção, liderando projetos de melhoria contínua da qualidade. (OE, 2011b)

Perante o que tem vindo a ser exposto, definem-se como objetivos do presente relatório:

- Explanar as diferentes etapas de conceção e implementação do projeto de intervenção profissional, no âmbito das IACS no doente crítico;
- Analisar, detalhadamente, o processo de aquisição e desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista, específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica, assim como de competências de mestre enfermagem.

No cumprimento do primeiro, pretende-se a descrição pormenorizada do projeto de intervenção profissional, desenvolvido com vista a melhorar a qualidade da prestação de cuidados aos doentes com necessidade de precauções baseadas na transmissão. Neste sentido, a sua construção teve como base a mais recente evidência científica, promovendo simultaneamente a sua aplicação na melhoria da nossa prática profissional.

No segundo objetivo, evidencia-se a análise reflexiva e fundamentada das atividades desenvolvidas na relação com as competências comuns do enfermeiro especialista, específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na vertente da pessoa em situação crítica, e de mestre em enfermagem. Este perspectiva-se ser um processo de profundo crescimento e partilha, em que cada intervenção realizada será considerada um momento de excelência.

No que concerne à organização do presente trabalho, teve como linha orientadora o planeamento da Unidade Curricular Relatório no qual são definidas recomendações para a sua elaboração. Desta forma, será realizada uma apreciação global do contexto, com a análise do envolvimento, do respetivo serviço onde decorreu o Estágio Final salientando aspetos relacionados com o seu enquadramento legal, recursos físicos e materiais, assim como da população, descrevendo as suas características gerais.

Posteriormente, é efetuada a análise crítica da produção de cuidados que se realiza no contexto anteriormente caracterizado.

No seguimento do que tem vindo a ser exposto destaca-se que, numa fase seguinte, são abordadas as etapas inerentes à conceção e implementação do referido projeto. A sua operacionalização no contexto da prática de cuidados implicou o cumprimento de inúmeros procedimentos que permitiram atingir um dos objetivos previamente definidos, com implicações positivas na prestação direta de cuidados e conseqüente segurança do doente.

A aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, assim como de mestre, assume um caráter de transversalidade em relação a todas as atividades planeadas e desenvolvidas neste período, pelo que a descrição e análise deste processo não poderia ser descurada. São apresentadas as principais atividades realizadas e a sua estreita articulação com os diferentes domínios de competências, em que são promovidos momentos de reflexão que emergem da permanente articulação entre o contexto prático e teórico.

De seguida, é efetuado o processo de avaliação e controlo deste percurso, com apresentação das estratégias mobilizadas na adequação do trabalho desenvolvido, estimando, de uma forma global, se os objetivos estabelecidos foram cumpridos.

A análise das intervenções desenvolvidas culmina com a apresentação das principais conclusões obtidas, com a consciência de que a prestação de cuidados especializados se inicia neste momento, sendo que o processo de aquisição de competências será contínuo e de permanente atualização na constante garantia da excelência dos cuidados.

Perante as particularidades da prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica, considerámos importante desenvolver o presente percurso formativo e conseqüente processo de aquisição de competências, à luz da teoria *Clinical wisdom in acute and critical care* concebida por Benner, Kyriakidis e Stannard (2011). Pelo pressuposto de que a prática de enfermagem se desenvolve em contextos reais, defendem que o enfermeiro deve ser detentor de diversas capacidades que lhe permitem atuar de forma eficaz, perante uma realidade dinâmica e de elevada complexidade. Assim, valoriza-se que a prática especializada em cuidados críticos seja pautada por um elevado julgamento e sabedoria clínica, em que o enfermeiro reflete sobre as suas aprendizagens experienciais em paralelo com a busca permanente pelo saber.

Salienta-se que a redação deste documento procurou respeitar o Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa, assim como a sexta edição da Norma da *American Psychological Association* (APA) (APA, 2010), para além dos regulamentos anteriormente referidos.

2 - APRECIÇÃO DO CONTEXTO

2.1 – Análise do Envolvimento

2.1.1 – Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo

A ULSBA foi criada a 1 de outubro de 2008 pelo Decreto-Lei nº183/2008 de 4 de setembro, com a alteração realizada em 2015 pelo Decreto-Lei no 12/2015 de 26 de janeiro, que pressupõe um modelo de organização baseado na integração entre os vários níveis de cuidados de saúde. Incorporada no Serviço Nacional de Saúde, rege-se pelo regime jurídico das entidades públicas empresariais e a sua conceção visou integrar os cuidados de saúde primários e cuidados de saúde hospitalares. (ULSBA, 2016)

Atualmente a sua atividade assenta nos três níveis de prestação de cuidados e tem como missão *“(...) garantir a qualidade dos cuidados de saúde prestados à população na respectiva área de influência e na medida dos recursos disponíveis (...)”*. (ULSBA, 2010, p.4)

O Departamento do Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Alentejo contempla as Unidades Funcionais dos Centros de Saúde de Aljustrel, Almodôvar, Alvito, Barrancos, Beja, Castro Verde, Cuba, Ferreira do Alentejo, Mértola, Moura, Ourique, Serpa e Vidigueira (Figura 1). O Plano de Atividades e Orçamento de 2016 reforça a elevada área de abrangência da ULSBA, já que para além dos treze concelhos referidos, presta assistência a sessenta e duas freguesias. (ULSBA, 2016)

Figura 1: Concelhos da área de influência da ULSBA



(Fonte: ULSBA, 2017, p.2)

Paralelamente, integra sessenta e seis extensões de saúde, uma Unidade de Saúde Familiar, em Beja, e cinco Unidades de Cuidados na Comunidade. Importa também referir que contempla a Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados, a Unidade de Saúde Pública, o Centro de Diagnóstico Pneumológico e o Centro de Aconselhamento e Detecção. (ULSBA, 2016)

O Hospital José Joaquim Fernandes assegura a prestação de cuidados diferenciados, pelo que dispõe de sete especialidades médicas e seis cirúrgicas. Atualmente apresenta 215 camas, sendo 13 de cuidados intensivos, 96 de especialidades cirúrgicas e 106 de especialidades médicas. A sua atividade assistencial desenvolve-se na área de internamento, ambulatório (consulta externa e hospital de dia), bloco operatório (cirurgia de ambulatório, convencional e urgente), emergência/urgência e meios complementares de diagnóstico e terapêutica. (ULSBA, 2017)

A rede de emergência/urgência contempla o Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico, o qual é constituído pela Urgência Geral, Urgência Pediátrica, Urgência Ginecológica/Obstétrica e por dois Serviços de Urgência Básica, sediados em Castro Verde e Moura. Salienta-se ainda a existência de um

sistema de emergência pré-hospitalar, o qual está subordinado ao Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), e conta com uma Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) e duas ambulâncias de Suporte Imediato de Vida. (ULSBA, 2017)

No que diz respeito aos cuidados paliativos destaca-se a existência de três equipas comunitárias (Beja, Moura/Barrancos e Mértola) e uma intra-hospitalar, cuja atividade se desenvolve numa estreita articulação. (ULSBA, 2016)

Neste sentido, compreende-se que a ULSBA se destina a prestar cuidados de saúde primários, hospitalares e continuados à população do Baixo Alentejo, o que geograficamente diz respeito a 9,3% do território nacional e a uma superfície de 8.542 Km². (ULSBA, 2016)

2.1.2 – Serviço de Urgência Geral

2.1.2.1 – Enquadramento legal

A rede de serviços de urgência foi abordada no Despacho nº. 18459/2006 de 12 de setembro de 2006, o qual veio estabelecer as suas principais características e os diferentes níveis de resposta. (Ministério da Saúde, 2006) Em 28 de Fevereiro de 2008, o Despacho nº. 5414/2008 pretendeu classificar os serviços de urgência a nível nacional e integrou o serviço de urgência (SU) do Hospital José Joaquim Fernandes na modalidade de Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico. (Ministério da Saúde, 2008)

Esta classificação diz respeito ao segundo nível de atendimento em situações de urgência, incluindo a obrigatoriedade de funcionar em rede. Tais premissas encontram-se inscritas no Despacho nº. 10319/2014 e visam garantir a correta referenciação das situações que exigem a prestação de cuidados mais diferenciados ou a colaboração de especialidades que não integrem este tipo de serviços. (Ministério da Saúde, 2014)

Assim, e tendo em conta o documento supramencionado, o SU do Hospital José Joaquim Fernandes contempla as seguintes valências:

- Anestesiologia;
- Bloco operatório;
- Cardiologia;
- Clínica Geral;
- Cirurgia geral;
- Ginecologia;
- Imuno-hemoterapia;
- Medicina interna;
- Obstetrícia;
- Ortopedia;
- Patologia clínica;
- Pediatria;
- Psiquiatria;
- Radiologia;
- Urologia.

Neste sentido, assistimos frequentemente à articulação com o Hospital de São José para as especialidades de Neurocirurgia e Cirurgia Plástica, para o Hospital de Santa Marta no que diz respeito à Cirurgia Cardiorácica, assim como com o Hospital Espírito Santo sempre que são necessários cuidados especializados do foro da Gastroenterologia, Nefrologia e Cardiologia.

2.1.2.2 – Caracterização do ambiente físico

No que diz respeito à sua estrutura física, o SU do Hospital José Joaquim Fernandes, localiza-se no piso zero e comunica diretamente para o exterior, assim como para os restantes serviços pelo recurso a escadas ou elevadores. É constituído por:

- um balcão administrativo, onde é efetuada a inscrição dos doentes;
- uma sala de triagem;
- duas salas de espera, com wc, para doentes/acompanhantes e que são organizadas de acordo com as cores do Sistema de Triagem de Manchester;
- uma sala polivalente, que permite a vigilância de doentes que já tenham sido submetidos a uma primeira observação médica e que reúnam condições clínicas para permanecer na mesma. Tem a capacidade máxima para oito doentes sentados e apresenta rampas de ar e oxigénio;
- uma sala designada de acolhimento e vigilância, a qual constitui um posto de trabalho de enfermagem. Neste setor pretende-se que o enfermeiro estabeleça o primeiro contato com os acompanhantes/familiares, forneça informações e efetue a gestão adequada de visitas para o interior do SU. Deve ainda garantir a adequada vigilância dos doentes alocados à sala anteriormente referida. Salienta-se que ambos os postos só funcionam das 10h às 24h;
- dois vestiários para profissionais;
- um gabinete do Diretor de Serviço;
- uma sala de reanimação, localizada à entrada do SU, e que se destina à prestação de cuidados a doentes (dois) em situação crítica;

- uma sala de decisão terapêutica com capacidade máxima para oito doentes deitados e que dispõe de rampas de ar e oxigénio. Pretende-se que o doente permaneça na mesma enquanto não tem diagnóstico estabelecido;
- um balcão de atendimento geral onde se pretende que ocorra a prestação de cuidados a doentes que se deslocam autonomamente ou com recurso a cadeira de rodas. Contudo, frequentemente existem doentes em maca neste sector. O balcão inclui também quatro gabinetes de atendimento médico;
- uma sala de inaloterapia com rampas de ar e oxigénio, com capacidade para dez doentes sentados. De uma forma geral, estes doentes necessitam de tratamento farmacológico;
- uma sala de ortopedia, que inclui o gabinete médico e uma área para observação/tratamento;
- uma sala de pequena cirurgia, que apresenta os recursos necessários ao tratamento dos doentes do foro cirúrgico;
- um gabinete para consultas de Psiquiatria e Oftalmologia;
- um serviço de observação, onde são internados doentes que necessitem de monitorização cardiorrespiratória não invasiva, com capacidade para sete doentes. Contudo, verifica-se frequentemente o internamento de doentes no corredor deste setor do SU;
- um gabinete da Chefe de Enfermagem;
- um gabinete médico;
- uma copa;
- quatro casas de banho, duas para os profissionais do serviço e duas para os doentes;
- uma sala de lavagem/desinfecção de materiais;
- duas dispensas, uma para arrumo de soros e outra de materiais diversos;

- uma sala para arrumo de roupa e organização de impressos;
- corredores cujos circuitos se encontram definidos para o uso de profissionais e doentes/acompanhantes.

2.1.2.3 – Recursos materiais e equipamentos

O SU é composto por uma diversidade de materiais e equipamentos clínicos que constituem uma mais valia na prestação de cuidados aos doentes que a ele recorrem. De seguida apresentam-se os recursos existentes:

- um carro de emergência (na sala de emergência);
- um ventilador *Oxylog* 1000 (na sala de emergência);
- um ventilador *Oxylog* 3000 (na sala de emergência);
- um ventilador *VIVO40* (no serviço de observação);
- cinco monitores com a função de desfibrilhação (dois na sala de emergência, um no serviço de observação e dois que se destinam às transferências intra e inter-hospitalares);
- sete monitores cardíacos (cinco no serviço de observação e dois na sala de emergência);
- treze *Dinamaps* (dois no serviço de observação, seis no balcão, um na inaloterapia, um na sala de pequena cirurgia e três na sala de decisão terapêutica);
- onze *Pyxis*, onde estão armazenados materiais de consumo clínico e fármacos (dois no serviço de observação, dois na sala de emergência, dois na sala de decisão terapêutica, dois no balcão, dois na sala de pequena cirurgia e um na sala de ortopedia);

- dezoito seringas infusoras (doze no serviço de observação e seis na sala de emergência);
- rampas de ar e oxigênio (em número variável nos diferentes setores);
- dezoito aspiradores de secreções (sete no serviço de observação, dois na sala de emergência, oito na sala de decisão terapêutica e um na sala de pequena cirurgia);

A sua localização pelos diferentes sectores foi efetuada de acordo com as necessidades e tipo de cuidados prestados pelos profissionais, podendo verificar-se a reorganização, de alguns materiais sempre que necessário.

2.1.2.4 – Recursos humanos

O SU é constituído por uma equipa multidisciplinar da qual fazem parte enfermeiros, médicos, assistentes operacionais, técnicos de saúde, administrativos e funcionários de higiene e segurança, cujos empregadores destes últimos são externos à ULSBA.

Na sua totalidade a equipa de enfermagem é composta por cinquenta e seis elementos, dos quais oito prestam cuidados somente no SU Pediátrico. Entre os restantes quarenta e nove, dois estão responsáveis pela gestão do serviço, a Enfermeira em Funções de Chefia e outro elemento que acumula ainda funções no âmbito da formação. Ambos se encontram em regime de horário fixo, contrariamente à restante equipa que trabalha por turnos.

Atualmente a equipa rege-se pelo método individual de trabalho e os enfermeiros são, semanalmente, distribuídos pelos diferentes setores. Este plano é realizado pelos enfermeiros responsáveis pela gestão do serviço e tem em conta as características e competências profissionais de cada elemento da equipa.

Apesar de cada enfermeiro assumir a responsabilidade pelo seu setor, pretende-se a colaboração entre todos os elementos, sendo que o enfermeiro chefe de equipa pode mobilizar alguns elementos sempre que considere necessário e de forma a melhorar a qualidade dos cuidados prestados. Neste sentido, em todos os turnos existe um enfermeiro chefe de equipa, que não se encontra alocado a nenhum setor específico, de forma a desempenhar funções de gestão e supervisão em todo o serviço.

O plano de trabalho é organizado da seguinte forma:

- onze enfermeiros nos turnos da manhã (8h-16h30) e tarde (16h-24h): um na sala de acolhimento e vigilância, um na triagem, um na sala de emergência, um na sala de decisão terapêutica, um no balcão, um na sala de ortopedia, um na sala de pequena cirurgia/evacuação (este elemento é responsável por realizar as transferências inter-hospitalares), um no serviço de observação, dois no SU Pediátrico e um chefe de equipa;
- oito enfermeiros no turno da noite (23h30-8h30): um na triagem, um na sala de emergência, um no balcão, um na sala de pequena cirurgia/evacuação, um no serviço de observação, dois na urgência pediátrica e um chefe de equipa.

A equipa de assistentes operacionais é composta por vinte e oito profissionais os quais, à semelhança dos enfermeiros, também são distribuídos semanalmente pelos diferentes sectores sendo que nos turnos da manhã e tarde são seis elementos e na noite três. Cabe ao enfermeiro chefe de equipa coordenar a sua articulação e dinâmica.

No que diz respeito à equipa médica, é constituída por elementos de Medicina Interna (dois), Cirurgia (dois), Ortopedia (dois) e Clínica Geral (três), com apoio de outras especialidades. Sempre que necessário, e sobretudo no período de Inverno, verifica-se um reforço global destes profissionais no SU.

Por fim, importa referir que o serviço administrativo e de segurança mantém o seu funcionamento vinte e quatro horas por dia.

2.1.2.5 – Sistema de triagem

De acordo com o Despacho nº. 1057/2015 de 2 de fevereiro todos os serviços de urgência, independentemente do seu nível, devem ter implementado um sistema de triagem. Este possibilita diferenciar graus de prioridade, definir o tempo de espera até à primeira observação médica e ainda encaminhar cada doente, tendo em conta normas previamente estabelecidas e padronizadas. Neste sentido, baseia-se no pressuposto que a uniformização de procedimentos promove cuidados de qualidade. (Ministério da Saúde, 2015a)

No SU em questão encontra-se implementado o Sistema de Triagem de Manchester, através do qual são atribuídos cinco níveis de prioridades com cores distintas. Estas são o vermelho, laranja, amarelo, verde e azul, que correspondem a situações emergentes, muito urgentes, urgentes, pouco urgentes e não urgentes, respetivamente. Tendo em conta esta categorização, preconiza-se que cada caso seja sujeito a um tempo alvo para uma primeira observação médica e que poderá ser de 0, 10, 60, 120 ou 240 minutos, de acordo com as prioridades acima descritas. Existe ainda a possibilidade de atribuir a cor branca, para casos específicos, não compatíveis com os cuidados de urgência pelo que se pretende que a sua média se mantenha em níveis reduzidos.

No que diz respeito à afluência de doentes ao SU, dados recentes de 2017, revelam que as situações clínicas urgentes representam cerca de 65,8% dos casos que recorrem a este serviço, de salientar que 14,9% diz respeito a casos não urgentes e pouco urgentes, como podemos observar na Tabela 1.

Tabela 1: Distribuição de episódios por prioridade de triagem, em 2017

Cor Manchester	% Episódios
Vermelho	0,4%
Laranja	16,3%
Amarelo	65,8%
Verde	13,4%
Azul	1,5%
Branco	1,8%

(Fonte: ULSBA, 2017, p. 95)

O cumprimento dos tempos de espera pré-estabelecidos pelo sistema de triagem é um dos principais objetivos deste serviço, pelo que é alvo de monitorização contínua por parte da instituição. Na Tabela 2 podemos verificar os tempos médios de espera referentes ao ano de 2017.

Tabela 2: Tempos médios de espera por prioridade de triagem, em 2017

Cor Manchester	Tempo Médio Espera (HH:MM:SS)
Vermelho	00:08:02
Laranja	00:14:25
Amarelo	00:56:16
Verde	01:26:48
Azul	02:09:21
Branco	00:35:13
Total	00:54:03

(Fonte: ULSBA, 2017, p. 96)

Considera-se que o tempo de espera dos casos emergentes (cor vermelha) não corresponde à realidade. Estes casos têm acesso direto ao SU com atendimento imediato, sendo que o registo da admissão é muitas vezes realizado à posteriori, o que se traduz num tempo médio de oito minutos que é considerado aparentemente elevado. (ULSBA, 2017)

2.2 – Análise da População

A população corresponde a treze concelhos e sessenta e duas freguesias do Baixo Alentejo, num total 125.875 habitantes que se caracteriza por ser bastante envelhecida, com uma reduzida taxa de natalidade. (ULSBA, 2016)

No que diz respeito às questões populacionais, a tendência decrescente é transversal em toda a área do Baixo Alentejo, verificando-se uma evolução oposta já que enquanto a população mais jovem decresce, há cada vez maior representatividade da população mais idosa. Face a esta realidade, as projeções do Instituto Nacional de Estatística (INE) revelam que em 2050 a população residente no Baixo Alentejo será de apenas 82.047. (ULSBA, 2017)

O documento referente ao Relatório e Contas 2016 reafirma a tendência crescente de utentes que recorrem ao SU do Hospital José Joaquim Fernandes (Tabela 3).

Tabela 3: Atividade do Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico

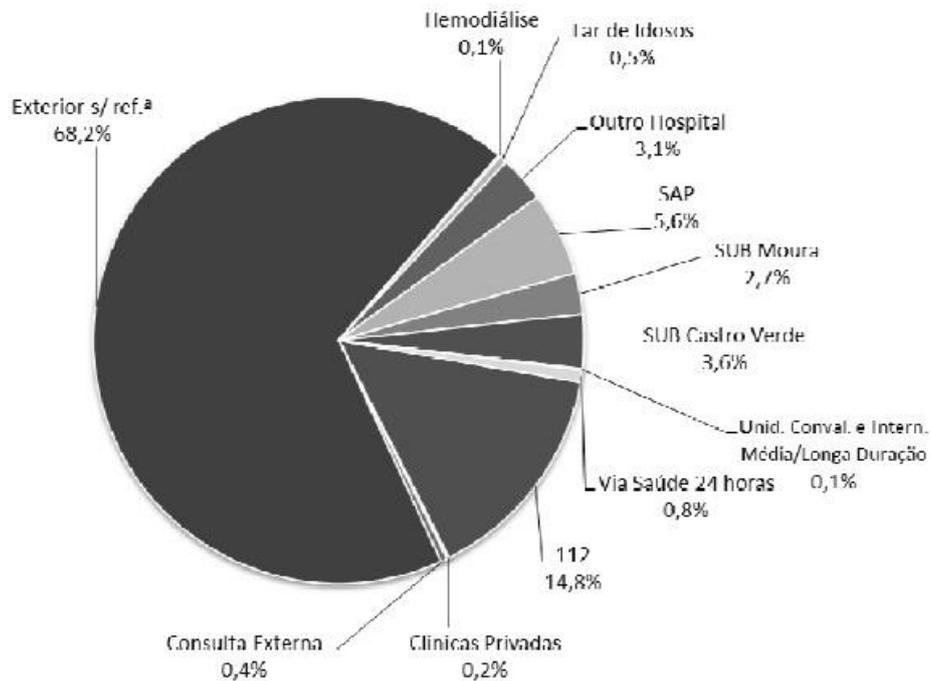
Urgência Médico-Cirúrgica	2015	2016	Δ (%)
Nr Total de Urgências	60.652	62.985	3,8%
* Urgência Geral / Adultos	39.701	40.698	2,5%
* Urgência Pediátrica	17.070	18.240	6,9%
* Urgência Obstétrica	3.881	4.047	4,3%
Média Diária de Urgências	166	172	3,6%
* Urgência Geral / Adultos	109	111	2,2%
* Urgência Pediátrica	47	50	6,6%
* Urgência Obstétrica	11	11	4,0%

(Fonte: ULSBA, 2017, p. 92)

Pela análise da Tabela 3 compreende-se a existência de um crescimento de 3,8% do número de atendimentos do SU em 2016, com cerca de mais 2.333 novos casos comparativamente ao mesmo período do ano anterior. Globalmente ocorreu um aumento em todos os setores e destaca-se que a média diária global de episódios passou de 166 para 172 doentes.

Mantem-se o enfoque sobre o recurso aos cuidados de saúde primários por parte dos doentes não urgentes, com sensibilização coletiva para a importância da referência médica prévia nas admissões ao SU, o que apesar dos esforços realizados não se tem concretizado já que a maioria dos utentes continua a recorrer a este serviço a partir do exterior sem qualquer observação anterior o que corresponde a 68,2% da sua totalidade, tal como se pode observar no Gráfico 1.

Gráfico 1: Total de admissões de acordo com a proveniência



(Fonte: ULSBA, 2017, p. 97)

Neste sentido, a instituição promove ações de educação junto da população, assim como a otimização constante da organização interna da rede de urgência/emergência de forma a garantir a igualdade na acessibilidade e eficácia da prestação de cuidados. Contudo, mantêm-se as preocupações associadas à afluência não referenciada de doentes, já que esta realidade se traduz numa média de 68,2%. (ULSBA, 2017)

2.3 – Análise da Produção de Cuidados

É missão do SU do Hospital José Joaquim Fernandes a prestação de cuidados de qualidade às pessoas que, com problemas de saúde urgentes e emergentes, a ele recorrem, pelo que se caracteriza

pela prevalência de situações clínicas de patologia aguda que requerem uma assistência inadiável. (ULSBA, 2016) Neste sentido, os cuidados de enfermagem enquadram-se predominantemente nos cuidados à pessoa em situação crítica, os quais são “(...) *altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato (...)*”. (OE, 2011b, p.8656)

A ULSBA defende o respeito pelo caráter único e dignidade da pessoa, na procura pela excelência dos cuidados. (ULSBA, 2010) Os enfermeiros que exercem funções nesta instituição devem desenvolver a sua prática tendo como alicerces o Código de Ética da ULSBA, o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro, o Código Deontológico, os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem e o Regulamento de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Os enfermeiros especialistas devem, por seu lado, fazer cumprir os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados, assim como o Regulamento das Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista.

Relativamente à organização dos cuidados, para além do que já foi descrito no ponto 2.1.2.4., apesar da distribuição dos enfermeiros pelos diferentes sectores ser efetuada semanalmente, as características do serviço são avaliadas diariamente com reorganização dos profissionais sempre que necessário. Estas situações ocorrem sobretudo no Inverno, altura em que a afluência de doentes aumenta.

A maioria dos enfermeiros do SU são generalistas, contudo verificamos uma tendência crescente dos especialistas em enfermagem médico-cirúrgica. No que diz respeito aos cuidados de enfermagem especializada não existem normas ou protocolos institucionais para o seu exercício, contudo no que concerne ao contexto do SU, estes elementos desempenham funções essencialmente na sala de emergência e no serviço de observação já que constituem os setores que maioritariamente acolhem doentes em situação crítica.

Por outro lado, e atendendo à complexidade dos cuidados prestados em sala de emergência, o desempenho de funções neste setor comporta o cumprimento de diversos requisitos previamente estabelecidos pela chefia do serviço. Assim, é necessário que o enfermeiro possua no mínimo dois anos de experiência profissional no SU, curso de Suporte Imediato de Vida e reconhecimento das suas competências profissionais por parte de todos os chefes de equipa.

Este aspeto remete-nos para Benner (2005) ao considerar que os enfermeiros iniciados têm dificuldade em integrar o conhecimento teórico com as vivências práticas, sobretudo porque lhes são

veiculados saberes e normas objetivas na formação inicial, descontextualizadas das situações reais. Por outro lado, considera-se que todos os enfermeiros que integram um novo serviço em que não conhecem os utentes podem encontrar-se a este nível, se os objetivos e os aspetos inerentes aos cuidados não lhes forem familiares. Acredita-se que a partir desta fase, e decorrente da aprendizagem experiencial, o enfermeiro se torne mais competente, qualificado e confiante.

Tal como já foi referido, um dos setores deste serviço garante o cumprimento das transferências inter-hospitalares, dando cobertura a todo o hospital sempre que se trate de situações urgentes. Neste sentido, ficou preconizado pelos elementos da gestão, que os enfermeiros que assumem estas funções teriam que frequentar o Curso de Transporte do Doente Crítico fornecido pelo próprio serviço e de caráter obrigatório. Estas decisões fundamentam-se no Despacho n.º 10319/2014 de 11 de agosto, o qual contempla a necessidade de formação permanente em Suporte Avançado de Vida e Transporte do Doente Crítico a todos os enfermeiros dos Serviços de Urgência Médico-Cirúrgica. (Ministério da Saúde, 2014)

Em cada turno, mesmo na presença da Enfermeira em Funções de Chefia, existe um elemento que desempenha funções de chefe de equipa. Este coordena a equipa de enfermagem e assistentes operacionais, garantindo a gestão e supervisão de cuidados em todos os turnos. Atualmente, os enfermeiros que iniciam este tipo de funções, são apenas aqueles que detêm competências especializadas, contudo existe ainda um grande número de chefes de equipa que não as possuem. Esta realidade pode ser compreendida pelo fato de a sua grande maioria ser reconhecida como peritos no seio da equipa.

Importa, mais uma vez, analisar esta realidade à luz de Patricia Benner, a qual defende que o enfermeiro perito possui uma enorme experiência, agindo a partir de uma compreensão global do problema, de forma intuitiva, sem se perder num amplo conjunto de soluções e diagnósticos. Afirmar também que apesar da teoria conferir conhecimentos importantes, é na prática que o enfermeiro se confronta com a complexidade e imprevisibilidade das situações reais. Desta forma, é pela experiência que as competências se desenvolvem e, conseqüentemente, se melhora a qualidade dos cuidados prestados. (Benner, 2005)

Por fim, consideramos que a prestação de cuidados no contexto de urgência exige do enfermeiro um domínio alargado e aprofundado de saberes, associado a uma elevada capacidade de observação e definição de prioridades, já que de acordo com Benner et al. (2011) na prestação de cuidados ao doente crítico, as intervenções desenvolvidas ocorrem de forma imediata e a sua maioria surge da

correta interpretação do contexto. Relembrem também, que as competências relacionais de ajuda percorrem um caminho conjunto com as competências técnicas, sendo que a associação das mesmas possibilita a humanização dos cuidados, no qual cada contato estabelecido é um momento de excelência.

IACS no contexto institucional – uma problemática emergente

Decorrente da análise da produção de cuidados surge a necessidade de abordar as questões relacionadas com as IACS no doente crítico, enquanto problemática emergente e cuja abordagem exige o desenvolvimento de cuidados seguros. Em consonância, a OE (2011a) considera que este é um tema central no que concerne à prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, com necessidade de envolvimento tanto a nível individual como institucional.

Considera-se que o aumento exponencial de IACS em Portugal refletiu a necessidade de abordar esta temática de forma global e integrada, com a criação do Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência a Antimicrobianos (PPCIRA) e seus respetivos grupos locais, os quais coordenam e supervisionam o desenvolvimento de medidas que visam a redução da taxa de microrganismos multirresistentes, de IACS e a otimização do uso de antimicrobianos, tal como se preconiza no Despacho n.º 15423/2013 de 26 de novembro. (Ministério da Saúde, 2013) Enquanto área intrinsecamente relacionada com a segurança do doente e gestão do risco clínico, deve constituir uma prioridade nos sistemas de saúde de forma a incrementar a qualidade, melhorando os processos e conseqüentemente os resultados. (Ministério da Saúde, 2016)

Em consonância, na ULSBA é da responsabilidade do Grupo Coordenador Local do Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência a Antimicrobianos (GCLPPCIRA) a conceção e desenvolvimento de um plano de atividades anual de acordo com as orientações emanadas a nível nacional e regional, o qual integra o Plano da Comissão da Qualidade e Segurança da instituição. As suas intervenções têm sido desenvolvidas dentro de três principais eixos que são a vigilância epidemiológica, a elaboração e implementação de normas promotoras de boas práticas e a formação dos profissionais. (ULSBA, 2017)

Pela inexistência de documentos escritos que contemplassem dados recentes de vigilância epidemiológica, no contexto específico da ULSBA, solicitámos alguns dos mesmos ao GCLPPCIRA, com a respetiva autorização do Enfermeiro Diretor e coordenador do grupo. Após a obtenção de um parecer positivo, foram disponibilizados dados globais das principais taxas de infeção alvo de monitorização na referida instituição.

Salientam-se como aspetos positivos a redução da taxa de pneumonia associada à intubação endotraqueal, da infeção nosocomial da corrente sanguínea, da taxa de infeção do local cirúrgico e da infeção urinária associada ao cateter vesical. Nos resultados divulgados pelo mais recente relatório do PPCIRA, percebemos que o contexto específico da ULSBA tem vindo a acompanhar a tendência nacional. (PPCIRA, 2017)

O mesmo documento revela uma descida de 20% da taxa de *Methicillin-resistant Staphylococcus aureus* (MRSA), sendo que em 2016 este valor foi de 43,6%. No que diz respeito aos dados obtidos junto do GCLPPCIRA da ULSBA, traduzem uma realidade oposta. Perante os atuais resultados obtidos, o grupo considera crucial o desenvolvimento de medidas que promovam as boas práticas nos diferentes grupos de profissionais de saúde.

Relativamente à taxa de infeção por *Klebsiella Pneumoniae* resistentes aos carbapenemos, a vigilância epidemiológica nacional revela a existência de um aumento importante da sua percentagem (73%), em consonância com dados obtidos a nível europeu. (PPCIRA, 2017) Atualmente o GCLPPCIRA não possui dados concretos a este nível, no entanto, revela que o rastreio de prevenção da transmissão de *Enterobacteriaceas* resistentes a carbapenemos (ERC) foi recentemente implementado na instituição, o que traduz uma necessidade de investimento a nível formativo nesta área.

Neste sentido, será fundamental desenvolver estratégias de melhoria no SU da ULSBA já que constitui o serviço onde é estabelecido o primeiro contato com estes doentes, pelo que a sua correta identificação se torna crucial. Foi definida como responsabilidade do enfermeiro de triagem sinalizar estes doentes, proceder à sua correta localização dentro do serviço e fornecer indicações para que sejam iniciadas medidas de isolamento de contato. Contudo, é no cumprimento das mesmas que o GCLPPCIRA tem verificado mais inconformidades, assim como no seu tempo de permanência no respetivo serviço, o qual tem sido superior ao desejável.

Para além dos objetivos anteriormente mencionados, o GCLPPCIRA definiu como uma das suas metas para 2018 o alargamento do projeto *Catheter Associated Urinary Tract Infections* (CAUTI) aos

cuidados de saúde primários e SU. Face à elevada taxa de infeções associadas ao cateter vesical, o *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) considera fundamental a implementação de programas preventivos. Revela que estes podem adotar diferentes abordagens de intervenção, contudo salienta que a redução de colocação destes dispositivos bem como o seu tempo de permanência, acarretam importantes benefícios na maioria dos casos. (CDC, 2018)

As precauções básicas de controlo de infeção (PBCI), constituindo um dos principais pilares da área da prevenção e controlo de infeção, têm sido alvo de especial atenção com envolvimento institucional nas campanhas desenvolvidas a nível nacional. Os resultados obtidos têm sido favoráveis, ao nível dos cuidados de saúde primários, contudo em contexto hospitalar emerge a necessidade de uma adequação das estratégias implementadas, pelo que será um dos principais objetivos inseridos no plano de atividades para 2018. Em articulação, e face à sua relevância na promoção da segurança do doente, considera-se que as PDVT merecem igual destaque pelo que se preconiza um maior investimento nesta área. (ULSBA, 2017)

Atualmente estão a ser planeadas estratégias que visam o envolvimento direto de todos os serviços, pelo que se torna essencial o desenvolvimento de projetos no âmbito da qualidade e segurança. Em consonância com as principais estratégias definidas pelo PPCIRA para o ano de 2018, o respetivo grupo local considera ainda a formação uma importante medida na melhoria global das práticas dos profissionais de saúde.

3 – PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

3.1 – Fundamentação teórica

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que um em cada dez doentes experimenta efeitos adversos associados aos cuidados de saúde, dos quais 50% seriam evitáveis. Reconhece o seu impacto nas instituições, sobretudo ao nível económico, assim como nos doentes e suas famílias, com implicações importantes na qualidade de vida dos mesmos. Considera a segurança do doente como um eixo fundamental dos cuidados de saúde, que envolve fatores de natureza individual e organizacional sendo, contudo, revelador de uma preocupação crescente a nível mundial. No que diz respeito a ambientes complexos, dinâmicos e de grande afluência de doentes, como é exemplo o contexto de urgência, acredita que o desafio de prestar cuidados seguros e de elevada qualidade é ainda maior. (*World Health Organization [WHO], 2017*)

A maioria dos eventos adversos, relacionados com a segurança do doente, dizem respeito aos procedimentos cirúrgicos (27%), a erros de medicação (18,3%) e a IACS (12,2%). Contudo, considera-se que estes dados não são verdadeiramente reais, já que continua a existir uma grande lacuna no número de incidentes relatados. (WHO, 2017) Neste sentido, Lage (2010) defende que é fundamental proporcionar uma maior visibilidade do erro, cuja análise deve ser centrada no mecanismo em que o mesmo ocorreu e não no profissional, de forma a corrigir os problemas identificados.

Atualmente, considera-se que a cultura de segurança existente em cada organização está diretamente relacionada com a probabilidade de incidentes decorrentes da prestação de cuidados. (Almeida et al., 2015) O desenvolvimento de melhorias sustentáveis no âmbito da segurança do doente exige a implementação de políticas claras, liderança organizacional, profissionais de saúde qualificados e o envolvimento efetivo dos pacientes, pelo que se torna fundamental a intervenção de todos os parceiros dos cuidados. Paralelamente, considera-se essencial a monitorização das estratégias desenvolvidas de forma a avaliar o seu impacto, assim como as melhorias ocorridas. (WHO, 2017)

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 enfatiza a importância de promover uma melhoria contínua da qualidade, através da identificação e análise dos riscos, realizando uma gestão adequada dos mesmos, para que sejam desenvolvidas estratégias corretivas. (Ministério da

Saúde, 2015b) Acredita-se que, com base nestes princípios, o enfermeiro poderá desenvolver uma prática de cuidados segura e de qualidade.

Apesar de se considerar que na grande maioria não são intencionais, é da responsabilidade de todos os profissionais de saúde reduzir a probabilidade do erro associada à prestação de cuidados, cujo objetivo primordial é beneficiar o doente. Os profissionais devem ser elementos ativos no desenvolvimento de estratégias de melhoria nos seus próprios locais de trabalho. (Lage, 2010)

A OMS considera as IACS um dos maiores problemas no que diz respeito à segurança do doente, cuja magnitude acarreta consequências ao nível individual e comunitário, contudo o seu verdadeiro impacto continua ainda desconhecido dada a dificuldade em documentar dados reais. Acredita-se que em certos contextos da prestação de cuidados, parece mesmo ser um problema oculto pela ausência de dados de vigilância epidemiológica. (WHO, 2011)

Almeida et al. (2015) defendem que, atualmente, as IACS podem ser consideradas um indicador de qualidade dos cuidados prestados, sendo que a sua estreita relação com a segurança do doente prende-se com o fato de constituírem um evento adverso e indesejável dos mesmos. Revelam que os avanços científicos e tecnológicos a que temos vindo a assistir possibilitaram importantes ganhos na área da saúde, no entanto, são apontados como fatores de risco no que diz respeito à aquisição de IACS.

Em consonância, Benner et al. (2011) consideram que existe uma tendência real para que os contextos de prestação de cuidados a doentes críticos se tornem cada vez mais tecnológicos, sendo que a prevenção de riscos se torna uma componente crucial da prática de enfermagem especializada. Na sua concretização, preconiza-se o desenvolvimento de profissionais bem treinados, com elevado conhecimento das particularidades dos contextos de trabalho.

A OMS revela que as IACS afetam sobretudo populações de alto risco, entre as quais se inclui o doente crítico. (WHO, 2016) Ferreira, Marques, Matos & Pina (2010), justificam esta realidade pelo fato de os mesmos serem submetidos a múltiplos procedimentos, terapêutica imunossupressora, assim como a frequentes transferências inter-hospitalares, para uma observação diferenciada sobretudo no que diz respeito a especialidades do foro médico e cirúrgico, o que aumenta a suscetibilidade à aquisição de IACS.

O CDC (2017) define IACS como as infeções decorrentes da prestação de cuidados, independentemente do momento ou ambiente em que as mesmas se manifestem. A complexidade deste conceito é, desta forma, notória, pois reflete a incapacidade de determinar com precisão quando o microrganismo foi adquirido, assim como se o doente já estaria colonizado antes da sua entrada no sistema de saúde. Considera-se que, na maioria das vezes, apresentam uma causa multifacetada na medida em que se por um lado podem estar relacionadas com processos da prestação de cuidados, por outro lado estão diretamente associadas a fatores económicos e políticos inerentes ao sistema de saúde, assim como ao próprio comportamento humano. (WHO, 2009)

Estima-se que caso não sejam implementadas medidas corretivas, em 2050 morrerão cerca de 390 000 pessoas anualmente, na Europa, e cerca de 10 milhões a nível mundial. (Direção Geral de Saúde [DGS], 2016) Conduzem a um elevado consumo de recursos a nível hospitalar e comunitário, contudo acredita-se que cerca de um terço são evitáveis, pelo desenvolvimento de medidas efetivas de prevenção e controlo de infeção. (Ministério da Saúde, 2015b)

Dados recentes da vigilância epidemiológica, revelam uma evolução favorável na taxa de prevalência das IACS com uma descida de 10,5% para 7,5%, de 2012 para 2016. (PPCIRA, 2017) No que concerne à sua prevenção, a OMS considera-a como “(...) *universalmente relevante a todos os sistemas de saúde* (...)”, sobretudo pela forma como afeta a segurança das pessoas que recorrem a estes serviços. (WHO, 2016, p.18)

Os progressos a que temos assistido na área da prevenção e controlo de IACS têm sido significativos, contudo a evidência científica atual tem vindo a demonstrar que ainda continua a ser um verdadeiro desafio. (WHO, 2016) A DGS mantém o seu enfoque na promoção de boas práticas com vista à prevenção de IACS e resistência aos antimicrobianos. (PPCIRA, 2017) Estas são medidas essenciais no que diz respeito à segurança do doente e qualidade dos cuidados prestados, de tal forma que o Plano Nacional para a Segurança dos Doente 2015-2020 as definiu como importantes metas a atingir. (Ministério da Saúde, 2015b)

As PBCI e PDVT são reconhecidas como estratégias preventivas e acredita-se que o seu cumprimento por parte dos profissionais de saúde, e em particular pelos enfermeiros, poderá ter um impacto positivo na redução da prevalência destas infeções no sistema de saúde. (Elder, Mason & Zimmerman, 2016).

As PBCI constituem um conjunto de medidas que devem ser implementadas junto de todos os doentes, sendo consideradas universais. Fundamentam-se no pressuposto de que qualquer paciente está potencialmente colonizado ou infetado, pelo que existe risco de transmissão cruzada de infeção. Neste sentido, considera-se que promovem tanto a segurança dos doentes como a dos profissionais. (DGS, 2013)

Em articulação, as PDVT visam orientar a prática profissional tendo em conta a cadeia epidemiológica da infeção, a via de transmissão e a patologia. Assim, são categorizadas tendo em conta as três vias de transmissão (contato, gotículas e via aérea) e as principais medidas de precaução dizem respeito à correta higiene das mãos, localização do doente, equipamento de proteção individual (EPI), educação do doente e família, transporte do doente, descontaminação do equipamento clínico e controlo ambiental. Preconiza-se que sejam cumpridas por todos os profissionais de saúde, doentes e familiares, os quais devem ser educados e treinados. (DGS, 2007)

Segundo Elder et al. (2016), o SU assume um importante papel, na identificação, triagem e implementação de medidas preventivas no que diz respeito à transmissão de IACS. Defendem o desenvolvimento de protocolos de atuação com vista à uniformização dos cuidados prestados. O CDC defende que no contexto específico do SU, as PDVT devem ser iniciadas de forma empírica, tendo em conta os sintomas clínicos e provável etiologia do microrganismo, afirmando que o seu inadequado cumprimento pode ter repercussões importantes ao nível da saúde pública. (Almquist, Harding e Hashemi, 2011)

Paralelamente, Liang, Marschall, Schuur e Theodoro (2014) consideram que o SU assume características muito próprias, onde a prestação de cuidados abrange todas as situações clínicas de instalação súbita, desde as não graves até aos acontecimentos mais complexos. A maioria destas pessoas vivencia uma situação crítica, de grande instabilidade, com riscos de mortalidade e morbidade associados, pelo que exigem meios avançados de vigilância e terapia intensiva. Em consonância, o Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, relembra ainda que na atualidade assistimos a um aumento da diversidade e da gravidade dos problemas de saúde, pelo que a missão dos enfermeiros que prestam cuidados neste contexto se torna cada vez mais exigente. (OE, 2011a)

A importância da formação e treino dos enfermeiros é atualmente reconhecida na área da prevenção e controlo de infeção, de tal modo que a DGS preconiza que as unidades prestadoras de cuidados a deva promover junto dos seus profissionais. (DGS, 2013) O desenvolvimento de planos de

formação com base nas necessidades reais identificadas e assentes numa cultura de segurança do doente, conduz a um maior envolvimento dos mesmos e conseqüentemente à promoção de boas práticas. (Nicholson, 2014) Em concordância, o CDC considera existir uma relação favorável entre a qualificação dos enfermeiros e a redução da prevalência de IACS. (CDC, 2017)

A propósito da formação dos enfermeiros no SU, Liang et al. (2014) reafirmam a sua relevância. Consideram também, que embora seja fundamental para aumentar o conhecimento, a educação por si só não mantém elevados níveis de adesão. Face a esta realidade sugerem a implementação de estratégias como a monitorização contínua das práticas, salientando a observação direta como uma importante medida.

No que concerne à prevenção e controlo de infeção na área do doente crítico, a enfermagem assume especial relevância. Regulamentado nas competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica, o desenvolvimento de projetos na área da melhoria contínua da qualidade e manutenção de um ambiente seguro, deve constituir uma prioridade para os enfermeiros, capacitando as equipas de profissionais. Especificamente no que diz respeito às PDVT, preconiza-se que o enfermeiro especialista *“estabelece os procedimentos e circuitos requeridos na prevenção e controlo da infeção face às vias de transmissão na pessoa em situação crítica/falência orgânica”*. (OE, 2011b, p.8657)

Importa analisar estes pressupostos à luz da teoria de Benner et al. (2011), a qual ao abordar a prática de enfermagem especializada ao doente crítico, não poderia descurar as questões relacionadas com a segurança e gestão do risco. Enfatiza o papel do enfermeiro no que diz respeito à prevenção de complicações, assim como à importância de identificar recursos e impedimentos institucionais, na garantia de uma prestação de cuidados de qualidade. Para tal, torna-se fundamental que o enfermeiro desenvolva competências específicas, de entre as quais se destaca a sabedoria e previsão clínica que permitem antecipar e prever problemas potenciais e que se tornam especialmente relevantes em ambientes que exigem uma intervenção eficaz e imediata, como é exemplo o SU.

O processo de construção de tais habilidades advém diretamente da prática e conseqüente reflexão da aprendizagem experiencial, que deve ser aliada à permanente atualização do saber. É nesta consciência que o enfermeiro especialista desenvolve a sabedoria clínica, que segundo Benner et al. (2011), constitui uma das suas principais competências, cuja importância é notória sobretudo quanto percebemos que a mesma,

“Surge quando os enfermeiros se tornam conhecedores apaixonados, transformando a compreensão e o conhecimento em sabedoria clínica. É expressa (...) pelo conhecimento íntimo da prática. É o cerne do comportamento ético e moral das enfermeiras que, em última análise, define a excelência em enfermagem.”
(p. X)

Perante o que tem vindo a ser exposto, compreende-se que o enfermeiro especialista é detentor de características próprias que o capacitam para conceber e liderar estratégias que visem a promoção da segurança do doente e consequente prevenção de riscos, dos quais são exemplo as IACS, na permanente melhoria dos cuidados prestados.

Concluímos com a premissa de que a prevenção e controlo de infeção em contexto de urgência, e em especial no doente crítico, continua a ser um forte tema na área da investigação. O cumprimento de práticas preventivas, adaptadas à realidade do SU, terá um impacto positivo na prestação de cuidados e segurança do doente crítico. (Liang et al., 2014)

Face ao exposto, consideramos a pertinência do presente projeto de intervenção que se enquadra na segurança do doente, mais especificamente na área das IACS no doente crítico.

3.2 - Objetivos

Inscrito no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, considera-se que *“na procura permanente da excelência no exercício profissional, face aos múltiplos contextos de actuação, à complexidade das situações e à necessidade de utilização de múltiplas medidas invasivas, o enfermeiro especialista maximiza a intervenção na prevenção e controlo de infeção”*. (OE, 2011a, p.7)

Atualmente considera-se que a prevenção e controlo de infeção nos serviços de urgência são um verdadeiro desafio, em que as suas características físicas, a dinâmica e a frequente sobrelotação são alguns dos obstáculos encontrados pelos profissionais. Por outro lado, Liang, et al. (2014) relembram que a prestação de cuidados no SU é frequentemente direcionada para o doente crítico e defendem

que os profissionais, quando confrontados com situações de elevado risco de vida, tendem a colocar as questões de controlo de infeção em segundo plano.

Face ao contexto onde foi desenvolvido o estágio a que se reporta o presente relatório, e tendo em conta os objetivos propostos para a Unidade Curricular, considerámos a pertinência de conceber e implementar um projeto inserido na referida temática, o qual foi previamente planeado com o objetivo de incrementar o cumprimento das PDVT nos enfermeiros do SU, com vista à promoção da segurança do doente.

A sua conceção teve como pilar a mais recente evidência científica, assente na convicção de que constitui uma mais valia na aquisição de competências, assim como na valorização profissional. Neste processo, houve uma consciência profunda de que o enfermeiro especialista é detentor de um conhecimento aprofundado de um domínio de enfermagem, cuja tomada de decisão tem em conta os reais problemas de saúde da pessoa.

Por outro lado, acreditamos também, que a sua implementação num contexto específico promove o desenvolvimento de boas práticas no seio da equipa de enfermagem, com impacto importante na qualidade dos cuidados prestados.

3.3 - População-Alvo

A população-alvo é aquela que é submetida ao estudo, sendo constituída pelos elementos com características comuns, que satisfazem os critérios de seleção previamente definidos e a partir dos quais se pretende realizar generalizações. (Fortin, 2003)

Tendo como base os objetivos anteriormente definidos, assim como a problemática em estudo, foi realizado um convite a todos os elementos da equipa do SU (n=46) e que se encontravam em prestação direta de cuidados, dos quais 30 aceitaram participar voluntariamente no projeto, face à sua disponibilidade e motivação.

A estes foi solicitado o preenchimento de um questionário sociodemográfico e de diagnóstico de necessidades formativas em prevenção e controlo de infeção, mais especificamente no que diz respeito às PDVT (Apêndice C). Assim, numa primeira parte, este pretendeu obter dados relativos à idade, género, anos de experiência profissional, anos de experiência no SU e habilitações académicas dos participantes. Posteriormente, foram abordadas questões relativas à formação dos enfermeiros de uma forma global, na área da prevenção e controlo de infeção, e mais especificamente no que concerne às precauções baseadas na transmissão, assim como no que diz respeito ao seu cumprimento.

Na Tabela 4 apresentamos os principais dados sociodemográficos obtidos no questionário preenchido pelos elementos envolvidos no projeto.

Tabela 4: Dados sociodemográficos da população

		Nº Absoluto (n=30)	Percentagem
Escalão Etário	21-30	12	40%
	31-40	12	40%
	41-50	2	6,7%
	51-60	4	13,3%
Género	Masculino	13	43,3%
	Feminino	17	56,7%
Anos de experiência profissional	0-4	8	26,7%
	5-9	10	33,3%
	10-14	5	16,7%
	15-20	3	10%
	>20	4	13,3%
Anos de experiência no SU	0-4	15	50%
	5-9	4	13,3%
	10-14	7	23,4%
	15-20	1	3,3%
	>20	3	10%
Enfermeiros especialistas	Sim	9	30%
	Não	21	70%

(Fonte: do próprio)

A implementação do projeto contou com a participação de 30 enfermeiros de um SU médico-cirúrgico, o que corresponde a um total de 65% da totalidade da equipa. Globalmente a população é caracterizada pelo número de elementos jovens, em que 80% (24 enfermeiros) apresenta menos de 40 anos de idade e 60% (18 enfermeiros) tem menos de 10 anos de experiência profissional. Paralelamente, destaca-se que metade dos mesmos (15 enfermeiros) desempenha funções no SU há menos de 4 anos.

No que diz respeito ao género, considera-se a existência de um equilíbrio uma vez que se observa um número semelhante de enfermeiros do sexo masculino e feminino, verificando-se, contudo, um ligeiro predomínio deste último. A nível académico salienta-se o fato de 30% ter realizado um investimento formativo após a concretização da licenciatura, na medida em que 9 elementos da população alvo é detentor do título de especialista.

Os resultados relacionados com a formação, por parte dos enfermeiros, no âmbito da prevenção e controlo de infeção, são apresentados na Tabela 5.

Tabela 5: Dados formativos da população no âmbito da prevenção e controlo de infeção

		Nº Absoluto (n=30)	Percentagem
Com formação em prevenção e controlo de infeção		9	30%
Sem formação em prevenção e controlo de infeção		21	70%
Contexto em que realizou formação	Formação em Serviço	5	55,6%
	Formação pelo Centro Formação ULSBA	4	44,4%
Quando realizou a formação	Antes 2007	2	22,2%
	Depois 2007	7	77,8%
Considera importante a formação periódica em prevenção e controlo de infeção para a sua prestação cuidados SU	Sim	30	100%
	Não	0	0%

(Fonte: do próprio)

Do ponto de vista formativo, denota-se que cerca de 70% (21 enfermeiros) não apresenta formação em prevenção e controlo de infeção, em oposição aos restantes 30% (9 enfermeiros). No entanto, deste último grupo, salienta-se que 77,8% (7 enfermeiros) realizou formação após 2007, altura em que a CDC e DGS atualizaram as principais diretrizes relacionadas com as PDVT.

A formação realizada ocorreu em contexto de trabalho, ministrada pelo GLPPCIRA ou pelo próprio serviço, o que destacamos como fator positivo tendo em conta os benefícios da referida modalidade formativa. No entanto, consideramos que deve ser promovido um maior investimento a este nível com

a formação de mais elementos da equipa, pois concomitantemente todos os enfermeiros submetidos ao questionário consideram que a mesma assume importância na sua prática profissional.

Por fim, analisamos alguns dos dados obtidos no referido questionário, no que diz respeito ao cumprimento das PDVT pelos enfermeiros (Tabela 6).

Tabela 6: Dados relativos ao cumprimento das PDVT pelos enfermeiros

		Nº Absoluto (n=30)	Percentagem
Considera que na sua prática cumpre as PDVT?	Sim	10	33,3%
	Não	20	66,7%
De uma forma geral considera que no SU são cumpridas as PDVT?	Sim	3	10%
	Não	27	90%
Considera que o desempenho da equipa pode ser melhorado pela realização de formação em serviço?	Sim	30	100%
	Não	0	0%

(Fonte: do próprio)

Observamos que cerca de 66,7% (20 elementos) dos mesmos refere o seu incumprimento na prática diária. Em consonância, consideram que globalmente as mesmas não são aplicadas corretamente no SU pela totalidade da equipa, com cerca de 90% (27 enfermeiros) dos elementos a responder negativamente a esta questão. Salientamos, contudo, o fato de todos os enfermeiros considerarem que o desempenho da equipa pode ser melhorado com a realização de formação em serviço.

Por fim, importa salientar que a caracterização da população-alvo constituiu uma etapa fundamental no próprio levantamento de necessidades, permitindo desta forma desenvolver uma intervenção de maior pertinência e motivação junto da mesma.

3.4 – Metodologia

O percurso metodológico do presente projeto teve início nas primeiras semanas do Estágio Final, considerando sempre os objetivos previamente definidos e diagnóstico de necessidades, que decorreu junto da população-alvo, assim como da enfermeira em funções de chefia do SU, do supervisor clínico e docente orientadora, sendo que neste processo destacamos o facto de ter sido unânime a opinião no que se refere à importância do desenvolvimento de formação específica na área das PDVT, pelo que foi apresentada uma proposta de projeto (Apêndice D).

Numa primeira fase foram formalizados os pedidos de parecer à Comissão de Ética da ULSBA (Apêndice E) e Universidade de Évora (Apêndice F), de forma a dar conhecimento do projeto de intervenção profissional que se pretendia implementar e simultaneamente obter uma resposta positiva, com garantia dos princípios éticos referentes aos participantes do estudo. Salienta-se que foi obtido um parecer positivo tanto da Comissão de Ética da ULSBA (Anexo B), como da Universidade de Évora (Anexo C).

A sétima semana de estágio contemplou a divulgação do projeto junto da equipa, a qual foi convidada a participar após ter conhecimento do seu principal objetivo, do cronograma e das intervenções que se pretendiam implementar, salientando que as mesmas se relacionavam com o desenvolvimento de um plano formativo no âmbito das PDVT no doente crítico.

O início da implementação do projeto propriamente dito ocorreu na oitava semana de estágio, a sua concretização contou com o recurso a diversas estratégias e a recolha de dados foi efetuada num período de nove semanas, tendo sido realizado um estudo exploratório-descritivo que envolveu elementos da equipa de enfermagem de um SU médico-cirúrgico.

Realizámos a observação direta dos enfermeiros e como instrumento de colheita de dados, recorreu-se a uma *check list* (Apêndice G) previamente elaborada e que contempla as principais recomendações emanadas pela DGS e CDC, as quais foram agrupadas em seis categorias diferentes: higiene das mãos, localização de doentes, EPI (luvas, máscara/proteção ocular e bata/avental), educação do doente e família/visitas, transporte do doente e descontaminação do equipamento clínico/controlo ambiental. (CDC, 2017 & DGS, 2007)

Esta *check list* foi aplicada aos enfermeiros, durante a prestação de cuidados a doentes que exigiam a implementação de medidas de isolamento, perfazendo um total de 30 observações. Salienta-se que as mesmas foram referentes às três vias de transmissão (via aérea, gotículas e contato) e que foram efetuadas essencialmente em dois setores do SU, a sala de emergência e o serviço de observação, já que são os locais onde permanecem os doentes em situação crítica.

Face às necessidades identificadas e problemática em estudo, foram estruturadas 2 sessões formativas, cada uma das quais contou com a participação de 21 enfermeiros. Importa salientar que, apesar de somente 30 elementos aceitarem participar no projeto, houve uma adesão de cerca de 91% (41 enfermeiros) ao plano formativo apresentado. Para além disso, é de referir que a enfermeira em funções de chefia no SU considerou importante integrar as referidas sessões no plano formativo anual dos enfermeiros do SU, que decorreu nos dias 14 e 15 de novembro, e que as mesmas tiveram a participação de um elemento do GCLPPCIRA da ULSBA.

As sessões formativas decorreram numa sala do hospital, previamente solicitada à entidade responsável com descrição do fim a que se destinava. Na sua concretização foram utilizados os seguintes recursos: computador; EPI (máscaras cirúrgicas e PFF2/N95, luvas, batas, avental e toucas); projetor; apresentação *PowerPoint* (Apêndice H).

A sua estrutura teve em conta as particularidades que caracterizam o contexto, na medida em que acreditamos que desta forma os participantes estabelecem uma relação entre a teoria e a prática, da qual resulta o desenvolvimento de competências assim como a correção de condutas menos adequadas.

As sessões promoveram momentos de reflexão no seio da equipa de enfermagem, com partilha de conhecimentos e questões da prática diária. Foi possível definir alguns aspetos no que diz respeito ao modo de atuação do enfermeiro face ao doente com necessidade de precauções baseadas na transmissão, no contexto específico do SU. Assim, foi elaborado um algoritmo que se pretende colocar

em setores estratégicos do respetivo serviço (Apêndice I), após a respetiva aprovação pelo Gabinete de Segurança e Qualidade e Conselho de Administração da ULSBA.

Por fim, e de forma a avaliar o impacto do presente projeto na promoção de boas práticas de enfermagem na prevenção e controlo de infeção, realizou-se novamente a observação direta dos enfermeiros após a implementação da estratégia formativa e com recurso à *check list* anteriormente mencionada.

Dimensões Éticas

Tal como já foi referido, ainda numa fase inicial, solicitámos os respetivos pedidos de parecer às Comissões de Ética da UE e ULSBA. Contudo, em todas as etapas do percurso metodológico considerámos a importância das dimensões éticas inerentes, pelo que destacamos a transversalidade das mesmas ao longo do desenvolvimento do presente projeto de intervenção profissional.

No que diz respeito às questões éticas, o Artigo 4.º da Convenção para os Direitos do Homem e da Biomedicina, relembra que *“Qualquer intervenção na área da saúde, incluindo a investigação, deve ser efetuada na observância das normas e questões profissionais bem como das regras de conduta aplicáveis ao caso concreto”*. (Presidência da República, 2001, p.27) Tais pressupostos tornam bem claro que todos os profissionais devem garantir o respeito pelos princípios éticos, de forma a que o bem-estar da pessoa prevaleça ao interesse da ciência.

Consideramos que esta consciência esteve presente em todos as etapas do projeto, com respeito pela *“(…) liberdade e dignidade da pessoa humana (...)”*, o que vai de encontro ao Artigo 99.º da Deontologia Profissional. (OE, 2015, p. 8078) Paralelamente, houve uma preocupação pelo respeito dos princípios morais dos participantes.

No presente projeto, o respeito pela autonomia da pessoa consagra-se pelo fato de os enfermeiros terem a possibilidade de decidir a sua participação voluntária assim como a divulgação da informação obtida, podendo abandonar o estudo em qualquer uma das suas fases. Na sua concretização, foi garantido o consentimento livre e esclarecido dos participantes, assim como o seu anonimato, no

sentido de “(...) *respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado.*”, tal como é preconizado no artigo 105.º, *Do dever de informação*, da Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro. (OE, 2015, p. 8079)

Relativamente à justiça, promovemos um tratamento equitativo de todos os intervenientes de forma a que não se verificassem desigualdades, qualquer tipo de abuso ou discriminação, garantindo assim o cumprimento de mais um dos seus direitos.

No que concerne aos princípios da beneficência e não-maleficência, houve uma valorização do bem individual de cada participante, com base numa relação de confiança e respeito, de forma a evitar qualquer prejuízo para o mesmo.

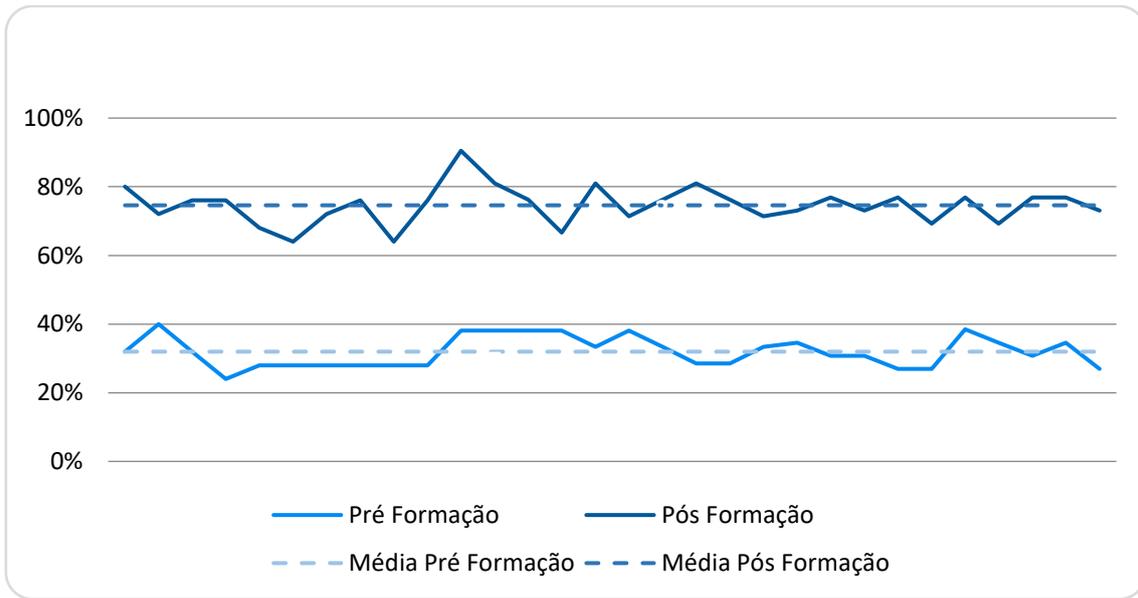
Por fim, salienta-se que os questionários sociodemográficos e de diagnóstico das necessidades formativas não contêm nenhuma informação que possa levar à identificação objetiva do enfermeiro que o preenche, por parte de terceiros, tendo sido distribuídos de forma aleatória pelos participantes. Em relação à *check list* e aos dados recolhidos, procedeu-se à mesma metodologia, garantindo assim o respeito pela confidencialidade dos dados.

3.5 – Apresentação dos resultados

De seguida pretendemos apresentar os principais resultados obtidos com a implementação do projeto de intervenção profissional, os quais foram posteriormente introduzidos e processados no *Excel*, com análise efetuada pelo recurso à estatística descritiva.

No que diz respeito à avaliação do desempenho global dos enfermeiros no cumprimento das PDVT, antes e após as sessões formativas, apresenta-se no Gráfico 2 os resultados referentes aos dois momentos.

Gráfico 2: Desempenho global dos Enfermeiros



(Fonte: do próprio)

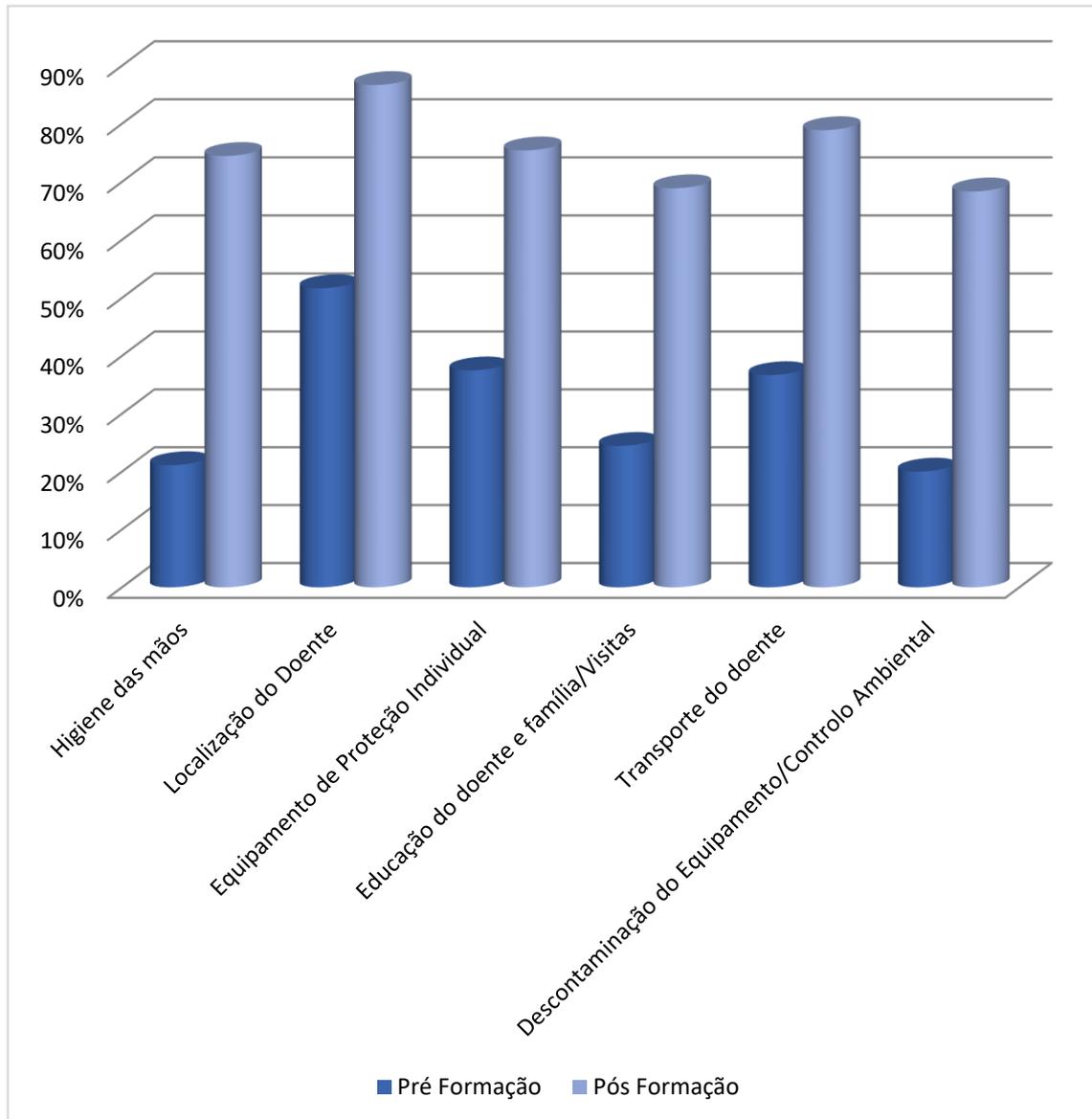
De forma a permitir uma análise mais detalhada do cumprimento das medidas emanadas pela DGS e CDC, apresenta-se na Tabela 7 e no Gráfico 3 as médias de avaliação segundo cada uma das principais categorias, sendo que a primeira destaca a percentagem de melhoria em cada uma das mesmas.

Tabela 7: Desempenho detalhado dos enfermeiros antes e após os momentos formativos

	Pré- Formação	Pós- Formação	Percentagem de melhoria
CATEGORIAS			
Higiene das mãos	21%	74%	53%
Localização do Doente	52%	87%	35%
Equipamento de Proteção Individual	37%	75%	38%
Educação do doente e família/Visitas	24%	69%	45%
Transporte do doente	37%	79%	42%
Descontaminação do Equipamento/Controlo Ambiental	20%	68%	48%
Global	32%	75%	43%

(Fonte: do próprio)

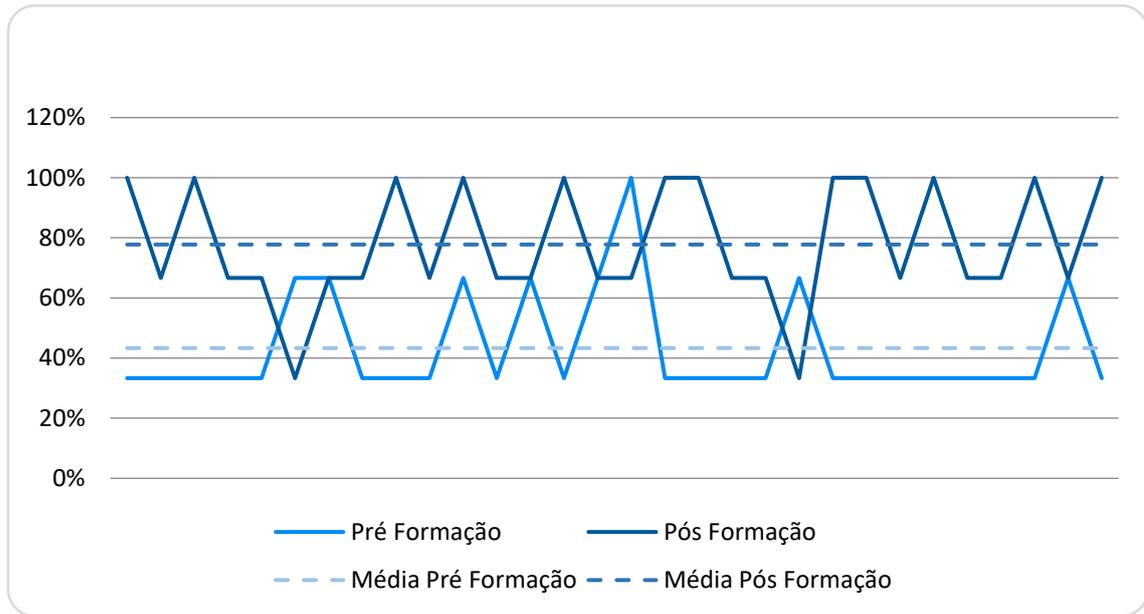
Gráfico 3: Média das avaliações por categoria



(Fonte: do próprio)

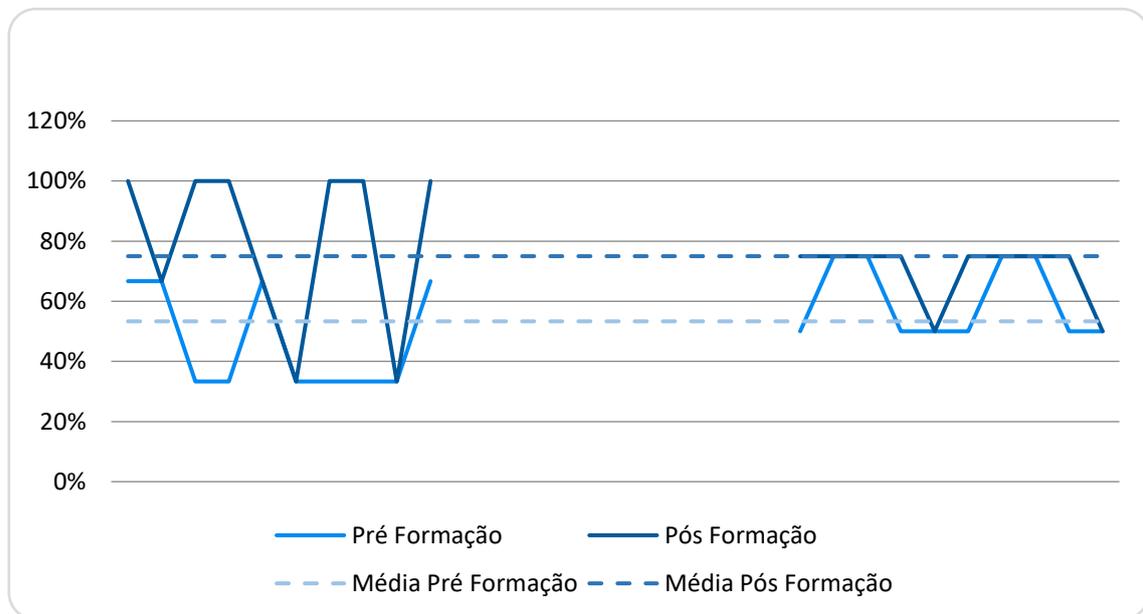
Tendo em conta que a categoria “Equipamento de Proteção Individual” é a única que apresenta subcategorias de avaliação, considerou-se importante analisar a média de avaliação das mesmas, que se encontram representadas nos Gráficos 4, 5, 6, 7 e 8.

Gráfico 4: Média de avaliação dos enfermeiros na utilização de Luvas



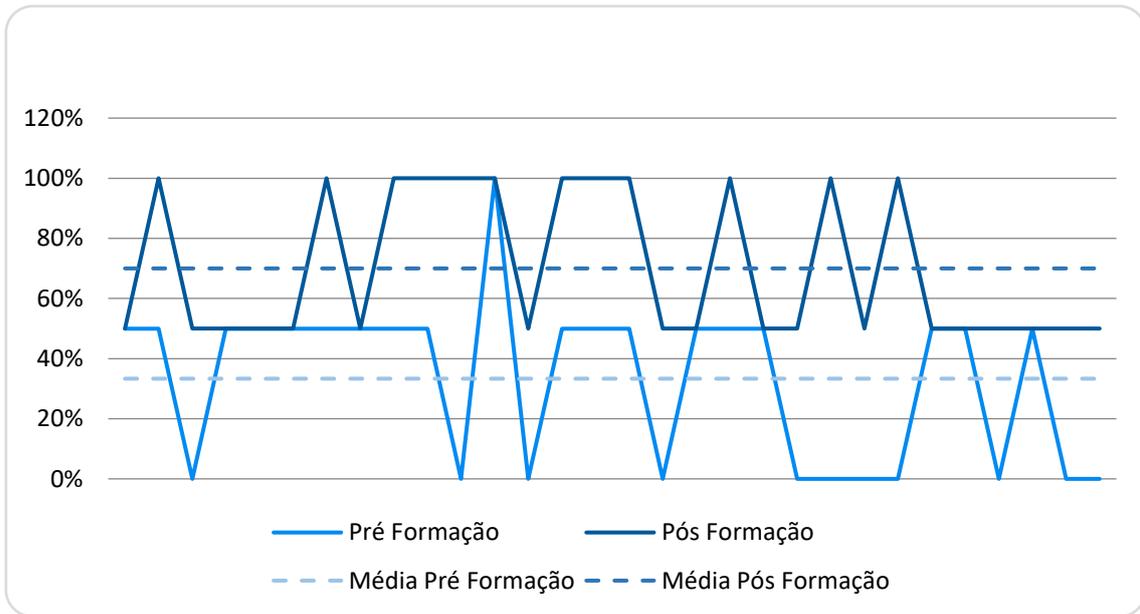
(Fonte: do próprio)

Gráfico 5: Média de avaliação dos enfermeiros na utilização de máscara/proteção ocular



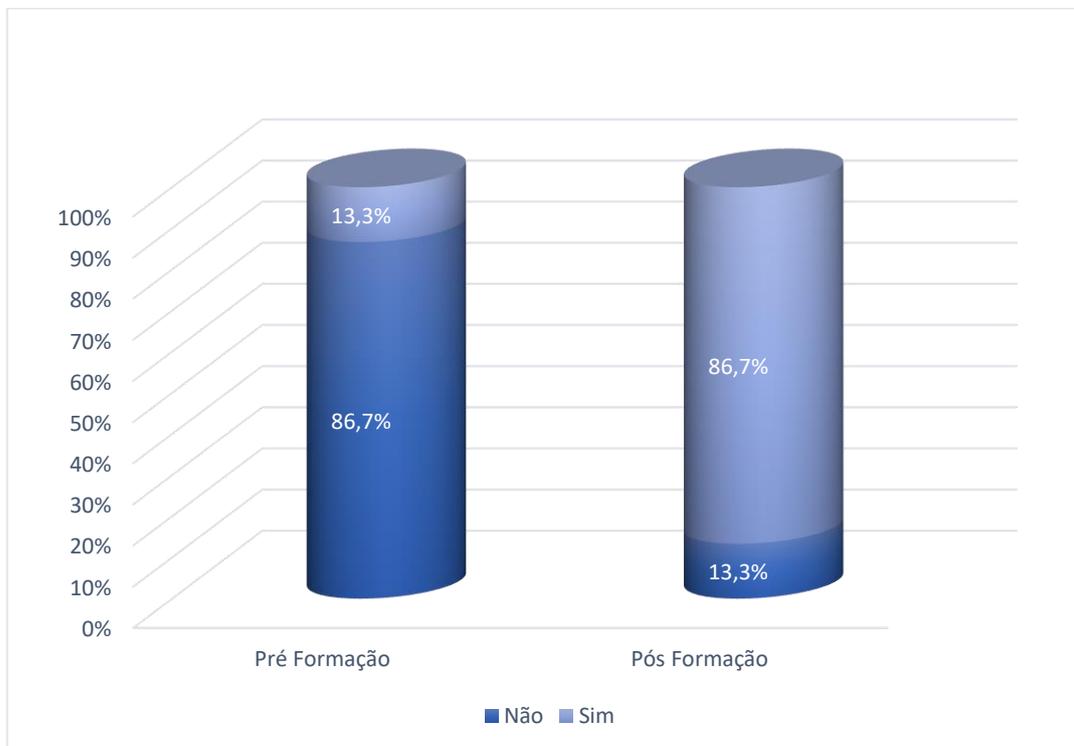
(Fonte: do próprio)

Gráfico 6: Média de avaliação dos enfermeiros na utilização de bata/avental



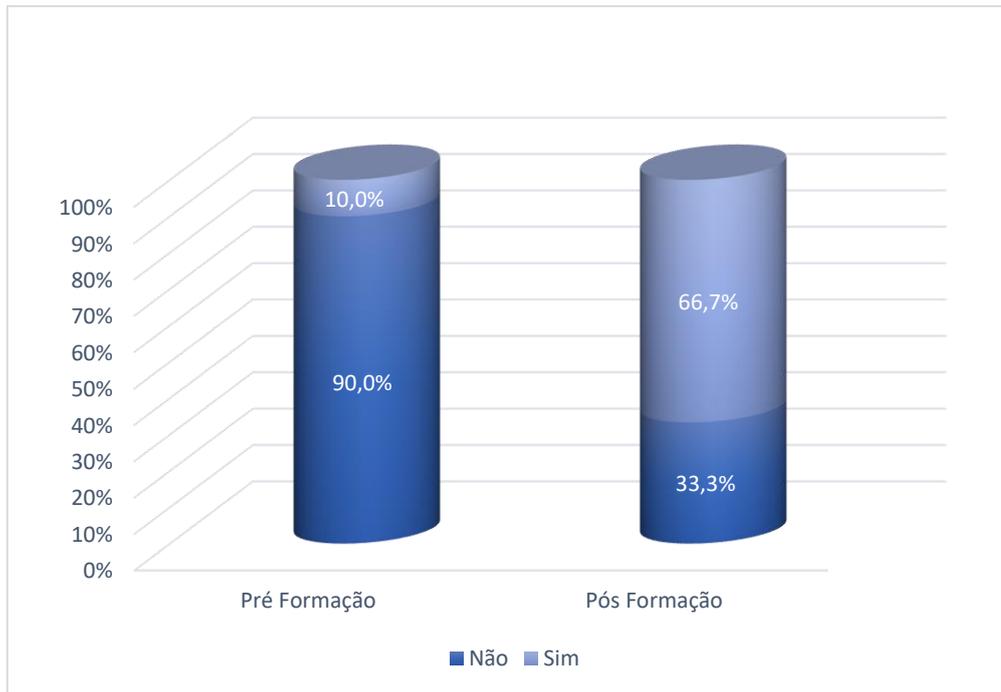
(Fonte: do próprio)

Gráfico 7: Desempenho adequado na colocação de EPI



(Fonte: do próprio)

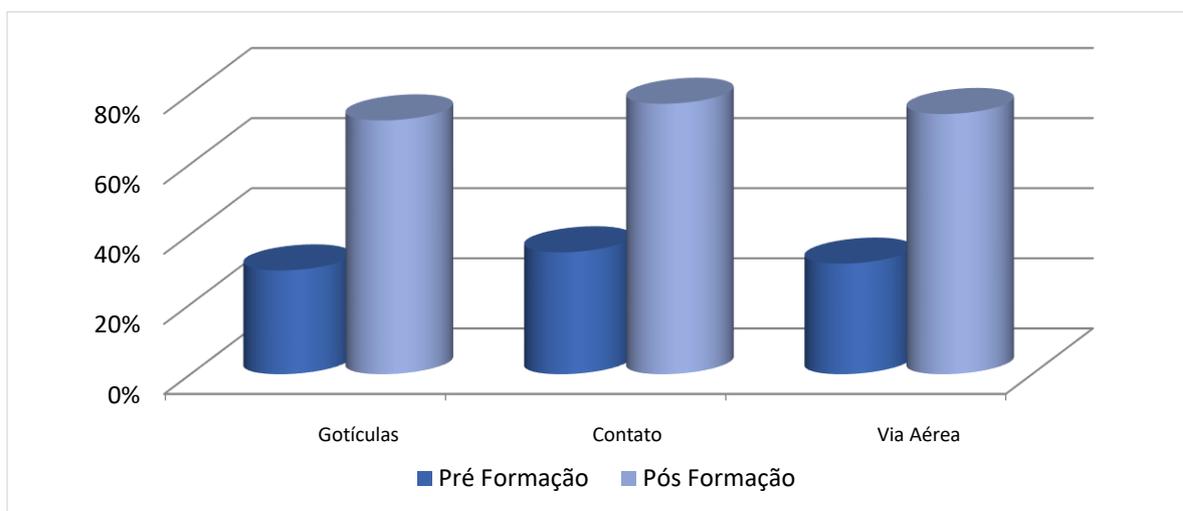
Gráfico 8: Desempenho adequado na remoção de EPI



(Fonte: do próprio)

Por fim, são apresentados no Gráfico 9 os resultados do desempenho dos enfermeiros de acordo com cada tipo de isolamento (gotículas, contato e via aérea), sendo de destacar que observamos a sua evolução após os momentos formativos.

Gráfico 9: Média de avaliação do desempenho por tipo de isolamento



(Fonte: do próprio)

3.6 – Discussão dos resultados

No que diz respeito ao desempenho inicial dos enfermeiros, oscilou entre os 24% e os 40%, com uma avaliação global média de 32%. Resultados inferiores foram documentados por Albashtawy, Aljezawi, Aloush e Suliman (2017), afirmando que apesar dos enfermeiros serem detentores de um bom nível de conhecimento, a sua conformidade com a prática diária mantem-se em níveis pouco satisfatórios. Na sua investigação, apenas 11,9% dos enfermeiros observados cumpriram as medidas de isolamento.

Atualmente, o CDC reconhece que, de uma forma global, os profissionais não cumprem as suas diretrizes. Apesar de considerar que esta realidade não ocorre de forma intencional, reafirma que as práticas de prevenção e controlo de infeção não poderão ser colocadas em segundo plano, com compromisso para a segurança do doente. A avaliação do risco e consequente implementação das PDVT são fundamentais em todos os contextos de prestação de cuidados, contudo, assumem especial relevância no SU. (Elder et al., 2016)

Com base na análise do Gráfico 2 conclui-se que o desempenho global dos enfermeiros melhorou significativamente após a formação, uma vez que a avaliação média foi de 75%, com valores entre os 64% e os 90%. Pode ainda observar-se que todos os enfermeiros apresentaram uma evolução favorável no seu desempenho, o que corresponde a uma melhoria média de 43%.

Diversos autores se reportam ao impacto positivo que as estratégias formativas assumem no cumprimento das PDVT e consequente promoção de boas práticas. Albashtawy et al. (2017), Behta et al. (2010) e Elder et al. (2016) consideram que a prestação de cuidados dos enfermeiros, no âmbito da prevenção e controlo de infeção, está diretamente relacionada com os níveis de conhecimento. Na sua revisão sistemática, Nicholson (2014) conclui ainda que devem ser desenvolvidos programas formativos nos contextos de trabalho, com avaliação do risco e principais necessidades, conferindo especial ênfase ao envolvimento dos profissionais.

Analisando as seis categorias avaliadas (Gráfico 3), na primeira observação, a área com pior desempenho é relativa à descontaminação do equipamento/controlo ambiental, seguida da higienização das mãos, ambas com um desempenho médio de 20% e 21%, respetivamente, o que vem de encontro à evidência científica que enumera essas duas categorias como “(...) áreas críticas (...)” no que concerne à prevenção e controlo de infeção no SU. (Almquist et al., 2011, p. 371) No espectro oposto encontravam-se os aspetos relativos à localização do doente que obteve o melhor desempenho inicial (52%). Após a formação, verificámos uma melhoria global de todos os enfermeiros e os resultados demonstram que as categorias higiene das mãos e descontaminação do equipamento/controlo ambiental, foram as que apresentaram taxas de melhoria superiores, com 53% e 48% respetivamente (Tabela 7).

Relativamente à higiene das mãos considera-se, que apesar de atualmente este ser um dos pilares da prevenção, as taxas de adesão por parte dos profissionais continuam a ser baixas (Liang et al., 2014, Haac et al., 2017, Nicholson, 2014, & Dullius, Kolankiewicz, Magnago, Ongaro e Zottele, 2017) e a OMS revela que continua a ser um verdadeiro problema em todo o mundo (WHO, 2009), o que vem de encontro aos resultados obtidos no presente estudo.

No seu estudo, Haac et al. (2017) justificam tais resultados pelo desconhecimento dos profissionais pelos cinco momentos da higiene das mãos, pela frequente sobrelotação do SU, pela escassez de recursos humanos e ainda pela complexidade da prestação de cuidados ao doente crítico. Existe, no entanto, um consenso global de que a melhoria pode ocorrer com a implementação de estratégias coletivas, assentes numa cultura compartilhada da segurança do doente. Paralelamente, o CDC e a

OMS defendem que os programas que visam a promoção da adesão dos profissionais à higiene das mãos devem ter em conta as particularidades de cada contexto, o envolvimento multidisciplinar e o desenvolvimento de medidas assentes numa abordagem multimodal, a qual visa mudanças no sistema, formação dos profissionais, monitorização das práticas, colocação de cartazes educativos nos serviços e a sensibilização coletiva. (CDC, 2002 & WHO, 2009)

Liang et al. (2014) reportam-se às questões de controlo ambiental no SU, afirmando que continua a existir a contaminação de novos doentes devido a práticas inadequadas de limpeza e desinfeção de equipamentos/superfícies. Relembra que o CDC publicou *guidelines* específicas para a descontaminação ambiental que são perfeitamente aplicáveis ao SU, no entanto consideram que tais políticas não terão impacto a menos que sejam monitorizadas. Ao analisar a Tabela 7, conclui-se que apesar de esta ter sido uma das categorias com um desempenho mais baixo, na primeira fase de observação, houve uma melhoria média de 48%, o que vai de encontro à evidência científica.

Ainda no que diz respeito às questões de controlo ambiental Ali, Jeanes, Muzslay, Wilson e Yui (2017) & Behta et al. (2013) alertam para o fato de determinados microrganismos, face às suas próprias características, terem uma elevada capacidade de disseminação em superfícies e equipamentos, como é exemplo o *Clostridium difficile* e MRSA, pelo que se torna fundamental o adequado cumprimento das referidas medidas.

É de salientar que a categoria localização de doentes, que contempla também a sinalização da unidade, foi uma das que obteve melhores níveis de desempenho em ambos os momentos de observação (Gráfico 3). No seu estudo, Bannister et al. (2012) concluíram que o SU é um elemento chave no controlo de doenças infecciosas e que a correta triagem e localização dos doentes, são importantes medidas. Para além disso, Nicholson (2014) considera que a colocação do doente em isolamento conduz a um aumento da adesão dos profissionais às PDVT. Contudo, Bannister et al. (2012) reforçam que as referidas estratégias só terão impacto efetivo na segurança do doente quando aliadas a elevados níveis de formação dos profissionais.

Integrado nas PBCI, a utilização de EPI deve ser baseada na avaliação do risco e na via de transmissão do microrganismo. (Ferreira et al., 2010) No presente estudo, a média de observações positivas no momento pré-formação foi de 37%, tendo sofrido um acréscimo para os 75% (Gráfico 3). Foram avaliados procedimentos relativos ao uso de luvas, máscara/proteção ocular e bata/avental, com avaliações médias de 43%, 53% e 33% (Gráficos 4, 5 e 6) respetivamente, o que traduz a existência de problemas na seleção de EPI, tal como defende Nicholson (2014).

Na sua investigação Balik et al. (2017), concluíram que existem inconformidades significativas na colocação e remoção destes equipamentos, reportando-se a taxas de adesão inferiores aos 50% nos EPI avaliados, o que vem de encontro ao nosso estudo (Gráfico 7 e 8). Contudo, analisando os referidos gráficos percebe-se que as percentagens médias de melhoria foram evidentes, o que de acordo com a evidência científica pode estar relacionado com o fato de os enfermeiros terem consciência de que estavam a ser observados, pelo que alguns autores consideram que as equipas de enfermagem deveriam destacar elementos responsáveis por efetuar auditorias periódicas na medida em que os benefícios que advêm das mesmas são notórios. (Balik et al., 2017)

Paralelamente Liang et al. (2014) reportam-se a taxas variáveis para o uso de EPI no SU, podendo oscilar entre os 38% e 89%, o que reflete formação e treino insuficiente dos profissionais. Balik et al. (2017) concordam com tais premissas, afirmando que os projetos formativos, aliados à monitorização continua, poderão contribuir para a adesão dos profissionais ao uso destes equipamentos. Neste sentido, torna-se fundamental promover a consciência de que os EPI não anulam o risco de transmissão cruzada de microrganismos, pois apenas reduzem a sua ocorrência quando corretamente utilizados em cada contato estabelecido com o doente. (Ferreira et al., 2010)

Apesar de ser reconhecida a importância das PDVT na prevenção, a sua adesão por parte dos enfermeiros continua a ser baixa, dependendo também do tipo de isolamento. (Behta et al., 2010) Esta questão foi abordada no nosso estudo, tal como se pode observar no Gráfico 8 e concluímos que as médias de desempenho mais elevadas, tanto na primeira (35%) como na segunda observação (77%), dizem respeito à via de transmissão por contato. Em oposição, o isolamento por gotículas apresentou scores mais baixos em ambos os momentos, com valores de 30% e 72%.

No seu estudo, Albashtawy et al. (2017) reportam-se a taxas de adesão na ordem dos 42,2% no cumprimento das medidas de isolamento de contato e concluem que tais resultados revelam baixos níveis de conhecimento por parte dos profissionais. Contudo, o fato de globalmente ter sido o tipo de isolamento que apresenta melhores médias de desempenho, poderá, segundo Liang et al. (2014) ser justificado por atualmente o SU ser um contexto onde frequentemente são implementados rastreios de prevenção e vigilância de microrganismos multirresistentes, como é o caso do MRSA e ERC os quais devem ser complementados com procedimentos de isolamento.

A DGS revela que os serviços de urgência devem garantir a correta implementação destas medidas, com envolvimento do conselho de administração, direção clínica de enfermagem, GCLPPCIRA e chefes dos serviços de urgência, aos quais cabe a responsabilidade de criar as condições humanas e

estruturais necessárias. (DGS, 2017a) Destaca-se que esta é uma realidade existente no SU onde se desenvolveu o presente estudo.

Relativamente aos resultados obtidos no isolamento por gotículas, Harter, Lung e May (2012) consideram que são dados inferiores ao ideal, apesar de reforçarem a existência de poucos estudos que descrevam a conformidade das PDVT no SU e o seu impacto real na transmissão do vírus da gripe. Contudo, alertam para o fato de o seu controlo ser especialmente relevante no SU, pois para além de ser o local que acolhe o maior número de casos é também onde são detetadas as situações mais graves. No seu estudo concluíram que há uma necessidade efetiva de implementar programas de melhoria junto das equipas de profissionais, mas que os mesmos devem decorrer de forma continuada e não apenas em momentos de crise em que ocorrem surtos do referido vírus. A propósito da transmissão de infeções respiratórias em contexto de urgência, Liang et al. (2014) defendem uma abordagem abrangente com a capacitação e envolvimento direto dos pacientes.

3.7 – Conclusão

O desempenho médio global dos enfermeiros no cumprimento das PDVT no SU, apresentou scores inferiores ao desejável, indo, porém, ao encontro dos resultados verificados noutros estudos. Salienta-se, contudo, o impacto positivo que as estratégias formativas apresentam junto dos enfermeiros, com resultados que revelam uma melhoria importante das suas práticas.

A higiene das mãos foi uma das áreas que evidenciou ser fundamental o desenvolvimento de projetos de melhoria e monitorização contínua, sendo universalmente reconhecido como um procedimento chave na prevenção e controlo de infeção pelo que a sensibilização coletiva das equipas se torna fundamental.

Os enfermeiros demonstraram dificuldades no cumprimento das medidas inerentes ao isolamento por gotículas. Tendo em conta a afluência deste tipo de doentes ao SU, considera-se vital o desenvolvimento de uma cultura de segurança com base em estratégias de prevenção do risco, com envolvimento de todos os profissionais. Por fim, acreditamos que a complexidade inerente aos

cuidados de emergência, exigem um conhecimento real das particularidades de cada contexto, nos quais os enfermeiros são detentores de competências fundamentais para liderar projetos de melhoria contínua dos cuidados.

Globalmente consideramos que os objetivos, previamente definidos para o presente projeto de intervenção profissional, foram cumpridos, na medida em que verificámos uma melhoria no desempenho global dos enfermeiros no que diz respeito ao cumprimento das PDVT, com vista à promoção da segurança do doente.

Por outro lado, concluímos também que as estratégias adotadas na sua implementação foram as mais adequadas, tendo em conta as características do contexto, da população-alvo, assim como aquilo a que nos propusemos alcançar de acordo com os limites temporais estabelecidos. Considerando a sua pertinência e pela convicção que as conclusões obtidas constituem uma mais valia para a enfermagem, foi elaborado um artigo científico (Apêndice J) que ambicionamos publicar.

No serviço onde foi desenvolvido o presente projeto e decorrente da implementação do mesmo, identificámos a necessidade de criar um alerta informático que permita facilmente identificar os doentes com necessidade de medidas de isolamento, à semelhança do que já existe em contexto de internamento. A proposta foi aceite e definida a melhor estratégia a adotar tendo em conta o programa informático disponível, sendo que atualmente essa sinalização já é efetuada pela equipa de enfermagem.

Como limitação deste projeto identificamos o número reduzido de elementos da população que foi alvo da sua implementação, relacionado, no entanto, com condicionantes temporais pelo que perspectivamos a continuidade do mesmo e sugerimos a realização de mais estudos que avaliem as práticas dos profissionais no que respeita às precauções baseadas na transmissão, no contexto específico do SU.

Numa perspetiva futura, pretendemos dar continuidade ao projeto com o seu alargamento a outras classes profissionais, tendo em conta que nos integramos no seio de uma equipa multidisciplinar. Neste sentido, salientamos que a sua implementação já foi iniciada junto da equipa de assistentes operacionais, aos quais foi realizada formação nos dias 21 e 22 de novembro (Apêndice K). Por outro lado, pretendemos intervir diretamente junto do doente e pessoas significativas, pois é inquestionável que o mesmo constitui o foco dos cuidados de enfermagem, tal como evidenciam os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. (OE, 2001)

Apesar de ter sido nosso objetivo o incremento das PDVT no SU, a evidência científica analisada e que fundamentou o presente projeto demonstrou que cada vez mais é reconhecido que as medidas de isolamento têm repercussões psicológicas e sociais no doente. (Forrest et al., 2013 & Nicholson, 2014) A OE (2001) refere que cada pessoa é um ser único, indissociável, em que as diversas dimensões que a constituem se relacionam permanentemente, pelo que é baseado nestas premissas que consideramos a pertinência de futuros estudos sobre os aspetos psicológicos e sociais associados aos doentes sob precauções baseadas na transmissão, com vista à melhoria dos cuidados prestados.

4 – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

A enfermagem tem realizado um percurso marcado pela crescente diferenciação e autonomia, sendo que aquilo que a levou a se perpetuar como profissão independente foi a construção de um corpo de conhecimentos e saberes próprios, os quais a permitiram definir como ciência. (OE, 1998)

Benner (2005) defende que o desenvolvimento de competências ocorre pelo confronto entre o substrato teórico, previamente adquirido, e a realidade dos contextos de trabalho, dos quais emergem importantes aprendizagens experienciais. A sua relevância advém do fato de as mesmas não obedecerem a uma lógica cumulativa de conhecimentos, mas sim a uma permanente reestruturação, em que os novos saberes integram os anteriormente adquiridos. (Pires, 2007)

Deste modo, caracteriza-se por ser um processo contínuo, de profunda reflexão, que se traduz pela capacidade de mobilizar e integrar na prática, os saberes adquiridos. Esta realidade é particularmente importante na enfermagem, na medida em que esta se baseia na relação estabelecida com a pessoa, a qual é um ser único, pelo que a incerteza e imprevisibilidade da prestação de cuidados é uma constante. (Benner, 2005)

No decorrer da Unidade Curricular Estágio Final foram desenvolvidas diversas atividades e projetos no âmbito da qualidade, que quando aliadas à prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica, permitiram percorrer um percurso pautado pelo desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista, competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica e competências de mestre.

No que diz respeito à prática especializada em cuidados críticos, Benner et al. (2011) destacam a sua elevada complexidade, na medida em os cuidados prestados assumem múltiplas configurações. Preconiza-se o desenvolvimento de competências específicas que se consolidam pela permanente associação entre os saberes práticos e teóricos, pelo que foi com base nos seus pressupostos teóricos que construímos o presente processo de aquisição de competências.

Desta forma, evidencia-se a pertinência de realizar uma análise reflexiva e fundamentada deste processo, o qual foi pautado por uma importante partilha de saberes e conseqüente crescimento profissional. Denota-se que, ainda numa fase inicial do Estágio Final, foi elaborado um Projeto de Estágio (Apêndice B), cujo principal objetivo foi promover a articulação entre o contexto prático e

teórico, já que consideramos que a identificação prévia das atividades, contribui para o desenvolvimento de competências durante este percurso formativo.

4.1 – Competências comuns do Enfermeiro Especialista e de Mestre

De acordo com o Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de setembro, do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior (2016), o grau de mestre implica o conhecimento aprofundado num domínio especializado, o que se traduz numa estreita relação com as competências do Enfermeiro Especialista. Deste modo, torna-se fundamental desenvolver um elevado nível de capacidades, raciocínio e julgamento clínico diferenciados, em que as aprendizagens se desenvolvem de um modo essencialmente autónomo. (Benner et al., 2011)

Com respeito pelo Regulamento n.º 122/2011 de 18 de fevereiro da OE (OE, 2011c) e pelos objetivos de aprendizagem referidos no documento apresentado à A3ES para a criação do presente curso de mestrado em enfermagem (A3ES, 2014), considerámos a análise conjunta das competências A1 a A2 do enfermeiro especialista, assim como com a terceira competência de mestre, já que as mesmas se relacionam com as questões inerentes à responsabilidade profissional, ética e legal.

Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2011c)	A1 – Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção.
	A2 – Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.
Competência de Mestre (A3ES, 2014)	3 - Tem 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.

No cumprimento da responsabilidade profissional o enfermeiro deverá ter em conta o reconhecimento o respeito pelo caráter único e dignidade de cada pessoa, tendo como alicerces o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro e o Código Deontológico do Enfermeiro, através do qual se rege a prática profissional com base em princípios éticos e morais.

No decorrer do Estágio Final foi desenvolvida uma prestação de cuidados segura, com respeito pelos direitos humanos e dignidade da pessoa, com garantia da responsabilidade profissional, princípios éticos, legais e deontológicos, o que vai de encontro ao Artigo n.º 99 da Lei n.º 156/2015 de 10 de janeiro, o qual afirma que *“as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro”*. (OE, 2015, p. 8078)

Considera-se que o enfermeiro, perante o doente crítico, tem como principal objetivo proporcionar cuidados de enfermagem contínuos e de elevada qualidade. Porém face às especificidades do SU, constata-se que, em muitas situações, os enfermeiros sobrepõem as necessidades fisiológicas da pessoa doente às necessidades psicológicas, o que tem vindo a contribuir para que cada vez mais se caracterize o ambiente do serviço de urgência como despersonalizante. (Alminhas, 2007)

Na sua teoria *Clinical wisdom in acute and critical care*, Patricia Benner, refere que as situações de emergência estão associadas a ambientes altamente tecnológicos, contudo relembra que a ciência é

completamente dependente dos valores humanos e que o verdadeiro desafio é criar culturas organizacionais que os consigam conciliar. (Benner et al, 2011)

Acreditamos que, apesar dos condicionantes relacionados com o ambiente do SU, o enfermeiro especialista é detentor de competências que lhe permitem garantir a defesa dos direitos daqueles a quem presta cuidados, valorizando a perspetiva holística da pessoa. Contudo, no decorrer do Estágio Final, considerámos que não basta a consciência que os direitos da pessoa devem ser respeitados, é necessária uma prestação de cuidados de excelência em que o enfermeiro alia as competências técnicas e científicas às de domínio relacional, fazendo cumprir o Artigo n.º 110 (*“Da Humanização dos Cuidados”*) da Deontologia Profissional. (OE, 2015, p.8080)

Nos diversos momentos da prática de cuidados, tivemos oportunidade de compreender que o tipo de população que recorre ao serviço de urgência, assume características muito próprias e diversificadas. São doentes com necessidades fisiológicas ou psíquicas, efetivas ou potenciais, que requerem um desempenho profissional altamente diferenciado e especializado. Por outro lado, estão frequentemente sujeitos a alterações da sua situação clínica, exigindo uma avaliação contínua com atualização permanente dos diagnósticos de enfermagem. Aliado a esta realidade, constatámos que os utentes que recorrem ao SU são cada vez mais exigentes, já que esperam cuidados de elevada qualidade baseados numa relação terapêutica centrada na pessoa.

O estabelecimento deste tipo de relação num serviço de urgência é, na nossa perspetiva, desafiador, decorrente das circunstâncias envolventes. Nele os enfermeiros prestam cuidados a um elevado número de doentes, com diversas patologias, em condições físicas nem sempre favoráveis, onde a imprevisibilidade e insegurança são uma constante. São pessoas que face à incerteza de um diagnóstico sentem que perderam o controlo da sua vida, preocupam-se na sua maioria com situações familiares por resolver, e dão por si mergulhados num mundo de dúvidas cuja necessidade de resposta emerge.

Esta reflexão torna-se particularmente relevante quando analisada à luz do Código Deontológico do Enfermeiro, o qual preconiza que a relação profissional se deve desenvolver pelo cumprimento dos princípios gerais, de entre os quais a igualdade. Tal implica que tenhamos de cuidar de cada pessoa sem qualquer distinção, independentemente das suas características físicas, psicológicas, sociais ou culturais, o doente será sempre um parceiro dos cuidados. É também valorizado que o enfermeiro, no cumprimento da responsabilidade profissional conheça *“(…) as necessidades da população e da comunidade em que está profissionalmente inserido.”* (OE, 2015, p. 8079)

As questões relativas à privacidade do doente assumiram especial relevância durante os diversos momentos da prestação de cuidados e a reflexão sobre esta temática torna-se fundamental num contexto tão específico como é o SU. Frequentemente encontramos doentes nos corredores destes serviços, vulneráveis e expostos a todos os olhares, cuja permanência se torna superior ao ideal. Muitos foram surpreendidos na sua vida por um episódio de doença súbito, pelo que experienciam uma diversidade de sentimentos e emoções não só relacionados consigo como com aqueles que os rodeiam.

Perante esta realidade considerámos fundamental basear a prática de cuidados no respeito pela intimidade da pessoa e pelas suas crenças, com a identificação precoce de potenciais situações que pudessem comprometer a privacidade. Neste contexto, mobilizámos diversas estratégias, de entre as quais a colocação dos doentes em salas privadas durante a realização de técnicas ou a prestação de cuidados de conforto, o recurso a cortinas e biombos, a manutenção de um tom de voz adequado e ainda a garantia de que a pessoa permanecia dentro do serviço devidamente coberta, assim como nas suas deslocações a outros setores do hospital.

Intrinsecamente relacionado com a privacidade surge o respeito pela confidencialidade (Amaral, Gonçalves & Nunes, 2005), já que consideramos que o enfermeiro especialista, perante o sentimento de incerteza que caracteriza o doente crítico, deve garantir o seu direito ao sigilo. Acreditamos que este se baseia no princípio de que a pessoa deve decidir sobre si, pelo que as informações sobre a sua situação de saúde só devem ser fornecidas pelo próprio, ou por aquele que considere capacitado para tal.

Por vezes, estas situações caracterizam-se por uma elevada complexidade decorrente da instabilidade das relações familiares, contudo será nossa competência a adequada gestão das mesmas de forma a promover o bem-estar da pessoa doente. Em paralelo, salientamos que dentro das diversas circunstâncias, procurámos promover a permanência dos familiares no serviço pois acreditamos que a mesma acarreta benefícios tanto para o doente como para a própria prestação de cuidados. Benner et al. (2011) salientam três aspetos fundamentais no que diz respeito à relação estabelecida entre o enfermeiro e a família, de entre os quais se destacam a possibilidade de a mesma permanecer junto do doente, a transmissão de informações claras, com conseqüente capacitação e envolvimento da família nos diferentes momentos do cuidar.

Perante o que tem vindo a ser exposto, consideramos que foram adquiridas e desenvolvidas as competências anteriormente identificadas.

A OE considera a qualidade em saúde como uma prioridade em todas as instituições e que o seu sucesso depende de uma intervenção multiprofissional. Torna-se fundamental uma adequação dos recursos existentes às necessidades identificadas potencializando o desempenho dos profissional e consequentemente a qualidade assistencial. (OE, 2001)

No domínio da melhoria da qualidade, o Regulamento n.º 122/2011 de 18 de fevereiro da OE (2011c) considera fundamental o desenvolvimento das competências B1, B2 e B3, as quais vão de encontro ao quinto objetivo de aprendizagem inscrito no documento apresentado à A3ES para a criação do referido curso de mestrado em enfermagem. (A3ES, 2014)

Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2011c)	B1 – Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.
	B2 – Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade.
	B3 – Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.
Competência de Mestre (A3ES, 2014)	5 – Participa de forma proativa em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais.

A análise conjunta das referidas competências relaciona-se com o fato de as mesmas preverem o desenvolvimento de projetos na área da melhoria da qualidade, a nível local e institucional, nos quais o enfermeiro especialista deve ser proativo tanto na conceção como na liderança. O seu desenvolvimento deve ter como base uma forte evidência científica, assim como a reflexão profunda das práticas de cuidados, pois o verdadeiro conhecimento da realidade conduz à operacionalidade dos

mesmos. Face ao exposto, consideramos importante referir que foi fundamental perspetivar as atividades planeadas para o período de dezasseis semanas, que corresponde ao tempo do Estágio Final.

Numa fase inicial, considerámos importante identificar os projetos de melhoria já implementados ou em desenvolvimento no SU, sendo que para tal foi realizada uma reunião informal com a enfermeira em funções de chefia e com o supervisor clínico, o qual é o elemento dinamizador da qualidade e risco no respetivo serviço. Este momento proporcionou uma reflexão conjunta acerca da importância do envolvimento de toda a equipa no desenvolvimento destes programas, sendo reconhecidos os benefícios dos mesmos, dos quais se salienta a uniformização das práticas, o incremento da qualidade dos cuidados prestados ao doente e à família e ainda a satisfação global dos profissionais. Atualmente existem duas grandes áreas que, sendo consideradas prioritárias pelo órgão de gestão, já se encontram em fase de implementação e estão relacionadas com a reformulação do funcionamento do posto de admissão e vigilância do SU e o controlo da glicémia capilar no serviço de observação.

O primeiro projeto é encarado por todos os profissionais como uma mais valia para o serviço, já que no referido setor o enfermeiro estabelece o primeiro contato com as famílias/pessoas significativas, fornece informações e esclarece dúvidas, o que contribuiu em larga escala para a gestão interna dos doentes no próprio serviço. Prevê-se a futura reestruturação deste posto, sobretudo no que diz respeito à criação de horários para visitas e mesmo informações, contudo ainda se aguarda a aprovação pelo Conselho de Administração.

A vigilância da glicémia capilar no SU é um projeto que já foi iniciado há cerca de dois anos e que tem produzido importantes mudanças, já que do mesmo resultou uma norma e protocolo de atuação para o próprio serviço. Atualmente prevê-se a sua articulação para a comunidade, de forma a dar continuidade ao acompanhamento destes doentes após a alta.

Apesar de serem apenas identificados dois projetos, salienta-se que atualmente a enfermeira em funções de chefia integrou todos os elementos da equipa num grupo de trabalho, de acordo com a sua área de interesse, pelo que são vários os temas que serão tratados no próximo ano. É fundamental que todos os profissionais tenham conhecimento das normas e protocolos vigentes no serviço, dos seus recursos e funcionamento, pois só assim se conseguirá garantir uma adequada qualidade assistencial ao doente e sua família.

Relativamente às atividades desenvolvidas com vista ao desenvolvimento de competências no âmbito da melhoria da qualidade, referimos a existência de um convite, por parte do supervisor clínico, na colaboração para a elaboração do Plano de Atividade do Grupo da Qualidade e Risco do SU (Apêndice L). Este documento contemplou as principais atividades a desenvolver no último trimestre do ano de 2017, as quais foram definidas tendo como principais alicerces as diretrizes da OE e o Plano Nacional de Saúde. O enfoque manteve-se no cumprimento dos objetivos anteriormente alcançados e na melhoria do desempenho global da equipa de enfermagem.

No âmbito da qualidade, as atividades previstas para o SU relacionam-se com a prevenção/monitorização de quedas e projetos na área da reanimação. Por outro lado, no que diz respeito à gestão do risco foram definidas intervenções que visam evitar a ocorrência de eventos adversos dos quais decorram danos para o doente ou para o profissional. A avaliação do risco é efetuada anualmente e atualizada sempre que surgem alterações ou recomendações. Foi identificado o risco nas seguintes áreas: secretariado/admissão, sala de triagem, sala de admissão e vigilância, sala de observação, sala de decisão terapêutica, sala de inaloterapia, sala de pequena cirurgia, sala de ortopedia, sala de emergência/reanimação e balcões. Foram ainda definidos os fatores de risco associados, respetivas medidas corretivas, assim como os responsáveis pela implementação das mesmas.

A colaboração na conceção do referido documento evidenciou ser uma mais valia pois consideramos que este constitui um instrumento importante que contribui para definir o papel do enfermeiro junto do doente e no seio da equipa, pelo que concluímos com a premissa de que na enfermagem, a qualidade em saúde deve ser uma prioridade. Contudo, a OE (2001) alerta para a importância de as organizações contribuírem para o desenvolvimento e implementação de projetos nesta área, de forma a que não ocorra o confronto dos mesmos com a prática profissional dos seus colaboradores.

Tendo em conta que se preconiza que o enfermeiro especialista seja proativo no planeamento e liderança de programas multidisciplinares na área da melhoria contínua, promovendo o desenvolvimento de boas práticas (OE, 2011c & Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior (2016), foi sugerido à enfermeira em funções de chefia a criação de um grupo de trabalho responsável pela implementação da via verde sépsis no SU, tendo sido a nossa sugestão aceite com agrado.

Em 2010 a DGS publicou a Circular-Normativa nº01/2010, do Departamento da Qualidade de Saúde, que preconizava a implementação da via verde sépsis. (DGS, 2010) Recentemente foi emitida

a Norma nº 010/2016, atualizada em maio de 2017, a qual recomenda que todos os SU devem ter uma equipa via verde sépsis, constituída, no mínimo, por um enfermeiro e um médico. (DGS, 2017b)

Este projeto ainda se encontra numa fase inicial da sua conceção, contudo já foi elaborado o algoritmo de atuação (Apêndice M), o qual ainda está em revisão pelos órgãos de gestão e gabinete de qualidade, pelo que ainda não foi apresentado à restante equipa para posterior implementação. Globalmente evidenciamos os benefícios que este projeto acarreta no *outcome* do doente, proporcionando um tratamento rápido e eficaz, prevenindo também a sua rápida deterioração. Face às características deste projeto consideramos que o mesmo terá um impacto a nível institucional, já que ao incorporar conhecimentos na prática profissional, promovemos a melhoria dos cuidados, a manutenção de um ambiente seguro e, simultaneamente, a gestão do risco.

A realização de auditorias é considerada um critério de avaliação no que diz respeito à aquisição da competência B2, já que a mesma reforça a importância de uma avaliação contínua dos cuidados prestados promovendo desta forma a sua própria melhoria. Assim, no âmbito da prevenção e controlo de infeção, realizamos auditorias (13, 28 de novembro e 10 de janeiro) aos planos de higienização do serviço que devem ser cumpridos pela equipa de assistentes operacionais diariamente e concluímos, em reflexão com o grupo PPCIRA do SU, que apesar de esta ter sido uma temática muito desenvolvida no ano de 2017, requer ainda um investimento futuro já que são identificados vários problemas na sua operacionalização.

Por outro lado, foram realizadas auditorias internas ao Sistema de Triagem de Manchester (24 de outubro), juntamente com o supervisor clínico, o qual é o elemento responsável pelas mesmas. Estas decorrem mensalmente e incluem todos os elementos da equipa de enfermagem, com posterior divulgação dos resultados e principais problemas identificados, o que tem demonstrado ser uma mais valia na melhoria dos seus desempenhos. Atualmente, foram definidas como sendo um indicador de avaliação dos elementos da equipa de enfermagem, por parte do órgão de gestão do serviço.

No âmbito da gestão de “(...) *um ambiente terapêutico e seguro*” o Regulamento n.º 122/2011 de 18 de fevereiro da OE (2011c, p.8651) considera que o enfermeiro especialista “*coordena a implementação e manutenção de medidas standard de prevenção e controlo da infeção*”. O cumprimento de tais premissas foi, em nossa opinião, positivo na medida em que, integrado no projeto de intervenção profissional, promovemos o cumprimento das PDVT no SU.

Paralelamente, foi também elaborado um plano de atuação face a doentes com necessidade de isolamento (Apêndice I), o qual consideramos ser promotor de boas práticas e consequentemente imprescindível na prevenção de incidentes decorrentes da prestação de cuidados a este tipo de doentes. Tal como já foi mencionado esta era uma temática com necessidade efetiva de melhoria, com implicações diretas na segurança do doente, pelo que para além de intervir junto da equipa de enfermagem alargámos a nossa atuação à equipa de assistentes operacionais, com a realização de duas sessões formativas integradas no plano anual de formação deste grupo profissional (Apêndice K).

Em consonância com tudo o que foi exposto, consideramos que foram adquiridas as competências previamente identificadas na área da melhoria da qualidade, cujo processo decorreu da conceção e análise das diversas atividades desenvolvidas durante o Estágio Final.

No domínio da gestão dos cuidados a OE preconiza o desenvolvimento de atividades de coordenação e supervisão dos cuidados na equipa multidisciplinar, de forma a otimizar a sua resposta. Por este motivo, considerámos pertinente o agrupamento das competências C1 e C2 do Regulamento n.º 122/2011 de 18 de fevereiro da OE (2011c), assim como a primeira competência de mestre.

Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2011c)	C1 – Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional.
	C2 – Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados.
Competência de Mestre (A3ES, 2014)	1 – Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada.

As competências na área da gestão são atualmente reconhecidas como sendo essenciais nas instituições prestadoras de cuidados de saúde de forma a garantir a sua eficácia, acessibilidade e

qualidade, num sistema integrado e centrado no doente. (Ministério da Saúde, 2010) Atualmente reconhece-se que o enfermeiro é um elemento crucial no seio da organização, assumindo responsabilidades de planeamento, coordenação e gestão conduzindo à otimização da resposta da equipa de enfermagem e dos seus colaboradores.

No processo de aquisição e desenvolvimento das referidas competências, planeámos diversas atividades que, juntamente com o supervisor clínico, foram consideradas como uma mais valia neste percurso. Como principais estratégias mobilizadas destacamos a otimização do processo de tomada de decisão, o trabalho em equipa com adequada supervisão das tarefas delegadas, emergindo a necessidade de adaptação do estilo de liderança ao próprio contexto. Estas capacidades são reconhecidas por Benner et al (2011), como essenciais na prestação de cuidados ao doente crítico e sobretudo em situações de emergência, nas quais a intervenção da equipa deve ser organizada, eficaz e adequada, sob a liderança de um elemento qualificado e reconhecido.

Durante o período de estágio realizámos dois turnos em que o enfermeiro supervisor desempenhou funções no domínio da gestão do serviço. Observámos que uma das suas funções estão relacionadas com a elaboração de horários (do SU, da equipa da VMER e do Serviço de Imuno-hemoterapia) da equipa de enfermagem e assistentes operacionais, o que mensalmente constitui um desafio já que para além de se tratar de uma equipa de grandes dimensões, alguns enfermeiros desempenham funções nos três serviços referidos.

Por outro lado, realiza os planos de distribuição semanal, nos quais os elementos da equipa do turno da manhã, tarde e noite, são distribuídos pelos diferentes setores, o que implica um profundo conhecimento das características e competências dos diferentes profissionais que compõem a sua equipa, no sentido de promover a qualidade dos cuidados e ainda evitar possíveis conflitos. Salienta-se que, dada a complexidade do serviço de urgência, existem alguns elementos que não prestam cuidados em determinados setores como é o caso da sala de emergência. Para além disso, pretende-se que cada enfermeiro e assistente operacional, assuma a responsabilidade de diferentes setores no decorrer dos diferentes dias da semana. É também responsabilidade da enfermeira em funções de chefia formalizar as trocas solicitadas, as quais têm um limite máximo de quatro e só serão aprovadas até vinte e quatro horas antes.

Destacamos que em todas estas tarefas é fundamental que a enfermeira em funções de chefia mobilize estratégias de motivação e liderança, pois desta forma conseguirá manter uma equipa coesa e comprometida em atingir os objetivos do serviço. Neste contexto, Agostinho (2007) considera que a

liderança exercida pelo enfermeiro chefe deve ser democrática de forma a promover a satisfação dos trabalhadores já que potencia as capacidades de cada um, com conseqüente supressão das necessidades e otimização da prática exercida pelos diferentes profissionais.

No que diz respeito à gestão do material de consumo clínico e medicação, são diariamente repostos pelo armazém e farmácia, respetivamente, devido ao fato de serem armazenados em *Pyxis*, o que tem evidenciado ser um importante método na manutenção deste material em níveis de stock adequados, sobretudo num serviço com elevada dinâmica como este.

Outra das atividades realizadas na concretização dos objetivos inicialmente definidos, diz respeito ao desempenho de funções de enfermeiro chefe de equipa. A sua importância é crucial nos diferentes turnos, pois pretende-se que o mesmo tenha uma perspetiva global do serviço com vista à correta adequação de recursos físicos e humanos, assim como na resolução de conflitos. Na ausência da enfermeira em funções de chefia assume a gestão do serviço. Face às suas características, é reconhecido como um elemento de referência e constitui um elo de ligação na equipa multidisciplinar.

No domínio da gestão dos cuidados está definido que o enfermeiro especialista *“orienta e supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade”*. (OE, 2011c, p.8652) A propósito da supervisão dos cuidados, foi concretizado um convite por parte da enfermeira em funções de chefia, para a realização de uma atividade formativa (21 e 22 de novembro) direcionada à equipa de assistentes operacionais em que o principal objetivo seria a otimização das suas funções no que diz respeito aos cuidados a ter com o material cirúrgico e respiratório (Apêndice N). Sendo reconhecida a importância que as suas intervenções assumem na gestão e manuseamento seguros deste tipo de material, tem sido uma área de monitorização frequente por parte dos elementos de gestão e da qual foram identificados diversos problemas existentes. De entre os mesmos salienta-se a inadequada desinfeção das válvulas do ventilador *Oxylog3000*, as quais não são enviadas ao Serviço de Esterilização pelo que existem procedimentos específicos, definidos pelo fabricante, que devem ser corretamente cumpridos, de forma a promover a segurança do doente.

Previamente ao desenvolvimento desta atividade, foi efetuada a organização de todo o material existente no SU e atualizada a folha de requisição à esterilização (Apêndice O), a qual foi apresentada na sessão formativa de forma a promover o envolvimento de todos os elementos. Assim, e após a devida autorização pelos órgãos de gestão, foi colocada em vigor no serviço.

Tendo consciência da responsabilidade profissional do enfermeiro especialista pela permanente procura da excelência dos cuidados, considerámos as atividades desenvolvidas no domínio da gestão dos cuidados, de elevada relevância no processo de aquisição das referidas competências, com reconhecimento por parte da equipa multidisciplinar. Globalmente, pensamos ter desenvolvido as competências previamente analisadas.

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais o Regulamento n.º 122/2011 de 18 de fevereiro da OE (2011c) considera fundamental o desenvolvimento da competência D1, a qual se relaciona com o fato de o enfermeiro especialista deter um elevado conhecimento de si, a nível pessoal e profissional, reconhecendo que a relação terapêutica é influenciada por diversos fatores.

Competência Comum do Enfermeiro Especialista (OE, 2011c)	D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.
--	---

Numa sociedade em constante mudança e evolução, pautada pelos avanços da tecnologia, o cuidar continuam a ser o foco da intervenção terapêutica do enfermeiro. As competências relacionais de ajuda, enquanto intervenções autónomas em enfermagem, são um elemento central e determinante no cuidar. Permitem a satisfação das necessidades de cada pessoa, promovendo uma prestação de cuidados eficaz e humanizada, em que o respeito pela dignidade assume um papel fundamental. (Simões & Rodrigues, 2010)

Atualmente o cuidar em enfermagem centra-se naquilo que o enfermeiro desenvolve juntamente com a pessoa cuidada e não apenas naquilo que é feito para ou no cliente. (Ferreira, Ferreira & Pontes, 2009) Consideramos que a prática profissional do enfermeiro deve basear-se nesta perspetiva de cuidar, já que a mesma permite-nos desenvolver cuidados de qualidade. Estes decorrem da profunda consciência de que a relação estabelecida permite humanizar a prática profissional, para além de constituir um elemento essencial e, simultaneamente, transversal aos cuidados de enfermagem.

Estabelecer uma relação terapêutica, no âmbito dos cuidados à pessoa em situação crítica é, na nossa perspetiva, desafiador decorrente das circunstâncias envolventes. Desenvolvemos uma prática em condições físicas nem sempre favoráveis, onde a imprevisibilidade e insegurança são uma

constante. Face a esta realidade é inegável a importância de cuidar do doente na sua totalidade, tendo em conta as diversas dimensões, encarando-o como um parceiro dos cuidados de forma a promover a sua proatividade.

Neste processo é fundamental que o enfermeiro identifique os recursos disponíveis, os seus limites pessoais, promovendo o desenvolvimento de características como o autoconhecimento e a assertividade, as quais são também fundamentais na gestão das relações interdisciplinares. Perante a equipa considera-se que o enfermeiro especialista assuma uma atitude crítica e reflexiva não só pelo desempenho dos restantes elementos, mas sobretudo pelo seu, sendo responsável por elevar o nível dos mesmos na procura constante pela excelência dos cuidados. Em consonância, os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem reforçam a importância de “(...) *refletir sobre o exercício profissional* (...)”, o qual deve ter como pilar o quadro de referência da profissão. (OE, 2001, p.5)

A propósito do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, Benner et al. (2011) destacam a capacidade de o enfermeiro gerir as suas respostas emocionais, a qual apesar de ser pautada por um elevado nível de exigência, é reconhecida como fundamental no âmbito do conhecimento especializado e sobretudo na resolução de situações de crise, das quais são exemplo as que implicam risco de vida.

Considerámos fundamental desenvolver esta reflexão no decorrer da prestação de cuidados ao doente crítico durante o Estágio Final, potenciando o crescimento pessoal e profissional. Foi importante uma tomada de decisão consciente que respeitasse a responsabilidade profissional, cumprindo os direitos da pessoa e da sua família. Por tudo isto, acreditamos ter adquirido a competência anteriormente identificada.

Mantendo a análise das competências que integram o domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, considerámos a reflexão conjunta da competência D2, inscrita no Regulamento n.º 122/2011 de 18 de fevereiro da OE (2011c) e a segunda e sexta competências de mestre. Todas elas preconizam que o enfermeiro especialista fundamente a sua prática em sólidos conhecimentos, para uma tomada de decisão responsável e de forma a ser reconhecido, no seio da equipa, como elemento promotor da aprendizagem e processos de investigação.

<p>Competências de Mestre (A3ES, 2014)</p>	<p>2 – Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência.</p>
<p>Competência Comum do Enfermeiro Especialista (OE, 2011c)</p>	<p>6 – 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.</p> <p>D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.</p>

A excelência dos cuidados, exige do enfermeiro especialista um investimento e atualização constantes no domínio do conhecimento, para que possa desenvolver diversas capacidades e aptidões que lhe permitam dar resposta às variadas situações da prática diária. Perante esta realidade, considerámos importante rever os conhecimentos teóricos anteriormente adquiridos, assim como pesquisar alguns artigos resultantes da evidencia científica atual, no que diz respeito às principais temáticas inerentes à prestação de cuidados à pessoa em situação crítica.

Neste sentido, também participámos no Congresso Doente Crítico 2017 (Anexo D) que decorreu nos dias 20 e 21 de outubro. Este abordou temas da atualidade no âmbito da enfermagem médico-cirúrgica, entre os quais, o papel do enfermeiro especialista e mestre em pessoa em situação crítica no SU, Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) e emergência pré-hospitalar, a intervenção especializada na área da catástrofe, no trauma e ainda no sistema de triagem no SU. Foi também promovida a reflexão sobre as questões da nutrição, prevenção e controlo de infeção e *ExtraCorporeal Membrane Oxygenation (ECMO)* no doente crítico, com uma reflexão final acerca das perspetivas futuras para a enfermagem médico-cirúrgica.

A participação nestes momentos formativos é reconhecida, contudo consideramos essencial efetuar um paralelismo com o contexto da prática de cuidados de forma a dar sentido aos conhecimentos adquiridos, assim como melhorar a qualidade dos cuidados prestados. Por outro lado,

importa referir que a formação não assume apenas um caráter formal, na medida em que da prática diária emerge uma diversidade de experiências, facilitadoras da aprendizagem. Assumindo uma atitude crítica e interventiva, identificámos momentos da prestação de cuidados que pela sua reflexão conjunta com o supervisor clínico e restante equipa multidisciplinar, evidenciaram ser uma mais valia na aquisição e consolidação de conhecimentos.

Benner et al. (2011) consideram que a enfermagem está associada a uma necessidade de formação contínua, de forma a dar resposta à multiplicidade de situações com que os profissionais são confrontados. Contudo, a prestação de cuidados ao doente crítico exige a capacidade de incorporar o conhecimento na prática, reconhecendo que desta relação emergem importantes aprendizagens. A compreensão e raciocínio clínicos advêm diretamente da experiência, sendo que os saberes decorrentes da mesma podem ser incorporados na dimensão tácita do conhecimento, pelo que a sua relevância é notória. Relembrem ainda, que as aprendizagens devem ser partilhadas e refletidas juntamente com os elementos da equipa, incrementando desse modo o conhecimento global e a própria qualidade da instituição prestadora de cuidados.

No decorrer do Estágio Final, foi-nos formalizado um convite por parte da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja, para colaborar num seminário versando a temática das IACS, dirigida aos estudantes do segundo ano da licenciatura (Anexo E) e onde foram abordadas questões relacionadas com as precauções básicas e dependentes da via de transmissão. Pela consciência de que o enfermeiro especialista deve ser um elemento que *“Favorece a aprendizagem (...)”* (OE, 2011c, p.8653), foi com enorme agrado que aceitámos o referido convite, que se concretizou no dia 11 de dezembro de 2017.

O cumprimento das referidas medidas é mundialmente reconhecido, sobretudo pelo impacto que as IACS assumem na segurança do doente. Assim, e tendo em conta que os estudantes se encontravam numa fase de aprendizagem prévia ao desenvolvimento do seu segundo ensino clínico, considerámos de elevada pertinência abordar a referida temática. Apesar do seu caráter formal, evidenciou ser um importante momento de reflexão, pelas questões que os mesmos colocaram, assim como pelo interesse demonstrado.

Relativamente à segunda e sexta competência de mestre, destacamos a realização do projeto de intervenção profissional, o qual contemplou as fases de diagnóstico, planeamento, intervenção e avaliação, junto de uma população específica e dentro de uma temática intrinsecamente relacionada com a prestação de cuidados ao doente em situação crítica. Face aos resultados obtidos e

considerando a pertinência da temática, foi elaborado um artigo científico (Apêndice J), segundo as normas da revista SERVIR, e que contou com a colaboração da docente orientadora e supervisor clínico. As suas principais conclusões, já foram dadas a conhecer à equipa numa reunião informal que decorreu antes de alguns momentos de passagem de turno, mas será certamente nosso objetivo a sua publicação.

Inserido no projeto anual de formação em serviço, colaborámos com o grupo responsável pela prevenção e controlo de infeção do SU, na realização de duas sessões formativas (Apêndice P e Apêndice Q), com a duração de quatro horas, à equipa de enfermagem e que decorreu nos dias 14 e 15 de novembro. Os contextos de trabalho são reconhecidos pelo seu elevado potencial formativo, assim como a formação que emerge das necessidades identificadas no mesmo, da qual é exemplo a formação em serviço. Partindo da premissa de que o enfermeiro especialista *“Responsabiliza -se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade”* (OE, 2011c, p.8653), reconhecemos esta atividade como um importante momento de crescimento profissional no decorrer do Estágio Final.

Face ao que tem visto a ser exposto, assumimos ter adquirido e desenvolvido as competências que foram alvo de análise.

4.2 – Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica e de Mestre

O Regulamento n.º 24/2011 de 18 de fevereiro da OE define as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica e relembra a complexidade inerente à sua prestação de cuidados, face à diversidade dos problemas de saúde que atualmente existem, e considera que os mesmos devem ser *“(…) altamente qualificados (...)”* (OE, 2011b, p.8656).

Perante os princípios inerentes à competência K1 e quarta competência de mestre, realizamos a análise do seu processo de aquisição e desenvolvimento no decorrer do Estágio Final, de forma conjunta.

Competência Específica do Enfermeiro Especialista (OE, 2011b)	K1 – Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica.
Competência de Mestre (A3ES, 2014)	4 – Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida.

Benner considera que a prestação de cuidados ao doente em situação crítica é *“intelectualmente e emocionalmente desafiadora”*, o que se traduz pela rápida, mas consciente, tomada de decisão e pela necessidade de respostas eficazes perante situações de risco de vida real, nas quais existe pouca margem de erro. Neste contexto, valoriza-se um elevado julgamento clínico e a reflexão pela prática, promovendo o desenvolvimento do saber ser, saber fazer e saber estar, assim como a simbiose entre as diferentes dimensões do conhecimento. (Benner et al, 2011, p.1)

Paralelamente a OE (2011b), preconiza que o enfermeiro especialista, sendo detentor de competências e aptidões próprias, deve atuar na permanente observação, colheita e procura de dados da pessoa cuidada, de forma a prevenir possíveis complicações e desenvolver uma intervenção eficaz, adequada e consistente, no tempo previsto.

Durante o Estágio Final, propusemo-nos a prestar cuidados a doentes em situação crítica pelo que a nossa atuação se desenvolveu essencialmente na sala de emergência e serviço de observação, na medida em que estes são os setores do SU onde frequentemente está localizada a referida população de doentes. Em todos os momentos que experienciámos nos referidos setores, foi essencial desenvolver um processo de planeamento, intervenção e avaliação rápido e eficaz, já que foi sempre nosso objetivo a prestação de cuidados de qualidade ao doente e família.

Apesar de o Estágio Final ter decorrido no nosso próprio local de trabalho, considerámos, desde logo, importante rever os principais protocolos de atuação e terapêutica existentes, pois a sua aplicação prática é uma constante e os resultados da sua implementação são cientificamente reconhecidos. A pesquisa bibliográfica foi permanente, realizando uma atualização dos conhecimentos anteriormente adquiridos, assim como a aquisição de novos, de forma a dar resposta às novas situações com que nos deparámos, promovendo assim uma prestação de cuidados assente em atuais princípios teóricos.

Em sala de emergência recebemos, maioritariamente, doentes provenientes do domicílio com elevada instabilidade hemodinâmica e alteração das funções vitais, sendo fundamental estabelecer prioridades, intervir de forma eficaz, com objetivo de otimizar a resposta da pessoa alvo de cuidados. O serviço de observação caracteriza-se pela permanência destes doentes até à sua estabilização, pelo que as atividades de observação, vigilância, monitorização e previsão são uma constante, para além da avaliação periódica de modo a avaliar as intervenções implementadas e assim reorganizar o plano de cuidados.

Por outro lado, e de acordo com Benner et al (2011), valoriza-se que o enfermeiro seja detentor de um elevado nível de conhecimento, na medida em que estes doentes estão sujeitos a frequentes alterações da sua situação clínica, sendo por isso fundamental que consiga reconhecer o padrão considerado normal e exetável para cada situação para que rapidamente consiga implementar intervenções corretivas.

Face à multiplicidade de experiências vividas, e de encontro à quarta competência de mestre, considera-se crucial o desenvolvimento autónomo de conhecimentos que advém essencialmente da análise constante das aprendizagens experienciais, já que tal como defende Benner (2011), da prestação de cuidados ao doente em situação crítica, o enfermeiro adquire diversas capacidades que lhe permitem atuar de forma especializada perante o mesmo.

Para além das referidas competências técnicas, consideramos que a qualidade da prestação de cuidados ao doente em situação crítica, depende também do sucesso do trabalho em equipa e tivemos a oportunidade de o comprovar em diversos momentos do Estágio Final, como por exemplo em situação de paragem cardiorrespiratória e durante os transportes de doentes críticos efetuados, juntamente com um elemento da equipa médica. Nestes momentos, procurámos manter o respeito, coordenação e assertividade que tais situações exigem.

Concluimos neste nosso percurso formativo, que as competências relacionais devem percorrer um caminho conjunto com as competências técnicas, em que o enfermeiro especialista promove o bem-estar, o conforto e efetua a adequada gestão da dor da pessoa em situação crítica. Importa relembrar que a OE (2001) considera o doente como um todo indissociável, pelo que a sua família/pessoas significativas devem também ser alvo de cuidados, constituindo importantes parceiros dos mesmos.

O envolvimento do doente na tomada de decisão deve ser concreto, sendo que para tal o enfermeiro deve promover a sua capacitação, desenvolvendo estratégias de apoio e suporte. A comunicação deve ser eficaz, tendo em conta as suas necessidades, crenças e valores. O estabelecimento de uma relação terapêutica deve ser um dos principais focos da intervenção do enfermeiro especialista, na garantia pela humanização dos cuidados e pelo respeito dos princípios éticos inerentes ao cuidar.

Perante o que foi exposto, consideramos a aquisição e desenvolvimento da competência K1 do enfermeiro especialista em pessoas em situação crítica, assim como a quarta competência de mestre.

No âmbito da intervenção perante situações de catástrofe, o Regulamento n.º 24/2011 de 18 de fevereiro da OE (2011b) preconiza que o enfermeiro especialista assuma uma intervenção ativa.

Competência Específica do Enfermeiro Especialista (OE, 2011b)	K2 – Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação.
---	--

A preparação para dar resposta em situações de catástrofe é atualmente reconhecida, sobretudo pelo o fato de na maioria das vezes ocorrerem sem aviso prévio, mas com elevado impacto humano, ambiental e estrutural. Para além disso, as constantes ameaças à saúde pública deixam clara a necessidade de existir uma resposta coordenada e eficaz, que consiga fazer face à complexidade destas situações. (Dinçer, Gokçe & Kiliç, 2016)

No decorrer do Estágio Final foi agendada uma reunião com o Gabinete do Risco da ULSBA, que se veio a concretizar no dia 16 de janeiro, teve a duração de duas horas e contou com a presença dos dois responsáveis. Inicialmente, procurámos conhecer quais os principais projetos desenvolvidos assim

como as suas metas para o ano de 2018. Percebemos que existe um plano atualizado de emergência interna para a ULSBA, o qual tivemos a oportunidade de consultar, mas que será seu objetivo futuro a criação de planos sectoriais nos quais pretendem o envolvimento direto dos serviços.

Consideram que seria importante a realização de situações de simulação nos próprios contextos de trabalho, contudo revelaram que a sua operacionalização não tem sido fácil pelo que ainda só foi concretizado um exercício no Serviço de Pediatria. Destacaram a necessidade de um maior envolvimento dos enfermeiros nesta área, pois para além de constituírem elementos cruciais na conceção e planeamento de estratégias, são os elementos que permanecem nas instituições vinte e quatro horas por dia, pelo que a probabilidade de estarem presentes no momento em que estas situações acontecerem é elevada.

No que diz respeito ao SU, o plano de catástrofe foi recentemente (último trimestre de 2017) revisto e atualizado e já se encontra disponível para consulta no próprio serviço, no entanto salientamos que seria pertinente a realização de uma sessão formativa que desse a conhecer os seus principais conteúdos à equipa multidisciplinar.

Durante o decorrer do Estágio Final, não ocorreu nenhuma situação catástrofe que permitisse aplicar e avaliar as nossas competências em situações reais. Contudo, refletimos juntamente com o supervisor clínico sobre a referida temática e realizámos trabalho autónomo nesta área, nomeadamente pesquisa bibliográfica que se tornou uma mais valia na aquisição de novos conhecimentos, o que acreditamos que se irá traduzir na otimização da nossa atuação perante situações de catástrofe.

Apesar de não termos desenvolvido algumas das atividades preconizadas pelo Regulamento n.º 24/2011 de 18 de fevereiro da OE (2011b) para dar resposta à competência K3, já que dependem da ocorrência efetiva de situações de catástrofe, acreditamos que de uma forma geral, demonstrámos interesse na otimização da nossa atuação. Assim, consideramos que adquirimos e desenvolvemos a competência anteriormente analisada.

A terceira e última competência do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica, inscrita no Regulamento n.º 24/2011 de 18 de fevereiro da OE (2011b), diz respeito à intervenção do enfermeiro na prevenção e controlo de infeção.

**Competência Específica do
Enfermeiro Especialista**
(OE, 2011b)

K3 – Maximiza a intervenção na prevenção e controlo de infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de resposta em tempo útil e adequadas.

A diversidade de processos vivenciados pelo doente em situação crítica, os múltiplos procedimentos invasivos e terapêutica imunossupressora a que são submetidos, exigem uma intervenção eficaz do enfermeiro especialista na prevenção e controlo de infeção, com vista à excelência dos cuidados. (OE, 2011a) Por outro lado, considera-se que as IACS produzem alterações importantes na qualidade de vida do doente/família, sendo que atualmente são reconhecidas como “(...) *uma epidemia silenciosa* (...)”. (Ferreira et al., 2010, p.28)

No decorrer do Estágio Final, valorizámos a importância que as nossas práticas diárias assumem no desenvolvimento destas infeções e procurámos prestar cuidados especializados assentes nos princípios inerentes às PBCI, assim como às PDVT sempre que necessário. Paralelamente, em diversos momentos informais da prestação de cuidados, promovemos o seu cumprimento junto da equipa multidisciplinar. Salientamos também a reunião realizada com o grupo coordenador local PPCIRA da ULSBA, na qual foi possível conhecer os seus principais projetos, metas e dificuldades de articulação com os diferentes serviços.

Contudo, o papel do enfermeiro especialista vai mais além, já que se considera que este deve liderar o desenvolvimento de programas que conduzam à promoção de boas práticas junto da equipa multidisciplinar. Neste sentido, salientamos o desenvolvimento de um projeto de intervenção profissional no âmbito da prevenção e controlo de infeção, no qual procurámos incrementar o cumprimento das PDVT junto dos profissionais do SU promovendo, deste modo, a segurança do doente crítico. Perante o envolvimento da equipa no mesmo, conseguimos importantes resultados com a sua implementação, o que se traduz numa clara melhoria dos cuidados prestados a estes doentes, o qual constitui o principal foco da nossa intervenção.

A convite da enfermeira em funções de chefia e do grupo responsável pela prevenção e controlo de infeção no SU, colaborámos com a concretização de algumas atividades que estavam projetadas para o último trimestre de 2017.

Uma das referidas atividades está intrinsecamente relacionada com a implementação do rastreio de prevenção da transmissão de ERC em hospitais de agudos (DGS, 2017a) o qual, tendo entrado em vigor no SU em setembro de 2017, constitui ainda alvo de diversas questões por parte dos profissionais. O recente relatório elaborado pelo PPCIRA revela que em 2016 se verificou um aumento importante do número de isolados por *Klebsiella Pneumoniae*, comparativamente com 2015, e que apesar destes valores terem acompanhado a tendência europeia, considera-se que os esforços devem ser mantidos, com incremento das estratégias de forma a cumprir uma das metas estabelecidas para 2020, que diz respeito ao controlo desta taxa de infeção em valores inferiores a 6%. (PPCIRA, 2017)

Perante esta realidade, colaborámos no desenvolvimento de uma sessão formativa (Apêndice P) que pretendeu dar a conhecer à equipa de enfermagem o referido rastreio, contextualizar o seu surgimento, reforçar a sua importância, assim como a intervenção do enfermeiro na operacionalização do mesmo. Surgiram diversas questões, essencialmente relacionadas com o cumprimento das medidas de isolamento de contato no contexto de SU e circuito do doente, pelo que se desenvolveu um ambiente de debate propício ao crescimento profissional.

Outra das atividades desenvolvidas, diz respeito à prevenção da infeção urinária associada ao cateter vesical, a qual tem vindo a assumir cada vez maior relevância, tanto pelo impacto que tem na saúde da população, como pelos custos que acarreta, sendo cada vez mais reconhecida a importância de efetuar uma abordagem tipo *bundle*. (DGS, 2015) Face a esta realidade, preconiza-se que os serviços de saúde implementem protocolos de atuação atualizados, elaborados tendo em conta as necessidades dos serviços, baseados na evidência científica atual. O sucesso da sua implementação requer uma avaliação da adesão dos profissionais às medidas desenvolvidas, bem como a revisão periódica dos protocolos. (Ferreira et al, 2010)

Um dos principais projetos do grupo de prevenção e controlo de infeção do SU é a integração do serviço no projeto CAUTI, já implementado em alguns serviços da ULSBA. Neste sentido, colaborámos no desenvolvimento de uma sessão formativa (Apêndice Q) que abordou a referida temática e possibilitou a apresentação das principais diretrizes da DGS.

Garantir uma adequada limpeza do SU foi um dos principais focos do trabalho desenvolvido pelo grupo no ano de 2017, com a criação de planos semanais que deveriam ser cumpridos pela equipa de assistentes operacionais e sob a supervisão do enfermeiro chefe de equipa em cada turno. Paralelamente, são realizadas auditorias frequentes pelo grupo e nas quais tivemos a oportunidade de

participar, com consequente divulgação dos resultados à enfermeira em funções de chefia e restante equipa.

Por fim, consideramos importante referir que na fase final do estágio foi-nos proposto integrar o grupo, o que considerámos ser um gesto de reconhecimento pelo trabalho desenvolvido e por esse motivo foi com enorme gratidão que aceitámos o desafio.

Perante o que tem vindo a ser analisado, consideramos ter desenvolvido a terceira competência do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica.

No que diz respeito ao sétimo objetivo de aprendizagem estabelecido pelo documento apresentado à A3ES na criação do presente curso de mestrado em enfermagem (A3ES, 2014), preconiza-se o desenvolvimento de conhecimentos e competências num domínio especializado.

Competência de Mestre
(A3ES, 2014)

7 – Evidência competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.

Tendo o presente percurso formativo sido pautado pela aquisição de competência comuns e específicas da enfermagem médico-cirúrgica, na vertente da pessoa em situação crítica, consideramos o cumprimento pela sétima competência de mestre. Foi um processo de grande crescimento profissional, caracterizado pela diversidade de situação vividas e desenvolvimento da prática especializada, elevando a profissão pela excelência dos cuidados prestados.

5 – PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO

O processo de avaliação e controlo implica a implementação de um sistema de avaliação que possibilite compreender se os objetivos previamente definidos foram cumpridos, sendo que na sua concretização, durante o Estágio Final, procurámos estabelecer o contato frequente com a docente orientadora e o enfermeiro supervisor, dos quais salientamos a disponibilidade demonstrada. Foram realizadas reuniões nas diferentes fases deste percurso, a fase de projeto, de intervenção e de relatório, as quais tiveram como objetivo o controlo regular das atividades planeadas, das intervenções desenvolvidas, com adequação das estratégias, sempre que necessário.

A Unidade Curricular Estágio Final, teve como principais objetivos o desenvolvimento de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica, assim como de mestre. Perante o contexto de prestação de cuidados especializados, planeámos diversas atividades que após os ajustamentos necessários, foram concretizadas com vista a alcançar os objetivos anteriormente estabelecidos, sendo que, nesta fase final, podemos concluir que os mesmos foram bem-sucedidos.

Em consonância desenvolvemos um projeto de intervenção profissional dentro de uma das principais linhas de investigação do ramo enfermagem médico-cirúrgica, consideradas neste mestrado, as IACS na segurança do doente crítico. Perante as necessidades existentes no serviço onde desenvolvemos o estágio, foi concebido um projeto que visou o incremento das PDVT nos enfermeiros do SU. A sua implementação foi possível e os resultados obtidos revelaram uma evidente melhoria nas práticas dos enfermeiros, pelo que consideramos que foram cumpridos os principais objetivos pretendidos com a sua aplicação. Este processo contou com a intervenção ativa da docente orientadora, do supervisor clínico e enfermeira em funções de chefia, os quais foram fundamentais na permanente reflexão do processo de aprendizagem que nos propusemos desenvolver.

Paralelamente ao desenvolvimento de projetos de melhoria da qualidade, salientamos a prestação de cuidados de enfermagem especializados, a qual ocorreu sob a supervisão atenta dos restantes intervenientes deste processo, em que para além da aquisição de novas aptidões, promovemos também momentos de reflexão permanente, com partilha de experiências e conhecimentos. Considerando que se tratou de um estágio com a duração de dezasseis semanas, foi importante realizar uma avaliação intermédia que permitiu controlar e simultaneamente adequar o trabalho até

então desenvolvido, reorganizando as principais linhas de intervenção tendo em conta aquilo que se pretendia.

Não poderíamos concluir a análise reflexiva do presente processo de avaliação e controlo sem referir a pertinência de elaborar um projeto de estágio (Apêndice B) e respetivo cronograma de atividades (Apêndice R), o qual possibilitou o estabelecimento de tempos para a sua concretização, evidenciando ser um importante instrumento de trabalho. Por fim, importa salientar que para além das atividades planeadas fomos convidados a liderar e colaborar no desenvolvimento de outras, fato este que encarámos como um verdadeiro desafio que foi prontamente aceite, já que as mesmas constituíram uma mais valia no processo de aquisição de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, assim como de mestre em enfermagem.

6 – CONCLUSÃO

No contexto de prestação de cuidados ao doente crítico, o enfermeiro especialista deve ser detentor de aptidões e competências próprias que o permitem desenvolver uma prática responsável, que vise suprir as necessidades reais e potenciais da pessoa alvo de cuidados. A abordagem global deve ter como base o cuidar holístico em paralelo com a mais recente evidência científica, de forma a promover a qualidade dos cuidados prestados e a segurança do doente.

No decorrer deste percurso, inerente à elaboração do relatório, pretendeu-se reforçar a importância da complementaridade entre as competências de mestre e enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na vertente da pessoa em situação crítica. Promoveu-se o desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões, raciocínio e tomada de decisão, consolidando a construção de argumentos rigorosos e simultaneamente uma prática de enfermagem especializada. Este processo implicou o estabelecimento de estratégias e atividades, sob a coordenação da docente orientadora e supervisor clínico, as quais considerámos ser uma mais valia tanto no nosso desenvolvimento profissional como da própria disciplina de enfermagem.

Promovemos diversos momentos de prestação direta de cuidados ao doente em situação crítica, pois considera-se que do contexto prático emergem inúmeras aprendizagens experienciais, as quais se destacam pelo elevado potencial formativo. A complexidade da intervenção do enfermeiro, junto de determinados grupos de população, revela-se um verdadeiro desafio que exige a mobilização de conhecimentos e competências específicas, tendo como alicerces os princípios éticos, morais e deontológicos da prática profissional.

A realização de um projeto de intervenção, inserido num contexto específico da prestação de cuidados, possibilitou otimizar as práticas dos enfermeiros tendo em conta as suas necessidades assim como as mais recentes *guidelines*, denotando-se que os resultados obtidos revelam a importância do enfermeiro especialista liderar projetos de melhoria contínua. Foi uma intervenção pautada pela enorme satisfação pessoal, sendo que a sua concretização evidenciou ser uma mais valia no presente processo de aprendizagem. Por outro lado, consideramos ainda que o mesmo acarreta importantes contributos para a comunidade científica.

Nesta fase final, podemos afirmar que o Estágio Final decorreu sem qualquer incidente, também graças às circunstâncias proporcionadas pela própria instituição, o que possibilitou alcançar os

objetivos previamente traçados pelo que consideramos afirmar que as competências comuns do enfermeiro especialista, específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na vertente da pessoa em situação crítica, e de mestre em enfermagem, foram desenvolvidas.

Perspetivamos novas oportunidades e projetos, nos quais iremos intervir de forma motivada, assumindo uma atitude proativa na concretização dos mesmos. Todas as pessoas intervenientes neste percurso formativo foram importantes na sua forma de estar, sentir e valorizar a enfermagem, quer seja na sua dimensão prática como teórica, por isso estamos cientes de que este foi um ganho para todos nós, mas sobretudo para a enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

A3ES. (2014). NCE/14/01772 - *Apresentação do pedido - Mestrado em Enfermagem (2º ciclo)*. Consultado a 1 de outubro de 2017. Disponível em: [http://www.qi.uevora.pt/Documentos/Institucionais/\(id\)/3126/\(basenode\)/893](http://www.qi.uevora.pt/Documentos/Institucionais/(id)/3126/(basenode)/893)

Agostinho, L. (2007, abril). *Liderança em Reflexão*. Nursing, 220, 14 – 16.

Albashtawy, M., Aljezawi, M. Aloush, S. & Suliman, M. (2017). *Knowledge and practices of isolation precautions among nurses in Jordan*. American Journal of Infection Control, 1-5.

Ali, S., Jeanes, A., Muzslay, M. Wilson, A. & Yui, S. (2017). *Identification of Clostridium difficile reservoirs in the patient environment and efficacy of aerial hydrogen peroxide decontamination*. Infection Control & Hospital Epidemiology, 1-6.

Almeida, A., Alves, M., Constantino, R., Cruz, C., Figueiredo, M., Lucas, A., Mendes, T., Pinto, P., Reis, S. Roque, A., Sambango, D., Verissimo, O. & Vitorino, A. (2015). *Prevenção e Controlo das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde: Contributos para a tomada de decisão em enfermagem*. Coimbra.

Alminhas, S. (2007). *Cuidar da Pessoa no Serviço de Urgência*. Revista Sinais Vitais. Coimbra, 75, 57-62.

Almquist, L., Harding, A. & Hashemi, S. (2011). *The use and need for standard precautions and transmission-based precautions in the emergency department*. Journal of Emergency Nursing, 37 (4), 367-373.

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

APA (2010). *Publication Manual of de American Psychological Association* (6 edição). Washington, América: APA

Aviso n.º 5622/2016 de 2 de maio. Diário da República 2.ª Série. Lisboa: Assembleia da República, 13881-13888.

Balik, C., Brosh-Nissimov, T., David, O., Eisenkraft, A., Fogel, I., Kassirer, M., Poles, L. & Shental, O. (2017). *The association between self-perceived proficiency of personal protective equipment and objective performance: Na observational study durin a bioterrorism simulation drill*. American jornal of infection control, 45, 1238-1242.

Bannister, B., Brodt, H., Brouqui, P., De Iaco, G., Fusco, F., Gottschalk, R., Ippolito, G., Maltezu, H., Puro, V., Schilling, S. & Thomson, G. (2012). *Infection control management of patients with suspected highly infectious diseases in emergency departments: data from a survey in 41 facilities in 14 European countries*. BMC Infectious Diseases, 12(27), 1-7.

Benner, P., Kyriakidis, P., Stannard, D. (2011). *Clinical Wisdom and Intervention in Acute and Critical Care: A thinking-in-action approach*. Springer Publishing Company. New York: LLC.

Benner, P. (2005). *De Iniciado a Perito: excelência e poder na prática clínica da enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.

Behta, M., Bufe, G., Landers, T., Larson, E., McWalters, J., Ross, B. & Vawdrey, D. (2010). *Terms used for isolation practices by nurses at na academic medical center*. Journal of Advanced Nursing, 2309-2319.

CDC (2018). *Urinary Tract Infection (Catheter-Associated Urinary Tract Infection [CAUTI] and Non-Catheter-Associated Urinary Tract Infection [UTI]) and Other Urinary System Infection [USI]) Events*. Consultado a 1 de fevereiro de 2018. Disponível em <https://www.cdc.gov/nhsn/pdfs/pscmanual/7psccauticurrent.pdf>

CDC (2017). *2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings*, last update, october 2017. Consultado a 1 de novembro de 2017. Disponível em: <https://www.cdc.gov/anthrax/pdf/infection-control-guidelines-for-healthcare-setting-2007.pdf>

CDC (2002). *Guideline for Hand Hygiene in Health-Care Settings - Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices*. Consultado a 12 de janeiro de 2018. Disponível em: <https://www.cdc.gov/mmwr/PDF/rr/rr5116.pdf>

DGS (2017a). *Recomendação: Prevenção da transmissão de enterobacteriaceas resistentes aos carbapenemos em hospitais de agudos*. Consultado a 8 de fevereiro de 2018. Disponível em

<https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/destaques/recomendacao-prevencao-da-transmissao-de-enterobacteriaceas-resistentes-aos-carbapenemos-em-hospitais-de-cuidados-de-agudos.aspx>

DGS (2017b). *Norma n. 010/2016: Via Verde Sepsis no Adulto*, atualizado em maio de 2017. Consultado a 2 de janeiro de 2018. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102016-de-30092016.aspx>

DGS (2016). *A saúde dos portugueses 2016*. Consultado a 20 de dezembro de 2017. Disponível em <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/18278>

DGS (2015). *Norma 019/2015 de 15/12/2015*. Consultado a 1 de novembro de 2017. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0192015-de-15122015.aspx>

DGS (2013). *Norma 029/2012: Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI)*, atualizado em outubro de 2013. Consultado a 3 de janeiro de 2018. Disponível em <https://www.dgs.pt/ms/15/pagina.aspx?f=2&id=5514>.

DGS (2010). *Projeto Via Verde Sepsis*. Consultado a 13 de janeiro de 2018. Disponível em <http://www.dgs.pt/?cr=16850>.

DGS (2007). *Recomendações para as Precauções de Isolamento: Precauções básicas e dependentes das vias de transmissão*. Consultado a 29 de novembro de 2017. Disponível em <https://www.dgs.pt/programa-nacional-de-controlo-da-infeccao/documentos/orientacoes--recomendacoes/recomendacoes-para-as-precaucoes-de-isolamento-precaucoes-basicas-e-precaucoes-dependentes-das-vias-de-transmissao-em-revisao.aspx>

Dinçer, M., Gokçe, M & Kiliç, A. (2016). *Integrated Modeling of Disaster Emergency Response Activities Using Simulation: Bornova Case Study*. *Anadolu University Journal of Science and Technology*, 17 (2), 337 – 356.

Dullius, A., Kolankiewicz, A., Magnago, T., Ongaro, J. & Zottele, C. (2017). *Adesão dos profissionais de saúde à higienização das mãos em pronto-socorro*. *Revista da escola de enfermagem da USP*, 51, 1-8.

Donaldson, S. & Pittet, D. (2011). *Clean Care is Safer Care: The First Global Challenge of the WHO World Alliance for Patient Safety*. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 26 (11), 891 – 894.

Elder, E., Mason, M. & Zimmerman, P. (2016). *A healthy degree of suspicion: A discussion of the implementation of transmission based precautions in the emergency department*. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 347, 1-6.

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

Ferreira, M., Ferreira, N. & Pontes, M. (2009). *Cuidar em Enfermagem – percepção dos utentes*. *Revista da Faculdade de Ciências de Saúde*, 6, 358 – 366.

Forrest, G., Graham, M., Mohammadi, S., Morgan, D., Perencevich, E., Pineles, L., Reisinger, H., Schweizer, M. & Shardell, M. (2013). *The effect of contact precautions on healthcare worker activity in acute care hospitals*, 34(1), 69-73.

Fortin, M. (2003). *O Processo de Investigação: Da Concepção à Realização*. Loures: Lusociência.

Haac, B., Hagegeorge, G., Harris, A., Hu, P., Liang, S., Pineles, L., Rock, C., Scalea, T. & Thom, K. (2017). *Hand Hygiene compliance in the setting of trauma resuscitation*. *International Journal of the Care of the Injured*, 48, 165-170.

Harter, K., Lung, D. & May, L. (2012). *An intervention to improve compliance with transmission precautions for influenza in the emergency department: successes and challenges*. *The Journal of Emergency Medicine*, 42(1), 79-85.

Lage, M (2010). *Segurança do doente: da teoria à prática clínica*. *Revista portuguesa de saúde pública*, 10, 11-16.

Liang, S., Marschall, J., Schuur, J. & Theodoro, D. (2014). *Infection Prevention in the Emergency Department*. *Annals of Emergency Medicine*, 64(3), 299-313.

Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior (2016). *Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de setembro*. *Diário da República: 1.ª série n.º 176*. Lisboa: Assembleia da República, 3159-3191.

Ministério da Saúde (2016). *Despacho n.º 3844-A/2016 de 15 de março*. Diário da República: 2.ª série n.º 52. Lisboa: Assembleia da República, 9254.

Ministério da Saúde (2015a). *Despacho n.º 1057/2015 de 2 de fevereiro*. Diário da República: 2.ª série n.º 22. Lisboa: Assembleia da República, 3039. Consultado a 1 de fevereiro de 2018. Disponível em http://www.grupoportuguestriagem.pt/images/documentos/despacho_1057_de_2015_obrigatoriedade_triagem_de_manchester_na_rede_SU.pdf

Ministério da Saúde (2015b). *Despacho n.º 1400-A de 10 de fevereiro*. Diário da República: 2.ª série, n.º 28. Lisboa: Assembleia da República, 3882 – 3890. Consultado a 4 de dezembro de 2017. Disponível em <https://dre.pt/application/file/66457154>

Ministério da Saúde (2014). *Despacho n.º 10319/14 de 11 de agosto*. Diário da República: 2.ª série, n.º 153. Consultado a 24 de janeiro de 2018. Disponível em <http://www.sg.min-saude.pt/NR/rdonlyres/A110CE46-A607-4BD1-AB82-BE86B31314C3/40304/2067320678.pdf>

Ministério da Saúde (2013). *Despacho n.º 15423/2013 de 26 de novembro*. Diário da República: 2ª série, n.º 229. Consultado a 14 de janeiro de 2018. Disponível em <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/2965166/details/normal?q=Despacho+n.%C2%BA%2015423%2F2013>

Ministério da Saúde (2010). *Organização Interna e a Governação dos Hospitais*. Consultado a 2 de fevereiro de 2018. Disponível em: <http://www.spmi.pt/pdf/relatoriofinalgthospitaisversaofinal2.pdf>

Ministério da Saúde (2008). *Despacho n.º 5414/08 de 28 de fevereiro*. Diário da República: 2.ª série, n.º 42 (2008). Consultado a 27 de janeiro de 2018. Disponível em http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2014/12/2014_4_Anexo-2-Rede-Urgencias-DR-Despacho-5414-2008-de-28-Fevereiro-de-2008-1.pdf

Ministério da Saúde (2006). *Despacho n.º 18459/06 de 12 de setembro*. Diário da República: 2.ª série, n.º 176 (2006). Consultado a 19 de janeiro de 2018. Disponível em <https://dre.tretas.org/pdfs/2006/09/12/dre-201582.pdf>

Nicholson, L. (2014). *Healthcare-associated infections: the value of patient isolation*. Nursing Standart, 29(6), 35-44.

OE (2015). *Lei nº 156/2015 de 16 de setembro*. Diário da República, 1ª Série nº 181. Lisboa: Assembleia da República, 8059 - 8105.

OE (2011a). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Lisboa: OE.

OE (2011b). *Regulamento nº 124/2011 de 18 de fevereiro*. Diário da República, 2ª Série nº 35. Lisboa: Assembleia da República, 8656 – 8657.

OE (2011c). *Regulamento nº 122/2011 de 18 de fevereiro*. Diário da República, 2ª Série nº 35. Lisboa: Assembleia da República, 8648 – 865.

OE. (2001). *Padrões de Qualidade dos cuidados de Enfermagem – Enquadramento conceptual, enunciados descritivos*. Lisboa: OE.

OE. (1998). *Criação da Ordem dos Enfermeiros - preâmbulo do Decreto-lei nº 104/98 de 21 de abril*. Consultado a 1 de fevereiro de 2018. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Documents/Preambulo%20DL%20104_98.pdf.

Pires, A. (2007). *Reconhecimento e Validação das Aprendizagens Experienciais: Uma Problemática Educativa*. Sísifo: Revista Ciências de Educação, 2, 5 – 20.

PPCIRA (2017). *Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos 2017*. DGS: Lisboa.

Presidência da República (2001). *Resolução da Assembleia da República nº 1/2001 de 3 de janeiro*. Diário da República, 1ª série nº 2. Lisboa: Assembleia da República, 14 – 36.

Simões, R. & Rodrigues, M. (2010). *Relação de ajuda no desempenho dos cuidados de enfermagem a doentes em fim de vida*. Escola Anna Nery, 14 (3), 485 – 489.

ULSBA (2017). *Relatório e contas 2016*. Consultado a 22 de janeiro de 2018. Disponível em <http://intranet/Docs/news/Documents/Relatório%20Gestão%202016%20não%20assinado.pdf>

ULSBA (2016). *Plano de Atividades e Orçamento – 2016*. Consultado a 22 de janeiro de 2018. Disponível em <http://intranet/Docs/news/Documents/Relatório%20Gestão%202016%20não%20assinado.pdf>.

ULSBA (2010). *Código de Ética da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE*. Consultado a 22 de janeiro de 2018. Disponível em <http://intranet/Docs/news/Documents/Código%20de%20Ética%202010.pdf>.

WHO (2017). *Patient Safety – Making health care safer*. Consultado a 1 de fevereiro de 2018. Disponível em <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255507/1/WHO-HIS-SDS-2017.11-eng.pdf?ua=1>.

WHO (2016). *Guidelines on core components of infection prevention and control programmes at the national and acute health care facility level*. Consultado a 26 de novembro de 2017. Disponível em <http://www.who.int/infection-prevention/publications/ipc-components-guidelines/en/>

WHO (2011). *Report on the Burden of Endemic Health Care-Associated Infection Worldwide – Clean care is safer care*. Consultado a 5 de fevereiro de 2018. Disponível em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/80135/1/9789241501507_eng.pdf?ua=1&ua=1

WHO (2009). *Guia para a Implementação da Estratégia Multimodal da OMS para a Melhoria da Higiene das Mãos*. Consultado a 2 de fevereiro de 2018. Disponível em: https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Guia_de_Implementao_estrategia_multimodal_de_melhoria_da_HM.pdf

ANEXOS

Anexo A - Declaração de autorização do estágio pela Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo



Exmo. Senhor Prof. Doutor João
Manuel Galhanas Mendes
Universidade de Évora - Escola
Superior de Enfermagem de S. João de
Deus

Largo Senhor da Pobreza
7000-811 ÉVORA

Sua referência	Sua comunicação de	Nossa referência	Data
105/UESES/JD/2017	2017-03-20	SAI-ULSBA/2017/1789	2017-03-29

ASSUNTO: **ESTÁGIO FINAL PARA O CURSO DE Mestrado em Enfermagem :
ESPECIALIDADE MÉDICO-CIRÚRGICA A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA
/ENVIO DE RESPOSTA**

Em resposta ao ofício em epígrafe, informo V. Exa. que está autorizado o Estágio conforme solicitado.

Para o efeito deverão ser contactados os Enf^{as} em Função de Chefia:

Serviço de Urgência – Enf^a Joaquim Brissos;

Unidade de Cuidados Intensivos – Enf^a António Cavaco.

Com os melhores cumprimentos,

O Enfermeiro Diretor

João Guerreiro

JVR
2017-03-29

Moz 27

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO BAIXO ALENTEJO, EPE
SEDE: HOSPITAL JOSÉ JOAQUIM FERNANDES
Rua Dr. António Fernandes Covas, Lda
7001-040 Évora, Portugal
Tel: (+351) 248 218 200. Fax: (+351) 248 332 747
geral@ulsba.com-evora.pt www.ulsba.pt
NIF: 508 794 275



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



ULSBA
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
DO BAIXO ALENTEJO, EPE

Anexo B – Resposta ao pedido de parecer à Comissão de Ética da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo



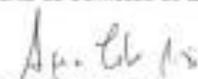
**EXTRATO DA ATA DA REUNIÃO n.º 08/2017 DA COMISSÃO DE ÉTICA HOMOLOGADA PELO
CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO EM 08.11.2017 (Ata n.º57, Ponto 4.1)**

“Aos seis dias do mês de novembro de dois mil e dezassete, pelas catorze horas e trinta minutos, na Sala João Parafada do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental, reuniu a Comissão de Ética da ULSBA, estando presentes: Ana Matos Pires, Assistente Graduado-Sênior de Psiquiatria, Diretora do Serviço de Psiquiatria e Presidente desta Comissão, Ana Luísa Bacelar, Juíza Desembargadora, Carla Alexandra Bicas Pereira Lourenço, Técnica Superior de Serviço Social, José Maria Afonso Coelho, Capelão e Coordenador do Serviço de Assistência Espiritual e Religiosa, Maria Margarida Carvalho de Brito Rosa, Assistente Graduada de Medicina Geral e Familiar, Sandra Manuela Figueira Heleno Serrano, Enfermeira do Gabinete de Promoção, Garantia da Qualidade, Sílvia Edgar Aurélio Lempira Guerreiro, Farmacêutica. Não pôde estar presente Francisco António Revés Barrocas, Assessor de Psicologia Clínica, que justificou a sua ausência. -----

----- Foram tratados os seguintes assuntos: -----
«» PONTO SEIS – EDOC/53984 – Pedido de autorização para a aplicação de questionário «Sócio-demográfico e de diagnóstico de necessidade formativa em prevenção e controlo de infeção – precauções baseadas nas vias de transmissão» a ser realizado pela Enf.ª Rita Pereira. -----
Também este estudo não levanta questões éticas e por isso a Comissão nada tem a opor. -----(...)

Beja, 10 de novembro de 2017

A Presidente da Comissão de Ética


Ana Matos Pires

Anexo C – Resposta ao pedido de parecer à Comissão de Ética da Universidade de Évora



Documento 1 8 0 5 5

**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.ª Doutora Sandra Leandro, deliberaram dar

Parecer Positivo

para a realização do Projeto "*Precauções baseadas na transmissão – para uma enfermagem promotora da segurança no doente crítico*" da investigadora **Rita Ramos Pereira** (mestranda) e Prof.ª Doutora Maria Dulce dos Santos Santiago (responsável académico).

Universidade de Évora, 10 de Janeiro de 2018

O Presidente da Comissão de Ética

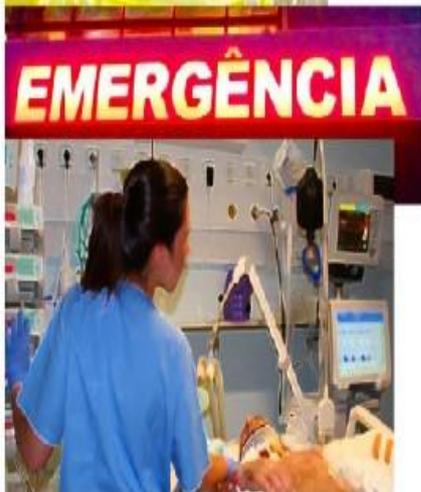
(Professor Doutor Jorge Quina Ribeiro de Araújo)

Anexo D – Certificado do Congresso “Doente Crítico 2017”

DOENTE CRÍTICO '17

1º ENCONTRO DE ENFERMAGEM DE EMERGÊNCIA
1ª JORNADAS DE ENFERMAGEM DE CUIDADOS INTENSIVOS

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE ENFERMEIROS



A Associação Portuguesa de Enfermeiros certifica
que

Rita Ramos Pereira

participou no evento “Doente Crítico 2017”,
realizado a 20 e 21 de Outubro no auditório da
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

O Presidente da APE

(Enf.º João Fernandes)

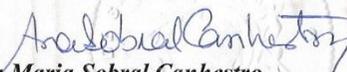
Anexo E – Certificado de colaboração no Seminário sobre “Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde”

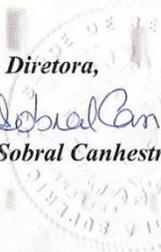
CERTIFICADO

Declara-se que a Enfermeira **RITA RAMOS PEREIRA**, no âmbito do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja, colaborou no *Seminário*, versando a temática “*Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde*”, com a duração de duas horas, no dia onze de dezembro de 2017.

Beja, 16 de janeiro de 2018

A Diretora,


Ana Maria Sobral Canhestro



APÊNDICES

Apêndice A – Contabilização do total de horas do Estágio Final

Atividades	Horas
Reunião individual com a enfermeira em funções de chefia - Proposta Projeto	1
Reunião individual com o orientador-Proposta Projeto	1
Reunião com a docente orientadora na Escola Superior de Saúde de Beja	2
Reuniões Futuras	9
Comissão ética da ULSBA	1
Serviços académicos e Comissão Ética da UE	2
Distribuição e recolha questionários	8
Aplicação da <i>Check list</i> de Observação	32
Agendamento das sessões formativas	2
Sessões formativas	12
Preparação sessões formativas	20
Realização do Protocolo de Atuação em situações com necessidade de isolamento no SU	16
Colaboração na elaboração do Plano de Atividades do Grupo de Qualidade e Risco	16
Observação do processo de auditorias internas no âmbito da Triagem de Manchester	8
Colaboração na realização de auditorias no SU ao Plano de Limpeza e Higienização do Serviço	24
Participação no Congresso " <i>Doente Crítico 2017</i> "	16
Reunião com os elementos do GCLPPCIRA ULSBA	8
Reunião com o Gabinete de Gestão do Risco	4
Reuniões com o Grupo de Trabalho representante do PPCIRA no SU	24
Conhecer o plano de catástrofe	8
Prestação de cuidados	336
Orientação tutorial	20
Horas de trabalho autónomo	300

Apêndice B – Projeto de Estágio

**MESTRADO EM ENFERMAGEM
EM ASSOCIAÇÃO**

 UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS

 INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA
ESCOLA SUPERIOR
Saúde

 ES
Escola
Superior
Saúde
IPortoalegre

 IPS
Instituto Politécnico de Setúbal
Escola Superior de
Saúde

 Instituto Politécnico de Castelo Branco
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

Unidade Curricular de Estágio Final

Professora Doutora Dulce Santiago

Supervisor Clínico Enfermeiro Especialista e Mestre José Luís Barriga

Projeto de Estágio

Trabalho elaborado por:

Rita Pereira – n.º 36947

Outubro 2017.

ÍNDICE DE SIGLAS

DGS – Direção geral de Saúde

EPI – Equipamento de Proteção Individual

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PPCIRA – Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e de Resistência aos Antimicrobianos

SU – Serviço de Urgência

UE – Universidade de Évora

ULSBA – Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo

ÍNDICE

NOTA INTRODUTÓRIA.....	4
1 – DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	5
1.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.....	5
1.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.....	10
1.3. Competências de Mestre.....	12
2 – CRONOGRAMA DE ATIVIDADES DE ESTÁGIO.....	14
NOTA FINAL.....	18
BIBLIOGRAFIA UTILIZADA.....	19
BIBLIOGRAFIA CONSULTADA.....	19
ANEXOS.....	20
Anexo 1: Projeto de Intervenção para a Aquisição de Competências de Mestre.....	21

NOTA INTRODUTÓRIA

No âmbito da Unidade Curricular Estágio Final, integrada no Mestrado em Associação na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, pretende-se a realização de um estágio final, durante o período de 18 de setembro a 27 de janeiro, no SU do Hospital José Joaquim Fernandes. Decorrerá sob a orientação da Professora Doutora Maria Dulce Santiago e pelo supervisor clínico Enfermeiro Especialista e Mestre José Luís Barriga.

A escolha do local de estágio, sendo o serviço onde atualmente desenvolvo a minha atividade profissional, prendeu-se com o fato de considerar que o mesmo constitui um desafio no meu percurso formativo e no desenvolvimento de competências especializadas a nível científico, técnico e humano.

Será um processo de reflexão profunda e planeamento estruturado de objetivos e intervenções, pelo que se torna fundamental a realização de um projeto de estágio, o qual será desenvolvido tendo em conta a realidade em que se insere.

Neste sentido, tem como principal objetivo a articulação entre o contexto prático e teórico, contribuindo para a aquisição de competências. Pretende-se a definição de um conjunto de atividades a realizar com vista ao desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica, bem como às competências de mestre em enfermagem.

Saliento o fato de ser meu objetivo elaborar um projeto major na área das IACS no doente crítico, com o desenvolvimento de atividades promotoras de mudança neste âmbito, pelo que o meu percurso formativo será desenvolvido com base na referida linha de investigação.

Por fim, importa referir que a elaboração do presente documento cumpriu as normas gramaticais do acordo ortográfico, em vigor no território nacional, assim como as regras de referência da *American Psychological Association*.

1. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Considera-se que o enfermeiro especialista é detentor de um conhecimento aprofundado de um domínio de enfermagem, possuidor de um elevado julgamento clínico, cuja tomada de decisão tem em conta os reais problemas de saúde da pessoa. (OE, 2011a)

1.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

O Regulamento Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2011a), define um conjunto de competências transversais a todas as áreas de especialização e aplicáveis a todos os contextos de prestação de cuidados. Preconizam que o enfermeiro seja detentor de uma “(...) elevada capacidade de concepção, gestão e supervisão de cuidados, (...) um suporte efectivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria.” (OE, 2011a, p. 8649)

Importa referir que existem quatro domínios de competências comuns, nomeadamente na área da responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria continua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Domínio da Responsabilidade Profissional, ética e legal

Competência A1: Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção

Unidades de Competência	A1.1 – Demonstra tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada. A1.2 – Suporta a decisão em princípios, valores e normas deontológicas. A1.3 – Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética de maior complexidade na sua área de responsabilidade. A1.4 – Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão.
Atividades	<ul style="list-style-type: none">• Rever o Código Deontológico dos Enfermeiros.• Prestar cuidados ao doente/família, tendo em conta os princípios éticos e deontológicos da profissão.• Identificar potenciais dilemas éticos no SU, colaborando na resolução dos mesmos com o supervisor clínico.

	<ul style="list-style-type: none"> • Refletir sobre as decisões da equipa que requerem um elevado julgamento ético e clínico.
<p>Competência A2: Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.</p>	
<p>Unidades de Competência</p>	<p>A2.1 – Promove a proteção dos direitos humanos.</p> <p>A2.2 – Gere na equipa, de forma apropriadas práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente.</p>
<p>Atividades</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Prestar cuidados ao doente/família, tendo em conta o respeito pelos direitos humanos. • Identificar potenciais situações, da prestação de cuidados no SU, que comprometam o respeito pelo doente/família, adotando intervenções corretivas.

Domínio da Melhoria da Qualidade

Competência B1: Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas na área da governação clínica.

<p>Unidades de Competência</p>	<p>B1.1 – Inicia e participa em projetos institucionais na área da qualidade.</p> <p>B1.2 – Incorpora diretivas e conhecimentos na prática.</p>
<p>Atividades</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Consultar os projetos institucionais existentes, na área da qualidade e melhoria contínua, no SU. • Reunir com a Enfermeira Chefe, de forma a identificar as principais atividades a desenvolver no âmbito da melhoria da qualidade. • Participar no desenvolvimento de projetos institucionais em curso no SU.
<p>Competência B2: Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade.</p>	
<p>Unidades de Competência</p>	<p>B2.1 – Avalia a qualidade dos cuidados de enfermagem nas vertentes de Estrutura, Processo e Resultado.</p> <p>B2.2 – Planeia programas de melhoria contínua.</p> <p>B2.3 – Lidera programas de melhoria.</p>

Atividades	<ul style="list-style-type: none"> • Colaborar, com a equipa multidisciplinar, no desenvolvimento de programas de melhoria contínua da qualidade. • Observação do processo de auditorias internas no Sistema de Triagem de Manchester, juntamente com o supervisor clínico. • Colaboração nas auditorias realizadas ao Plano de higienização do serviço, pelo grupo PPCIRA do SU. • Colaborar, juntamente com o supervisor clínico (elemento dinamizador do grupo da qualidade e risco no SU), na elaboração do Plano de Atividades do Grupo da Qualidade e Risco.
-------------------	--

Competência B3: Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.

Unidades de Competência	<p>B3.1 – Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo.</p> <p>B3.2 – Gere o risco ao nível institucional ou das unidades funcionais.</p>
Atividades	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar as principais características, recursos humanos, materiais e físicos, existentes no SU. • Promover um ambiente de segurança e proteção para o doente, família e equipa, nos vários contextos da prática clínica. • Reunir com os profissionais do Gabinete de Gestão do Risco da ULSBA. • Elaborar o protocolo de atuação em situações que exigem medidas de isolamento no SU.

Domínio da Gestão dos Cuidados

Competência C1: Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional.

Unidades de Competência	<p>C1.1 – Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão.</p> <p>C1.2 – Orienta e supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade.</p>
--------------------------------	--

Atividades	<ul style="list-style-type: none"> • Intervir, com o supervisor clínico, enquanto chefe de equipa, na gestão, organização e coordenação da equipa prestadora de cuidados. • Participar na delegação de tarefas e na sua supervisão. • Colaborar, com a Enfermeira Chefe do SU, na realização de atividades inerentes à gestão do serviço.
Competência C2: Adapta a liderança e a gestão de recursos às instituições e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados.	
Unidades de Competência	<p>C2.1 – Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados.</p> <p>C2.2 – Adapta o estilo de liderança e adequa-o ao clima organizacional estrito favorecedores da melhor resposta do grupo e dos indivíduos.</p>
Atividades	<ul style="list-style-type: none"> • Reunir com a Enfermeira Chefe do Serviço. • Conhecer as principais estratégias de liderança utilizadas na gestão da equipa do SU, tendo em conta os recursos físicos e humanos. • Observar o estilo de liderança adotado pela Enfermeira Chefe e Supervisor Clínico, enquanto chefe de equipa e elemento da equipa de gestão do serviço. • Identificar as principais dificuldades associadas ao processo de gestão do serviço, das tarefas delegadas e da prestação de cuidados. • Analisar as estratégias implementadas, pela Enfermeira Chefe e pelo Supervisor Clínico, para ultrapassar as dificuldades identificadas no processo de liderança e gestão.

Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

Competência D1: Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.

Unidades de Competência	<p>D1.1 – Detém uma elevada consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro.</p> <p>D1.2 – Gera respostas de elevada adaptabilidade individual e organizacional.</p>
Atividades	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar e gerir os comportamentos, atitudes, medos e dificuldades sentidas durante as relações estabelecidas com o doente e na interação com a equipa.

	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar estratégias de gestão de conflitos, utilizadas pela Enfermeira Chefe e Supervisor Clínico. • Resolver, de forma eficaz possíveis conflitos que surjam no contexto da prestação de cuidados. • Identificar dificuldades pessoais e profissionais durante o Ensino Clínico. • Refletir, juntamente com o supervisor, acerca do desempenho ao longo do Ensino Clínico.
Competência D2: Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimentos.	
Unidades de Competência	D2.1 – Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade. D2.2 – Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade. D2.3 – Provê liderança na formulação e implementação de políticas, padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho.
Atividades:	<ul style="list-style-type: none"> • Reunir com a Enfermeira Chefe e Enfermeiro Responsável pela Formação, com o objetivo de identificar as necessidades formativas do SU. • Realizar formação no âmbito da prevenção e controlo de infeção, juntamente com o respetivo grupo de trabalho, inserido no projeto de formação em serviço. • Participar no Congresso “<i>Doente Crítico 2017</i>”. • Elaborar um artigo científico.

1.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação crítica

O Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, define este tipo de cuidados como sendo “(...) *altamente qualificados* (...)”. (OE, 2011b, p. 8656). A complexidade da intervenção do enfermeiro especialista face ao doente crítico relaciona-se com a capacidade para integrar novos conhecimentos, uma tomada de decisão diferenciada, assente numa prática reflexiva acerca das responsabilidades éticas, profissionais e sociais.

No decorrer desde estágio final, juntamente com a elaboração de um trabalho de projeto, pretende-se o desenvolvimento das competências específicas acima referidas, promovendo a sua interface com as competências comuns.

Competência K1: Cuida da Pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica.

<p>Unidades de Competência</p>	<p>K1.1 – Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica.</p> <p>K1.2 – Gere a administração de protocolos terapêuticos complexos.</p> <p>K1.3 – Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, otimizando as respostas.</p> <p>K1.4 – Assiste a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e ou falência orgânica.</p> <p>K1.5 – Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde.</p> <p>K1.6 – Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e ou falência orgânica.</p>
<p>Atividades</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Prestar cuidados ao doente crítico e sua família/pessoas significativas em sala de emergência e serviço de observação. • Identificar prioridades na prestação de cuidados, prevendo potenciais riscos ou complicações. • Mobilizar conhecimentos para a prática clínica. • Cumprir protocolos existentes no SU. • Planear e avaliar dos cuidados tendo em conta as necessidades do doente/família em situação crítica. • Promover o bem-estar físico, psicossocial e espiritual do doente crítico, reduzindo o medo e a ansiedade. • Colaborar, juntamente com a equipa, de procedimentos específicos, com os quais não tenha anteriormente contactado. • Adaptar as estratégias de comunicação ao doente e família. • Estabelecer uma relação terapêutica que promova a partilha de emoções e sentimentos por parte do doente/família.

Competência K2: Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação.

<p>Unidades de Competência</p>	<p>K2.1 – Concebe, em articulação com o nível estratégico, os planos de catástrofe ou emergência.</p> <p>K2.2 – Planeia a resposta concreta ante as pessoas em situação de emergência multi-vítima ou catástrofe.</p>
---------------------------------------	---

	K2.3 – Gere os cuidados em situações de Emergência e ou Catástrofe.
Atividades	<ul style="list-style-type: none"> • Reunir com os elementos do grupo de Gestão do Risco da ULSBA. • Conhecer o plano de catástrofe da ULSBA.

Competência K3: Maximiza a intervenção na prevenção e controlo de infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

Unidades de Competência	<p>K3.1 – Concebe um plano de prevenção e controlo de infeção para resposta às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e ou falência orgânica.</p> <p>K3.2 – Lidera o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das IACS à pessoa em situação crítica e ou falência orgânica.</p>
Atividades	<ul style="list-style-type: none"> • Reunião com os elementos do PPCIRA da ULSBA. • Conhecer os projetos institucionais e no SU, no âmbito da prevenção e controlo de infeção. • Criação de um protocolo de atuação em situações que exigem isolamento no SU. • Participar no projeto formativo do grupo de trabalho representante do PPCIRA no SU. • Participar nas auditorias internas realizadas no SU, ao Plano de Limpeza e Higienização do Serviço, realizado mensalmente pelo grupo de trabalho da área.

1.3. Competências de Mestre

De acordo com o Decreto-Lei n.º 115/2013 de 7 de agosto, do Ministério da Educação, o grau de mestre implica o conhecimento aprofundado num domínio especializado, o que se traduz numa estreita relação com as competências do Enfermeiro Especialista. Deste modo, torna-se fundamental desenvolver um elevado nível de capacidades, raciocínio e julgamento clínico diferenciados, em que as aprendizagens se desenvolvem de um modo essencialmente autónomo.

Assim, o Mestre em Enfermagem desenvolve as seguintes competências:

- Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada;
- Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência;
- Tem 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;
- Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida;
- Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais;
- 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;
- Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.

No sentido de dar resposta às competências acima referidas, pretende-se a elaboração de um projeto de intervenção profissional, assente na Segurança do Doente, uma das principais linhas de investigação do ramo de Enfermagem Médico-Cirúrgica, mais especificamente na área das IACS no doente crítico.

Terá como objetivo principal melhorar o desempenho dos enfermeiros no SU no que concerne à Prevenção e Controlo de Infeção, mais especificamente nas Precauções Baseadas nas Vias de Transmissão, com recurso à implementação de um plano de formação e conseqüente uniformização de procedimentos.

Salienta-se a estreita relação da referida temática com as Competências Específicas e Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Estes conferem especial importância à problemática das IACS no doente crítico, bem como ao papel ativo do enfermeiro no desenvolvimento de atividades neste âmbito. (OE, 2011c)

Acredita-se que a redução da taxa de infeção hospitalar está diretamente relacionada com a diminuição do tempo de internamento, morbidade e mortalidade hospitalar. Dados recentes de vigilância epidemiológica a nível Europeu, revelam que em Portugal 10,5% dos doentes apresentam

uma infecção adquirida durante o internamento, comparativamente com uma taxa de 6,1% no conjunto dos países europeus. (DGS, 2016)

O risco de transmissão ocorre sobretudo em doentes críticos, sujeitos a múltiplos procedimentos invasivos e na maioria das vezes imunocomprometidos. São submetidos a transferências frequentes entre instituições hospitalares, para uma observação diferenciada sobretudo no que diz respeito a especialidades do foro médico e cirúrgico, o que aumenta a suscetibilidade à aquisição de IACS. (Ferreira, Marques, Matos & Pina, 2010)

Considerando a pertinência da temática, foi validada como necessidade formativa junto da Enfermeira Chefe do SU, Enfermeiro Supervisor e grupo de trabalho do PPCIRA no SU. Das reuniões realizadas com os referidos elementos, foi unânime a opinião no que se refere à importância do desenvolvimento de formação específica na área das Precauções Baseadas nas Vias de Transmissão.

Face ao problema identificado, considero que este tema será um desafio, sobretudo quando aplicado à realidade do SU.

2. CONTABILIZAÇÃO DO TOTAL DE HORAS DO ESTÁGIO FINAL

Atividades	Horas
Reunião individual com a enfermeira em funções de chefia-Proposta Projeto	1
Reunião individual com o orientador-Proposta Projeto	1
Reunião com a docente orientadora na Escola Superior de Saúde de Beja	2
Reuniões Futuras	9
Comissão ética da ULSBA	1
Serviços académicos e Comissão Ética da UE	2
Distribuição e recolha questionários	8
Aplicação da <i>Check list</i> de Observação	32
Agendamento das sessões formativas	2
Sessões formativas	12
Preparação sessões formativas	20
Realização do Protocolo de Atuação em situações com necessidade de isolamento no SU	16
Colaboração na elaboração do Plano de Atividades do Grupo de Qualidade e Risco	16
Observação do processo de auditorias internas no âmbito da Triagem de Manchester	8
Colaboração na realização de auditorias no SU ao Plano de Limpeza e Higienização do Serviço	24
Participação no Congresso “Doente Crítico 2017”	16
Reunião com os elementos do GCLPPCIRA ULSBA	8
Reunião com o Gabinete de Gestão do Risco	4
Reuniões com o Grupo de Trabalho representante do PPCIRA no SU	24
Conhecer o plano de catástrofe	8
Prestação de cuidados	336
Orientação tutorial	20
Horas de trabalho autónomo	300

Cronograma de Estágio

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES DE ESTÁGIO								
	1ª Semana 19/09 – 24/09	2ª Semana 25/09 – 01/10	3ª Semana 02/10 – 08/10	4ª Semana 09/10 – 15/10	5ª Semana 16/10 – 22/10	6ª Semana 23/10 – 29/10	7ª Semana 30/10 - 05/11	8ª Semana 06/11 – 12/11
Reuniões de Estágio	Reunião individual com o supervisor - Proposta Projeto	Reunião individual com a docente - Proposta Projeto	Reunião individual com a Enfermeira Chefe- Proposta Projeto					
Atividades				Realização do Projeto de Estágio; Colaboração na realização do Plano de Atividades do Grupo da Qualidade e Risco do SU	Congresso Doente Crítico	Auditorias PPCIRA SU Auditorias Sistema Triagem Manchester		Preparação das sessões formativas a realizar no âmbito da formação em serviço
Atividades a realizar na Concretização do Projeto de			Elaboração da Proposta de Projeto	Elaboração dos pedidos de parecer à comissão de		Entrega da proposta de projeto de mestrado nos serviços	Diagnóstico de Necessidades Formativas; Aplicação do Questionário	Aplicação da <i>check-list</i> de observação;

intervenção profissional				ética da ULSBA e UE		académicos da UE	Sociodemográfico e de Diagnóstico de Necessidades	Preparação das sessões formativas
	9ª Semana 13/11 – 19/11	10ª Semana 20/11 – 26/11	11ª Semana 27/11 – 29/11	12ª Semana 13/12 – 17/12	13ª Semana 18/12 – 22/12	14ª Semana 02/01 – 07/01	15ª Semana 08/01 – 14/01	16ª Semana 15/01 – 21/01
Atividades	Realização de formação à equipa do SU	Realização de formação à equipa do SU		Realização do algoritmo via verde sépsis	Realização do algoritmo via verde sépsis		Auditoria PPCIRA SU ULSBA	
Atividades a realizar na Concretização do Projeto de intervenção profissional	Realização de Formação à equipa do SU	Aplicação da <i>check-list</i> de observação.	Aplicação da <i>check-list</i> de observação.	Análise dos dados obtidos na <i>check-list</i> de observação	Análise dos dados obtidos na <i>check-list</i> de observação	Análise dos dados obtidos na <i>check-list</i> de observação	Realização do protocolo de atuação em situações com necessidade de isolamento	Entrega do Artigo
	17ª Semana 22/01 – 28/01							
	Avaliação do Estágio							

NOTA CONCLUSIVA

A construção de um projeto de estágio permitiu estruturar as principais metas a atingir nesta fase do meu percurso formativo, decorrente de uma reflexão aprofundada das competências do enfermeiro especialista e mestre, as quais deverão percorrer um caminho conjunto.

Pretende-se o desenvolvimento de um projeto de intervenção, assente numa sólida base científica, e que dê resposta a reais necessidades do serviço onde decorrerá o ensino clínico. Neste sentido, será promovida uma relação entre as diferentes atividades planeadas de forma a garantir a operacionalidade deste projeto, o qual considero bastante enriquecedor no meu desenvolvimento profissional.

Decorrente do processo de aquisição de competências de Enfermeiro Especialista e Mestre, salienta-se a pertinência do projeto de intervenção profissional que proponho desenvolver, já que o mesmo se alicerça na área da melhoria contínua da qualidade e na promoção de um ambiente seguro, sobretudo no que concerne à prevenção e controlo das IACS.

Importa referir que este não será um documento estanque, mas sim sujeito a possíveis mudanças e reestruturações que demonstrem ser uma mais valia para a sua concretização.

BIBLIOGRAFIA UTILIZADA

DGS (2016). *A Saúde dos Portugueses 2016*. Lisboa: DGS.

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

OE (2011a). *Regulamento nº 122/2011 de 18 de fevereiro*. Diário da República, 2ª Série nº 35. Lisboa: Assembleia da República, 8648 – 8653.

OE (2011b). *Regulamento nº 124/2011 de 18 de fevereiro*. Diário da República, 2ª Série nº 35. Lisboa: Assembleia da República, 8656 – 8657.

OE. (2011c). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Lisboa: OE.

Ministério da Educação e Ciência (2013). *Decreto-Lei n.º 115/2013 de 7 de agosto*. Diário da República 1.ª Série. Lisboa: Assembleia da República, 4749 – 4772.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

Almeida, A., Alves, M., Constantino, R., Cruz, C., Figueiredo, M., Lucas, A., Mendes, T., Pinto, P., Reis, S. Roque, A., Sambango, D., Verissimo, O. & Vitorino, A. (2015). *Prevenção e Controlo das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde: Contributos para a tomada de decisão em enfermagem*. Coimbra.

DGS (2017). *Recomendação – Prevenção da transmissão de Enterobacteriaceas resistentes aos carbapenemos em hospitais de cuidados de agudos*. DGS: Lisboa

DGS (2016). *Relatório de Prevenção e Controlo de Infecções e de resistência aos antimicrobianos em números – 2015*. DGS: Lisboa.

DGS (2013). *Norma 029/2012: Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI)*.

DGS (2007). *Recomendações para as Precauções de Isolamento: Precauções básicas e dependentes das vias de transmissão.*

Ferrito, C., Nunes, L. & Ruivo, M. (2010, janeiro-março). *Metodologia de Projeto: Colectânea descritiva de etapas.* Revista Percursos, 15, 1-37.

Ministério da Saúde (2015). *Despacho nº1400-A de 10 de fevereiro.* Diário da República 2ª série. Lisboa: Assembleia da República, 3882 – 3890.

Apêndice C – Questionário sociodemográfico e de diagnóstico de necessidades formativas em prevenção e controlo de infeção – precauções baseadas nas vias de transmissão

Questionário sociodemográfico e de diagnóstico de necessidades formativas em prevenção e controlo de infeção – precauções baseadas nas vias de transmissão

A Organização Mundial de Saúde considera as infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) um verdadeiro problema de saúde pública, com impacto crescente à escala mundial.

O presente projeto de intervenção, enquadrado na área das IACS no doente crítico, tem como principal objetivo incrementar o cumprimento das precauções baseadas nas vias de transmissão nos enfermeiros do serviço de urgência, com vista à promoção da segurança do doente.

Este questionário tem como objetivo a caracterização sociodemográfica da equipa de enfermagem, assim como a identificação das necessidades formativas em prevenção e controlo de infeção, com especial enfoque nas precauções baseadas nas vias de transmissão.

Os dados obtidos serão utilizados como instrumento de trabalho no planeamento do projeto. A confidencialidade e anonimato dos mesmos serão garantidos.

Parte 1: Caracterização da Equipa

De acordo com a resposta assinale um “X”.

1. Género	Masculino			Feminino		
2. Idade	21-30		31-40		41-50	51-60
3. Anos de Experiencia Profissional	0-4	5-9	10-14	15-20		>20
4. Anos de Experiência Profissional no Serviço de Urgência	0-4	5-9	10-14	15-20		>20
5. Habilitações Académicas	Bacharelato	Licenciatura	Pós-Graduação	Especialidade	Mestrado	Doutoramento

Parte 2: Formação em Prevenção e Controlo de Infeção

De acordo com a resposta assinale um "X".

1. Alguma vez realizou formação em Prevenção e Controlo de Infeção	Sim	Não

Se respondeu que "Não" passe à questão nº4.

2. Se respondeu "Sim" diga em que contexto fez a Formação	Formação em Serviço	Formação académica	Formação pelo Centro de Formação da ULSBA	Entidade externa à ULSBA

3. Se respondeu "Sim" quando realizou a Formação	Antes de 2007	Depois 2007

4. Considera importante a formação periódica em prevenção e controlo de infeção para a sua prestação de cuidados no SU?	Sim	Não

5. Conhece as recomendações da DGS relativamente às Precauções Baseadas nas Vias de Transmissão?	Sim	Não

6. Considera que na sua prática cumpre as Precauções Baseadas nas Vias de Transmissão?	Sim	Não

7. De uma forma geral considera que no SU são cumpridas as Precauções Baseadas nas Vias de Transmissão?	Sim	Não

8. Considera que o desempenho da equipa pode ser melhorado pela realização de formação em serviço?	Sim	Não

Obrigada pela sua colaboração!

Rita Pereira

Apêndice D – Proposta de Projeto – Modelo T005



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

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 no SAC)

Data: _____ Assinatura: _____

3. IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDANTE

Nome Completo: Rita Ramos Pereira Número: 36947

Curso: Mestrado em Enfermagem

Especialidade: Enfermagem Médico-Cirúrgica - Pessoas em Situação Crítica

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

4. CONTACTOS DO ESTUDANTE

Telef.: 927408646 E-mail: rita_rpereira@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 as opções desde formulário em que propõe alterações (Nº deve preencher as respetivas opções)

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

6. TÍTULO DO TRABALHO

Título em Português:

Precauções baseadas na transmissão - para uma enfermagem promotora da segurança no doente crítico

Título em Inglês:

Transmission-based precautions - for a nursing safety promoter in the critically ill patient

7. TIPO DE TRABALHO (de acordo com o previsto no Plano de Estudos do Curso) <small>APENAS NO CASO DE PROCURA DE DOUTORAMENTO:</small> <input type="checkbox"/> Tese Formato de Tese: <input type="checkbox"/> Dissertação sobre o tema de investigação <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Compilação de artigos publicados, obras ou resenhas críticas com exploração escrita <input type="checkbox"/> Outros produtos de investigação realizados com parecer justificativo e descritivo <small>NAU MESTRADO OU MESTRADO INTEGRADO:</small> <input type="checkbox"/> Dissertação <input checked="" type="checkbox"/> Estágio <input 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 aceite(s)) Nome: <u>Maria Dulce Santos Santiago</u> Universidade/Instituição: <u>Instituto Politécnico de Beja</u> N.º Identificação Civil: <u>06208269</u> Tipo de Identificação: <input type="checkbox"/> ar <input checked="" type="checkbox"/> cr <input type="checkbox"/> Passaporte <input type="checkbox"/> Outro: _____ Telef.: <u>967861852</u> E-mail: <u>dulce.santiago@ipbeja.pt</u> ID ORCID: <u>0000-0003-0988-6998</u> Nome: _____ Universidade/Instituição: _____ N.º Identificação Civil: _____ Tipo de Identificação: <input type="checkbox"/> ar <input type="checkbox"/> cr <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"/> cr <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>Segurança, Serviço de Urgência, Infecções associadas aos cuidados saúde, Enfermagem, Doente Crítico</u>				
11. DOMÍNIO A INVESTIGAR/TEMA <u>Prevenção e controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente crítico no SU.</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 de Unidade (Inglês) de acolhimento (Deve incluir o(a) Orientador(es) e Projeto ou Equipe de Investigação em que o trabalho se enquadra a preparação de Tese) - Apenas para alunos de 3.º Ciclo <input checked="" type="checkbox"/> Outros: <u>Carta de autorização a G</u>	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 mais cedo de estado), entrego o projeto de Tese/ Dissertação/Estágio/Trabalho Projeto (conforme indicado no quadro 6 deste impresso) do qual, após aprovado pelo Conselho Científico, será emitido o respetivo registo nos Serviços Académicos da 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"> <tr> <td data-bbox="236 1825 646 1942">Receção (Data e Assinatura)</td> <td data-bbox="652 1825 1062 1942">Registo (Data e Assinatura)</td> <td data-bbox="1069 1825 1444 1942">Observações:</td> </tr> </table>		Receção (Data e Assinatura)	Registo (Data e Assinatura)	Observações:
Receção (Data e Assinatura)	Registo (Data e Assinatura)	Observações:		

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



ES
Escola Superior Saúde
IPPortalegre



IPS
Instituto Politécnico de Setúbal
Escola Superior de Saúde



Instituto Politécnico de Castelo Branco
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

12.

Resumo, Plano e Cronograma (incluir bibliografia consultada)

RESUMO

A Organização Mundial de Saúde considera as infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) um verdadeiro problema de saúde pública, com impacto crescente à escala mundial. Estima-se que caso não sejam implementadas medidas corretivas, em 2050 morrerão cerca de 390 000 pessoas anualmente, na Europa, e cerca de 10 milhões a nível Mundial. (Direção Geral de Saúde, 2016)

Acredita-se que a redução da taxa de infeção hospitalar está diretamente relacionada com a diminuição do tempo de internamento, morbidade e mortalidade hospitalar. Dados recentes de vigilância epidemiológica a nível Europeu, revelam que em Portugal 10,5% dos doentes apresentam uma infeção adquirida no hospital, comparativamente com uma taxa de 6,1% no conjunto dos países europeus. (Direção Geral de Saúde, 2016) Conduzem a um elevado consumo de recursos a nível hospitalar e comunitário, contudo acredita-se que cerca de um terço são evitáveis. (Ministério da Saúde, 2015)

O risco de transmissão ocorre sobretudo em doentes críticos, sujeitos a múltiplos procedimentos invasivos e terapêutica imunossupressora. São submetidos a transferências frequentes entre instituições hospitalares, para uma observação diferenciada sobretudo no que diz respeito a especialidades do foro médico e cirúrgico, o que aumenta a suscetibilidade à aquisição de IACS. (Ferreira, Marques, Matos & Pina, 2010) No sentido de promover uma prestação segura de cuidados de saúde, com vista à melhoria contínua da qualidade, o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, definiu como um dos seus objetivos a prevenção e controlo das infeções e resistência aos antimicrobianos. (Ministério da Saúde, 2015)

Sendo notória a importância da implementação de protocolos de rastreio no momento da admissão do doente, importa referir que os mesmos terão que ser complementados com a implementação de medidas de isolamento e o adequado cumprimento das precauções básicas de controlo de infeção. Em articulação, as precauções dependentes das vias de transmissão promovem a segurança nos cuidados prestados. Visam orientar a prática profissional tendo em conta a cadeia epidemiológica da infeção, a via de transmissão e a patologia. (Direção Geral de Saúde, 2007)

Estas são consideradas estratégias de excelência, cuja promoção deve ser iniciada no serviço de urgência, o qual constitui a porta de entrada da maioria dos utentes que recorrem ao sistema de saúde. (Direção Geral de Saúde, 2017)

A formação contínua dos enfermeiros, em função das necessidades identificadas, constitui uma medida essencial num adequado plano de controlo de infeção. A educação e treino dos profissionais têm-se revelado um importante contributo na qualidade dos cuidados e consequentemente na redução do risco. (Almeida *et al*, 2015)

O presente projeto de intervenção, enquadrado na área das IACS no doente crítico, tem como principal objetivo incrementar o cumprimento das precauções baseadas nas vias de transmissão nos enfermeiros do serviço de urgência, com vista à promoção da segurança do doente. Para tal pretende-se a realização de formação modular à equipa de enfermagem, de acordo com as necessidades identificadas, com consequente uniformização de procedimentos.

A temática deste projeto foi identificada como uma das principais áreas com necessidade de melhoria no local de estágio, denotando-se a sua estreita relação com as Competências Específicas e Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Estes conferem especial importância à problemática das IACS no doente crítico, bem como ao papel ativo do enfermeiro no desenvolvimento de atividades neste âmbito. (Ordem dos Enfermeiros, 2011)

PLANO

Local de Estágio: serviço de urgência do Hospital José Joaquim Fernandes, da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo (ULSBA).

População alvo: enfermeiros do serviço de urgência, em prestação direta de cuidados, e que aceitem participar voluntariamente no projeto de formação.

Levantamento de necessidades e justificação: a temática a abordar foi validada através de uma reunião com a enfermeira em funções de chefia e com o enfermeiro responsável pela formação. Considera-se também a aplicação de um questionário aos enfermeiros, de forma a obter uma caracterização sociodemográfica dos mesmos e ainda identificar as necessidades formativas em prevenção e controlo de infeção, com especial enfoque nas precauções baseadas nas vias de transmissão.

Procedimentos a realizar: Após a análise dos questionários pretende-se estruturar um plano formativo que permita que pelo menos 50% dos enfermeiros que demonstrem necessidades formativas nesta área possam realizar formação durante o período de estágio (amostra). Os enfermeiros que aceitarem participar no projeto, serão submetidos a dois momentos de observação, com recurso a uma *check list* previamente elaborada, e que será aplicada a cada enfermeiro durante a prestação de cuidados a doentes que requerem a implementação de medidas de isolamento. Pretende-se a realização de observações referentes às três vias de transmissão (via aérea, gotículas e contato) e que avalie o cumprimento das principais recomendações emanadas pela Direção Geral de Saúde (2007) e *Center of Disease and Control Prevention* (2007). Importa referir que será efetuada uma adaptação das mesmas à realidade do SU, sobretudo no que concerne às suas características físicas. Considera-se importante a realização de dois momentos de observação, antes e após os momentos formativos, de forma a comparar os resultados obtidos e avaliar o impacto da formação na promoção de boas práticas de enfermagem na prevenção e controlo de infeção.

Instrumentos de colheita de dados: questionário de caracterização sociodemográfica e de diagnóstico de necessidades formativas; *check list* de observação dos enfermeiros; questionário de avaliação das sessões de formação.

Questões éticas: a confidencialidade será mantida, garantindo assim o anonimato dos enfermeiros envolvidos, cuja participação será voluntária. Comprometo-me ainda em cumprir as condições previstas na Declaração de Helsínquia e em assegurar que não irão ocorrer interferências na prestação de cuidados.

CRONOGRAMA

1ª FASE FASE INICIAL	2ª FASE FASE DE PLANEAMENTO	3ª FASE FASE DE EXECUÇÃO	4ª FASE FASE DE CONCLUSÃO
19/09 a 18/10	19/10 a 01/11	02/11 a 16/12	17/12 a 01/03
ATIVIDADES			
Reunião com a Enfermeira Chefe e Responsável pela Formação no Serviço			
Definição do Orientador			
	Elaboração da Proposta de Projeto		
	Pedido de Parecer à comissão de Ética da ULSBA		
	Pedido de Parecer à comissão de Ética da Universidade Évora		
	Aplicação do questionário		
		Aplicação inicial da <i>check list</i>	
		Realização de sessões formativas	
		Aplicação final da <i>check list</i>	
			Discussão dos resultados
			Elaboração do Relatório
			Entrega do Relatório

BIBLIOGRAFIA UTILIZADA

Almeida, A., Alves, M., Constantino, R., Cruz, C., Figueiredo, M., Lucas, A., Mendes, T., Pinto, P., Reis, S. Roque, A., Sambango, D., Verissimo, O. & Vitorino, A. (2015). *Prevenção e Controlo das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde: Contributos para a tomada de decisão em enfermagem*. Coimbra.

Center of Disease and Control Prevention (2007). *Guideline for Isolation Precaution: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings*. Disponível em: <https://www.cdc.gov/anthrax/pdf/infection-control-guidelines-for-healthcare-setting-2007.pdf>.

DGS (2017). *Recomendação – Prevenção da transmissão de Enterobacteriaceas resistentes aos carbapenemos em hospitais de cuidados de agudos*. DGS: Lisboa

DGS (2016). *Relatório de Prevenção e Controlo de Infeções e de resistência aos antimicrobianos em números – 2015*. DGS: Lisboa.

DGS (2007). *Recomendações para as Precauções de Isolamento: Precauções básicas e dependentes das vias de transmissão*.

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

Ministério da Saúde (2015). *Despacho nº1400-A de 10 de fevereiro. Diário da República 2ª série*. Lisboa: Assembleia da República, 3882 – 3890.

OE. (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Lisboa: OE.

BIBLIOGRAFA CONSULTADA

DGS (2013). Norma 029/2012: *Precauções Básicas do Controlo da Infeção (PBCI)*.

Elder. E., Mason, M. & Zimmerman P. (2016, março). *A healthy degree of suspicion: A discussion of the implementation of transmission based precautions in the emergency department*. Australasian EmergencyNursing Journal, 347, 1-6.

Ferrito, C., Nunes, L. & Ruivo, M. (2010, janeiro-março). *Metodologia de Projeto: Colectânea descritiva de etapas*. Revista Percursos, 15, 1-37.

Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento nº 124/2011 de 18 de fevereiro. Diário da República, 2ª Série nº 35*. Lisboa: Assembleia da República, 8656 – 8657.

Apêndice E – Pedido de parecer à Comissão de Ética da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo

Exma. Presidente do Conselho de Administração da ULSBA,

Sr.º Dr.ª Conceição Margalha

Assunto: pedido de apreciação e parecer da Comissão de Ética da ULSBA

Eu, Rita Ramos Pereira, enfermeira no Serviço de Urgência do Hospital José Joaquim Fernandes, com o número mecanográfico 21019, venho por este meio solicitar um pedido de apreciação e parecer à Comissão de Ética da ULSBA, acerca do assunto abaixo apresentado:

No âmbito do Mestrado em Enfermagem em Associação na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, a Pessoa em Situação Crítica, criado pelo aviso n.º 5622/2016, publicado em Diário da República; 2.ª série – n.º 84 de 2 de maio de 2016 e a decorrer na Universidade de Évora, encontro-me a realizar um estágio no Serviço de Urgência do Hospital José Joaquim Fernandes, que se iniciou no dia 18 de setembro de 2017 e que terminará a 27 de janeiro de 2018. O estágio prevê a realização de um projeto, cujo objetivo é incrementar o cumprimento das precauções baseadas nas vias de transmissão nos enfermeiros do serviço de urgência. Para tal pretende-se a realização de formação modular à equipa de enfermagem, de acordo com as necessidades identificadas, de forma a incrementar a adesão às boas práticas em prevenção e controlo de infeção.

Pretende-se ainda que através da concepção e implementação deste projeto sejam desenvolvidas e atingidas as competências de mestre em enfermagem e que a evidência resultante possa ser uma mais-valia para a comunidade científica.

No âmbito do projeto supracitado, estão previstas as seguintes actividades:

- Entregar um questionário aos enfermeiros do serviço de urgência, com o objetivo de realizar a sua caracterização sociodemográfica e de identificar necessidades formativas na área da prevenção e controlo de infeção, com especial enfoque nas precauções baseadas nas vias de transmissão.
- Fazer uma observação aos cuidados de enfermagem prestados ao doente crítico com necessidade de medidas de isolamento, pelos elementos da equipa de enfermagem que se mostrarem disponíveis em colaborar, antes e após formação nesta área, sem custos acrescidos para a entidade patronal e sem interferência na dinâmica do serviço.

Comprometo-me em garantir o anonimato e a confidencialidade dos dados colhidos e em informar os enfermeiros envolvidos desta condição, bem como do âmbito e objectivo do projeto, sendo o envolvimento dos mesmos facultativo. Comprometo-me ainda em cumprir as condições previstas na Declaração de Helsínquia.

Atenciosamente

Rita Ramos Pereira

Unidade Local de Saúde de ULSA, EPE
Rua Dr. António Corvo Lamas
7001-009 Évora

Recebi o original
31/10/17
HMM

Apêndice F – 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: Rita Ramos Pereira
Email: m36947@alunos.uevora.pt **Número de aluno:** 36947
Curso: Enfermagem (Mestrado)

Requerimento

Título do Projeto:

Precauções baseadas na transmissão – para uma enfermagem promotora da segurança no doente crítico

Nome dos Investigadores:

Rita Ramos Pereira

Nível da Investigação:

Projeto e respetivo relatório 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:

Professora Doutora Maria Dulce dos Santos Santiago

Responsáveis Académicos - Colaboradores:

José Luis Miranda Barriga Rosa

Resumo / Abstract:

A Organização Mundial de Saúde considera as infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) um verdadeiro problema de saúde pública, com impacto crescente à escala mundial. Estima-se que caso não sejam implementadas medidas corretivas, em 2050 morrerão cerca de 390 000 pessoas anualmente, na Europa, e cerca de 10 milhões a nível Mundial. (Direção Geral de Saúde, 2016) As Precauções Baseadas nas Vias de Transmissão são consideradas uma estratégia de excelência, cuja promoção deve ser iniciada no serviço de urgência, o qual constitui a porta de entrada da maioria dos utentes que recorrem ao sistema de saúde. A formação contínua dos enfermeiros, em função das necessidades identificadas, constitui uma medida essencial num adequado plano de controlo de infeção, com vista à promoção da segurança do doente.

Fundamentação e pertinência do estudo:

Acredita-se que a redução da taxa de infeção hospitalar está diretamente relacionada com a diminuição do tempo de internamento, morbilidade e mortalidade hospitalar. Dados recentes de vigilância epidemiológica a nível Europeu, revelam que em Portugal 10,5% dos doentes apresentam uma infeção adquirida durante o internamento, comparativamente com uma taxa de 6,1% no conjunto dos países europeus. (DGS, 2016)
O risco de transmissão ocorre sobretudo em doentes críticos, sujeitos a múltiplos procedimentos invasivos e terapêutica imunossupressora. São submetidos a transferências frequentes entre instituições hospitalares, para uma observação diferenciada sobretudo no que diz respeito a especialidades do foro médico e cirúrgico, o que aumenta a



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

Requerente

Nome: Rita Ramos Pereira
Email: m36947@alunos.uevora.pt **Número de aluno:** 36947
Curso: Enfermagem (Mestrado)

Requerimento

susceptibilidade à aquisição de IACS. (Ferreira, Marques, Matos & Pina, 2010)
Neste sentido, considera-se fundamental o papel do enfermeiro no desenvolvimento de atividades que promovam o cumprimento das Precauções Baseadas nas Vias de Transmissão no serviço de urgência, a par das Precauções Básicas de Prevenção e Controlo de Infecção. São recomendações internacionais que visam a melhoria contínua da qualidade e segurança do doente. A educação e treino dos profissionais têm-se revelado um importante contributo na qualidade dos cuidados e consequentemente na redução do risco. (Almeida et al, 2015)

Objetivos:

Incrementar o cumprimento das precauções baseadas nas vias de transmissão nos enfermeiros do serviço de urgência.

Seleção da amostra:

Após a análise dos resultados do questionário de caracterização sociodemográfica e de diagnóstico de necessidades formativas em Precauções Baseadas nas Vias de Transmissão, aplicado a todos os enfermeiros em funções de prestação direta de cuidados no serviço de urgência do Hospital de Beja (população-alvo), a amostra será pelo menos 50% dos enfermeiros que demonstrem necessidades formativas nesta área.

Procedimentos metodológicos:

Após a análise dos resultados do questionário de caracterização sociodemográfica e de diagnóstico, pretende-se estruturar e implementar um plano formativo no serviço de urgência, que permita que pelo menos 50% dos enfermeiros que demonstrem necessidades formativas nesta área, possam realizar formação. Os enfermeiros que aceitarem participar no projeto, serão submetidos a dois momentos de observação, com recurso a uma check list previamente elaborada, e que será aplicada a cada enfermeiro durante a prestação de cuidados a doentes que requerem a implementação de medidas de isolamento. Pretende-se a realização de observações referentes às três vias de transmissão (via aérea, gotículas e contato) e que avalie o cumprimento das principais recomendações emanadas pela Direção Geral de Saúde (2007) e Center of Disease and Control Prevention (2007). Importa referir que será efetuada uma adaptação das mesmas à realidade do SIU, sobretudo no que concerne às suas características físicas.



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

Requerente

Nome: Rita Ramos Pereira
Email: m36947@alunos.uevora.pt **Número de aluno:** 36947
Curso: Enfermagem (Mestrado)

Requerimento

Instrumentos de avaliação:

Questionário de caracterização sociodemográfica e de diagnóstico de necessidade formativas; check list de observação dos enfermeiros; questionário de avaliação das sessões de formação.

Como serão recolhidos os dados:

Através do preenchimento do questionário pelos enfermeiros; através do preenchimento, pelo formador, da check list de avaliação dos enfermeiros relativamente às medidas de controlo de infeção, mediante observação dos enfermeiros.

Como será mantida a confidencialidade nos registos:

Os questionários sociodemográficos e de diagnóstico das necessidades formativas não irão conter nenhuma informação que possa levar à identificação objetiva do enfermeiro que o preenche por parte de terceiros. Os questionários serão distribuídos aleatoriamente pelos enfermeiros do serviço de urgência. Em relação à check list e aos dados recolhidos através da mesma, irá funcionar do mesmo modo.

Estudos prévios em que se baseia esta investigação:

Almeida, A., Alves, M., Constantino, R., Cruz, C., Figueiredo, M., Lucas, A., Mendes, T., Pinto, P., Reis, S., Roque, A., Sambango, D., Verissimo, O. & Vitorino, A. (2015). Prevenção e Controlo das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde: Contributos para a tomada de decisão em enfermagem. Coimbra.
Center of Disease and Control Prevention (2007). Guideline for Isolation Precaution: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings. Disponível em: <https://www.cdc.gov/anthrax/pdf/infection-control-guidelines-for-healthcare-setting-2007.pdf>.
DGS (2016). Relatório de Prevenção e Controlo de Infeções e de resistência aos antimicrobianos em números – 2015. DGS: Lisboa.
DGS (2007). Recomendações para as Precauções de Isolamento: Precauções básicas e dependentes das vias de transmissão.
Ferreira, E., Marques A., Matos B. & Pina E. (2010, julho – setembro). Infeções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. Revista Portuguesa de Saúde Pública, 10, 27-39.



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

Requerente

Nome: Rita Ramos Pereira

Email: m36947@alunos.uevora.pt **Número de aluno:** 36947

Curso: Enfermagem (Mestrado)

Requerimento

Declaração de consentimento informado utilizada no estudo:

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e eventual publicação científica, nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Apêndice G - *Check-list* de observação

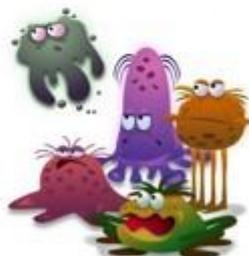
Sector do Serviço de Urgência:				
Tipo de Isolamento:				
Código	Critério	Sim	Não	Não aplicável
A Higiene das Mãos				
A1	Antes da colocação do EPI			
A2	Após a remoção do EPI			
A3	Cumprir os 5 momentos			
B Localização do Doente				
B1	Separação espacial com cortinas			
B2	Isolamento em coorte			
B3	Sala espera			
B4	Sinalização da Unidade			
C Equipamento de Proteção Individual				
C1 Luvas				
C1.1	Coloca sempre que se prevê o contato com fluidos orgânicos/material contaminado			
C1.2	Procede à correta colocação e remoção			
C1.3	Troca após o contato com material infetado que contenha grande concentrações de microrganismos			
C2 Máscara e Proteção Ocular/Facial				
C2.1	Coloca sempre que prevê o contato com salpicos de fluidos orgânicos ou aerossóis de secreções respiratórias			
C2.2	Utiliza máscara cirúrgica se estiver a <1m do doente			
C2.3	Utiliza respirador de partículas PFF2/N95			
C2.4	Procede à correta colocação e remoção			
C3 Bata/Avental				
C.3.1	Coloca sempre que prevê o contato com o doente e/ou superfícies envolventes.			
C.3.2	Procede à correta colocação e remoção			
C4 Ordem de colocação de EPI (bata/avental, máscara, óculos, luvas)				
C5 Ordem de remoção de EPI (luvas, óculos, bata, máscara)				
D Educação do doente e família/Visitas				
D.1	Informa o doente/família do motivo das medidas de precaução			
D.2	Ensina as medidas de precaução			
D.3	Restringe o número de visitas.			
E Transporte do doente				
E.1	O transporte é limitado ao estritamente necessário (p. ex. realização de exames)			
E.2	Coloca máscara cirúrgica para o doente durante o transporte			
E.4	Informa o serviço para onde será transportado do risco de transmissão de infeção.			
F Descontaminação do Equipamento/Controlo Ambiental				
F.1	Promove-se a individualização de materiais			
F.2	Realiza-se a correta descontaminação de material/equipamentos de uso comum			
F.3	Verifica-se acondicionamento correto de resíduos/roupa			
F.4	Existe uma correta descontaminação da unidade no momento da alta/transferência do doente.			

Apêndice H – Apresentação *PowerPoint* sobre Precauções Dependentes da Via de Transmissão à equipa de enfermagem do serviço de urgência

Precauções dependentes da Via de Transmissão

PREVENÇÃO e CONTROLO de
INFEÇÃO

Rita Pereira



Novembro, 2017

Objetivos

GERAIS:

- Promover boas práticas de enfermagem, no que concerne à precauções dependentes das vias de transmissão (PDVT), no doente em situação crítica.

ESPECÍFICOS:

- Conhecer as recomendações da Direção Geral de Saúde (2007) e *Center Disease and Control Prevention* (2007), no âmbito das PDVT.
- Compreender a importância de cumprir as PDVT na promoção da segurança do doente crítico.

Isolamento

Definição:

- É o **estabelecimento de barreiras físicas** para prevenir a transmissão cruzada de microrganismos infecciosos de um indivíduo para outro.
- Não significa necessariamente uma separação física da pessoa, mas sim a adoção de medidas que permitam cortar a via de transmissão de agentes infecciosos a partir de um reservatório humano ou ambiental.

Almeida et al, 2015

Colonização vs Infeção

COLONIZAÇÃO

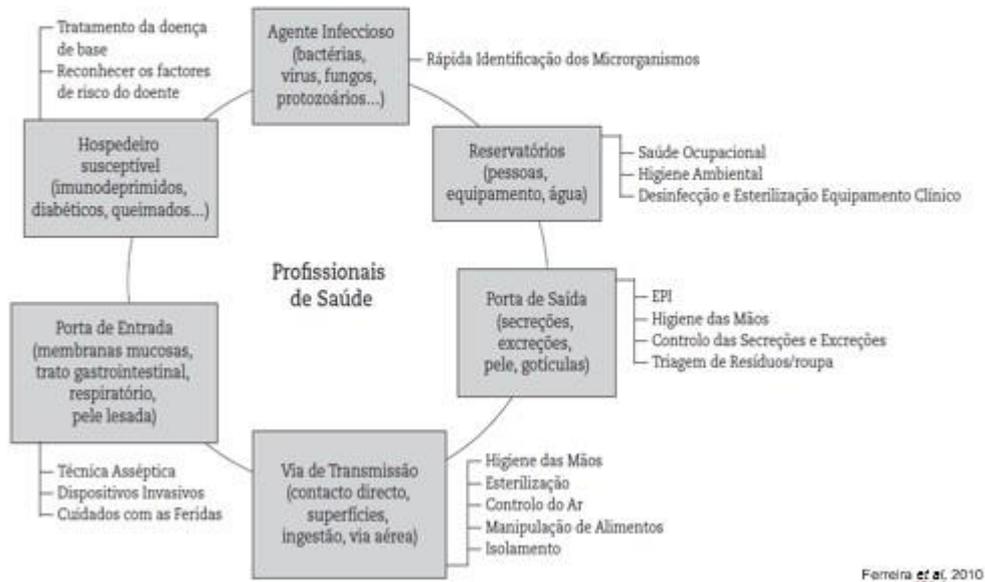
Multiplicação de microrganismos em locais do corpo sem resposta imunitária detetável, dano celular, ou expressão clínica. A permanência de microrganismos no hospedeiro pode ter duração variável e pode representar uma fonte potencial de transmissão.

INFEÇÃO

A transmissão de microrganismos para um hospedeiro após invasão ou superação dos mecanismos de defesa, resultando na multiplicação microbiana e invasão dos tecidos. A resposta do hospedeiro à infeção pode incluir sinais e sintomas clínicos ou ser subclínica.

Almeida et al, 2015

Cadeia Epidemiológica da Infecção



Vias de Transmissão



Vias de Transmissão (cont.)

CONTACTO

- Quando a transmissão é efetuada pele com pele – **CONTATO DIRETO**
- Quando a transmissão ocorre através de uma superfície ou equipamento contaminado – **CONTATO INDIRETO**



As **mãos** dos prestadores de cuidados são frequentemente apontadas com sendo o meio mais importante desta via de transmissão.

DGS, 2007

Vias de Transmissão (cont.)

CONTACTO: Microrganismos

Staphylococcus aureus
(*MRSA*)

Enterococcus
resistentes à
Vancomicina

Klebsiella

Escherichia Coli

Pseudomonas

Clostridium
dificille

DGS, 2007

Vias de Transmissão (cont.)

GOTÍCULAS

- Estas partículas são produzidas quando o doente com infeção tosse, espirra, fala. Durante determinados procedimentos de risco geradores de aerossóis como a aspiração de secreções.
- A transmissão ocorre através do ar num raio de 1 metro.
- O tamanho destas partículas são de dimensão superior a 5 µm.

DGS, 2007

Vias de Transmissão (cont.)

GOTÍCULAS: Microrganismos

*Bordetella
Pertussis*

Virus Influenza

Adenovirus

Rhinovirus

*Mycoplasma
pneumoniae*

*Neisseria
meningitidis*

DGS, 2007

Vias de Transmissão (cont.)

VIA AÉREA

- Os microrganismos têm uma dimensão inferior a 5 µm e conseguem manter-se suspensos no ar por longos períodos de tempo.
- Podem dispersar-se por grandes áreas, através de correntes de ar, e ser inalados por hospedeiros suscetíveis, quer no quarto onde se encontra a fonte, quer em maiores distancias se o ar for partilhado.

DGS, 2007

Vias de Transmissão (cont.)

VIA AÉREA: Microrganismos

Mycobacterium tuberculosis

Rubella virus

Varicella Zooster

Coronavirus (SARS)

DGS, 2007

Vias de Transmissão (cont.)

OUTRAS VIAS DE TRANSMISSÃO

- ❑ **INGESTÃO:** Comida ou água contaminada (ex. *Legionelose*)
- ❑ **PERCUTÂNEA:** Picadas de insetos, como por exemplo mosquitos (ex. *Zika*; *vírus da Malária*)



DGS, 2007

Precauções dependentes da via de transmissão

Definição:

- ❑ Conjunto de medidas que visam orientar os profissionais na prestação segura de cuidados de acordo com a cadeia epidemiológica da infecção, as vias de transmissão e as patologias.

Complementam as PBCI mas não as substituem.

DGS, 2007

Precauções dependentes da via de transmissão



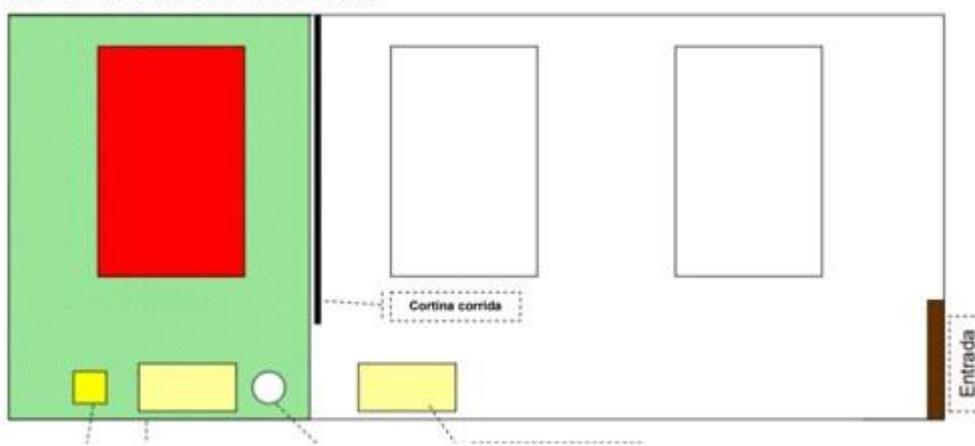
PDVT - Isolamento de Contacto

COLOCAÇÃO DE DOENTES

- ❑ Sempre que possível colocar o doente num quarto individual.
- ❑ Se não for possível, deve ser colocado com outros doentes que tenham infeção ativa com o mesmo microrganismo, mas nenhuma outra infeção (**Isolamento por coorte**).
- ❑ Se não existir quarto individual disponível e não for possível o agrupamento em coorte, deve considerar-se a epidemiologia do microrganismo e a população de doentes.
- ❑ Colocar na **Unidade do doente** a sinalética correspondente ao tipo de isolamento.

PDVT - Isolamento de Contacto

Área de Isolamento de Contacto



PDVT - Isolamento de Contacto

EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL

Luvas

- ❑ Calçar as luvas (limpas), antes de entrar na área de isolamento.
- ❑ Trocar de luvas após contacto com material contaminado que possa conter grande concentração de microrganismos (ex. material fecal ou exsudado de feridas).
- ❑ Retirar as luvas antes de abandonar a área de isolamento.
- ❑ Proceder à higiene das mãos.

PDVT - Isolamento de Contacto

EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL

Bata/Avental

- ❑ Usar bata/aventil (limpa), quando é previsível que a farda contacte substancialmente com o doente, superfícies envolventes ou objetos.
- ❑ Deve ser colocada antes de entrar no quarto e removida antes de abandonar o mesmo.
- ❑ Proceder à higiene das mãos.

DGS, 2007

PDVT - Isolamento de Contacto

TRANSPORTE DO DOENTE

- ❑ Limitar ao estritamente necessário.
- ❑ Quando ocorre, deve assegurar-se a **manutenção das medidas de proteção**, para minimizar o risco de transmissão a outros ou ao ambiente circundante. O doente deve vestir uma bata.
- ❑ Informar os intervenientes no transporte e o local de destino sobre as precauções a adotar na prestação de cuidados. Sempre que possível devem ser os últimos a realizar o exame.

DGS, 2007

PDVT - Isolamento de Contacto

CONTROLO AMBIENTAL

Dispositivos médicos

- ▣ Individualização de materiais/equipamentos (arrastadeira/urinol, termómetro, bacia de higiene, estetoscópio, esfigmomanómetro).
- ▣ Se for de todo impossível, deve-se fazer a limpeza do mesmo com água e detergente e posterior desinfeção com álcool a 70%, antes da utilização num outro doente.

Resíduos

- ▣ Colocados em saco branco (**resíduos grupo III**), junto do doente e o material corto-perfurante em contentor apropriado.

DGS, 2007

PDVT - Isolamento de Contacto

LIMPEZA

Limpeza de rotina

- ▣ Com água e detergente, sendo a **última sala a ser limpa**. Os equipamentos, idealmente de uso exclusivo para o isolamento, devem ser lavados preferencialmente em máquina com ciclo de desinfeção pelo calor.

Limpeza terminal

- ▣ Lavar as superfícies com água e detergente e em seguida descontaminar com solução de cloro (deve ser dada especial **atenção aos manípulos da porta e janelas**). As paredes devem ser descontaminadas até 2/3 da altura.

DGS, 2007

PDVT - Isolamento de Contacto

EDUCAÇÃO DO DOENTE/FAMÍLIA

- ▣ Ressalvar a importância da higiene das mãos com solução antisséptica de base alcoólica ou com água e sabão.
- ▣ Não partilhar objetos pessoais.
- ▣ Não visitar outros doentes ou serviços depois de ter visitado esse, em isolamento.

DGS, 2007

PDVT - Isolamento de Gotículas

COLOCAÇÃO DE DOENTES

EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL
Luvas e Bata/Avental



As mesmas do isolamento de Contato

DGS, 2007

PDVT - Isolamento de Gotículas

EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL

Máscara

- Deve ser utilizada máscara cirúrgica, para proteção das membranas mucosas do nariz e boca durante procedimentos potencialmente geradores de aerossóis ou salpicos de sangue, fluidos corporais, secreções ou quando se prestam cuidados a **uma distância inferior a 1 metro**.



DGS, 2007

PDVT - Isolamento de Gotículas

TRANSPORTE DO DOENTE

- Manutenção das medidas referentes ao isolamento de contato.
- No entanto, deve minimizar-se a possibilidade de dispersão de gotículas colocando uma **máscara cirúrgica ao doente**, se ele tolerar.

DGS, 2007

PDVT - Isolamento de Gotículas

CONTROLO AMBIENTAL

LIMPEZA Rotina e Terminal



As mesmas do isolamento de Contato

DGS, 2007

PDVT - Isolamento de Gotículas

EDUCAÇÃO DO DOENTE/FAMÍLIA

Educação das visitas:

- Utilização de máscara e modo correto de a colocar e de a remover.
- Higiene das mãos ao entrar e sair do quarto /Unidade do doente.
- Restrição do número de visitas.
- Não visitar outros doentes ou serviços depois de ter visitado este em isolamento.

DGS, 2007

PDVT - Isolamento de Gotículas

EDUCAÇÃO DO DOENTE/FAMÍLIA

Educação do doente:

- ❑ Utilizar lenços de papel para expetorar e proteger a boca, quando tosse ou espirra.
- ❑ Colocar máscara tipo cirúrgica, **se tiver que sair do quarto**.
- ❑ Proceder à higiene das mãos após tossir, espirrar ou assoar-se.

DGS, 2007

PDVT - Isolamento de Via Aérea

COLOCAÇÃO DE DOENTES

- ❑ Colocar o doente num quarto individual com **Pressão negativa controlada**, relativamente às áreas contíguas.
- ❑ São necessárias 6 a 12 renovações de ar por hora e exaustão para o exterior.
- ❑ A porta deverá estar sempre fechada e o doente deve permanecer dentro do quarto.

DGS, 2007

PDVT - Isolamento de Via Aérea

COLOCAÇÃO DE DOENTES

EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL
Luvas e Bata/Avental



As mesmas do isolamento de Góticulas

DGS, 2007

PDVT - Isolamento de Via Aérea

EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL

Máscara

- Utilizar sempre proteção respiratória (respirador de partículas com o mínimo de 95% de capacidade de filtragem - P2), antes de estabelecer contato com o doente.



DGS, 2007

PDVT - Isolamento de Via Aérea

TRANSPORTE DO DOENTE

CONTROLO AMBIENTAL

LIMPEZA
Rotina e Terminal



As mesmas do isolamento de Góticulas

DGS, 2007

PDVT - Isolamento de Via Aérea

EDUCAÇÃO DO DOENTE/FAMÍLIA

- Sensibilização para correta utilização das medidas de proteção.
- Utilização de **respirador de partículas (P2)** e modo correto de o colocar e de o retirar.
- Importância da lavagem das mãos ao entrar e sair do quarto.
- Abrir a porta o mínimo possível.
- Restringir o número de visitas.
- Não visitar outros doentes ou serviços depois de ter visitado esse em isolamento.

DGS, 2007

Precauções Básicas Controlo de Infeção * Guia rápido de consulta

Avaliação da exposição a:	Higiene das Mãos (5 Momentos)	Luvas	Máscara	Oculos de Proteção/ Másc. Viseira	Avental/ Bata Impermeável
Pele Íntegra	✓				
Pele lesada Ou Mucosas	✓	✓			
Contacto com fluidos Orgânicos	✓	✓			✓
Proximidade (<1m) Tosse Aerossóis	✓		✓	✓	✓
Projeção de Líquidos Biológicos	✓	✓	✓	✓	✓



Grupo Coordenador Local Programa de Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos GCLPPCIRA



Precauções dependentes das vias de transmissão Guia rápido de referência*

Situação Clínica	Básicas	Contacto	Gotículas Secreções respiratórias incluindo infecções desconhecidas, antes da identificação do microrganismo	Via Aérea Tuberculose pulmonar ou laringea, confirmada ou suspeita; varicela, sarampo
Quarto Preferencial	Individual	Individual Consultar GCLPPCIRA para coorte	Individual Consultar GCLPPCIRA Para coortes separação entre doentes > 1m	Individual (Obrigatório) Quarto com pressão negativa, porta fechada
Luvas	Contacto com sangue, fluidos orgânicos ou material potencialmente contaminado	Colocar antes de entrar no quarto ¹	Contacto com sangue, fluidos orgânicos ou material potencialmente contaminado	Contacto com sangue, fluidos orgânicos ou material potencialmente contaminado
Máscara	Contacto com sangue, fluidos orgânicos ou potenciais aerossóis de secreções respiratórias	Contacto com sangue, fluidos orgânicos ou potenciais aerossóis de secreções respiratórias	Colocar antes de entrar no quarto ¹	Usar respirador de partículas P2
Bata	Contacto com sangue, fluidos orgânicos ou material potencialmente contaminado	Colocar antes de entrar no quarto ¹	Contacto com sangue, fluidos orgânicos ou material potencialmente contaminado ¹	Contacto com sangue, fluidos orgânicos ou material potencialmente contaminado ¹
Higiene das Mãos (OMS)	1º Momento: Antes do contacto com o doente; 2º Momento: Antes de procedimento limpo/assético; 3º Momento: Após risco de exposição a fluidos orgânicos; 4º Momento: Após contacto com o doente; 5º Momento: Após contacto com o ambiente do doente			

Adaptado de GCLPPCIRA - ARSA Alentejo, 2018; HCPAC CDC Guidelines, 2002. ¹ Unidade do doente

Nota Final

As IACS constituem um verdadeiro problema de saúde pública, com impacto crescente à escala mundial.

Estima-se que caso não sejam implementadas medidas corretivas, em 2050 morrerão cerca de 390 000 pessoas anualmente, na Europa, e cerca de 10 milhões a nível Mundial.

(DGS, 2016)

**Germes are small
but still scary**

Infection prevention works



Questões



Bibliografia

- Almeida, A., Alves, M., Constantino, R., Cruz, C., Figueiredo, M., Lucas, A., Mendes, T., Pinto, P., Reis, S. Roque, A., Sambango, D., Verissimo, O. & Vitorino, A. (2015). Prevenção e Controlo das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde: Contributos para a tomada de decisão em enfermagem. Coimbra.
- Center of Disease and Control Prevention (2007). Guideline for Isolation Precaution: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings. Disponível em: <https://www.cdc.gov/anthrax/pdf/infection-control-guidelines-for-healthcare-setting-2007.pdf>.
- DGS (2017). Recomendação – Prevenção da transmissão de Enterobacteriáceas resistentes aos carbapenemos em hospitais de cuidados de agudos. DGS: Lisboa
- DGS (2016). Relatório de Prevenção e Controlo de Infeções e de resistência aos antimicrobianos em números – 2015. DGS: Lisboa.
- DGS (2007). Recomendações para as Precauções de Isolamento: Precauções básicas e dependentes das vias de transmissão.
- Ferreira, E., Marques A., Matos B. & Pina E. (2010, julho – setembro). Infeções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. Revista Portuguesa de Saúde Pública, 10, 27-39.

Obrigado!



Apêndice I – Algoritmo de atuação em doentes com necessidade de isolamento no serviço de urgência

ATUAÇÃO EM DOENTES COM NECESSIDADE DE ISOLAMENTO NO SU



Precauções Básicas de Controlo de Infecção + Seleção adequada de Equipamento de Proteção Individual

Luvas (contacto com fluidos orgânicos/material contaminado);
Bata/Avental (APENAS se prevê o contacto com o doente/superfícies envolventes);
Máscara (APENAS se prevê contacto com salpicos/fluidos/aerossóis);

Luvas (contacto com fluidos orgânicos/material contaminado);
Bata/Avental (APENAS se prevê o contacto com o doente/superfícies envolventes);
Máscara (SEMPRE que se prevê contacto com salpicos/fluidos/aerossóis, numa distancia <1m).
Colocar **máscara cirúrgica no doente** com necessidade de transporte.

Luvas (contacto com fluidos orgânicos/material contaminado);
Bata/Avental (APENAS se prevê o contacto com o doente/superfícies envolventes);
Máscara PFF2/N95 (SEMPRE antes de estabelecer contacto com o doente).
Colocar **SEMPRE máscara cirúrgica no doente**.

MEDIDAS ADICIONAIS:

Informar/educar o doente e família.

Restringir o número de visitas.

Individualizar equipamentos/materiais, sempre que possível.

Cumprir as medidas necessárias durante o transporte do doente, que deve ser efetuado quando estritamente necessário.

Promover o correto acondicionamento de resíduos.

Apêndice J – Artigo de investigação: Precauções Baseadas na Transmissão no Serviço de Urgência – para uma enfermagem promotora da segurança do doente crítico

Título: Precauções Baseadas na Transmissão no Serviço de Urgência – para uma enfermagem promotora da segurança do doente crítico

Autor:

Rita Ramos Pereira, Serviço de Urgência da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo,
rita_rpereira@hotmail.com

Autor:

José Luis Miranda Barriga Rosa, Serviço de Urgência da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo,
jl.barrigarosa@gmail.com

Autor:

Maria Dulce Santos Santiago. Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Beja,
dulce.santiago@ipbeja.pt

Título: Precauções Baseadas na Transmissão – para uma enfermagem promotora da segurança do doente crítico

Title: Transmission-based precautions on the Emergency Department - for a nursing safety promoter in the critically ill patient

Resumo:

Introdução: A Organização Mundial de Saúde considera as infeções associadas aos cuidados de saúde um verdadeiro problema de saúde pública, com impacto crescente à escala mundial. As Precauções Dependentes das Vias de Transmissão são reconhecidas como uma medida de excelência, constituindo-se os serviços de urgência locais fulcrais para a sua implementação, com vista à promoção da segurança do doente. **Objetivo:** Pretendeu-se incrementar o seu cumprimento, junto dos enfermeiros de um serviço de urgência, com recurso a estratégias formativas. **Métodos:** Desenvolvemos um estudo exploratório-descritivo durante 9 semanas, nas quais foram realizadas 2 sessões formativas, envolvendo um total de 30 enfermeiros. **Resultados:** Numa primeira observação (pré-formação), a avaliação média foi de 32%, tendo posteriormente subido para os 75%, com todos os enfermeiros a melhorar o seu desempenho. Globalmente verificámos uma melhoria de 43% no cumprimento das medidas referentes a cada via de transmissão. **Discussão:** Os resultados obtidos revelam que os enfermeiros demonstram inconformidades na implementação das precauções baseadas na transmissão, durante a prestação de cuidados. As estratégias de cariz formativo, adaptadas às necessidades reais de cada contexto, conduzem ao desenvolvimento de boas práticas. **Conclusão:** As medidas preventivas de controlo de infeção devem ser cumpridas em todos os contextos do sistema de saúde, incluindo o serviço de urgência, com incremento da segurança do paciente. Os enfermeiros são elementos cruciais na liderança de projetos de melhoria contínua da qualidade.

Abstract:

Introduction: The World Health Organization considers healthcare associated infections to be a real public health problem, with a growing impact worldwide. Transmission-Dependent Precautions are recognized as a measure of excellence, with local emergency services being central to its implementation in order to promote patient safety. **Objective:** The aim was to increase compliance with the nurses of the emergency department, using training strategies. **Methods:** We developed an exploratory-descriptive study during 9 weeks, in which 2 training sessions were carried out, involving a total of 30 nurses. **Results:** On a first observation, the mean evaluation was 32%, and subsequently increased to 75%, with all nurses improving their performance. Overall we have seen a 43% improvement in compliance with the measures for each route of transmission. **Discussion:** The results show that nurses demonstrate nonconformities in the implementation of transmission-based precautions during care. Strategies of a formative nature, adapted to the real needs of each context, lead to the development of good practices. **Conclusion:** Preventive infection control measures must be adhered to in all contexts of the health system, including the emergency department, with increased patient safety. Nurses are crucial elements in leading continuous quality improvement projects.

Palavras – chave: Segurança do paciente; Infecção hospitalar; Controlo de infeção; Enfermagem; Serviço de Urgência.

Key-words: Patient Safety; Cross Infection; Infection Control; Nursing; Emergency Department.

Introdução

Atualmente, as infecções associadas aos cuidados de saúde (IACS) são consideradas um dos maiores desafios dos cuidados de saúde, com impacto crescente na segurança do doente. Acredita-se que constituem um dos principais eventos adversos da prestação de cuidados, com consequência na qualidade de vida, morbilidade e mortalidade dos doentes.¹

Estima-se que caso não sejam implementadas medidas corretivas, em 2050 morrerão cerca de 390 000 pessoas anualmente, na Europa, e cerca de 10 milhões a nível Mundial.² Conduzem a um elevado consumo de recursos a nível hospitalar e comunitário, contudo acredita-se que cerca de um terço são evitáveis, pelo desenvolvimento de medidas efetivas de prevenção e controlo de infeção.³

A Organização Mundial de Saúde (OMS) revela que as IACS afetam sobretudo populações de alto risco, entre as quais se inclui o doente crítico.¹ Ferreira, Marques, Matos & Pina, justificam esta realidade pelo fato de os mesmos serem submetidos a múltiplos procedimentos invasivos, terapêutica imunossupressora, assim como a frequentes transferências inter-hospitalares, para uma observação diferenciada sobretudo no que diz respeito a especialidades do foro médico e cirúrgico, o que aumenta a suscetibilidade à aquisição de IACS.⁴

Sendo atualmente notória a importância de existir protocolos de rastreio no momento da admissão do doente, importa referir que os mesmos terão que ser complementados com a implementação de medidas de isolamento e o adequado cumprimento das precauções básicas de controlo de infeção (PBCI).⁵ Em articulação, as precauções dependentes das vias de transmissão (PDVT) promovem a segurança nos cuidados prestados.⁶

Estas são consideradas estratégias de excelência, constituindo-se os serviços de urgência (SU) locais fulcrais para a sua implementação, lembrando que representam a porta de entrada da maioria dos utentes na generalidade dos hospitais.⁵

A formação contínua dos enfermeiros, em função das necessidades identificadas, constitui uma medida essencial num adequado plano de controlo de infeção. A educação e treino dos profissionais têm-se revelado um importante contributo na qualidade dos cuidados e consequentemente na redução do risco.⁷ Em concordância, o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) definiu, entre as suas principais atividades para 2017-2018, a implementação de ações de formação junto dos profissionais de saúde.⁸

Perante o que tem vindo a ser exposto, define-se como objetivo deste trabalho, incrementar o cumprimento das PDVT nos enfermeiros do SU, com vista à promoção da segurança do doente. Para tal, pretende-se a realização de formação modular à equipa de enfermagem, de acordo com as necessidades identificadas, com consequente uniformização de procedimentos.

Fundamentação Teórica

O *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), define IACS como as infeções decorrentes da prestação de cuidados, independentemente do momento ou ambiente em que as mesmas se manifestem. A complexidade deste conceito é, desta forma, notória, pois reflete a incapacidade de determinar com precisão quando o microrganismo foi adquirido, assim como se o doente já estaria colonizado antes da sua entrada no sistema de saúde.⁹

Dados recentes da vigilância epidemiológica, revelam uma evolução favorável na taxa de prevalência das IACS com uma descida de 10,5% para 7,5%, de 2012 para 2016.⁸ No que concerne à sua prevenção, a OMS (p.18) considera-a como “(...) *universalmente relevante a todos os sistemas de saúde (...)*”, sobretudo pela forma como afeta a segurança das pessoas que recorrem a estes serviços.¹ O desenvolvimento eficaz de um sistema assente na segurança do doente deve, segundo Lage, basear-se na correta identificação do erro decorrente dos cuidados de saúde. Refere também que os incidentes relacionados com a infeção hospitalar estão entre os principais eventos adversos identificados.¹⁰

Os progressos a que temos assistido na área da prevenção e controlo de IACS têm sido significativos, contudo a evidência científica atual tem vindo a demonstrar que ainda continua a ser um verdadeiro desafio.¹ A DGS mantém o seu enfoque na promoção de boas práticas com vista à prevenção de IACS e resistência aos antimicrobianos.⁸ Estas são medidas essenciais no que diz respeito à segurança do doente e qualidade dos cuidados prestados, de tal forma que o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (2015-2020) as definiu como importantes metas a atingir.³

As PBCI e PDVT são reconhecidas como estratégias preventivas e acredita-se que o seu cumprimento por parte dos profissionais de saúde, e em particular pelos enfermeiros, poderá ter um impacto positivo na redução da prevalência destas infeções no sistema de saúde.¹¹

As PBCI constituem um conjunto de medidas que devem ser implementadas junto de todos os doentes, sendo consideradas universais. Em articulação, as PDVT visam orientar a prática profissional tendo em conta a cadeia epidemiológica da infeção, a via de transmissão e a patologia. Assim, são categorizadas tendo em conta as três vias de transmissão (contato, gotículas e via aérea) e as principais medidas de precaução dizem respeito à correta higiene das mãos, localização do doente, equipamentos de proteção individual (EPI's), educação do doente e família, transporte do doente, descontaminação do equipamento clínico e controlo ambiental. Preconiza-se que sejam cumpridas por todos os profissionais de saúde, doentes e familiares, os quais devem ser educados e treinados.⁶

Segundo Elder et al., o SU assume um importante papel, na identificação, triagem e implementação de medidas preventivas no que diz respeito à transmissão de IACS. Defendem o desenvolvimento de protocolos de atuação com vista à uniformização dos cuidados prestados.¹¹

Paralelamente, Liang, Marschall, Schuur e Theodoro reforçam o cumprimento de PDVT no SU, sobretudo pelo fato de ser um local onde são frequentemente prestados cuidados a doentes em situação crítica, na sua maioria sem um diagnóstico estabelecido, submetidos a múltiplos procedimentos invasivos, constituindo deste modo um risco, tanto no desenvolvimento como na transmissão de potenciais infeções. Contudo, assumem também que as características e dinâmica que caracterizam o SU, podem dificultar o cumprimento de tais objetivos.¹²

No que concerne à prevenção e controlo de infeção na área do doente crítico, a enfermagem assume especial relevância. Regulamentado nas Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, o desenvolvimento de projetos na área da melhoria contínua da qualidade e manutenção de um ambiente seguro, deve constituir uma prioridade para os enfermeiros, capacitando as equipas de profissionais.¹³

A importância da formação e treino dos enfermeiros é atualmente reconhecida na área da prevenção e controlo de infeção, de tal modo que a DGS preconiza que as unidades prestadoras de cuidados a deva promover junto dos seus profissionais.¹⁴ O desenvolvimento de planos de formação com base nas necessidades reais identificadas e assente numa cultura de segurança do doente, conduz a um maior envolvimento dos mesmos e conseqüentemente à promoção de boas práticas.¹⁵ Em concordância, o CDC considera existir uma relação favorável entre a qualificação dos enfermeiros e a redução da prevalência de IACS.⁹

No que diz respeito à formação dos enfermeiros no SU, Liang et al. reafirmam a sua relevância. Consideram também, que embora seja fundamental para aumentar o conhecimento, a educação por

si só não mantém elevados níveis de adesão. Face a esta realidade sugere a implementação de estratégias como a monitorização contínua das práticas, salientado a observação direta como uma importante medida.¹²

A prevenção e controlo de infeção em contexto de urgência e em especial no doente crítico, continua a ser um forte tema na área da investigação. O cumprimento de práticas preventivas, adaptadas à realidade do SU, terá um impacto positivo na prestação de cuidados e segurança do doente crítico.¹²

Material e Métodos

Realizou-se um estudo exploratório-descritivo que envolveu os enfermeiros de um SU médico-cirúrgico. A recolha de dados foi efetuada num período de nove semanas, após a aprovação do referido estudo pela Comissão de Ética e chefia do serviço. Salienta-se o cumprimento dos princípios da Declaração de Helsínquia, com respeito e garantia dos princípios éticos referentes aos participantes no estudo.

Foi realizado um convite aos elementos da equipa que se encontram em prestação direta de cuidados, dos quais 30 aceitaram participar voluntariamente, face à sua disponibilidade e motivação. A estes foi solicitado o preenchimento de um questionário sociodemográfico e de diagnóstico de necessidades formativas em prevenção e controlo de infeção, mais especificamente no que diz respeito às PDVT.

Após a análise dos questionários foram estruturadas 2 sessões formativas, cada uma das quais com a participação de 21 enfermeiros. Importa salientar, que apesar de somente 30 elementos aceitarem participar no estudo, houve uma adesão de cerca de 91% (41 enfermeiros) ao plano formativo apresentado.

De forma a avaliar o impacto da formação na promoção de boas práticas de enfermagem na prevenção e controlo de infeção, realizou-se a observação direta dos enfermeiros em dois momentos distintos, antes e após a implementação da estratégia formativa. Para tal, recorreu-se a uma *check list* previamente elaborada e que contempla as principais recomendações emanadas pela DGS e CDC, as quais foram agrupadas em seis categorias diferentes: higiene das mãos, localização de doentes, EPI (luvas, máscara/proteção ocular e bata/avental), educação do doente e família/visitas, transporte do doente e descontaminação do equipamento clínico/controlo ambiental.

Esta *check list* foi aplicada aos enfermeiros, durante a prestação de cuidados a doentes que requerem a implementação de medidas de isolamento, perfazendo um total de 30 observações. Salienta-se que as mesmas foram referentes às três vias de transmissão (via aérea, gotículas e contato).

Por fim, os dados recolhidos foram introduzidos e processados no Excel, pelo que a análise foi efetuada com recurso à estatística descritiva.

Resultados

A amostra é constituída por 30 enfermeiros de um SU médico-cirúrgico, o que corresponde a um total de 65% da totalidade da equipa. A sua caracterização é apresentada na Tabela 1.

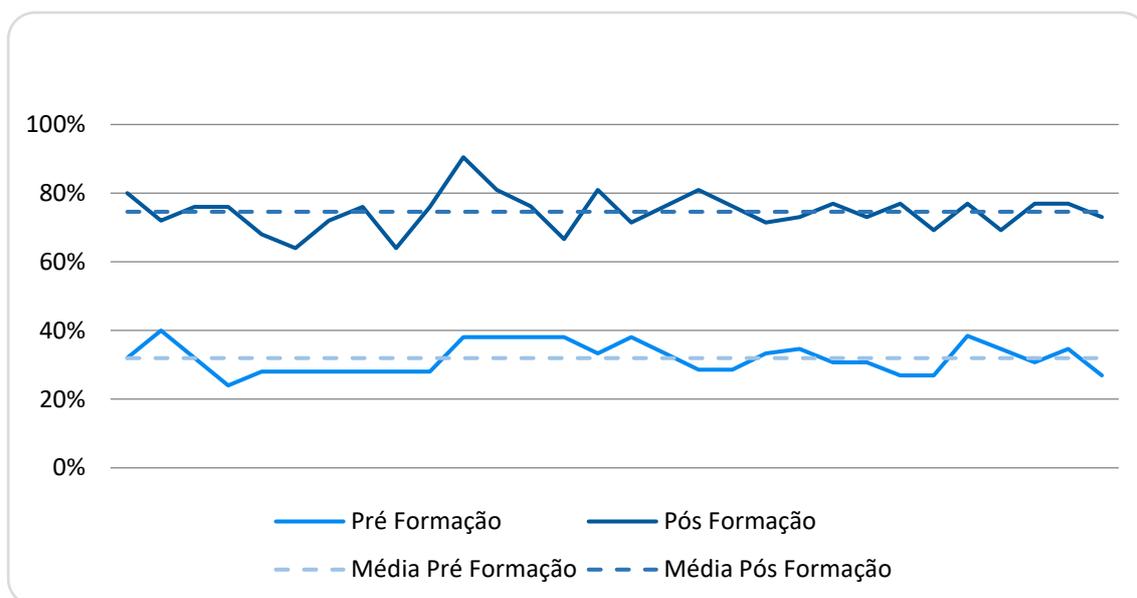
Tabela 1 – Caracterização da Amostra

		Nº Absoluto (n=30)	Percentagem
Escalão Etário	21-30	12	40%
	31-40	12	40%
	41-50	2	6,7%
	51-60	4	13,3%
Género	Masculino	13	43,3%
	Feminino	17	56,7%
Anos de experiência profissional	0-4	8	26,7%
	5-9	10	33,3%
	10-14	5	16,7%
	15-20	3	10%
	>20	4	13,3%
Sem formação em Prevenção e Controlo de Infecção		21	70%
Com formação em Prevenção e Controlo de Infecção		9	30%
Quando realizou a formação	Antes 2007	2	22,2%
	Depois 2007	7	77,8%
Conhece as recomendações da DGS relativamente às PDVT?	Sim	9	30%
	Não	21	70%

(Fonte: do próprio)

No que diz respeito à avaliação do desempenho global dos enfermeiros no cumprimento das PDVT, antes e após cada sessão formativa, apresenta-se no Gráfico 1 os resultados referentes aos dois momentos.

Gráfico 1 – Desempenho global dos Enfermeiros



(Fonte: do próprio)

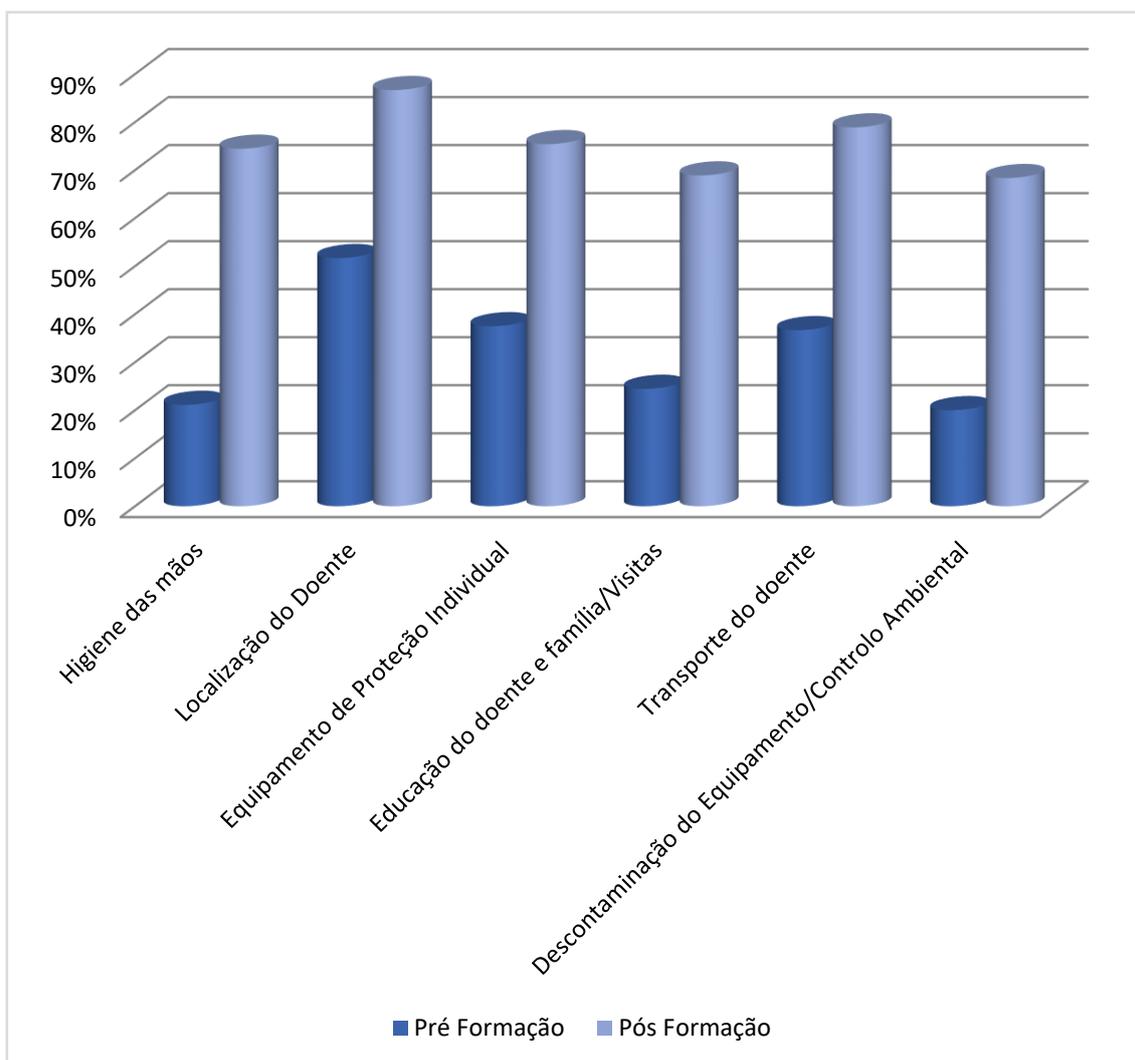
De forma a permitir uma análise mais detalhada do cumprimento das medidas emanadas pela DGS e CDC, apresenta-se na Tabela 2 e no Gráfico 2 as médias de avaliação segundo cada uma das principais categorias.

Tabela 2 – Desempenho detalhado dos enfermeiros antes e após os dois momentos formativos

CATEGORIAS	Pré-Formação	Pós-Formação
Higiene das mãos	21%	74%
Localização do Doente	52%	87%
Equipamento de Proteção Individual	37%	75%
Educação do doente e família/Visitas	24%	69%
Transporte do doente	37%	79%
Descontaminação do Equipamento/Controlo Ambiental	20%	68%
Global	32%	75%

(Fonte: do próprio)

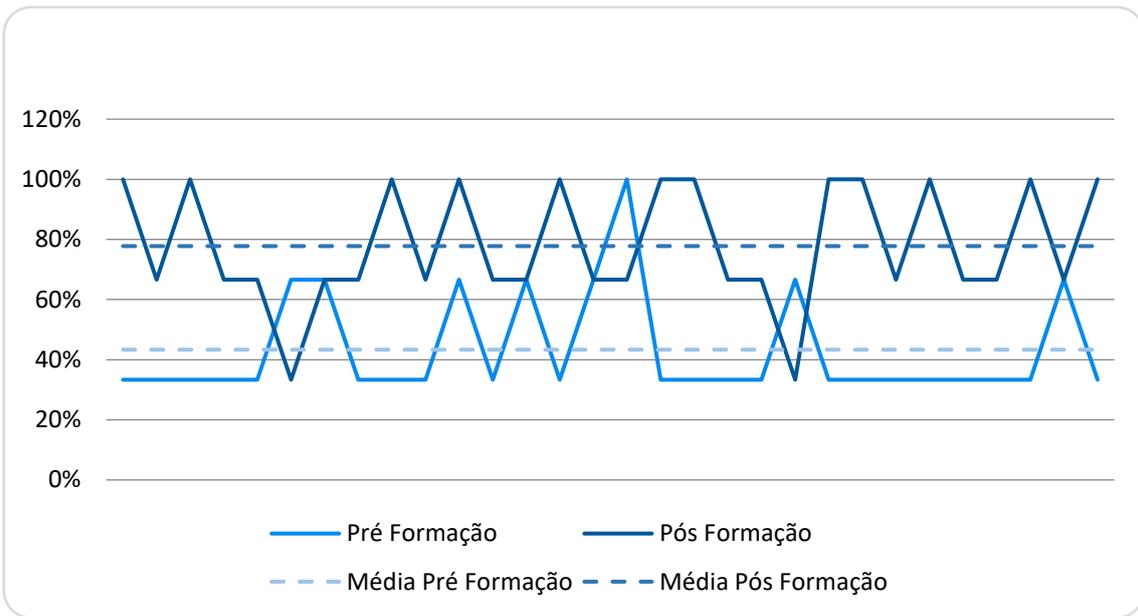
Gráfico 2 – Média das avaliações por categoria



(Fonte: do próprio)

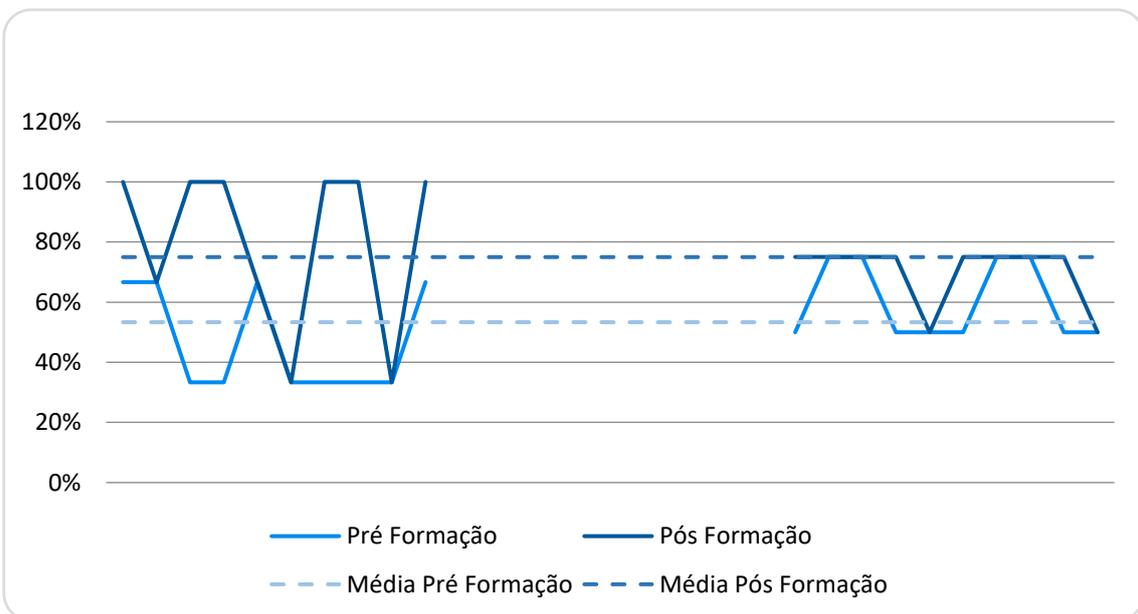
Tendo em conta que a categoria “Equipamento de Proteção Individual” é a única que apresenta subcategorias de avaliação, considerou-se importante analisar a média de avaliação das mesmas, que se encontram representadas nos Gráficos 3, 4, 5, 6 e 7.

Gráfico 3 – Média de avaliação dos enfermeiros na utilização de Luvas



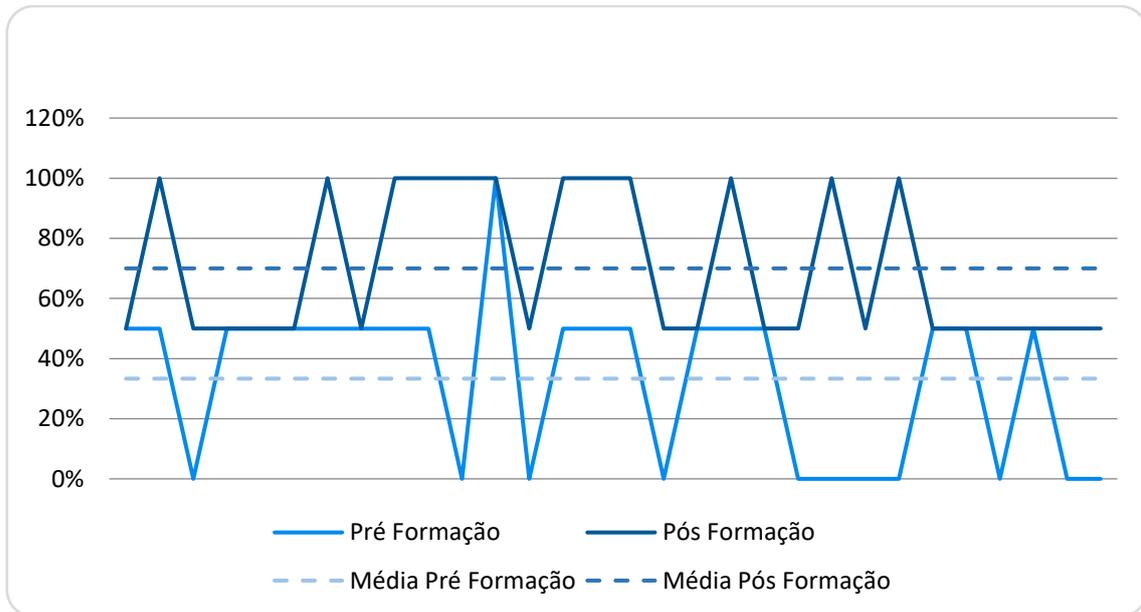
(Fonte: do próprio)

Gráfico 4 – Média de avaliação dos enfermeiros na utilização de máscara/proteção ocular



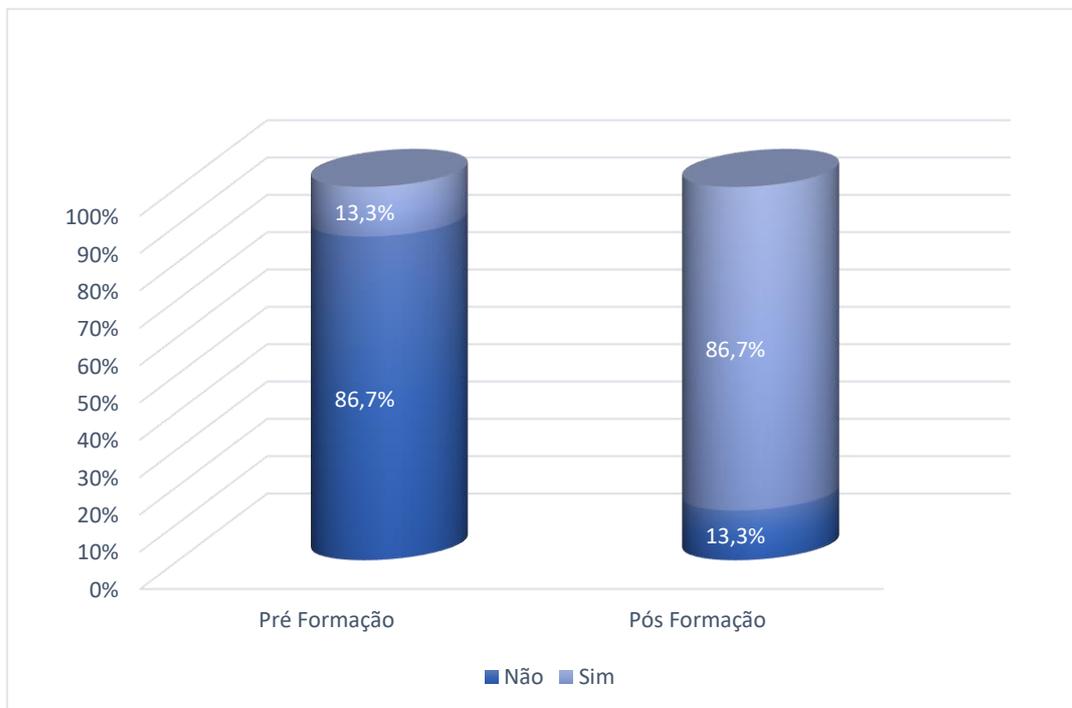
(Fonte: do próprio)

Gráfico 5 – Média de avaliação dos enfermeiros na utilização de bata/avental



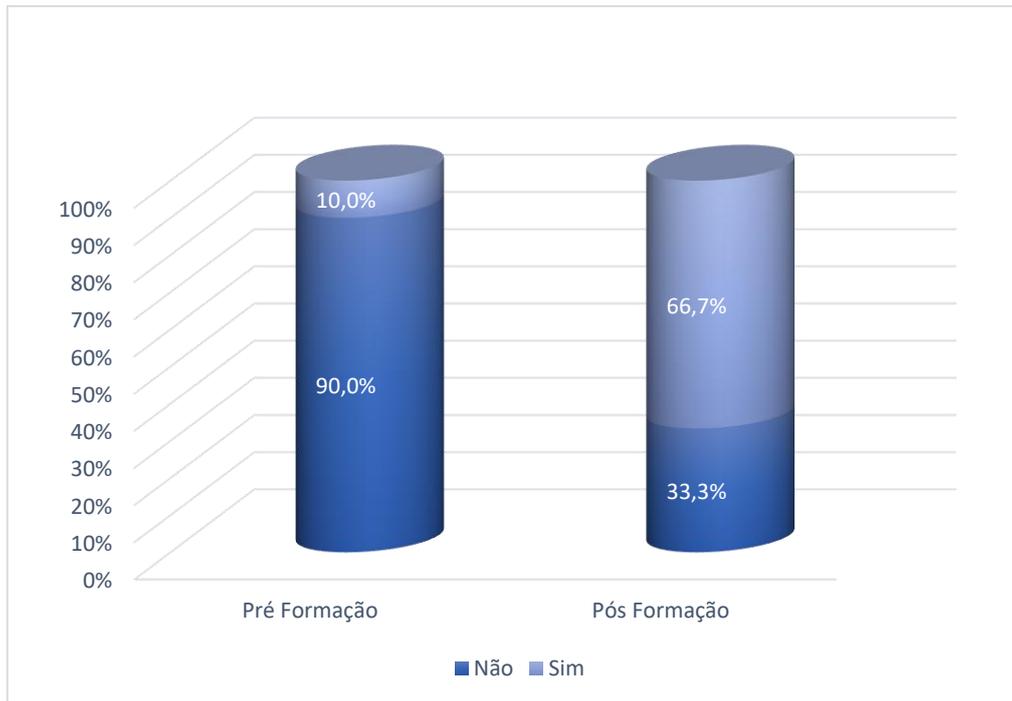
(Fonte: do próprio)

Gráfico 6 – Desempenho adequado na colocação de EPI



(Fonte: do próprio)

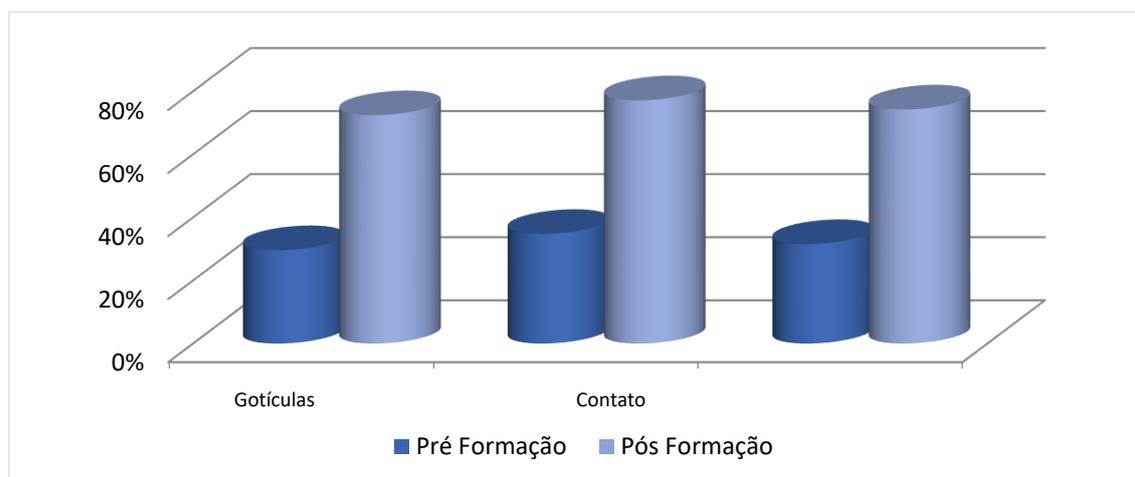
Gráfico 7 – Desempenho adequado na remoção de EPI



(Fonte: do próprio)

Por fim, são apresentados os resultados do desempenho dos enfermeiros de acordo com cada tipo de isolamento (gotículas, contato e via aérea) e constata-se a sua evolução após os momentos formativos.

Gráfico 8 – Média de avaliação do desempenho por tipo de isolamento



(Fonte: do próprio)

Discussão

Globalmente a amostra é constituída por uma equipa jovem, em que 80% (24 enfermeiros) apresenta menos de 40 anos de idade e 60% (18 enfermeiros) tem menos de 10 anos de experiência profissional. No que diz respeito ao género, considera-se a existência de um equilíbrio uma vez que é constituída por um número semelhante de enfermeiros do sexo masculino e feminino, verificando-se, contudo, um ligeiro predomínio deste último. Do ponto de vista formativo, denota-se que cerca de 70% (21 enfermeiros) da amostra não apresenta formação em prevenção e controlo de infeção, em oposição aos restantes 30% (9 enfermeiros). No entanto, deste último grupo, salienta-se que 77,8% (7 enfermeiros) realizou formação após 2007, altura em que a CDC e DGS atualizaram as principais diretrizes relacionadas com as PDVT. Por fim, importa referir que tais resultados vão de encontro às percentagens obtidas no que diz respeito ao conhecimento das referidas diretrizes por parte dos enfermeiros, já que somente 30% (9 enfermeiros) respondeu de forma positiva.

Tendo como objetivo avaliar o impacto que as estratégias de cariz formativo assumem na promoção de boas práticas em prevenção e controlo de infeção, avaliámos o cumprimento das PDVT durante a prestação de cuidados num SU.

Relativamente ao desempenho inicial dos enfermeiros, oscilou entre os 24% e os 40%, com uma avaliação global média de 32%. Resultados inferiores foram documentados por Albashtawy, Aljezawi, Aloush e Suliman, afirmando que apesar dos enfermeiros serem detentores de um bom nível de

conhecimento, a sua conformidade com a prática diária mantem-se em níveis pouco satisfatórios. Na sua investigação, apenas 11,9% dos enfermeiros observados cumpriram as medidas de isolamento.¹⁶

Atualmente, o CDC reconhece que, de uma forma global, os profissionais não cumprem as suas diretrizes. Apesar de considerar que esta realidade não ocorre de forma intencional, reafirma que as práticas de prevenção e controlo de infeção não poderão ser colocadas em segundo plano, com compromisso para a segurança do doente. A avaliação do risco e consequente implementação das PDVT são fundamentais em todos os contextos de prestação de cuidados, contudo, assumem especial relevância no SU.¹¹

Com base na análise do Gráfico 1 conclui-se que o desempenho global dos enfermeiros melhorou significativamente após a formação, uma vez que a avaliação média foi de 75%, com valores variáveis entre os 64% e os 90%. Pode ainda observar-se que todos os enfermeiros apresentaram uma evolução favorável no seu desempenho, o que corresponde a uma melhoria média de 43%. Diversos autores se reportam ao impacto positivo que as estratégias formativas assumem no cumprimento das PDVT e consequente promoção de boas práticas. Albashtawy et al., Behta et al. e Elder et al. consideram que a prestação de cuidados dos enfermeiros, no âmbito da prevenção e controlo de infeção, está diretamente relacionada com os níveis de conhecimento.^{16,17,11} Na sua revisão sistemática, Nicholson conclui ainda que devem ser desenvolvidos programas formativos nos contextos de trabalho, com avaliação do risco e principais necessidades, conferindo especial ênfase ao envolvimento dos profissionais.¹⁵

Analisando as seis categorias avaliadas (Gráfico 2), na primeira observação, a área com pior desempenho é relativa à descontaminação do equipamento/controlo ambiental, seguida da higienização das mãos, ambas com um desempenho médio de 20% e 21%, respetivamente. No espectro oposto encontravam-se os aspetos relativos à localização do doente que obteve o melhor desempenho inicial (52%). Após a formação, verificámos uma melhoria global de todos os enfermeiros e os resultados demonstram que as categorias higiene das mãos e descontaminação do equipamento/controlo ambiental, foram as que apresentaram taxas de melhoria superiores, com 53% e 48% respetivamente (Tabela 2).

Relativamente à higiene das mãos, Liang et al., Haac et al., Nicholson e Dullius, Kolankiewicz, Magnago, Ongaro e Zottele consideram que apesar de atualmente este ser um dos pilares da prevenção, as taxas de adesão por parte dos profissionais continuam a ser baixas, o que vem de encontro aos resultados obtidos no presente estudo.^{12,18,15,19} No seu estudo, Haac et al. justificam tais

resultados pelo desconhecimento dos profissionais pelos cinco momentos da higiene das mãos, pela frequente sobrelotação do SU, pela escassez de recursos humanos e ainda pela complexidade da prestação de cuidados ao doente crítico. Existe, no entanto, um consenso global de que a melhoria pode ocorrer com a implementação de estratégias coletivas, assentes numa cultura compartilhada da segurança do doente.¹⁸

Liang et al. reportam-se às questões de controlo ambiental no SU, afirmando que continua a existir a contaminação de novos doentes devido a práticas inadequadas de limpeza e desinfecção de equipamentos/superfícies. Relembam que o CDC publicou *guidelines* específicas para a descontaminação ambiental que são perfeitamente aplicáveis ao SU, no entanto consideram que tais políticas não terão impacto a menos que sejam monitorizadas.¹² Ao analisar a Tabela 2, conclui-se que apesar de esta ter sido uma das categorias com um desempenho mais baixo, na primeira fase de observação, houve uma melhoria média de 48%, o que vai de encontro à evidência científica.

É de salientar que a categoria localização de doentes, que contempla também a sinalização da unidade, foi uma das que obteve melhores níveis de desempenho em ambos os momentos de observação (Gráfico 2). No seu estudo, Bannister et al. concluíram que o SU é um elemento chave no controlo de doenças infecciosas e que a correta triagem e localização dos doentes, são importantes medidas.²⁰ Para além disso, Nicholson considera que a colocação do doente em isolamento conduz a um aumento da adesão dos profissionais às PDVT.¹⁵

Integrado nas PBCI, a utilização de EPI deve ser baseada na avaliação do risco e na via de transmissão do microrganismo.⁴ No presente estudo, a média de observações positivas no momento pré-formação foi de 37%, tendo sofrido um acréscimo para os 75% (Gráfico 2). Foram avaliados procedimentos relativos ao uso de luvas, máscara/proteção ocular e bata/aventil, com avaliações médias de 43%, 53% e 33% (Gráficos 3, 4 e 5) respetivamente, o que traduz a existência de problemas na seleção de EPI, tal como defende Nicholson.¹⁵ Na sua investigação Balik et al., concluíram que existem inconformidades significativas na colocação e remoção destes equipamentos²¹, o que vem de encontro ao nosso estudo (Gráfico 6 e 7). Contudo, analisando os referidos gráficos percebe-se que as percentagens médias de melhoria foram evidentes.

Paralelamente Liang et al. reportam-se a taxas variáveis para o uso de EPI no SU, podendo oscilar entre os 38% e 89%, o que reflete formação e treino insuficiente dos profissionais.¹² Balik et al. concordam com tais premissas, afirmando que os projetos formativos, aliados à monitorização continua, poderão contribuir para a adesão dos profissionais ao uso de EPI.²¹

Apesar de ser reconhecida a importância das PDVT na prevenção, a sua adesão por parte dos enfermeiros continua a ser baixa, dependendo também do tipo de isolamento.¹⁷ Esta questão foi abordada no nosso estudo, tal como se pode observar no Gráfico 8 e concluímos que as médias de desempenho mais elevadas, tanto na primeira (35%) como na segunda observação (77%), dizem respeito à via de transmissão por contato. Em oposição, o isolamento por gotículas apresentou scores mais baixos em ambos os momentos, com valores de 30% e 72%.

No seu estudo, Albashtawy et al. reportam-se a taxas de adesão na ordem dos 42,2% no cumprimento das medidas de isolamento de contato e concluem que tais resultados revelam baixos níveis de conhecimento por parte dos profissionais.¹⁶ Contudo, o fato de globalmente ter sido o tipo de isolamento que apresenta melhores médias de desempenho, poderá, segundo Liang et al. ser justificado pelo fato de atualmente o SU ser um contexto onde frequentemente são implementados rastreios de prevenção e vigilância de microrganismos multirresistentes, como é o caso do *Staphylococcus aureus* resistente à metilina (MRSA) e das *Enterobacteriaceas* resistentes aos carbapenemos (ERC), os quais devem ser complementados com procedimentos de isolamento.¹² Esta é uma realidade existente no SU onde se desenvolveu o presente estudo.

Relativamente aos resultados obtidos no isolamento por gotículas, Harter, Lung e May consideram que são dados inferiores ao ideal, apesar de reforçarem a existência de poucos estudos que descrevam a conformidade das PDVT no SU e o seu impacto real na transmissão do vírus da gripe.²² A propósito da transmissão de infeções respiratórias em contexto de urgência, Liang et al. defendem uma abordagem abrangente com a capacitação e envolvimento direto dos pacientes.¹²

Conclusão

O desempenho médio global dos enfermeiros no cumprimento das PDVT no SU, apresentou scores inferiores ao desejável, indo, porém, ao encontro dos resultados verificados noutros estudos. Salienta-se, contudo, o impacto positivo que as estratégias formativas apresentam junto dos enfermeiros, com resultados que revelam uma melhoria importante das suas práticas. A higiene das mãos foi uma das áreas que evidenciou ser fundamental o desenvolvimento de projetos de melhoria e monitorização contínua, sendo universalmente reconhecido como um procedimento chave na prevenção e controlo de infeção. Por outro lado, os enfermeiros demonstraram dificuldades no cumprimento das medidas inerentes ao isolamento por gotículas. Tendo em conta a afluência desde tipo de doentes ao SU,

considera-se vital o desenvolvimento de uma cultura de segurança com base em estratégias de prevenção do risco, com envolvimento de todos os profissionais. Por fim, acreditamos que a complexidade inerente aos cuidados de emergência, exigem um conhecimento real das particularidades de cada contexto, nos quais os enfermeiros são detentores de competências fundamentais para liderar projetos de melhoria contínua dos cuidados.

Bibliografia

1 - WHO (2016). *Guidelines on core components of infection prevention and control programmes at the national and acute health care facility level*. Consultado a 26 de novembro de 2017. Disponível em <http://www.who.int/infection-prevention/publications/ipc-components-guidelines/en/>

2 - DGS (2016). *A saúde dos portugueses 2016*. Consultado a 20 de dezembro de 2017. Disponível em <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/18278>.

3 - Ministério da Saúde (2015). *Despacho nº1400-A de 10 de fevereiro. Diário da República 2ª série*. Lisboa: Assembleia da República, 3882 – 3890. Consultado a 4 de dezembro de 2017. Disponível em <https://dre.pt/application/file/66457154>.

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

5 - DGS (2017). *Recomendação – Prevenção da transmissão de Enterobacteriaceas resistentes aos carbapenemos em hospitais de cuidados de agudos*. Consultado a 1 de novembro de 2017. Disponível em <https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/destaques/recomendacao-prevencao-da-transmissao-de-enterobacteriaceas-resistentes-aos-carbapenemos-em-hospitais-de-cuidados-de-agudos.aspx>

6 - DGS (2007). *Recomendações para as Precauções de Isolamento: Precauções básicas e dependentes das vias de transmissão*. Consultado a 29 de novembro de 2017. Disponível em <https://www.dgs.pt/programa-nacional-de-controlo-da-infeccao/documentos/orientacoes--recomendacoes/recomendacoes-para-as-precaucoes-de-isolamento-precaucoes-basicas-e-precaucoes-dependentes-das-vias-de-transmissao-em-revisao.aspx>

7 - Almeida, A., Alves, M., Constantino, R., Cruz, C., Figueiredo, M., Lucas, A., Mendes, T., Pinto, P., Reis, S. Roque, A., Sambango, D., Verissimo, O. & Vitorino, A. (2015). *Prevenção e Controlo das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde: Contributos para a tomada de decisão em enfermagem*. Coimbra.

8 - PPCIRA (2017). *Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e Resistência aos Antimicrobianos 2017*. DGS: Lisboa.

9 - CDC (2017). *2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings*, last update, october 2017. Consultado a 1 de novembro de 2017. Disponível em: <https://www.cdc.gov/anthrax/pdf/infection-control-guidelines-for-healthcare-setting-2007.pdf>

10 - Lage, M (2010). *Segurança do doente: da teoria à prática clínica*. Revista portuguesa de saúde pública, 10, 11-16.

11 - Elder, E., Mason, M. & Zimmerman, P. (2016). *A healthy degree of suspicion: A discussion of the implementation of transmission based precautions in the emergency department*. Australasian Emergency Nursing Journal, 347, 1-6.

12 - Liang, S., Marschall, J., Schuur, J. & Theodoro, D. (2014). *Infection Prevention in the Emergency Department*. Annals of Emergency Medicine, 64(3), 299-313.

13 - OE (2011). *Regulamento nº 124/2011 de 18 de fevereiro*. Diário da República, 2ª Série nº 35. Lisboa: Assembleia da República, 8656 – 8657.

14 - DGS (2013). Norma 029/2012: *Precauções Básicas do Controlo da Infeção (PBCI)*, atualizado a outubro de 2013. Consultado a 3 de janeiro de 2018. Disponível em <https://www.dgs.pt/ms/15/pagina.aspx?f=2&id=5514>.

15 - Nicholson, L. (2014). *Healthcare-associated infections: the value of patient isolation*. Nursing Standart, 29(6), 35-44.

16 - Albashtawy, M., Aljezawi, M. Aloush, S. & Suliman, M. (2017). *Knowledge and practices of isolation precautions among nurses in Jordan*. American Journal of Infection Control, 1-5.

17 - Behta, M., Bufe, G., Landers, T., Larson, E., McWalters, J., Ross, B. & Vawdrey, D. (2010). *Terms used for isolation practices by nurses at na academic medical center*. Journal of Advanced Nursing, 2309-2319.

18 - Haac, B., Hagegeorge, G., Harris, A., Hu, P., Liang, S., Pineles, L., Rock, C., Scalea, T. & Thom, K. (2017). *Hand Hygiene compliance in the setting of trauma resuscitation*. International Journal of the Care of the Injured, 48, 165-170.

19 - Dullius, A., Kolankiewicz, A., Magnago, T., Ongaro, J. & Zottele, C. (2017). *Adesão dos profissionais de saúde à higienização das mãos em pronto-socorro*. Revista da escola de enfermagem da USP, 51, 1-8.

20 - Bannister, B., Brodt, H., Brouqui, P., De Iaco, G., Fusco, F., Gottschalk, R., Ippolito, G., Maltezou, H., Puro, V., Schilling, S. & Thomson, G. (2012). *Infection control management of patients with suspected highly infectious diseases in emergency departments: data from a survey in 41 facilities in 14 European countries*. BMC Infectious Diseases, 12(27), 1-7.

21 - Balik, C., Brosh-Nissimov, T., David, O., Eisenkraft, A., Fogel, I., Kassirer, M., Poles, L. & Shental, O. (2017). *The association between self-perceived proficiency of personal protective equipment and objective performance: An observational study during a bioterrorism simulation drill*. American Journal of Infection Control, 45, 1238-42.

22 - Harter, K., Lung, D. & May, L. (2012). *An intervention to improve compliance with transmission precautions for influenza in the emergency department: successes and challenges*. The Journal of Emergency Medicine, 42(1), 79-85.

Apêndice K – Apresentação *PowerPoint* sobre Precauções Dependentes da Via de Transmissão à equipa de assistentes operacionais do serviço de urgência

Precauções dependentes da Via de Transmissão

PREVENÇÃO e CONTROLO de
INFEÇÃO

Rita Pereira



Novembro, 2017

Objetivos

- Promover boas práticas na equipa de assistentes operacionais;
- Compreender a importância de cumprir as PDVT na prática profissional diária no serviço de urgência.

Isolamento

Definição:

- É o **estabelecimento de barreiras físicas** para prevenir a transmissão cruzada de microrganismos infecciosos de um indivíduo para outro.

- Não significa necessariamente uma separação física da pessoa, mas sim a adoção de medidas que permitam cortar a via de transmissão de agentes infecciosos a partir de um reservatório humano ou ambiental.

Ameida et al, 2015

PBCI

1. Colocação dos doentes – incluindo isolamento;
2. Higiene das mãos
3. Etiqueta respiratória
4. Utilização de Equipamento de Proteção Individual (EPI)
5. Descontaminação do Equipamento Clínico
6. Controlo ambiental
7. Manuseamento seguro da roupa
8. Recolha segura de resíduos
9. Práticas seguras na preparação e administração de injetáveis
10. Exposição a agentes microbianos no local de trabalho

Vias de Transmissão

Contacto
Direto ou Indireto

Gotículas

Via Aérea



Vias de Transmissão (cont.)

CONTACTO

- Quando a transmissão é efetuada pele com pele – **CONTATO DIRETO**
- Quando a transmissão ocorre através de uma superfície ou equipamento contaminado – **CONTATO INDIRETO**



As **mãos** dos prestadores de cuidados são frequentemente apontadas com sendo o meio mais importante desta via de transmissão.

Vias de Transmissão (cont.)

GOTÍCULAS

- Estas partículas são produzidas quando o doente com infeção tosse, espirra, fala. Durante determinados procedimentos de risco geradores de aerossóis como a aspiração de secreções.
- A transmissão ocorre através do ar num raio de 1 metro.
- O tamanho destas partículas são de dimensão superior a 5 μm .

DGS, 2007

Vias de Transmissão (cont.)

VIA AÉREA

- Os microrganismos têm uma dimensão inferior a 5 μm e conseguem manter-se suspensos no ar por longos períodos de tempo.
- Podem dispersar-se por grandes áreas, através de correntes de ar, e ser inalados por hospedeiros suscetíveis, quer no quarto onde se encontra a fonte, quer em maiores distancias se o ar for partilhado.

DGS, 2007

Precauções dependentes da via de transmissão

Definição:

- Conjunto de medidas que visam orientar os profissionais na prestação segura de cuidados de acordo com a cadeia epidemiológica da infeção, as vias de transmissão e as patologias.

Complementam as PBCI mas não as substituem.

DGS, 2007

Precauções dependentes da via de transmissão

ISOLAMENTO DE CONTACTO

Precauções Adicionais:

- Usar vestimenta de proteção de acordo com o agente.
- Lavagem e desinfecção das mãos imediatamente antes e após qualquer contacto com o doente afetado.
- Usar touca e / ou luvas em qualquer contacto direto com o doente, ou caso de exposição a agente contaminante - DEIXAR APÓS CONTACTO.
- Usar máscara obrigatória - DEIXAR APÓS CONTACTO.
- Usar máscara com proteção de face e óculos ou protetores faciais quando necessário ao contacto - DEIXAR APÓS CONTACTO.

ISOLAMENTO GOTÍCULAS

Precauções Adicionais:

- Usar vestimenta de proteção de acordo com o agente.
- Lavagem e desinfecção das mãos imediatamente antes e após qualquer contacto com o doente afetado.
- Usar touca e / ou luvas em qualquer contacto direto com o doente, ou caso de exposição a agente contaminante - DEIXAR APÓS CONTACTO.
- Usar máscara obrigatória - DEIXAR APÓS CONTACTO.
- Usar máscara com proteção de face e óculos ou protetores faciais quando necessário ao contacto - DEIXAR APÓS CONTACTO.

ISOLAMENTO VIA AEREA

Precauções Adicionais:

- Usar vestimenta de proteção de acordo com o agente.
- Lavagem e desinfecção das mãos imediatamente antes e após qualquer contacto com o doente afetado.
- Usar touca e / ou luvas - DEIXAR APÓS CONTACTO.
- Usar máscara - DEIXAR APÓS CONTACTO.
- Usar máscara - DEIXAR APÓS CONTACTO.
- Usar máscara - DEIXAR APÓS CONTACTO.

ESPELHAMENTO

Usar obrigatoriamente sistema de aspiração localizada.

PDVT - Isolamento de Contacto

COLOCAÇÃO DE DOENTES

- Sempre que possível colocar o doente num quarto individual.
- Se não for possível, deve ser colocado com outros doentes que tenham infeção ativa com o mesmo microrganismo, mas nenhuma outra infeção (**Isolamento por coorte**).
- Se não existir quarto individual disponível e não for possível o agrupamento em coorte, deve considerar-se a epidemiologia do microrganismo e a população de doentes.
- Colocar na **Unidade do doente** a sinalética correspondente ao tipo de isolamento.

DGS, 2007

PDVT - Isolamento de Contacto

EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL

Luvas

- Calçar as luvas (limpas), antes de entrar na área de isolamento.
- Trocar de luvas após contacto com material contaminado que possa conter grande concentração de microrganismos (ex. material fecal ou exsudado de feridas).
- Retirar as luvas antes de abandonar a área de isolamento.
- Proceder à higiene das mãos.

DGS, 2007

PDVT - Isolamento de Contacto

EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL

Bata/Avental

- ❑ Usar bata/aventil (limpa), quando é previsível que a farda contacte substancialmente com o doente, superfícies envolventes ou objetos.
- ❑ Deve ser colocada antes de entrar no quarto e removida antes de abandonar o mesmo.
- ❑ Proceder à higiene das mãos.

DGS, 2007

PDVT - Isolamento de Contacto

TRANSPORTE DO DOENTE

- ❑ Limitar ao estritamente necessário.
- ❑ Quando ocorre, deve assegurar-se a **manutenção das medidas de proteção**, para minimizar o risco de transmissão a outros ou ao ambiente circundante. O doente deve vestir uma bata.
- ❑ Informar os intervenientes no transporte e o local de destino sobre as precauções a adotar na prestação de cuidados. Sempre que possível devem ser os últimos a realizar o exame.

DGS, 2007

PDVT - Isolamento de Contacto

CONTROLO AMBIENTAL

Dispositivos médicos

- Individualização de materiais/equipamentos (arrastadeira/urinol, termómetro, bacia de higiene, estetoscópio, esfigmomanómetro).
- Se for de todo impossível, deve-se fazer a limpeza do mesmo com água e detergente e posterior desinfeção com álcool a 70%, antes da utilização num outro doente.

Resíduos

- Colocados em saco branco (**resíduos grupo III**), junto do doente e o material corto-perfurante em contentor apropriado.

DGS, 2007

PDVT - Isolamento de Contacto

LIMPEZA

Limpeza de rotina

- Com água e detergente, sendo a **última sala a ser limpa**. Os equipamentos, idealmente de uso exclusivo para o isolamento, devem ser lavados preferencialmente em máquina com ciclo de desinfeção pelo calor.

Limpeza terminal

- Lavar as superfícies com água e detergente e em seguida descontaminar com solução de cloro (deve ser dada especial **atenção aos manípulos da porta e janelas**). As paredes devem ser descontaminadas até 2/3 da altura.

DGS, 2007

PDVT - Isolamento de Contacto

EDUCAÇÃO DO DOENTE/FAMÍLIA

- ▣ Ressalvar a importância da higiene das mãos com solução antisséptica de base alcoólica ou com água e sabão.
- ▣ Não partilhar objetos pessoais.
- ▣ Não visitar outros doentes ou serviços depois de ter visitado esse, em isolamento.

DGS, 2007

PDVT - Isolamento de Gotículas

COLOCAÇÃO DE DOENTES

EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL

Luvras e Bata/Avental



As mesmas do isolamento de Contato

DGS, 2007

PDVT - Isolamento de Gotículas

EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL

Máscara

- Deve ser utilizada máscara cirúrgica, para proteção das membranas mucosas do nariz e boca durante procedimentos potencialmente geradores de aerossóis ou salpicos de sangue, fluidos corporais, secreções ou quando se prestam cuidados a **uma distância inferior a 1 metro**.



DGS, 2007

PDVT - Isolamento de Gotículas

TRANSPORTE DO DOENTE

- Manutenção das medidas referentes ao isolamento de contato.
- No entanto, deve minimizar-se a possibilidade de dispersão de gotículas colocando uma **máscara cirúrgica ao doente**, se ele tolerar.

DGS, 2007

PDVT - Isolamento de Gotículas

CONTROLO AMBIENTAL

LIMPEZA Rotina e Terminal



As mesmas do isolamento de Contato

DGS, 2007

PDVT - Isolamento de Gotículas

EDUCAÇÃO DO DOENTE/FAMÍLIA

Educação das visitas:

- Utilização de máscara e modo correto de a colocar e de a remover.
- Higiene das mãos ao entrar e sair do quarto /Unidade do doente.
- Restrição do número de visitas.
- Não visitar outros doentes ou serviços depois de ter visitado este em isolamento.

DGS, 2007

PDVT - Isolamento de Gotículas

EDUCAÇÃO DO DOENTE/FAMÍLIA

Educação do doente:

- ❑ Utilizar lenços de papel para expetorar e proteger a boca, quando tosse ou espirra.
- ❑ Colocar máscara tipo cirúrgica, **se tiver que sair do quarto**.
- ❑ Proceder à higiene das mãos após tossir, espirrar ou assoar-se.

DGS, 2007

PDVT - Isolamento de Via Aérea

COLOCAÇÃO DE DOENTES

- ❑ Colocar o doente num quarto individual com **Pressão negativa controlada**, relativamente às áreas contíguas.
- ❑ São necessárias 6 a 12 renovações de ar por hora e exaustão para o exterior.
- ❑ A porta deverá estar sempre fechada e o doente deve permanecer dentro do quarto.

DGS, 2007

PDVT - Isolamento de Via Aérea

COLOCAÇÃO DE DOENTES

EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL
Luvas e Bata/Avental



As mesmas do isolamento de Góticulas

DGS, 2007

PDVT - Isolamento de Via Aérea

EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL

Máscara

- Utilizar sempre proteção respiratória (respirador de partículas com o mínimo de 95% de capacidade de filtragem - P2), antes de estabelecer contato com o doente.



DGS, 2007

PDVT - Isolamento de Via Aérea

TRANSPORTE DO DOENTE

CONTROLO AMBIENTAL

LIMPEZA
Rotina e Terminal



As mesmas do isolamento de Góticas

DGS, 2007

PDVT - Isolamento de Via Aérea

EDUCAÇÃO DO DOENTE/FAMÍLIA

- ❑ Sensibilização para correta utilização das medidas de proteção.
- ❑ Utilização de **respirador de partículas (P2)** e modo correto de o colocar e de o retirar.
- ❑ Importância da lavagem das mãos ao entrar e sair do quarto.
- ❑ Abrir a porta o mínimo possível.
- ❑ Restringir o número de visitas.
- ❑ Não visitar outros doentes ou serviços depois de ter visitado esse em isolamento.

DGS, 2007

Questões



Bibliografia

- Almeida, A., Alves, M., Constantino, R., Cruz, C., Figueiredo, M., Lucas, A., Mendes, T., Pinto, P., Reis, S. Roque, A., Sambango, D., Verissimo, O. & Vitorino, A. (2015). Prevenção e Controlo das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde: Contributos para a tomada de decisão em enfermagem. Coimbra.
- Center of Disease and Control Prevention (2007). Guideline for Isolation Precaution: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings. Disponível em: <https://www.cdc.gov/anthrax/pdf/infection-control-guidelines-for-healthcare-setting-2007.pdf>.
- DGS (2017). Recomendação – Prevenção da transmissão de Enterobacteriáceas resistentes aos carbapenemos em hospitais de cuidados de agudos. DGS: Lisboa
- DGS (2016). Relatório de Prevenção e Controlo de Infecções e de resistência aos antimicrobianos em números – 2015. DGS: Lisboa.
- DGS (2007). Recomendações para as Precauções de Isolamento: Precauções básicas e dependentes das vias de transmissão.
- Ferreira, E., Marques A., Matos B. & Pina E. (2010, julho – setembro). Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 10, 27-39.

Obrigado!



Apêndice L – Plano de Atividade do Grupo da Qualidade e Risco do serviço de urgência, 2017

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO BAIXO ALENTEJO

Serviço de Urgência

Plano de Atividades do Grupo da Qualidade e Risco 2017



Elemento do grupo da qualidade e risco: José Luis Barriga

Colaboração: Rita Pereira (Aluna da Especialidade)

Enfermeira em Funções de Chefia: Paula Canelas

Índice

0- INTRODUÇÃO	116
1- PLANO DE ATIVIDADES DO GRUPO DA QUALIDADE E RISCO 2017.....	117
1.1- QUALIDADE	117
1.2- GESTÃO DE RISCO.....	194

0- INTRODUÇÃO

O SU do HJJF, enquanto SUMC, tem como missão prestar cuidados de qualidade às pessoas que a ele recorram com problemas de saúde urgentes e emergentes. Mais concretamente, destina-se ao atendimento de doentes com situações clínicas de patologia aguda ou traumática, que impliquem um diagnóstico e terapêutica não adiáveis, através de uma assistência humanizada, eficiente e rápida, de acordo com os meios disponíveis. (ULSBA, 2010) Esta missão materializa-se através de um conjunto de acontecimentos encadeados, que são proporcionados por uma equipa multidisciplinar e que se consubstanciam no acolhimento, na triagem, na avaliação, na estabilização, na investigação, no tratamento e na orientação/ encaminhamento.

Da equipa multidisciplinar existente no Serviço de Urgência fazem parte: enfermeiros, médicos, assistentes operacionais, administrativos, secretarias de piso. A limpeza e a segurança do serviço são asseguradas por funcionários de empresas contratadas pela instituição.

A articulação entre os diferentes grupos profissionais é efetuada dentro das elementares regras de respeito pela área de competência de cada um, assim como, é privilegiado um clima relacional que propicia o bom ambiente de trabalho.

Os elementos da equipa de enfermagem trabalham no sistema de *roulement* (trabalho por turnos). A equipa de enfermagem do Serviço de Urgência é constituída por 57 enfermeiros, destes oito prestam exclusivamente cuidados no SU pediátrico e nove em ambos os serviços, embora com predomínio no SU geral. Os restantes 40 enfermeiros prestam cuidados apenas neste último. Pode assim concluir-se que deste grande grupo de 57 elementos, 49 prestam cuidados no SU geral. Nesta contagem de enfermeiros, estão também incluídos a enfermeira em funções de chefia e um enfermeiro que se encontra em regime de horário fixo e que trabalha diretamente com o primeiro na gestão do serviço,

O elemento do serviço de urgência que integra o grupo da qualidade e risco é o enfermeiro especialista José Luís Barriga. O elemento participa nas reuniões do grupo da qualidade risco efetuadas de 2 em 2 meses e nas quais participam os representantes do grupo dos diversos serviços da ULSBA. O grupo é coordenado pela Enf.ª Sandra Heleno. O presente documento visa descrever as atividades a desenvolver ao longo do ano 2017 para as áreas da qualidade e do risco clínico no S.U.

1- PLANO DE ATIVIDADES DO GRUPO DA QUALIDADE E RISCO 2017

1.1- QUALIDADE

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 refere que a qualidade em Saúde pode ser definida como a prestação de cuidados de saúde acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação do cidadão. Implica a adequação dos cuidados de saúde às necessidades e expectativas do cidadão e o melhor desempenho possível. (Ministério da Saúde, 2015)

O acesso a cuidados de saúde de qualidade, durante todo o tempo e em todos os níveis da prestação, é um direito fundamental do cidadão, a quem é reconhecida toda a legitimidade para exigir qualidade nos cuidados que lhe são prestados.

A qualidade em saúde tem diferentes dimensões como a adequação, efetividade, eficiência, acesso, segurança dos doentes, profissionais e outras partes interessadas, equidade, oportunidade, cuidados centrados no doente, continuidade e integração de cuidados durante todo o processo assistencial, respeito mútuo e não discriminação, a sustentabilidade, a oportunidade na prestação dos cuidados, a comunicação e participação e diferentes perspetivas: a do utilizador dos serviços de saúde, do profissional e do gestor ou seja, o uso efetivo e eficiente dos recursos na resposta às necessidades do utilizador (Campos, Carneiro & Saturno, 2010).

A qualidade em saúde é uma prioridade dos enfermeiros e os enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros visam explicitar a natureza e englobar os diferentes aspetos do mandato social da profissão de enfermagem. Pretende-se que estes venham a constituir-se num instrumento importante que ajude a precisar o papel do enfermeiro junto dos clientes, dos outros profissionais, do público e dos políticos. Trata-se de uma representação dos cuidados que deve ser conhecida por todos os clientes, quer ao nível dos resultados mínimos aceitáveis, quer ao nível dos melhores resultados que é aceitável esperar. (OE, 2001)

Foram definidas seis categorias de enunciados descritivos, relativas à satisfação dos clientes, à promoção da saúde, à prevenção de complicações, ao bem-estar e ao autocuidado dos clientes, à readaptação funcional e à organização dos serviços de enfermagem (OE, 2001).

As atividades definidas no âmbito da qualidade para o último trimestre do ano 2017 vão de encontro às diretivas da Ordem dos Enfermeiros e do Plano Nacional de Saúde. O enfoque será na manutenção dos objetivos atingidos até agora e implementar melhorias a nível dos registos de enfermagem.

Para que todos os utentes que recorrem ao SU possam usufruir desta cadeia organizada de acontecimentos, é necessário que os profissionais que dele fazem parte tenham conhecimento das normas e dos protocolos vigente no serviço, das especificidades das suas competências e intervenções, das competências e intervenções dos restantes profissionais e ainda do espaço físico e dos recursos existentes no SU, na instituição (a nível hospitalar e dos CSP) e na rede de referência inter-hospitalar.

No sentido de promover uma avaliação objetiva sobre o grau de cumprimento da missão de um serviço, sobre o custo-efetividade e qualidade das intervenções dos diferentes profissionais e ainda sobre o grau de satisfação dos utentes, é necessário que cada serviço possua indicadores de qualidade que sejam aferidos regularmente e que sejam do conhecimento geral da equipa. Só através da valorização e interpretação destes resultados, será possível implementar medidas fundamentadas que reformulem algumas das práticas atuais, com vista a um aumento da qualidade.

De referir que existiram alguns fatores que contribuíram para gerar desmotivação no Grupo da Qualidade, nomeadamente, dificuldades no processo de tomada de decisão, atrasos ou inexistência de respostas sempre que o grupo de Enfermeiros dinamizadores da Qualidade e Risco Clínico apresentaram pareceres e/ou a identificação de problemas à Direção de Enfermagem e ausência de programas que trabalhem os indicadores de forma automática. Estes fatores interferiram assim com o cumprimento do plano de atividades no serviço.

As atividades definidas no âmbito da qualidade encontram-se resumidas no quadro abaixo.

OBJETIVO	ACTIVIDADES	DATA	RECURSOS	INDICADORES/ METAS	RESPONSÁVEL
Prevenir e monitorizar quedas de doentes no Serviço de Urgência	Identificação de fatores de risco ambientais e promoção de ações para controlo do risco de queda	Dezembro de 2017	Material administrativo Enfermeiro Computador Gabinete	Percentagem de enfermeiros que participam nas sessões de formação (Meta: 80%)	José Luís Barriga Francisco Barradas
	Supervisão adequada do doente			Percentagem de enfermeiros com avaliação da eficácia da formação (Meta: 100%)	
	Ensino e sensibilização do doente e família para os riscos de queda no hospital e no domicílio			Taxa de efetividade na prevenção de quedas (Meta: 80%)	
	Registo informático da escala de morse e avaliações efetuadas aos doentes do Serviço de Urgência				
	Elaboração de estatísticas relativas às quedas no Serviço de Urgência				

Elaboração de projetos de melhoria contínua da qualidade na área da reanimação no Serviço de Urgência	Identificação e descrição do problema	Dezembro	Enfermeiro	Existência dos projetos de	José Luis
	Formulação de objetivos	2017	Computador	melhoria contínua da	Barriga
	Identificação e compreensão das causas		Manequins	qualidade	Manuel
	Planeamento e execução das tarefas/atividades		Sala formação		Revez
	Verificação dos resultados				Pedro Amaro
	Instituição de medidas corretivas, standardizar e treinar a equipa				Jorge Pereira
	Reconhecimento e partilha do sucesso				

1.2- GESTÃO DE RISCO

Relativamente à gestão do risco as atividades a desenvolver visam garantir e implementar um conjunto de medidas para prever, identificar e minimizar a ocorrência de acontecimentos adversos, que determinem danos na saúde física ou psicológica dos doentes e profissionais.

A análise do Risco Clínico no Serviço de Urgência é desenvolvida segundo uma metodologia simples que permite estimar o risco clínico a partir de uma combinação da probabilidade de ocorrência de um evento perigoso e da gravidade dos danos dele resultante para o utente. O seu principal objetivo é identificar, registar, analisar e implementar ações preventivas dos riscos identificados.

A Avaliação do Risco é efetuada anualmente e atualizada sempre que surgem alterações ou recomendações. Foi identificado o risco nas seguintes áreas: secretariado/admissão, sala de triagem, sala de acolhimento e vigilância (AV), sala de observação (SO), sala de decisão terapêutica (SDT), sala de inalação terapia, sala de pequena cirurgia, sala de ortopedia, sala de emergência/reanimação e balcões. Foi ainda definido o risco e respetivo nível associado a acidentes, limpeza e descontaminação ambiental, comportamento e transferências.

São definidas medidas corretivas imediatas para os riscos que sejam classificados com nível de risco inaceitável, elevado ou muito elevado.

A Avaliação contínua de risco é efetuada de acordo com um fluxograma criado para o serviço.

A metodologia aplicada na Estimativa do Risco consiste na identificação do perigo, valorizando a probabilidade de ocorrência do risco e as consequências da materialização do perigo identificado. A partir da Probabilidade de ocorrência do risco e da Consequência do dano é possível atribuir um nível para cada Risco identificado. Este valor permite priorizar a intervenção sobre o risco e as ações de controlo dos riscos a implementar.

A elaboração do plano de atividades foi baseada nos problemas identificados face á atual realidade do serviço.

AVALIAÇÃO DE RISCO CLINICO E AMBIENTAL 2017

LOCAL	IDENTIFICAÇÃO DO FACTOR DE RISCO	RISCO	NIVEL DE RISCO	MEDIDAS CORRETIVAS	RESPONSAVEL PELA IMPLEMENTAÇÃO DE MEDIDAS CORRETIVAS
SECRETARIADO/ADMISSÃO	<ul style="list-style-type: none"> - Marcação de exames - Marcação de consultas - Carência de documentação nos vários sectores do SU 	Documentação não tratada ou insuficiente	Elevado	Reunião de sensibilização para: <ul style="list-style-type: none"> - Esquema de pedido de documentação - Esclarecimento de dúvidas com os elementos da equipa de assistentes técnicos 	Paula Canelas Fátima Martins
SALA DE TRIAGEM	<ul style="list-style-type: none"> - Tempo elevado entre a admissão e a triagem no posto de triagem - Tempo alvo na triagem de um doente - Documentação insuficiente sobre o processo de triagem 	Tempos alvos muito elevados de acordo com o preconizado pelo grupo português de triagem Falta de manuais para consulta em caso de dúvida no processo de triagem	Elevado	Reunião de sensibilização para: <ul style="list-style-type: none"> - Cumprimento do tempo entre a admissão do doente e a sua triagem - Cumprimento do tempo na triagem de um doente - Sensibilização para em caso de dúvida consultar manuais de triagem 	Paula Canelas José Luís Barriga Luís Godinho

				-Reunião mensal com os triadores para dar <i>feedback</i> dos resultados auditados	
SERVIÇO DE OBSERVAÇÃO - SO SALA DECISÃO TERAPÊUTICA – SDT SALA INALOTERAPIA BALCÕES SALA EMERGÊNCIA SALA DE PEQUENA CIRURGIA SALA DE ORTOPEDIA	Medicação	Prescrição de medicamento errada	Elevado	Sensibilização dos profissionais para:	Paula Canelas José Luis Barriga
		Administração de medicação na dosagem errada	Muito Elevado	-Erro terapêutico	
		Administração de medicação ao doente errado	Muito Elevado	-Confirmação da prescrição	
		Erro na preparação de medicação	Elevado	-Confirmação do nome do doente e protocolo no momento da administração	
		Identificação da medicação inadequada	Muito Elevado	-Utilização do modelo de etiquetas	
		Reação adversa a administração de medicação	Muito Elevado	-Cumprimento das medidas de proteção individual	
	Equipamento	Falha ou avaria no equipamento	Elevado	-Supervisão do cumprimento da norma acerca das EPI	
				-Seguir os planos de manutenção em conjunto com o SIE e de acordo com a IT	

	Administração de sangue/hemoderivados	Identificação das amostras incorreta	Elevado	-Correta utilização dos contentores para distribuição de sangue	
		Administração de sangue/hemoderivados ao doente errado	Elevado	-Utilização de chip identificativo dos enfermeiros que manuseiam os contentores	
	Reação adversa à administração de sangue/ hemoderivados	Muito Elevado	-Sensibilização, vigilância e correção de erros relativos ao manuseamento de hemoderivados/sangue -Ensinos ao doente acerca de sinais e sintomas de reação adversam		
SERVIÇO DE OBSERVAÇÃO - SO SALA DECISÃO TERAPÊUTICA – SDT SALA INALOTERAPIA BALCÕES SALA EMERGÊNCIA SALA DE PEQUENA CIRURGIA	Recolha de material biológico	Contaminação da amostra	Elevado	-Sensibilização para o cumprimento da técnica asséptica Vigilância do cumprimento das normas, procedimentos e IT da ULSBA acerca da recolha de material biológico.	

SALA DE ORTOPEDIA					
SALA DE PEQUENA CIRURGIA	Realização de procedimentos relativos à pequena cirurgia	Realização de técnicas e procedimentos inadequados	Elevado	Sensibilização dos profissionais para: -Erro terapêutico -Formação periódica acerca das técnicas e exames realizados nos sectores de pequena cirurgia/ortopedia	Paula Canelas José Luis Barriga
SALA ORTOPEDIA	Realização procedimentos relativos à ortopedia				
SALA DE ACOLHIMENTO E VIGILÂNCIA - AV	Informação incorretas aos familiares dos doentes	Informações inadequadas e falta de vigilância no posto AV	Elevado	Sensibilização dos profissionais para: -Erro terapêutico -Confirmação da identificação do doente -Confirmação da correta colocação das etiquetas do doente aos respetivos familiares -Sensibilização para a vigilância e acompanhamento dos doentes que se encontram na referida sala	Paula Canelas José Luis Barriga
ACIDENTES	Ambiente	Fogo/sobreaquecimento	Elevado	Conhecimento do plano de emergência por parte dos profissionais do serviço. Sinalização e equipamento adequado	Paula Canelas Rogério Mestre

0- BIBLIOGRAFIA

Campos, Carneiro & Saturno (2010). *Plano Nacional de Saúde 2011-2016 – A qualidade dos cuidados e dos serviços*. Consultado a 22 de setembro de 2017. Disponível em <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2010/07/Q2.pdf>

Ministério da Saúde (2015). *Despacho n.º 1400-A de 10 de fevereiro*. Diário da República: 2.ª série, n.º 28. Lisboa: Assembleia da República, 3882 – 3890. Consultado a 4 de dezembro de 2017. Disponível em <https://dre.pt/application/file/66457154>

OE. (2001). *Padrões de Qualidade dos cuidados de Enfermagem – Enquadramento conceptual, enunciados descritivos*. Lisboa: OE.

ULSBA (2010). *Código de Ética da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE*. Consultado a 22 de janeiro de 2018. Disponível em <http://intranet/Docs/news/Documents/Código%20de%20Ética%202010.pdf>

WHO (2017). *Patient Safety – Making health care safer*. Consultado a 1 de fevereiro de 2018. Disponível em <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255507/1/WHO-HIS-SDS-2017.11-eng.pdf?ua=1>.

Apêndice M – Algoritmo Via Verde Sepsis

ALGORITMO VVS

CRITÉRIOS DE PRESUNÇÃO DE INFECÇÃO

Alteração da temperatura ($<35^{\circ}\text{C}$ ou $>38^{\circ}\text{C}$) mais um dos seguintes critérios:

- Cefaleias;
- Confusão ou alteração do estado de consciência aguda;
- Dispneia;
- Dor abdominal;
- Tosse;
- Ictericia;
- Disúria ou polaquúria;
- Dor lombar;
- Sinais inflamatórios cutâneos extensos;
- Critério clínico responsável.

SIM

CRITÉRIOS DE INFECÇÃO SISTÊMICA

- Confusão e/ou alteração do estado de consciência;
- FC > 90 bpm com aumento do tempo de preenchimento capilar;
- FR > 22 bpm.

NÃO

Atendimento normal,
de acordo com
fluxograma.

OU

SIM

Suspeita VVS

SIM

Avaliação Equipa Sépsis

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO DE VVS

- Doença cerebrovascular aguda;
- Doente sem indicação para manobras avançadas;
- Estado de mal asmático;
- Gravidez;
- HDA.

CRITÉRIOS DE GRAVIDADE

- Lactatos >2 mmol/L;
- Hipotensão (TAS <90 mmHg);
- Hipoxémia (PaO₂ <60 mmHg ar ambiente).

Confirmação VVS

AValiação BÁSICA E TERAPêUTICA

- 1 - Administração de cristalóides (20-30 ml/kg);
- 2 - Administração de O₂;
- 3 - Realização de gasimetria com lactato.

15min

60min

AValiação BÁSICA E TERAPêUTICA

- 1 - Hemoculturas;
- 2 - Exames microbiológicos de acordo com foco;
- 3 - Administração de antibiótico;
- 4 - Avaliação laboratorial;
- 5 - Identificação do foco.

AValiação AVANÇADA E ADMINISTRAÇÃO DE TERAPêUTICA

- 1 - Cristalóides (TAM >65 mmHg ou lactato ≥ 2 mmol/L);
- 2 - Noradrenalina (TAM >65 mmHg após correção de volémia);
- 3 - Cateter arterial (se TAM <65 mmHg, ou administração de vasopressores);
- 4 - CVC (Administração de vasopressores e avaliação SVO₂);
- 5 - VM (Hipoxémia refratária, hiperlactacidémia, esforço respiratório excessivo, SVO₂ $<65\%$);
- 6 - Dobutamina (sinais de hipoperfusão, ausência de resposta a fluidos, disfunção cardíaca);
- 7 - Transfusão (se Hb ≤ 7 g/dl);
- 8 - Corticoides (TAM <65 mmHg refratária);
- 9 - Reavaliação gasimetria (no máximo até 2h);
- 10 - Controlo foco séptico.

Apêndice N – Apresentação *PowerPoint* sobre Material Cirúrgico e Respiratório à equipa de assistentes operacionais do serviço de urgência

Material Cirúrgico e Respiratório

Intervenções do Assistente Operacional

Rita Pereira | Novembro de 2017

Verónica Baião



Alqueire
Barrancos
Serpa
Almodôvar
Ferreiros do Alentejo

Moreira
Vidigueira
Ourique
Alentejo
Castro Verde

Beja
Cuba
Mértola



Objetivos

Conhecer o material cirúrgico e respiratório existente no Serviço de Urgência (SU);

Compreender a importância da intervenção do Assistente Operacional (AO) na gestão e manutenção do material existente.

Material Cirúrgico e Respiratório

Intervenções do Assistente Operacional



Material Existente no SU

CIRÚRGICO



Porta Agulhas



Pinça Kocker curva ou reta



Taça Redonda



Pinça Dissecção



Pinça Mosquito curva ou reta



Taça Riniforme ou Couvete



3

Material Cirúrgico e Respiratório

Intervenções do Assistente Operacional



Material Existente no SU

CIRÚRGICO



Afastador Farabeuf



Sonda Canula



Cabo de Laringoscópio



Lamina de Laringoscópio



Afastador Wolkman



Goivas



Pinça de Maguil



4

Material Cirúrgico e Respiratório

Intervenções do Assistente Operacional



Material Existente no SU

CIRÚRGICO

PACOTE SUTURAS

COMPLEXAS:

(Sala de Pequena Cirurgia)

- Porta Agulhas (1)
- Pinça de Disseção sem dente (1)
- Afastadores de Parabeuf (2)
- Pinça de disseção com dente (2)
- Mosquitos Curvos (2)
- Tesoura (1)

PACOTE FERROS SIMPLES:

(Sala de Pequena Cirurgia)

- Porta Agulhas (1)
- Pinça de Disseção (1)



5

Material Cirúrgico e Respiratório

Intervenções do Assistente Operacional



Material Existente no SU

CIRÚRGICO

PACOTE DE CATETER

VENOSO CENTRAL:

(1 Sala de Pequena Cirurgia + 1 Sala de Emergência)

- Taça redonda pequena (1)
- Covete pequena (1)
- Pinças de Roupa (2)
- Tesoura (1)
- Pinças Kocker (1 reta e 1 curva)
- Pinça disseção com dente (1)
- Pinça de disseção sem dente (1)
- Porta Agulhas (1)

PACOTE DE APOIO:

(1 Sala de Emergência + restantes na Sala de Pequena Cirurgia)

- Covete pequena (1)
- Taça pequena (1)



6

Material Cirúrgico e Respiratório

Intervenções do Assistente Operacional



Material Existente no SU

ORTOPÉDICO



Estribos (3) – Sala de Ortopedia

Material Cirúrgico e Respiratório

Intervenções do Assistente Operacional



Material Existente no SU

OTORRINOLARINGOLOGIA

CAIXA OTORRINO:

(1 Sala de Pequena Cirurgia)

- Abaixa línguas
- Afastador de ouvidos
- Afastador de nariz
- Espéculos nasais
- Espelhos
- Pinça de corpos estranhos
- Afastador de boca
- Estilete

Material Cirúrgico e Respiratório

Intervenções do Assistente Operacional



Material Existente no SU

RESPIRATÓRIO



Insuflador manual e máscaras – 3 SE,
1 SDT, 1 PC e 1 SO



Traqueias ventilador



Válvulas do ventilador



Bocais



Fio condutor



9

Material Cirúrgico e Respiratório

Intervenções do Assistente Operacional



Intervenções do AO:

MATERIAL PARA ESTERILIZAÇÃO

A requisição é efetuada pelo AO, em folha própria. Esta deve ser preenchida aquando da recolha efetuada pelo serviço de esterilização, devidamente assinada por quem envia e recolhe o material.

O AO deve proceder à separação do material cirúrgico e respiratório, em caixas próprias para o Serviço de Esterilização.

O AO deve solicitar o material têxtil (batas, lençóis e campos) necessário, através do adequado preenchimento da requisição para o Serviço de Esterilização.



10

Material Cirúrgico e Respiratório

Intervenções do Assistente Operacional



Intervenções do AO:

MATERIAL NÃO ENVIADO PARA ESTERILIZAÇÃO

As válvulas do ventilador (3000) não vão ao Serviço de Esterilização. Devem ser desmontadas pelo enfermeiro e entregue ao assistente operacional, o qual procede à sua **DESCONTAMINAÇÃO**. Este procedimento é realizado no próprio serviço.



1. Colocar as peças das válvula em água (5min);
2. Colocar num recipiente com Álcool a 70º (30 min);
3. Deixar secar bem em cima de um toalhete limpo e seco.

A montagem deve ser realizada pelo enfermeiro chefe de equipa e embalada pelo assistente operacional.

Os cabos do laringoscópio devem ser limpos com um toalhete húmido e posteriormente com Álcool a 70º. Por fim, são repostos no local próprio (Carro de Emergência).

CDC, 2008



11

Material Cirúrgico e Respiratório

Intervenções do Assistente Operacional



Intervenções do AO:

VERIFICAÇÃO DO INSUFLADOR MANUAL (AMBU)

Quando regressam do Serviço de Esterilização devem ser testados pelo enfermeiro Chefe de Equipa.

Após a sua verificação o assistente operacional deverá embalar o mesmo em manga própria, selando e anexando um tubo de oxigénio.

Deve ser assinado e datado pelo Enfermeiro Chefe de Equipa, sendo colocado no local em falta.



12



ULSBA
Unidade Local de Saúde
do Baixo Alentejo, EPE

Questões



HOSPITAL
José Joaquim Fernandes - EPE

DE SAÚDE

Beira
Vilaverde
Gurjeira
Alentejo
Castro Verde
Mértola



BIBLIOGRAFIA

- CDC (2008). *Guideline for Disinfection and Sterilization in Healthcare Facilities*. Consultado a 1 de novembro de 2017. Disponível em <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/disinfection/cleaning.html>
- Cimadeira, F., Dias, C., Lopes, F., Lourenço, M. & Pereira, F. (2013). *Descontaminação de dispositivos médicos e equipamentos*. Consultado a 1 de novembro de 2017. Disponível em http://www.arslv.t.min-saude.pt/uploads/writer_file/document/1039/Norma_n_2_Descontamina_o_de_DM_e_Equipamentos.pdf
- Ministério da Saúde (2001). *Orientações Gerais para Esterilização*. Consultado a 2 de novembro de 2017. Disponível em http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_gerais_central_esterilizacao_p1.pdf



Apêndice O – Folha de requisição à esterilização – Serviço de Urgência

Apêndice P – Apresentação *PowerPoint* sobre o Rastreamento das *Enterobacterias* Resistentes aos Carbapenemos no serviço de urgência

PPCIRA

Enterobacteriáceas Resistentes aos Carbapenemos

Manuel Revez | Lurdes Patrocínio | Sílvia Raposo | Rita Pereira (colaboração)

14 e 15 de novembro de 2017



Alentejo Moura
Barrancos Vidigueira
Seres Beja
Alentejo Alentejo
Ferreira do Alentejo Castro Verde Mértola



PPCIRA

ENTEROBACTERIÁCEAS RESISTENTES AOS CARBAPENEMOS

O Que são enterobacteriáceas resistentes aos carbapenemos

Enterobacteriáceas constituem uma vasta família Gram negativas, comensais do intestino humano e de outros animais, tais como *Escherichia coli*, *Klebsiella*, *Serratia* e *Enterobacter*, estando sobretudo implicadas nas infeções urinárias intra-abdominais ou bacteremias.

Enterobacteriáceas resistentes aos Carbapenemos (ERC) constituem um subgrupo da família, dotados de resistência aos antibióticos do grupo Carbapenemos.

Existem diversas variantes de Enterobacteriáceas resistentes aos Carbapenemos (ERC) de acordo a mutação genética subjacente, o que lhe confere diferentes perfis de sensibilidade antibiótica e diferentes graus de transmissibilidade ambiental.

PPCIRA

ENTEROBACTERIÁCEAS RESISTENTES AOS CARBAPENEMOS



Carbapenemase de *Klebsiella pneumoniae* (KPC), a principal Carbapenemase em Portugal, onde estão presentes surtos esporádicos, cujas estirpes produtoras são as que apresentam maior capacidade de transmissão cruzada.

O problema das ERC, como os outros microrganismos “alerta” ou “problema” não é exclusivo do ambiente hospitalar, surge também fora desse ambiente, fruto da espiral utilização e resistência aos antibióticos.

Os carbapenemos constituem um grupo de betalactâmicos de espectro muito alargado capazes de atuar sobre gram negativos.

PPCIRA

ENTEROBACTERIÁCEAS RESISTENTES AOS CARBAPENEMOS



Porque estamos a falar sobre ERC

Pelo aumento da incidência de colonização e infeção por Enterobacteriáceas Resistentes aos Carbapenemos nas Unidades de Saúde em Portugal;

Preocupa os profissionais de Saúde e estruturas de prevenção e controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde e das resistências aos antimicrobianos.

Existem boas práticas; Documentos com qualidade elaborados localmente; Diversa literatura e recomendações Europeias e Mundiais facilmente acessíveis.

Contudo continua a existir um nº significativo de instituições nas quais as práticas e a consciência para a gravidade do problema são insuficientes, o que motiva o agravamento da situação.

PPCIRA

ENTEROBACTERIÁCEAS RESISTENTES AOS CARBAPENEMOS



A DGS Tem como objetivo e recomenda

-Aperfeiçoamento de boas práticas nos hospitais a nível nacional

-Prevenir a transmissão de ERC em situações que não tenha sido declarada a existência de surto, envolvendo atuações a diferentes níveis:

- 1-Identificação precoce de utentes colonizados ou infetados com essas bactérias.
- 2-Implementação de medidas de prevenção e controlo de infeção.
- 3-Melhoria das práticas de antibioterapia.
- 4-Estabelecimento de comunicação eficaz.
- 5-Monitorização e auditória.

Tem especial importância a implementação de rastreio no momento da admissão na urgência Geral e de Pediatria.

PPCIRA

ENTEROBACTERIÁCEAS RESISTENTES AOS CARBAPENEMOS



Estes rastreios não são úteis se não forem adotadas medidas de isolamento adequado, assim como o cumprimento de precauções básicas, é fundamental a higienização das mãos.

O Objetivo é fazer uma abordagem global visando a redução da emergência e transmissão de outros microrganismos alerta e problema.

<https://www.dgs.pt/programa-nacional-de-controlo-da-infeccao/documentos/orientacoes--recomendacoes.aspx?v=5b8d82a4-0fe8-44ea-860d-b2d2ed062631>

PPCIRA

ENTEROBACTERIÁCEAS RESISTENTES AOS CARBAPENEMOS



O Problema de ERC

- Crescente prevalência da colonização ou infeção por estirpes Gram negativas resistentes aos antibióticos habitualmente utilizados no seu tratamento.
- Elevada transmissibilidade entre espécies.
- Capacidade de resistência no ambiente.
- Necessidade de utilização de antibióticos de última geração.

DGS, 2017



PPCIRA

ENTEROBACTERIÁCEAS RESISTENTES AOS CARBAPENEMOS



O Que contribui para que tal aconteça

- Utilização inapropriada de antibióticos, levando à emergência de estirpes resistentes.
- Insuficientes medidas de prevenção e controlo da infeção, favorecendo a transmissão destas bactérias entre pessoas, assim como o estado de colonização para infetado aquando de procedimentos invasivos.
- Insuficiente comunicação relativamente ao estado de colonização por ERC em caso de transferência do doente.

DGS, 2017



PPCIRA

ENTEROBACTERIÁCEAS RESISTENTES AOS CARBAPENEMOS



Principais fatores de risco para a colonização ou infeção por ERC

- Colonização ou infeção por ERC nos últimos 12 meses;
- Administração prévia de antibiótico (não só de Carbapenemos, mas também Quinolonas e cefalosporinas de 3ª geração);
- Internamento ou institucionalização prévia, incluindo em ambiente de cuidados continuados ou residenciais;
- Estadia prévia em cuidados intensivos;
- Cirurgias ou procedimentos invasivos prévios;
- Presença de feridas crónicas, nomeadamente úlceras de pressão, estomas ou dispositivos, como algalias;



ULSBA
Unidade Local de Saúde
de Baixo Alentejo, EPE



DGS, 2017

PPCIRA

ENTEROBACTERIÁCEAS RESISTENTES AOS CARBAPENEMOS



- Imunodepressão e transplantação;
- Diálise;
- Deficiente estado geral, como elevado grau de dependência;
- Estadia em áreas com elevada prevalência de ERC mesmo sem internamento (por um período de 24 horas);
- Áreas de risco elevado (UCI; Unidade de Neonatologia; serviço de hematologia ou Oncologia; Unidade de transplante).



ULSBA
Unidade Local de Saúde
de Baixo Alentejo, EPE



DGS, 2017

PPCIRA

ENTEROBACTERIÁCEAS RESISTENTES AOS CARBAPENEMOS



Medidas de prevenção da emergência de ERC

Programa de apoio à prescrição de antibióticos (PAPA).

Medidas de prevenção da transmissão cruzada por ERC (fundamentais)

Precauções básicas de prevenção e controlo de infeção (PBCI), tais como:

- higienização das mãos nos 5 momentos definidos pela OMS.
 - utilização de equipamentos de proteção individual (EPI) adequados ao contexto.
 - boas práticas de higienização ambiental.
 - gestão de alimentação.
 - roupas e resíduos.
 - isolamento baseado na via de transmissão.
- (no caso de ERC é o isolamento de contato)



ULSBA
Unidade Local de Saúde
de Beja Alentejo, EPE



DGS, 2017

PPCIRA

ENTEROBACTERIÁCEAS RESISTENTES AOS CARBAPENEMOS



Como efetuar o rastreio

É realizado com 1 zaragatoa retal.

No caso de exclusão colo-retal e existência de colostomia, deve ser efetuada na colostomia, no conteúdo fecal aí existente.

Podem existir zaragatoas adicionais em caso de estomas, escaras ou feridas crónicas.

No caso de existir um cateter urinário ou algaliação frequente sugere-se adicionalmente a realização de urocultura.



ULSBA
Unidade Local de Saúde
de Beja Alentejo, EPE



DGS, 2017

PPCIRA

ENTEROBACTERIÁCEAS RESISTENTES AOS CARBAPENEMOS



Nota Final

- O aumento das taxas de resistência de diversos microrganismos aos antibiótico;
- Incidência de infeções por agentes multirresistentes dos quais se destacam as ERC, mais do que ameaças são realidades atuais;
- Acontecem na maior parte das Unidades de Saúde;
- Prejudicam fortemente os doentes;
- Persistem pela diminuição da qualidade das estruturas e processos;
- Vão agravar se não houver consciência para o problema e não houver respostas eficazes;
- Em 2050 prevê-se 10 000 000 de mortes por ano causadas por infeções por agentes multirresistentes em todo o mundo.

DGS, 2017



ULSBA
Unidade Local de Saúde
de Barros e Mendes, EPE



GOVERNO DE
PORTUGAL
MINISTÉRIO DA SAÚDE

PPCIRA

ENTEROBACTERIÁCEAS RESISTENTES AOS CARBAPENEMOS

BIBLIOGRAFIA

- Almeida, A., Alves, M., Constantino, R., Cruz, C., Figueiredo, M., Lucas, A., Mendes, T., Pinto, P., Reis, S. Roque, A., Sambango, D., Verissimo, O. & Vitorino, A. (2015). *Prevenção e Controlo das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde: Contributos para a tomada de decisão em enfermagem*. Coimbra.
- Center of Disease and Control Prevention (2007). *Guideline for Isolation Precaution: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings*. Disponível em: <https://www.cdc.gov/anthrax/pdf/infection-control-guidelines-for-healthcare-setting-2007.pdf>.
- DGS (2017). *Recomendação – Prevenção da transmissão de Enterobacteriáceas resistentes aos carbapenemos em hospitais de cuidados de agudos*. DGS: Lisboa
- DGS (2016). *Relatório de Prevenção e Controlo de Infeções e de resistência aos antimicrobianos em números – 2015*. DGS: Lisboa.
- DGS (2007). *Recomendações para as Precauções de Isolamento: Precauções básicas e dependentes das vias de transmissão*.



GOVERNO DE
PORTUGAL
MINISTÉRIO DA SAÚDE

Apêndice Q - Apresentação *PowerPoint* sobre prevenção da infecção urinária associada ao cateter vesical no serviço de urgência

PPCIRA

PREVENÇÃO DA INFEÇÃO URINÁRIA ASSOCIADA A CATETER VESICAL

Manuel Revez | Lurdes Patrocínio | Sílvia Raposo | Rita Pereira (colaboração)
14 e 15 de novembro de 2017



Alqueire
Barrancos
Serpa
Almodôvar
Ferreira do Alentejo

Mourão
Palmqueira
Burgães
Alentejo
Castro Verde
Mértola



PPCIRA

PREVENÇÃO DA INFEÇÃO URINÁRIA ASSOCIADA A CATETER VESICAL



EM DISCUSSÃO PÚBLICA

NORMA |

da Direção-Geral da Saúde

Francisco
Henrique
Moura George

Digitally signed by Francisco Henrique Moura George
DN: cn=FC, o=Direção-Geral da Saúde, ou=Direção-Geral da Saúde, ou=Francisco Henrique Moura George
Date: 2015.12.15 14:58:47 Z

NÚMERO: 019/2015
DATA: 15/12/2015

ASSUNTO: "Feixe de Intervenções" de Prevenção de Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical
PALAVRAS-CHAVE: Infecção urinária, algália, cateter vesical, prevenção
PARA: Médicos e Enfermeiros do Sistema de Saúde
CONTACTOS: Departamento da Qualidade na Saúde (dqs@dgs.pt)

Nos termos da alínea a) do n.º 2 do artigo 2.º do Decreto Regulamentar n.º 14/2012, de 26 de janeiro, por proposta conjunta do Departamento da Qualidade na Saúde, do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e Resistências aos Antimicrobianos e da Ordem dos Médicos, a Direção-Geral da Saúde emite a seguinte:

NORMA

PPCIRA

PREVENÇÃO DA INFEÇÃO URINÁRIA ASSOCIADA A CATETER VESICAL



Norma

1. Têm de ser implementadas de forma integrada, as seguintes intervenções:

a) Avaliar sistematicamente a possibilidade de evitar o cateterismo vesical (Categoria IB) (1,2,4–15) e documentar sistematicamente a razão que o torna necessária no processo clínico (Categoria IC) (1,4,5,7);

b) Cumprir a técnica assética no procedimento de cateterismo vesical e de conexão ao sistema de drenagem (Categoria IB) (1-7);

c) Cumprir a técnica limpa, nomeadamente com correta higiene das mãos e uso de luvas e avental, no manuseamento do sistema de drenagem, de forma individualizada, doente a doente, mantendo constantemente a conexão do cateter vesical ao sistema de drenagem (Categoria IB) (1,2,4,5,7,15-18);

(DGS, 2015)



ULSBA
Unidade Local de Saúde
de Beira Alta, EPE



GOVERNO DE
PORTUGAL
MINISTÉRIO DA SAÚDE

PPCIRA

PREVENÇÃO DA INFEÇÃO URINÁRIA ASSOCIADA A CATETER VESICAL



Norma (cont.)

d) Realizar a higiene diária do meato uretral, pelo doente (sempre que possível) ou pelos profissionais de saúde (Categoria IB) (1,5,7,19) com ação de educação para a saúde ao doente e família sobre cuidados de prevenção de infeção urinária associada a cateter vesical (Categoria IIaC) (5,20);

e) Manter cateter vesical seguro, com o saco coletor constantemente abaixo do nível da bexiga e esvaziado sempre que tenha sido atingido 2/3 da sua capacidade (Categoria IB) (1,5,7,19,20);

(DGS, 2015)



ULSBA
Unidade Local de Saúde
de Beira Alta, EPE



GOVERNO DE
PORTUGAL
MINISTÉRIO DA SAÚDE

PPCIRA

PREVENÇÃO DA INFEÇÃO URINÁRIA ASSOCIADA A CATETER VESICAL



Norma (cont.)

f) Verificar diariamente a necessidade de manter cateter vesical, retirando-o logo que possível e registando diariamente no processo clínico as razões para a sua manutenção (Categoria IB) (1,4,6,7,20).

2. Qualquer exceção à Norma é fundamentada clinicamente, com registo no processo clínico.

(DGS, 2015)



ULSBA
Unidade Local de Saúde
de Baixa Alentejo, EPE



GOVERNO DE
PORTUGAL
MINISTÉRIO DA SAÚDE

PPCIRA

PREVENÇÃO DA INFEÇÃO URINÁRIA ASSOCIADA A CATETER VESICAL



Integração do SU no grupo já existente na ULSBA



ULSBA
Unidade Local de Saúde
de Baixa Alentejo, EPE



GOVERNO DE
PORTUGAL
MINISTÉRIO DA SAÚDE

PPCIRA

PREVENÇÃO DA INFEÇÃO URINÁRIA ASSOCIADA A CATETER VESICAL



Prevenção da Infecção do Trato Urinário em Doente Algaliado - NR.42

- (...)
- O profissional que vai inserir a algália, deve proceder desinfeção higiénica das mãos antes de calçar luvas estéreis a fim de manter a técnica asséptica durante a inserção;
- Deve adotar-se um sistema que assegure a manutenção de um campo estéril sem receio de contaminação;
- Se houver contaminação a algália deve ser substituída;

(DGS, 2015)



ULSBA
Unidade Local de Saúde
de Baixa Alentejo, EPE



PPCIRA

PREVENÇÃO DA INFEÇÃO URINÁRIA ASSOCIADA A CATETER VESICAL



Prevenção da Infecção do Trato Urinário em Doente Algaliado - NR.42 (cont.)

- A área genital deve ser bem lavada com água e sabão antes da inserção da algália. Para este procedimento usar luvas limpas;
 - O meato urinário deve ser limpo com água ou soro;
- Não há evidência de que a água ou soro fisiológico a utilizar na limpeza do meato devam se estéreis;

(DGS, 2015)



ULSBA
Unidade Local de Saúde
de Baixa Alentejo, EPE



PPCIRA

PREVENÇÃO DA INFEÇÃO URINÁRIA ASSOCIADA A CATETER VESICAL



Prevenção da Infecção do Trato Urinário em Doente Algaliado - NR.42 (cont.)

- A algália e uretra devem ser lubrificadas com gel estéril, em embalagem individual;
- O balão deve ser dilatado com a quantidade correta de água estéril; está na algália, a não ser que haja indicação específica do médico (ex: doentes do foro urológico)
- A algália deve ser fixa na coxa, parte interna, do doente, para prevenir movimentos e pontos de fricção)
- Registrar procedimento.

(DGS, 2015)



ULSBA
Unidade Local de Saúde
de Beira Alta, EPE



GOVERNO DE
PORTUGAL
MINISTÉRIO DA SAÚDE

PPCIRA

PREVENÇÃO DA INFEÇÃO URINÁRIA ASSOCIADA A CATETER VESICAL



Prevenção da Infecção do Trato Urinário em Doente Algaliado – Boas Práticas

Algaliação/ Esvaziamento

- Lavar com água e sabão ou soro fisiológico;
- Usar técnica assética;
- Fixar algália à coxa do doente;
- Consultar norma nº 42.

(DGS, 2015)



ULSBA
Unidade Local de Saúde
de Beira Alta, EPE



GOVERNO DE
PORTUGAL
MINISTÉRIO DA SAÚDE

PPCIRA

PREVENÇÃO DA INFEÇÃO URINÁRIA ASSOCIADA A CATETER VESICAL

Bibliografia

DGS (2015). *Norma 019/2015 de 15/12/2015*. Lisboa: DGS.

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

Apêndice R- Cronograma de atividades

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES DE ESTÁGIO

	1ª Semana 19/09 – 24/09	2ª Semana 25/09 – 01/10	3ª Semana 02/10 – 08/10	4ª Semana 09/10 – 15/10	5ª Semana 16/10 – 22/10	6ª Semana 23/10 – 29/10	7ª Semana 30/10 - 05/11	8ª Semana 06/11 – 12/11
Reuniões de Estágio	Reunião individual com o supervisor - Proposta Projeto	Reunião individual com a docente - Proposta Projeto	Reunião individual com a Enfermeira Chefe- Proposta Projeto					
Atividades				Realização do Projeto de Estágio; Colaboração na realização do Plano de Atividades do Grupo da Qualidade e Risco do SU	Congresso Doente Crítico	Auditorias PPCIRA SU Auditorias Sistema Triagem Manchester		Preparação das sessões formativas a realizar no âmbito da formação em serviço
Atividades a realizar na Concretização do Projeto de intervenção profissional			Elaboração da Proposta de Projeto	Elaboração dos pedidos de parecer à comissão de ética da ULSBA e UE		Entrega da proposta de projeto de mestrado nos serviços académicos da UE	Diagnóstico de Necessidades Formativas; Aplicação do Questionário Sociodemográfico e de Diagnóstico de Necessidades	Aplicação da <i>check-list</i> de observação; Preparação das sessões formativas

	9ª Semana 13/11 – 19/11	10ª Semana 20/11 – 26/11	11ª Semana 27/11 – 29/11	12ª Semana 13/12 – 17/12	13ª Semana 18/12 – 22/12	14ª Semana 02/01 – 07/01	15ª Semana 08/01 – 14/01	16ª Semana 15/01 – 21/01
Atividades	Realização de formação à equipa do SU	Realização de formação à equipa do SU		Realização do algoritmo via verde sépsis	Realização do algoritmo via verde sépsis		Auditoria PPCIRA SU ULSBA	
Atividades a realizar na Concretização do Projeto de intervenção profissional	Realização de Formação à equipa do SU	Aplicação da <i>check-list</i> de observação.	Aplicação da <i>check-list</i> de observação.	Análise dos dados obtidos na <i>check-list</i> de observação	Análise dos dados obtidos na <i>check-list</i> de observação	Análise dos dados obtidos na <i>check-list</i> de observação	Realização do protocolo de atuação em situações com necessidade de isolamento	Entrega do Artigo
	17ª Semana 22/01 – 28/01							
	Avaliação do Estágio							

