



Pedro Rodrigues **Trabalho de Projeto**

Intervenções de Enfermagem na prevenção das
infecções associadas aos cuidados de saúde em
doentes com catéter vesical.

Trabalho de Projeto de Mestrado em Enfermagem
Médico -Cirúrgica

Julho, 2013



Pedro Rodrigues **Trabalho de Projeto**

Intervenções de Enfermagem na prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde em doentes com catéter vesical.

Trabalho de projeto de Mestrado em Enfermagem Médico -Cirúrgica

Trabalho de Projeto para candidatura ao grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Sob orientação da professora:
Elsa Monteiro

Julho, 2013

[DECLARAÇÕES]

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

O candidato,

Setúbal, 17 de Julho de 2013

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

O (A) orientador(a),

Setúbal, 17 de Julho de 2013

*“O mais importante da vida não é a situação em que estamos,
mas a direção para a qual nos movemos”*

(Oliver Wendell Holmes)

AGRADECIMENTOS

A execução deste trabalho não teria sido possível sem o apoio de várias pessoas a quem fica aqui expresso o meu profundo agradecimento:

Aos meus orientadores, pelo acompanhamento, suporte, orientações, paciência, ensinamentos e encorajamento que me deram;

Aos meus mestres e professores, por tudo o que me deram e ensinaram;

A todos os envolvidos no projeto, aos meus colegas de trabalho e de Mestrado, obrigado pelo apoio, colaboração e amizade;

À minha namorada, família e amigos por todo o apoio, carinho, força e compreensão que me dispensaram no decorrer deste percurso.

RESUMO

O Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC) visa dotar licenciados em Enfermagem de competências profissionais diferenciadas para intervir, suportados na evidência, para o desenvolvimento dos saberes teóricos e práticos da EMC. No final deste era expectável a aquisição e o aprofundamento das competências de um Mestre, das competências comuns dos Enfermeiros Especialistas e no âmbito de EMC, as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (EEPSC), definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE).

Com este intuito desenvolveu-se um conjunto de estágios, facilitadores de novas aprendizagens de cuidados, numa Comissão de Controlo de Infecção (CCI) e numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCIP) de um Hospital de Lisboa, suportados pelos conteúdos teóricos lecionados nas unidades curriculares. Durante os estágios foi elaborado um Projeto de Intervenção em Serviço (PIS) com o título “Intervenções de Enfermagem na prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) em doentes com catéter vesical” e um Projeto de Aprendizagem Clínica (PAC) no sentido de desenvolver as competências específicas do EEPSC. Estes apoiaram-se numa metodologia de projeto que partia da identificação de uma oportunidade/ problema, para a seguir elaborar um mapa descritivo da realidade onde se definiam os problemas quantitativamente e qualitativamente, para posteriormente delinear-se objetivos e planearem-se intervenções. Os passos seguintes desta metodologia consistiam na execução e a avaliação.

Neste contexto surge este relatório que apresenta o trabalho de projeto para dar a conhecer o trabalho desenvolvido com vista a aquisição de competências de Mestre em EMC.

Palavras-chave -Infeção urinária associada à cateterização vesical, prevenção, formação, bundle, auditoria

ABSTRACT

The Masters Course in Medical-Surgical Nursing (MSN) aims to equip graduates in Nursing differentiated professional skills to intervene, supported by the evidence for the development of theoretical knowledge and praxis in medical-surgical nursing. At the end of the acquisition was expected and deepening the skills of a master, common skills of specialists nurses and within MSN, the specific skills of the Nurse Specialist at Person in Critical Situation (NSPCS), defined by the Order of Nurses .

With this purpose was developed a set of stages, new learning facilitators of care in Infection Control Committee and an Intensive Care Unit of a Lisbon Hospital, supported by the theoretical contents lected in courses . During stages was prepared a Project of Intervention in Service with the title "Nursing Interventions for preventing infections associated with health care in patients with bladder catheter" and a Clinical Learning Project in order to respond to the specific skills NSPCS. These projects relied on a methodology that stemmed from the identification of an opportunity / problem to the following prepare a descriptive map of reality where the problems were defined quantitatively and qualitatively, to be subsequently outlined goals and planned interventions. The next steps of this methodology is the implementation and evaluation.

In this context arises that this report presents the design work to publicize the work in order to acquire skills of Master of MSN.

Keywords - Catheter Associated Urinary Tract Infection (CAUTI), Prevention, Formation, Bundle, Clinical audit

LISTA DE ABREVIATURAS

Enf. – Enfermeiro

Ex. – Exemplo

Md – Mediana

Min. – Minuto

mmHg – milímetros de mercúrio

M_o – Moda

n – número da amostra

Prof. - Professora

s – desvio padrão

X - média

X_{max} – máximo

X_{min} – mínimo

LISTA DE SIGLAS

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde
AGREE - Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation
ANPC – Autoridade Nacional de Proteção Civil
APIC - Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology
CAUTI - Catheter Associated Urinary Tract Infection
CCI – Comissão de Controlo de Infecção
CDC – Center for Diseases Control
CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CPR – Conselho Português de Reanimação
DGS – Direção Geral de Saúde
EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio
EE – Enfermeiro Especialista
EEPSC – Enfermeiro Especialista na Pessoa em Situação Crítica
EMC – Enfermagem Médico- Cirúrgica
EOE – Estatuto da Ordem dos Enfermeiros
ERC – European Council of Reanimation
ESS - Escola Superior de Saúde
FMEA - failure mode and effects analysis
FV – Fibrilhação Ventricular
HELICS - Hospital in Europe Link for Infection Control Trought Surveillance
HICPAC - Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee
IACS – Infecção associada aos cuidados de saúde
ICN – Internacional Council of Nurses
IDSA – Infectious Diseases Society of America
IHI - Institute of Health Improvement
IN – Infecções nosocomiais
INCS – infeções nosocomiais da corrente sanguínea
INSA - Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge
IPS - Instituto Politécnico de Setúbal

ITSEMAP - Instituto Tecnológico MAPFRE
IU – Infecção urinária
IUACV – Infecção urinária associada à cateterização vesical
MOMR – microorganismos multirresistentes
MSN – Medica-Surgical Nursing
NHS - National Health Service
NICE – National Institute for Clinical Excellence
NSPCS – Nurse Specialist at Person in Critical Situation
NPR – Nível Prioridade de Risco
OE – Ordem dos Enfermeiros
OMS – Organização Mundial de Saúde
PAC – Projeto de Aprendizagem Clínica
PCR – Paragem Cardio-Respiratória
PEI – Plano de Emergência Interno
PIS – Projeto de Intervenção em Serviço
PNCI – Plano Nacional de Controlo de Infecção
POPCI – Plano operacional de prevenção e controlo de infeção
REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
SAV – Suporte Avançado de Vida
SBV – Suporte Básico de Vida
SECPAL – Sociedad Espanola de Cuidados Paliativos
SUCH - Serviço de Utilização Comum dos Hospitais
TVs – Taquicardia Ventricular sem pulso
UCI – Unidade de Cuidados Intensivos
UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente
VE - Vigilância Epidemiológica

INDICE

INTRODUÇÃO	13
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.....	16
1.1.TEORIA DAS TRANSIÇÕES.....	21
1.2. INFEÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE	27
1.2.1. <i>Infeção urinária associada à cateterização vesical</i>	31
2.PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO.....	39
2.1.DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO	40
2.2.DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS.....	45
2.3.PLANEAMENTO	46
2.4.EXECUÇÃO E AVALIAÇÃO	51
3.PROJETO DE APRENDIZAGEM CLÍNICA.....	68
3.1.DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO E PLANEAMENTO	69
3.2.EXECUÇÃO E AVALIAÇÃO	76
4.COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS.....	84
4.1.COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	84
4.2.COMPETÊNCIAS DO MESTRE.....	94
5.CONCLUSÃO	104
6.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	110
 APÊNDICES.....	 121
APÊNDICE I – GRELHA DE OBSERVAÇÃO	122
APÊNDICE II – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO	126
APÊNDICE III – METODOLOGIA, ANÁLISE E TRATAMENTO DE DADOS DO PIS.....	128
APÊNDICE IV – QUESTIONÁRIO	143
APÊNDICE V– FMEA	148
APÊNDICE VI – PLANEAMENTO DO PROJETO	153
APÊNDICE VII – CRONOGRAMA PLANEADO E REALIZADO DO PIS	159
APÊNDICE VIII –PEDIDO DE APLICAÇÃO DO AGREE II	162
APÊNDICE IX – CLASSIFICAÇÃO DAS GUIDELINES	170
APÊNDICE X – PEDIDO DE AVALIAÇÃO E APROVAÇÃO DA BUNDLE.....	172

APÊNDICE XI – PLANO DA SESSÃO AÇÃO DE FORMAÇÃO: DA IUACV.....	178
APÊNDICE XII – SLIDES DA FORMAÇÃO: DA IUACV.....	181
APÊNDICE XIII – CARTAZ DE DIVULGAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO DA IUACV.....	190
APÊNDICE XIV – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO.....	192
APÊNDICE XV – RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO DA IUACV	194
APÊNDICE XVI – GRELHA DE AUDITORIA	196
APÊNDICE XVII – FICHA DE PLANEAMENTO DO PAC	207
APÊNDICE XVIII – PLANO DA SESSÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO CHOQUE SÉPTICO	215
APÊNDICE XIX – PLANO DA SESSÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO: COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS.....	218
APÊNDICE XX – SLIDES DA FORMAÇÃO: CHOQUE SÉPTICO.....	221
APÊNDICE XXI – SLIDES DA FORMAÇÃO: COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS	230
APÊNDICE XXII – CARTAZ DE DIVULGAÇÃO DA FORMAÇÃO: CHOQUE SÉPTICO.....	237
APÊNDICE XXIII – CARTAZ DE DIVULGAÇÃO DA FORMAÇÃO: COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS.....	239
APÊNDICE XXIV – RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO COM O TEMA CHOQUE SÉPTICO.....	241
APÊNDICE XXV– RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO COM O TEMA COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS	243
APÊNDICE XXVI – DOSSIÊ TEMÁTICO: DESFIBRILHAÇÃO	245
APÊNDICE XXVII – CRONOGRAMA PLANEADO E REALIZADO DO PAC	258
APÊNDICE XXVIII – POSTER EMERGÊNCIA INTERNA: PROCEDIMENTOS DE ATUAÇÃO ...	262
APÊNDICE XXIX – FLUXOGRAMA: FALHA DE GASES MEDICINAIS NA UCIP.....	264
APÊNDICE XXX – TRABALHO DE SUPERVISÃO DE CUIDADOS	266
APÊNDICE XXXI – ARTIGO PARA PUBLICAÇÃO	295

INTRODUÇÃO

O 1º curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC) da Escola Superior de Saúde (ESS) do Instituto Politécnico de Setúbal (IPS) visava dotar enfermeiros com competências profissionais diferenciadas de modo a torna-los capazes de intervir de forma suportada na evidência e desenvolver de forma teórica e prática a EMC.

O curso supracitado englobava uma formação científica de carácter profissionalizante e pretendia desenvolver nos mestrandos um “conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde” e que estes demonstrassem “níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidas num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção” (IPS, 2011a:4)

No final do Curso esperava-se a aquisição de um conjunto de competências: as comuns a todos os Enfermeiros Especialistas (EE) e no âmbito de EMC, as competências específicas do EEPSC, definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) e por último as competências inerentes ao Grau de Mestre.

Com a finalidade de proporcionar um espaço de aprendizagem com vista ao desenvolvimento das competências especializadas, estava previsto no plano de estudos do 1º Curso de Mestrado, um conjunto de três estágios articulados entre si em unidades de saúde que proporcionassem a consolidação de alguns conhecimentos e suportados por conteúdos teóricos lecionados nas unidades curriculares.

Nos estágios, além do exercício clínico, esperava-se que os mestrandos desenvolvessem um Projeto de Intervenção em Serviço (PIS) e um Projeto de Aprendizagem Clínica (PAC). Como tal, optamos por realizar o conjunto dos três estágios na Comissão de Controlo de Infecção (CCI) e um estágio opcional na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) do Hospital X, situado na grande área de Lisboa sob orientação da Professora EM e dos Enfermeiros L e F.

A escolha destes locais de estágio deveram-se sobretudo à acessibilidade e porque acreditamos que nos ofereciam as condições necessárias para desenvolvermos um PIS e um PAC com vista à aquisição das competências comuns e específicas do EE em EMC.

Segundo Ferrito et al (2010: 4) um projeto é “um plano de trabalho que se organiza fundamentalmente para resolver/estudar um problema e que preocupa os intervenientes que o iram realizar”. Neste caso, segundo a mesma autora, além de uma investigação sustentada de determinado problema, pressupõe a intervenção para a resolução eficaz desse mesmo problema.

A metodologia do projeto levada a cabo e preconizada por Ferrito et al (2010) pressupõe várias etapas: o diagnóstico de situação, definição de objetivos, planeamento, execução, avaliação e a disseminação de resultados.

Nesta linha de ação surge este relatório que segundo Ferrito et al (2010:32) “um relatório de projeto consiste num trabalho escrito onde se concretiza todo o processo de desenvolvimento do mesmo”. A mesma autora, citando Shiefer, refere que a principal vantagem na realização deste, “reside em permitir sistematizar, organizar e interpretar grandes quantidades de informação sob a forma de síntese, transmitindo não só a informação como a sua conversão em conhecimento”.

O relatório apresentado tem como objetivos: dar a conhecer o caminho percorrido para desenvolvimento de competências na área de EMC e de Mestre; divulgar os projetos desenvolvidos em todas as suas dimensões e assim possibilitar o conhecimento dos utentes, pares, sociedade e outros serviços/instituições dos esforços realizados na procura da melhoria de cuidados e o desenvolvimento dos saberes teóricos e práticos de enfermagem na área da especialidade.

Este relatório encontra-se dividido em quatro capítulos; o primeiro diz respeito ao enquadramento conceptual, onde são descritos os referenciais da profissão que nortearam o percurso percorrido, a teoria de Enfermagem de médio alcance que suportou a prática e a fundamentação do PIS.

No segundo capítulo iremos dar a conhecer como se desenvolveu o PIS com o tema “Intervenções de enfermagem na prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde

(IACS) em doentes com catéter vesical do Hospital X” e no terceiro capítulo o PAC, de acordo com as etapas que constituem a metodologia de projeto.

No que concerne ao quarto capítulo faremos uma análise reflexiva acerca aquisição/aprofundamento das competências comuns e específicas do EEPSC e das competências de Mestre em EMC adquiridas ao longo do 1º Curso de Mestrado de EMC

Por último a conclusão apresentará uma síntese dos aspetos significativos relativos ao percurso percorrido ao longo do 1º Curso de mestrado em EMC.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Neste capítulo faremos a descrição do quadro conceptual que norteou o trabalho de projeto. De acordo com Fortin (2009:371) este define a “ disposição dos conceitos estudados numa investigação de maneira a fornecer uma justificação racional e uma perspetiva ao estudo”.

Num primeiro plano ligado ao conhecimento científico em enfermagem, temos a perspetiva epistémica. Nunes (2010: 5) refere que a epistemologia é o “ramo da filosofia que estuda a origem, a estrutura, os métodos e a validade do conhecimento” A mesma autora (2008:11) refere que o “espaço de legitimação de enfermagem como ciência interroga o próprio projeto epistemológico da enfermagem, a sua aspiração a construir um pensamento de carácter científico”. Esta legitimação pode encontrar-se numa “perspetiva de pluralismos e heterogeneidade, sendo a ciência, ao mesmo tempo, contextualizada e promotora de proposições universais.”.

Carper (1978) diz que o corpo do conhecimento que serve como justificativa para a prática de enfermagem possui padrões, formas e estruturas que servem de horizontes de expectativas e exemplificam a maneira característica de pensar sobre os fenômenos. Carper citada por Nunes (2010:6) delineou os seguintes padrões do conhecimento em enfermagem:

- Empírico – “representa o conhecimento do que é verificável, objetivo, fatural e baseado na investigação; de certa forma, o mais tradicional, lógico, positivista, mede, prediz, generaliza”;
- Ético – “conhecimento sobre princípios e valores, o bom e desejável, ética de enfermagem, princípios éticos em investigação, princípios da prestação de cuidados”;
- Estético - “focado na “arte de enfermagem”, conhecimento tácito e intuição; a exploração do qualitativo;
- Pessoal- “centrado na autoconsciência, sabedoria pessoal; relacionado com o existencial, a autenticidade, a natureza de ser e tornar-se, conhecimento subjetivo”.

A estes quatro padrões foram adicionados outros dois, de acordo com Nunes, (2010:7,8):

- Reflexivo – “relativo à incerteza, à reflexão sobre a experiência, a suspensão de julgamento, a exploração de situações a um nível mais profundo; a praxis, reflexão sobre a ação, o exame de forças e fraquezas, a abertura à aprendizagem e ao desenvolvimento”;
- Socio-político - “relacionado com o poder, o contexto, vozes ouvidas e silenciosas, a compreensão de quando e onde os enfermeiros devem agir em contexto de enfermagem e saúde”.

Em outro plano temos o perfil de competências que é esperado do EE. A definição de competências do EE, decorre do aprofundamento dos domínios de competências dos enfermeiros de cuidados gerais definidos pela OE (2011a). O perfil de competências comuns e especializadas permite a certificação de competências e assegura que todos os enfermeiros especialistas possuem um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobilizam na prática clínica e serve de referencial para todos os enfermeiros, clarificando o papel que se pode esperar dele por parte da sociedade, pelos seus pares, outros profissionais e instituições (OE,2011a).

O EE, tal como é estipulado pela OE (2011a:8648) é considerado um “enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção”.

Independentemente do campo de especialização, os enfermeiros especialistas partilham de um conjunto de competências comuns, aplicáveis a todos os contextos de prestação de cuidados, sejam eles primários, secundários ou terciários. O Regulamento nº122/2011 (OE, 2011a) define quatro domínios de competências, respetivos elementos de competência que representam uma realização concreta da mesma (unidade de competência) e lista de critérios de desempenho profissional esperados/ resultados de acordo com cada unidade de competência (critérios de avaliação). Dos domínios de competência fazem parte: a responsabilidade profissional, a prática ética e legal; a melhoria contínua da qualidade; a gestão dos cuidados e as aprendizagens profissionais.

Apesar de todos os domínios das competências nos merecerem igual importância, na dimensão ético-deontológica legal estão inclusos dois diplomas legais que regem e orientam a nossa profissão, o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (EOE) e o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE). Pela sua importância na profissão não podemos deixar de fazer as seguintes considerações, acerca da dimensão ética, deontológica e legal.

Segundo Nunes (2004:17), a ética guia a atividade do enfermeiro a favor do bem presumido do Outro, tendo em conta que as decisões tomadas afetam significativamente a vida das pessoas e tem como fundamento a preocupação pela defesa da dignidade humana. A Ética implica sabedoria prática, na avaliação dos riscos e na escolha em contexto de incerteza, não bastando conformidade técnica e científica, necessitando de raciocínio, consciência e competência de julgamento.

Segundo Melo (1998: 171), o Direito “regula coercivamente a atividade humana em razão do bem comum”. A norma jurídica visa garantir e favorecer o “bem comum através de regras que tornam possível os indivíduos e aos grupos exercerem os seus direitos e os seus deveres, nas mais variadas áreas da vida social”, englobando princípios jurídicos do Direito Constitucional, Civil e Penal.

O REPE (OE,1998), trata-se de um instrumento jurídico que regulamenta a profissão: clarifica conceitos, caracteriza os cuidados de enfermagem, especifica a competência dos profissionais legalmente habilitados a prestá-los e, define a responsabilidade, os direitos e os deveres dos mesmos profissionais, dissipando assim dúvidas e prevenindo equívocos por vezes suscitados a nível dos vários elementos integrantes das equipas de saúde e população em geral.

Noutra dimensão deparamo-nos com a deontologia, alicerçada em princípios éticos e no Direito. Esta, segundo a OE (2003:17), refere-se a um conjunto de “regras que indicam como deverá alguém comportar-se na qualidade de membro de um determinado corpo social”. A sua preocupação é a correção da ação, estando ligada a normas de conduta, procurando definir as boas práticas, tendo em conta as características próprias da profissão (OE, 2003). A deontologia na Enfermagem Portuguesa constitui-se também como um documento do domínio jurídico, o Código Deontológico dos Enfermeiros integra o EOE, publicado em Diário da República sob a forma da Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro, que por sua vez procedeu à primeira alteração do EOE aprovada pelo Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de Abril.

Além das competências comuns acrescem as competências específicas, no nosso caso em concreto, tendo em conta o enquadramento formativo em que nos inserimos, o perfil esperado é o do EEPSC. O papel do EEPSC preconizado pela OE (OE, 2011b:8656) traduz-se em “cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total”. Estes cuidados implicam uma avaliação e monitorização constantes de modo a garantir uma intervenção precisa, concreta e eficiente em tempo útil, despistando qualquer complicação que possa ocorrer.

Engloba-se no cuidar especializado do EEPSC, os cuidados à “pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica”, a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da concepção à ação” e ênfase na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica”.

As competências do EEPSC aparecem regulamentadas no Regulamento nº124/2011 (OE, 2011b:8656), tal como nas competências comuns, as competências especializadas organizam-se em unidades de competência e critérios de avaliação.

Daqui emergem alguns conceitos estruturantes e fundamentais para a compreensão do percurso formativo e elaboração do projeto.

Um desses conceitos é pessoa em situação crítica/ falência orgânica ou doente crítico, recorrendo à definição da Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008:9) é :”aquele em que, por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência esteja dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica “. Trata-se de doentes que têm um elevado risco de, reais ou potenciais problemas de saúde com risco de vida.

O EEPSC, “considerando a complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à pessoa em situação de doença crítica e ou falência orgânica e à sua família”, deve mobilizar conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística”.(OE, 2011b:8656).

No âmbito da competência “dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi -vítima, da concepção à ação”, um dos conceitos em destaque é o de catástrofe, recorrendo à Lei de Bases da Proteção Civil (Assembleia da República, 2006: 4696):” é o acidente grave ou a série de acidentes graves suscetíveis de provocarem

elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional.”

Já a emergência, em consonância com a Direção Geral de Saúde (DGS,2001) é toda a situação clínica de estabelecimento súbito, em que existe, estabelecido ou eminente, o compromisso de uma ou mais funções vitais.

A emergência multi-vítima, segundo a OE (2011c:3) envolve um número de vítimas elevado capaz de alterar o normal funcionamento dos serviços de emergência e cuidados prestados. “Exige um conjunto de procedimentos médicos de emergência com o propósito de salvar o maior número de vidas possível”, proporcionar o melhor tratamento e uso dos recursos disponíveis.

O EEPSC neste contexto “Intervém na conceção dos planos institucionais e na liderança da resposta a situações de catástrofe e multi-vítima. Ante a complexidade decorrente da existência de múltiplas vítimas em simultâneo em situação crítica e ou risco de falência orgânica, gere equipas, de forma sistematizada, no sentido da eficácia e eficiência da resposta pronta.” (OE, 2011b:8657)

Por último, na competência” Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica”, remete-nos para as IACS, contudo pelo facto de o PIS ser nesta área, em particular na infeção urinária associada à cateterização vesical (IUACV), abordaremos este conceito no subcapítulo seguinte.

O EEPSC “considerando o risco de infeção face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações e à diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica, para a manutenção de vida da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica”, deve responder eficazmente na prevenção e controlo de infeção. (OE, 2011b: 8657).

Consagrada no Código Deontológico, a melhoria contínua da qualidade, acaba por ser uma das grandes metas perseguidas. Melhoria contínua de qualidade pressupõe contribuir ativamente para uma organização de cuidados centrada na pessoa e nas suas necessidades, direitos e expectativas, garantindo todos os níveis de prevenção, bem como a continuidade de cuidados em qualquer fase do processo assistencial (DGS, 2011b). Implica uma organização de cuidados sustentada na “adesão às melhores práticas baseadas na evidência científica, incluindo as da segurança dos doentes e profissionais, comprometida

com a melhoria dos processos assistenciais e uso racional de medicamentos e tecnologias, tendo como fim último a melhoria da eficácia, da efetividade e da eficiência da prática assistencial” (DGS, 2011b:12).

A OE (2001) desenvolveu os Padrões de Qualidade dos cuidados de Enfermagem, que estabelecem um enquadramento conceptual quanto aos conceitos de saúde, pessoa, ambiente e cuidados de enfermagem e estabelecem ainda uma base padronizada de cuidados com qualidade que todos os enfermeiros devem respeitar no exercício da sua profissão. Estes padrões constituem-se como um referencial à luz do qual os enfermeiros podem e devem refletir acerca do seu desenvolvimento profissional, conducente à melhoria dos cuidados prestados à população. Os Padrões de Qualidade Especializados do EEPSC (OE, 2011c), incluem os enunciados descritivos dos padrões do Enfermeiro de Cuidados Gerais (satisfação do cliente; promoção da saúde, prevenção de complicações, bem estar e autocuidado, readaptação funcional, organização dos cuidados) numa perspetiva de uma prática especializada e acresce o enunciado “a prevenção e o controlo de infeção

1.1.TEORIA DAS TRANSIÇÕES

A suportar o projeto esteve uma teoria de Enfermagem, de acordo com Apóstolo & Gameiro (2005: 30) uma teoria “é a articulação organizada, coerente, e sistemática, de um jogo de afirmações relacionadas, com questões significantes numa disciplina, que são comunicadas num conjunto também signficante”. É uma “representação simbólica descoberta ou inventada relativamente a aspetos da realidade, com o sentido de compreender, descrever, explicar, predizer ou prescrever”. Os mesmos autores distinguem teorias de longo alcance e médio alcance. As de longo alcance são capazes de providenciar “um construto sistemático da missão, natureza e objetivos de enfermagem”. As teorias de médio alcance são vistas como capazes de providenciar “uma estrutura que permite descrever, compreender, interpretar e ou explicar fenómenos específicos de enfermagem que refletem e emergem da prática.

Neste contexto seleccionámos uma teoria de médio alcance no sentido de apoiar o PIS e o PAC, tendo em conta o âmbito dos projetos e a sua metodologia, a nossa escolha recaiu sobre a Teoria das Transições desenvolvida por Meleis.

Mudanças na saúde ou doença dos indivíduos criam um processo de transição, e os utentes tendem a ser mais vulneráveis a riscos que podem afetar a sua saúde. A transição segundo Chick & Meleis (1986) diz respeito a uma passagem ou movimento de uma fase da vida, condição ou estado para outro, é um conceito múltiplo que abarca elementos de processo, intervalos de tempo e percepção.

Ainda segundo os mesmos autores, a transição é iniciada, em alguns casos, por eventos que vão além do controle individual e em outros ela pode ser procurada deliberadamente através de eventos. Durante a evolução humana a mudança é inevitável mas não necessariamente natural ou desejável. O complexo ciclo vital é um constante transformar-se de um estado, fase ou períodos para outro.

Murphy citado por Zagonel (1999:27) refere que o conceito transição parece ser definido a partir de duas perspetivas teóricas. “A primeira é o desenvolvimento ao longo da vida do indivíduo, no qual ocorrem eventos marcantes; a segunda são os eventos de vida que produzem desequilíbrio entre dois períodos de tempo estáveis. Estas perspetivas enfatizam as respostas humanas à transição. A extensão e a intensidade desta influência transicional variam ao longo do tempo, afetando de forma diferente os indivíduos que experienciam um mesmo evento. Os significados atribuídos a transições variam de pessoa a pessoa e, assim, influenciam o resultado das mesmas”.

Uma ampla gama de emoções acompanha as transições, segundo Meleis & Shumacher (1994): ansiedade, angústia, insegurança, frustração, apreensão, depressão, solidão, ambivalência, baixa auto estima, conflito de papéis, sofrimento, medo interferindo no bem-estar físico e emocional. O bem-estar físico também é importante, quando o desconforto físico acompanha a transição pode interferir com a assimilação de novas informações e inibir uma transição bem sucedida.

As transições recaem no domínio de enfermagem quando estão ligadas à saúde ou doença ou as respostas às transições são manifestadas nos comportamentos relacionados com a saúde (Chick & Meleis,1986).

A OE (2001:8) também menciona o desenvolvimento ao longo de vida como alvo de atenção de enfermagem ao referir que:

“os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue. Neste contexto, procura-se, ao longo de todo o ciclo vital, prevenir a doença e promover os processos de readaptação, procura-se a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das atividades da vida, procura-se a adaptação funcional aos défices e a

adaptação a múltiplos fatores – frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente.”

As transições podem afetar diretamente ou indiretamente os indivíduos, podendo ser classificadas como de:

- Desenvolvimento – adolescência, parentalidade, nascimento, morte, menopausa, envelhecimento;
- Situacional – viuvez, migração, papel de cuidador informal, institucionalização de um idoso;
- Saúde e Doença – diagnóstico de uma doença crônica, processo de recuperação de saúde, alta hospitalar;
- Organizacional – refere-se às mudanças do ambiente que afetam a vida dos clientes assim como dos profissionais/organização que lidam com estes. Ex: mudanças na liderança, implementação de novas políticas ou práticas, mudanças na enfermagem como profissão, mudanças nas comunidades (Meleis, Sawyer, Im, Messias, Shumacher; 2000).

Os diferentes tipos de transições podem ocorrer simultaneamente durante um período de tempo, ou seja uma pessoa pode passar por um processo de transição de mais que um tipo simultaneamente. Neste contexto, Meleis & Shumacher (1994) sugerem a avaliação do padrão da transição quanto: à quantidade de transições experienciadas, à sequência e simultaneidade das transições, à extensão da sobreposição entre as transições e à natureza da relação entre os diferentes eventos que despoletam transições para o utente. Em suma o padrão da transição pode ser classificado como: simples, múltiplo sequencial, simultâneo, relacionado, não relacionado.

A experiência transicional é complexa e multidimensional, Meleis et al (2000) identificaram várias propriedades essenciais:

- Consciência – Definida como a percepção, conhecimento e reconhecimento de uma experiência de transição. A falta de consciência pode significar que o indivíduo pode não ter iniciado a experiência de transição.
- Compromisso – Relacionado com o grau com que um indivíduo demonstra envolvimento no processo inerente à transição. Depende do nível de consciência, não existe compromisso se não existir consciência da transição.

- Mudança e diferença – Todas as transições envolvem mudança, enquanto nem todas as transições implicam transição. Mudanças na identidade, papéis, relações, habilidades, supõe uma sensação de movimento ou direção a processos internos ou externos, tornando-se imprescindível descobrir e descrever os efeitos, significados destas alterações as dimensões das alterações. Outra característica apontada das transições é a diferença que corresponde à expectativa de mudança esperada por parte do cliente e a mudança real.
- Período de tempo – fluxo e movimento ao longo do tempo. O período de tempo tem uma origem identificável, iniciando-se nos indícios que antecipam a mudança, percepção e demonstração de mudança, passando por um período de instabilidade, confusão e ansiedade, terminando eventualmente com um novo começo ou período de estabilidade. Contudo pode ser difícil ou contraproducente colocar intervalo de tempo de transição a certas experiências.
- Pontos críticos e eventos – associadas a alguns eventos marcantes tais como o nascimento, morte ou o diagnóstico de uma doença, embora nalgumas transições possa não ser evidente. Ligado também à consciencialização da mudança, ou um compromisso ativo em lidar com experiência de transição. Em adição existem também os pontos críticos finais, caracterizados por uma sensação de estabilização de novas rotinas, habilidades, estilos de vida...Durante um período de incerteza podem existir vários pontos críticos dependendo da natureza da transição, como mudança continua, disrupção da realidade ou flutuação.

O contacto dos enfermeiros com os utentes, segundo Meleis & Shumacher (1994) ocorre maioritariamente em períodos de instabilidade precipitados por mudanças situacionais, de desenvolvimento ou saúde/doença. Tais mudanças podem gerar uma profunda alteração nas suas vidas e pessoas significativas e terem importantes implicações, passageiras ou permanentes no seu bem estar ou saúde.

Sendo a transição vista como um processo, o objetivo dos cuidados de enfermagem, de acordo com Chick & Meleis (1986) será antecipar pontos em que as pessoas atinjam pontos de vulnerabilidade no que concerne à sua saúde. O conceito de vulnerabilidade está relacionado com experiências transicionais, interações, condições ambientais que expõe indivíduos a um dano potencial, recuperação problemática ou prolongada ou processo de coping demorado ou ineficaz. O esforço dos enfermeiros deve incidir no estabelecimento e

reforço das defesas, na modificação dos riscos a que estão sujeitos os clientes. Outro dos objetivos dos cuidados de enfermagem é que os indivíduos emergjam do encontro com os enfermeiros mais confortáveis, mais capacitados para lidar com o seu problema, mas também melhor equipados para proteger e promover a saúde no futuro.

Na prestação de cuidados há que ter em atenção a influência da interação complexa entre características individuais e ambientais no processo transacional (Chick & Meleis, 1986). Do ponto de vista individual, esta deve ser observada do ponto de vista do indivíduo alvo de cuidados, por exemplo a mesma situação pode ser considerada como positiva em termos de recuperação ou considerada como fator de ansiedade e stress. A abordagem à pessoa é feita de forma holística, considerando todas as suas dimensões e como sendo integrante de uma família.

No que concerne ao ambiente, este relaciona-se com a transição de diversas formas. Mudanças no ambiente podem constituir ou ser parte dos eventos que tornam o processo de transição necessário, como por exemplo uma situação de catástrofe. Independente da causa das condições iniciais da transição, esta pode ser mediada pelo ambiente que ocorre em forma de suporte. A natureza particular do ambiente em que ocorre pode impedir ou facilitar a transição, como por exemplo o risco de IACS ou o suporte social existente. Outro fator que deriva do ambiente é a estabilidade e a mudança do ambiente, por exemplo uma grande rotatividade dos profissionais de saúde pode ter repercussão nos resultados esperados dos doentes. (Chick & Meleis, 1986)

Para Murphy citado por Zagonel (1999:28) é necessário considerar os fatores que mediam os processos de transição, ou seja, os individuais, os ambientais e as intervenções de enfermagem que incluem as ações preventivas à transição e as estratégias de intervenção quando o evento já ocorreu ou está em andamento. O mesmo autor refere que:

“ O enfoque está na disposição para ajudar na passagem de um estado a outro considerando que as situações difíceis irão gerar respostas positivas e negativas. É necessário lidar com os acréscimos e decréscimos da pessoa. As situações envolvidas com as transições são variadas e todas estão ligadas ao cuidado de enfermagem.” (1999:28)

O desenvolvimento das intervenções de enfermagem, recorrendo a Meleis & Trangenstein (1994) centra-se na criação de condições para uma transição saudável, promover bem-estar do ponto de vista dos utentes e enfrentar a experiência das transições.

Neste sentido os objetivos do desenvolvimento do conhecimento em enfermagem são aumentar o entendimento de:

- O processo e experiências dos seres humanos que estão em transição;
- A natureza dos padrões de vida emergentes e novas identidades;
- O processo ou condições que promovam resultados saudáveis, tais como: domínio de novos comportamentos/mestria, bem-estar percebido, mobilização de energia, qualidade de vida, auto-realização, transformação pessoal, habilidade funcional;
- Ambientes que restringem, apoiam ou promovem transições saudáveis;
- Estrutura e componentes das intervenções de enfermagem que lidam com transições.

A avaliação dos cuidados prestados é fundamental no processo de enfermagem, neste caso devem-se avaliar fatores que indicam uma transição positiva ou saudável. Inicialmente Meleis & Shumacher (1994) identificaram como indicadores representativos de uma transição saudável

- Sensação subjetiva de bem-estar – inclui coping eficaz, sentimento de dignidade mantido, qualidade vida, integridade, gestão das emoções, auto-estima, capacitação/empowerment;
- Domínio de novos comportamentos/mestria – desempenho do papel exigido na nova situação com conforto, conhecimento, habilidade, tomada de decisão, nomeadamente autocuidado ou capacidade para cuidar de outros. No domínio organizacional os componentes deste indicador são cuidados de elevada qualidade e desempenho eficiente de trabalho;
- Bem-estar das relações interpessoais - Transições que aparentemente envolvem um ou dois membros da família deverão ser avaliados em termos de toda a família, o bem-estar das relações deve ser restaurado ou promovido. São componentes de avaliação a adaptação da família, a integração da família, valorização e proximidade da família, interação. Integração na comunidade e no meio social, desenvolvimento de novas relações constituem também como indicadores a observar. A nível organizacional inclui-se a cooperação, trabalho em equipa, comunicação eficaz, confiança.

Posteriormente Meleis et al (2000) subdividiram estes indicadores dividindo-os em indicadores de processo e resultado, constituindo-se como um padrão de resposta aos cuidados de enfermagem. Os indicadores de processo permitem a avaliação da forma como

decorre a transição, se existem vulnerabilidades ou risco, destes indicadores fazem parte :sentir-se conectado, interação, estar localizado e situado, desenvolvimento de confiança e coping. Os indicadores de resultado são usados para verificar se a transição é saudável ou não, incluem: Mestria (domínio de novos comportamentos) e identidade fluida e integrada (reformulação e adaptação da identidade).

1.2. INFEÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE

Dado o PIS ser na área da prevenção e controlo de infeção, não podíamos deixar de falar nas IACS e em particular na infeção urinária associada à cateterização vesical.

Os cuidados de saúde trouxeram ganhos de saúde sem precedentes aos doentes e familiares, tendo aumentado a esperança média de vida e a qualidade de vida dos doentes. Todavia estas conquistas trouxeram alguns problemas associados, como é o caso das IACS (Pina, Ferreira, Marques & Matos, 2010).

De acordo com os mesmos autores, as IACS tratam-se de uma epidemia silenciosa, que afetam um grande número de indivíduos em todo o mundo tendo consequências negativas para os doentes, suas famílias e para os sistemas de saúde

Segundo a Direção Geral de Saúde (DGS,2008), IACS refere-se às infeções adquiridas por utentes e profissionais, associada à prestação de cuidados e onde forem prestados, independentemente do nível de cuidados (agudos, reabilitação, ambulatório, reabilitação, domiciliários). Uma outra definição do Centre Diseases Control (CDC), utilizada pela DGS (2009:12) considera as IACS como “uma situação sistémica ou localizada resultante de uma reação adversa à presença de um agente infeccioso ou da sua toxina. Deve ser evidente que a infeção não estava presente ou em incubação no momento da admissão na unidade hospitalar”.

A DGS (2009:13) alerta que não são consideradas IACS: “infeções associadas a complicações ou extensão de infeções já presentes no momento da admissão, exceto se ocorrer mudança no agente patogénico ou os sintomas sugerirem claramente a aquisição de uma nova infeção”. Faz também a distinção de situações que não são consideradas infeções:

- Colonização: “presença de microrganismos na pele, mucosas, feridas abertas ou em excreções ou secreções mas sem causar sinais ou sintomas clínicos adversos”;
- Inflamação:” resposta tecidual a lesões ou estímulos por agentes não-infecciosos, nomeadamente químicos e físicos”.

Quanto ao impacto das IACS, o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA, 2002), no guia de práticas sobre esta problemática, refere que estudos em todo o mundo documentam - nas como uma causa *major* de morbilidade e mortalidade. Uma taxa elevada deste tipo de infeções, evidencia uma má qualidade na prestação de cuidados de saúde e leva a gastos evitáveis. Ao mesmo tempo que são feitos progressos na prevenção das infeções, mudanças na prática clínica apresentam continuamente novas oportunidades para o desenvolvimento de infeção.

As IACS, ainda de acordo com autor supracitado, podem causar: a incapacidade funcional, *stress* emocional, levar nalguns casos a situações que diminuem a qualidade de vida do doente e por sua vez têm associada uma elevada taxa de morbilidade e mortalidade. Os custos económicos que acarretam são consideráveis, sendo o prolongamento do internamento o que mais contribui para estes custos. Os internamentos prolongados têm várias consequências: custos indiretos devidos a perda de produtividade e custos diretos relacionados com o prolongamento do internamento, o aumento da utilização de fármacos, a necessidade de isolamento e o recurso posterior a exames laboratoriais e outros meios diagnósticos.

O impacto das infeções traduz-se também no desequilíbrio entre os recursos atribuídos aos cuidados primários e secundários de saúde, através do desvio de fundos, já de si escassos, para a gestão de problemas potencialmente evitáveis. A idade cada vez mais avançada, o aumento da prevalência de doenças crónicas nos doentes internados e o maior recurso a procedimentos diagnósticos e terapêuticos que afetam as defesas do hospedeiro levarão, no futuro, a uma pressão continuada nas IACS. (INSA,2002)

Burke (2003) fazendo uma análise desta problemática, refere que correntemente 5 a 10% dos doentes internados nos hospitais adquirem uma ou mais infeções e os riscos têm vindo a aumentar ao longo das décadas. Entre as infeções mais frequentes e representativas de 80% do total de infeções temos quatro tipos: infeção do trato urinário (usualmente associada ao catéter vesical); infeção do local cirúrgico; infeção da corrente sanguínea

(usualmente associada a dispositivos intravasculares) e pneumonia (associada por vezes ao ventilador).

O mesmo autor, na sua análise, diz ainda que: os doentes internados em cuidados intensivos têm uma probabilidade maior de contrair uma infeção e que cerca de 70% das infeções são devidas a microorganismos multirresistentes (MOMR) a um ou mais antibióticos, o que constitui um problema de saúde pública devido ao uso indiscriminado de antibióticos.

Tendo como critérios a taxa de mortalidade, custos associados e frequência, podemos classificar os diferentes tipos de infeção. A infeção urinária surge como a mais frequente, mas com menor taxa de mortalidade e custos associados; a infeção do local cirúrgico surge em terceiro lugar em termos de impacto; a pneumonia e infeções nosocomiais da corrente sanguínea (INCS) são aquelas com maiores taxas de mortalidade e custos associados. (Burke, 2003)

Em Portugal a vigilância das IACS é feita pela DGS no âmbito do Plano Nacional de Controlo de Infeção (PNCI) com recurso à vigilância epidemiológica (VE). A VE consiste numa ferramenta essencial na avaliação do desempenho das instituições de saúde tendo em vista a prevenção das IACS e segurança do doente; envolve estudos de incidência e de prevalência, permitindo obter um panorama da situação e identificar áreas problemáticas (DGS, 2010).

Dados contidos no Relatório Inquérito de Prevalência de Infeção, demonstram que: 9,8% dos doentes internados contraíram uma IACS; uma prevalência de 11,7% de IACS. Na análise da prevalência das IACS por serviço/áreas assistenciais observam-se taxas mais elevadas nas Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) com uma prevalência de 39,7%, seguindo-se os serviços de Cirurgia/ Especialidades cirúrgicas com 16, 3% e Hematologia/oncologia com 15,9%. (DGS, 2010)

O mesmo relatório, quanto ao local de infeção, aponta para 39, 2 % nas vias respiratórias inferiores, 23,8% nas vias urinárias e no 14, 3% no local cirúrgico. Os resultados demonstram também o risco acrescido que os doentes têm de contrair uma IACS pelo tipo de procedimento e pela presença de dispositivos invasivos (catéter venoso central, ventilação invasiva, catéter urinário). Constata-se também um aumento da

prevalência das IACS à medida que vai aumentando o tempo de internamento até aos 60 dias e que hospitais com lotações superiores têm maior prevalência de IACS. (DGS, 2010)

A DGS (2009), refere que os agentes infecciosos causadores de IACS podem provir de fontes endógenas (zonas no corpo, como a pele, o nariz, a boca, o aparelho gastrointestinal ou genital) e fontes exógenas (aquelas que são exteriores ao doente, como os profissionais, prestadores de cuidados de saúde, os familiares e outras visitas, equipamentos médicos, utilizados na prestação de cuidados, dispositivos ou o ambiente envolvente). (DGS, 2009)

Recorrendo aos dados do INSA (2002) os fatores que influenciam o desenvolvimento de IACS são:

- O agente microbiano - o doente está exposto a uma grande variedade de microorganismos (bactérias, vírus, fungos e parasitas). A probabilidade que a exposição leve a infeção depende das características do microrganismo: a resistência aos agentes antimicrobianos, a sua virulência intrínseca e a quantidade de material infeccioso;
- Suscetibilidade do doente - São várias as características que potenciam a aquisição de infeção no doente: a idade (idosos e crianças, estão associadas a uma menor resistência à infeção), portadores de doenças crónicas (Ex: tumores malignos, leucemia, SIDA), tratamentos com fármacos imunossupressores ou irradiação, desnutrição, lesões na pele ou membranas, procedimentos diagnósticos e terapêuticos (Ex: biópsias, endoscopia, cateterizações, ventilação, procedimentos cirúrgicos);
- Fatores ambientais - As instituições de saúde constituem ambientes onde se congregam tanto pessoas infetadas, como pessoas com risco elevado de contrair infeção, representando fontes potenciais de infeção para os outros doentes e para os profissionais. Situações que originam grande concentração de doentes no hospital, transferências frequentes de um serviço para o outro e a concentração numa dada área, de doentes altamente suscetíveis à infeção (Ex: recém-nascidos, queimados, cuidados intensivos), também contribuem para o desenvolvimento de IACS. A flora microbiana pode contaminar objetos, dispositivos e materiais que seguidamente irão contactar com locais suscetíveis do doente;

- Resistência bacteriana - A utilização generalizada de antimicrobianos para terapêutica e profilaxia é a maior determinante da resistência. Os microrganismos da flora humana normal sensíveis a um dado antimicrobiano são eliminados, enquanto as estirpes resistentes persistem, podendo tornar-se endêmicas no hospital.

1.2.1. Infecção urinária associada à cateterização vesical

A infecção urinária (IU) está entre as doenças diagnosticadas mais frequentes, quer num contexto de comunidade, quer associadas aos cuidados de saúde e “traduz a presença e multiplicação de microrganismos no aparelho urinário, para além da extremidade distal da uretra” (Costa & Príncipe, 2005:1).

A Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology (APIC, 2008) refere que a nível dos cuidados de saúde as IU, associam-se em cerca de 80% dos casos ao uso do catéter vesical, definindo-se este, como um tubo de drenagem de consistência e material variável, em que uma das extremidades é introduzida na bexiga através da uretra e a outra conectada a um sistema de drenagem fechado.

O INSA (2004:7) afirma que a IU associada aos cuidados de saúde é descrita como a “aquisição de bacteriúria significativa no decurso do internamento (a partir de 24 horas de internamento), independentemente das manifestações clínicas que ocorram e do doente estar ou não algaliado” e que o diagnóstico baseia-se em critérios clínicos e no estudo microbiológico da urina, necessitando de uma interpretação cuidadosa.

O CDC (2012) define IUACV como a ocorrência de sinais/sintomas clínicos locais ou distantes, atribuídos à presença de bactérias tanto no trato urinário, como na via sistémica num doente submetido a cateterização vesical. A mesma organização refere que a IUACV diz respeito a uma infecção em um doente que teve um catéter vesical no momento ou num período de tempo dentro de 48h, antes do início dos sintomas. Não existe um período mínimo de tempo que o catéter tenha de estar inserido, para a IU ser considerada associada ao catéter.

A IUACV ocorre pela entrada de bactérias pelas vias:

- “extraluminal - pode ocorrer mais rapidamente, através da inoculação direta das bactérias na bexiga, na altura da inserção da algália ou, mais tarde, ascendendo do períneo por ação capilar na mucosa contígua à parede externa da algália. Alguns estudos sugerem que a via extraluminal possa ter uma maior importância nas mulheres por a uretra ser mais curta e haver maior proximidade do ânus.
- intraluminal - em que os microrganismos ascendem no lúmen do catéter por diversas razões, nomeadamente: falhas na manutenção do circuito fechado de drenagem da urina, despejo inadequado dos sacos coletores ou contaminação dos mesmos, etc.. Outros investigadores referem que a colonização cutânea periuretral.” (INSA, 2004:6)

O risco de contrair IUACV, segundo o INSA (2004), pode ser aumentado na presença de fatores de risco intrínseco (Ex. a idade avançada, sexo, diabetes, imunodeficiência, desnutrição e insuficiência renal) e fatores de risco extrínseco (Ex: qualidade de cuidados na inserção, duração da algaliação, manutenção do circuito fechado de drenagem, despejo dos sacos de drenagem, tempo de internamento). Como proveniência dos microorganismos na sua grande maioria, refere que proveem da flora endógena do doente (cólon e períneo) ou da flora do ambiente hospitalar através das mãos dos profissionais durante a inserção da algália ou da manipulação do sistema.

O INSA (2004) acrescenta que, tal como as outras IACS, a IUACV está associada a um aumento das taxas de mortalidade, morbilidade, aumento do tempo de internamento e custos associados aos cuidados de saúde. A mortalidade e morbilidade ligada à IUACV, como já foi referida anteriormente é mais baixa comparativamente com outros tipos de IACS, todavia está entre as infeções com maior prevalência. A presença de bacteriúria leva por vezes ao uso de antibióticos desnecessários e os sistemas de drenagem urinários constituem-se como local de origem e reservatórios de MOMR tornando-se uma fonte potencial de transmissão para outros doentes. As complicações mais frequentes são a bacteriemia e choque séptico.

A IUACV, numa revisão da literatura levada a cabo pela APIC (2008) trata-se da principal causa de bacteriemia secundária das INCS. Refere que cerca de 17% das bacteriemias adquiridas no hospital são de origem urinária com uma mortalidade associada de 10% e que a IUACV é uma causa de INCS muitas vezes negligenciada, responsável por 0,5 a 4% destas infeções.

Até há pouco tempo as infeções do trato urinário, incluído a IUACV, eram classificadas em infeção urinária sintomática e bacteriúria assintomática. O CDC (2012)

deixou de considerar a bacteriúria assintomática como um tipo de infecção, dada a evidência que coloca como uma condição clínica não significativa e não haver benefícios comprovados no tratamento. Neste contexto reclassificou os critérios, sendo os mesmos agora mais específicos e claros para o diagnóstico da IUACV, podendo as infecções do trato urinário ser classificadas: sintomática ou assintomática associada a bacteriemia.

Segundo o Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC, 2009), em alguns casos podem ser utilizados métodos alternativos à cateterização vesical, evitando os riscos subjacentes, nomeadamente:

- Cateterização intermitente (introdução de um catéter até à bexiga por curto espaço de tempo para drenagem de urina em intervalos de tempo regulares);
- Dispositivo urinário (dispositivo que se adapta ou adere aos órgãos genitais e é conectado a um saco de drenagem, Ex. Penrose).

Kovacs et al (2008) e a APIC (2008), descrevem que cateterização vesical promove o desenvolvimento de biofilmes (acumulação de microorganismos e respetivos produtos celulares que formam uma comunidade estruturada numa superfície sólida) entre o catéter e a mucosa uretral, providenciando um ambiente favorável para a invasão e proliferação de bactérias via extraluminal. Os microorganismos constituintes do biofilme estão bem protegidos dos mecanismos de defesa do hospedeiro, da ação dos antimicrobianos e da própria ação mecânica do fluxo de urina. Assim que o biofilme é desenvolvido na superfície interior ou exterior do catéter vesical a única forma de eliminar o risco de IUACV é a remoção do catéter.

Quanto à indicação clínica para cateterização vesical, o HICPAC (2009) dá alguns exemplos de práticas apropriadas e aceitáveis

- Doentes em retenção urinária aguda ou obstrução vesical;
- Necessidade de medições precisas de débito urinário em doentes críticos;
- Uso peri-operatório para determinados procedimentos cirúrgicos Ex: doentes submetidos a cirurgia urológica ou outra cirurgia em estruturas contíguas do trato geniturinário
- Auxílio na cicatrização de feridas abertas, sacrais ou perineais em doentes incontinentes

- Doentes que requerem imobilização prolongada (Ex: fraturas pélvicas instáveis),
- Melhorar o conforto, em cuidados paliativos

No sentido oposto, como critérios para o uso do catéter vesical a evitar, o HICPAP (2009), dá como exemplo:

- Substituto para cuidados de enfermagem aos doentes ou pessoas institucionalizadas com incontinência
- Como um meio de obtenção de urina para a cultura ou outros testes de diagnóstico quando o doente pode urinar voluntariamente.

Após uma revisão sistemática da literatura, é de referir que existem várias recomendações para a prevenção da IUACV sob a forma de guidelines. Realizando uma análise a todas elas, existe consenso em muitas das medidas a adotar para a redução da IUACV, variando nalguns casos a forma de categorização e classificação de algumas medidas. Algumas delas, como é caso de Kovacs et al (2008) e Infectious Diseases Society of America (IDSA, 2009) dão orientações quanto ao tratamento da IUACV, todavia a decisão sobre o tratamento não é do domínio da esfera profissional de Enfermagem, pelo que não será abordado este assunto.

Trautner (2010), após uma análise das várias guidelines existentes e da sua evidência científica verificou que a maior força das guidelines relaciona-se com estratégias para evitar cateterizações desnecessárias e remoção assim que possível dos catéteres. Outro ponto importante nesta análise é que as diversas orientações e definições, são elaboradas, na generalidade, todas a partir das mesmas fontes de evidência.

O HICPAC (2009) categoriza as diferentes medidas de prevenção da IUACV de acordo com a evidência científica existente em:

- Categoria IA -Medidas de adoção fortemente recomendadas e fortemente apoiadas por estudos epidemiológicos, clínicos e experimentais bem desenhados.
- Categoria IB - Medidas de adoção fortemente recomendadas, apoiadas por alguns estudos epidemiológicos, clínicos e experimentais e por uma forte fundamentação teórica.
- Categoria IC - Medidas de adoção fortemente recomendadas preconizadas pelas recomendações de outras Associações ou legislação.

- Categoria II - Medidas de adoção sugeridas para implementação e apoiadas em estudos epidemiológicos ou clínicos sugestivos ou por forte fundamentação teórica.
- Questão não Resolvida – Medidas para as quais a evidência é insuficiente ou não existe consenso quanto á sua eficácia.

De acordo com HICPAC (2009), existem vários tipos de ações, agrupadas em domínios, que podem ajudar a minimizar as taxas de IUACV. A referir como nota, que fora selecionadas as recomendações aplicáveis apenas ao meio hospitalar.

Uso apropriado do catéter vesical

- Algalhar apenas quando houver indicação e manter o catéter pelo período mínimo necessário (categoria IB);
 - Minimizar o uso do cateter urinário e a duração em todos os doentes, particularmente aqueles que têm maior risco de IUACV (categoria IB);
 - Usar catéter vesical em doentes cirúrgicos apenas quando necessário (categoria IB);
 - Doentes cirúrgicos que tenham indicação para cateterização, deve-se retirar o catéter assim que possível, de preferência nas primeiras 24h (categoria IB);
- Considerar métodos alternativos à cateterização vesical;
 - Considerar o uso de dispositivo urinário externo (Ex: Penrose) em doentes do sexo masculino, colaboradores e sem retenção urinária ou obstrução vesical (categoria II);
 - Considerar a cateterização intermitente em doentes cateterizados cronicamente como é o caso dos doentes com lesão da coluna espinhal (categoria II);
 - A cateterização intermitente é preferível á cateterização vesical ou suprapúbica em doentes com disfunção neurogénica da bexiga (categoria II);
 - Necessária mais investigação quanto aos riscos e benefícios dos catéteres suprapúbicos como alternativa à cateterização vesical, sobretudo no que diz respeito às complicações com a inserção do cateter e local de inserção. (questão não resolvida).

Técnica adequada para a inserção do cateter vesical

- Realizar higiene das mãos imediatamente antes e depois da inserção ou manipulação do cateter ou local (categoria IB);
- Inserção e manipulação do catéter e sistema apenas por profissionais com formação adequada (categoria IB);
- Em instituições de saúde, algaliar usando técnica assética (categoria IB);
 - Usar luvas esterilizadas, campo, esponjas e/ou compressas, solução antisséptica apropriada ou solução estéril para limpeza perineal e embalagem de uso único de gel lubrificante para a cateterização (categoria IB);
 - Não existe necessidade do uso por rotina de lubrificantes antissépticos, (categoria II);
 - Necessária mais investigação quanto ao uso de soluções antissépticas versus água estéril ou solução salina para limpeza periuretral antes da inserção do cateter. Evidência de baixa qualidade não demonstra benefício na desinfecção periuretral antes da inserção ou manutenção do cateter. (questão não resolvida).
Recomendações da CCI sugerem a utilização de água ou solução salina estéril;
- Realizar fixação da algália para prevenir a deslocação da mesma e tração uretral (categoria IB);
- Considerar o menor calibre possível de catéter, exceto se houver indicação clínica tendo em vista a minimização do trauma uretral (categoria II).

Manutenção do cateter urinário

- Após a inserção assética do catéter manter um sistema de drenagem fechado (categoria IB);
 - Se houver quebra da assepsia, desconexão do sistema ou existir uma fuga, substituir o catéter e sistema utilizando técnica e equipamento estéril (categoria IB);
 - Considerar sistemas de catéteres com junções catéter/sistema de drenagem seladas e preconetadas (categoria II);
- Manter o fluxo de urina desobstruído (categoria IB);
 - Manter o catéter e tubagem do sistema de drenagem sem dobras (categoria IB);

- Manter o saco coletor de urina abaixo da bexiga e não o colocar no chão (categoria IB);
- Esvaziar o saco coletor de urina regularmente, usando um recipiente/saco limpo para cada doente, evitando salpicos e prevenindo o contacto com a válvula de drenagem/recipiente coletor (categoria IB);
- Usar luvas e avental quando indicado durante as manipulações do cateter e sistema de drenagem (categoria IB);
- Sistemas de drenagem que libertam antissépticos na entrada da drenagem, não devem ser usados por rotina (categoria II);
- A troca de catéteres vesicais ou sistemas de drenagem, não deve ser efetuada por rotina ou intervalos fixos. A mudança deve ter em conta indicações clínicas como a infeção, obstrução ou o comprometimento do sistema fechado. (categoria II);
- A limpeza do meato urinário com soluções antissépticas não é necessária. A lavagem diária, com água e sabão é suficiente (categoria IB);
- A irrigação vesical não é recomendada, exceto se for previsível obstrução, ex: hemorragia pós cirurgia prostática ou vesical (categoria II);
 - No caso de ser necessário irrigação vesical para prevenção de obstrução, esta deve ser feita de forma fechada e continua (categoria II);
- A irrigação vesical com antibióticos não é recomendada (categoria II);
- A instilação de antissépticos ou soluções antimicrobiana nos sacos de drenagem não é recomendada (categoria II);
- A clampagem da algália antes da remoção não necessária (categoria II);
- Não utilizar, por rotina catéteres revestidos com antibacterianos ou antissépticos (categoria IB);
- Em cateterizações vesicais de longa duração, devem-se privilegiar os catéteres de silicone, para prevenir o risco incrustação (categoria II);
- Necessária mais investigação para clarificar as vantagens de válvulas no catéter vesical para prevenção da IUACV (questão não resolvida);
- Efetuar troca do catéter vesical no caso de obstrução relacionada com o material do catéter (categoria IB);
- Obter amostras de urina de forma assética (categoria IB);

- A colheita de pequenos volumes de urina fresca (Ex urocultura ou uroanálise) deve ser feita por aspiração em local/porta referenciado no sistema ou punção do catéter, utilizando seringa e agulha estéril, após desinfetar local/porta ou catéter. (categoria IB);
- Para colheitas de maiores volumes de urina (exceto exame cultural), colher assepticamente do saco de drenagem (categoria IB);
- Necessária mais investigação para comprovar o benefício da separação física dos doentes algaliados para prevenção da transmissão de patógenos que colonizam os sistemas de drenagem urinária (questão não resolvida).

Programa de melhoria da qualidade, infraestrutura administrativa e vigilância

- Implementação de um programa de melhoria da qualidade ou estratégias para o uso de catéteres vesicais e redução da IUACV baseados na gestão do risco (categoria IB);
- Assegurar que o material necessário para a realização cateterização vesical com técnica assética está disponível (categoria IB);
- Considerar a implementação de um sistema de documentação no diário do doente, data e termo do catéter, quem inseriu e indicações para cateterização (categoria II);
- Se a vigilância da IUACV é realizada, assegurar que existem profissionais formados e com recurso a tecnologias para suportar o uso de catéteres urinários e resultados (categoria IB);
- Considerar a vigilância da IUACV por critérios da gestão do risco clínico e identificar grupos de doentes ou serviços para conduzir a vigilância (categoria II);
- Utilizar metodologia standart para a realização da vigilância (Ex. nº IUACV por 1000 dias de catéter; nº infeções da corrente sanguínea secundárias à IUACV/1000dias de catéter) (categoria IB);
- Análises de rotina em doentes cateterizados vesicalmente com bacteriúria assintomática não são recomendadas (categoria II);
- Quando realizada a vigilância da IUACV, considerar o feedback regular das taxas da IUACV aos profissionais de saúde (categoria II).

2.PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO

Com o objetivo de aprofundar/adquirir competências comuns e específicas do EE em EMC e de acordo com o Plano de Estudos do 1º Curso de Mestrado em EMC que preconizava a realização de um PIS resultante de uma necessidade de intervenção em contexto de uma Instituição de Saúde, foram realizados três estágios sequenciais que decorreram num Hospital X da grande área de Lisboa.

Os estágios I e II decorreram no período de 26 de Setembro de 2011 a 8 de Fevereiro de 2012, o que fez um total de 167 horas, e o estágio III ocorreu no período de 19 Março a Julho de 2012, fazendo um total de 105 horas.

Estes estágios ocorreram numa CCI, da Instituição referida sob orientação do Enf. L (EEMC), com a co orientação da Enf. F (EE Saúde Comunitária) e pela Prof. EM da ESS do IPS.

Optou-se por realizar estágio numa CCI, na medida que o objetivo da mesma, segundo a DGS (2008a:9), consiste em “implementar nas unidades de saúde uma cultura de segurança, de modo a que a prevenção e controlo da IACS seja vista como parte integrante das atividades diárias dos profissionais, contribuindo para a qualidade dos cuidados e para a segurança do doente”. O que vai de encontro à competência K3 do EEPSC, “maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas”, a qual pretendemos desenvolver e porque a área temática que pretendíamos desenvolver no âmbito do PIS de acordo com a metodologia de projeto visava contribuir para a qualidade dos cuidados e segurança do doente (OEB, 2011:8656).

Leite et al citado por Ferrito et al (2010) refere que um projeto é uma atividade intencional, que pressupõe iniciativa, autonomia, complexidade, autenticidade e incerteza, que tem um carácter prolongado e faseado.

Os mesmos autores supracitados referem que a metodologia de projeto envolve as seguintes fases: elaboração do diagnóstico de situação; planificação das atividades, meios e estratégias; execução das atividades planeadas, avaliação e divulgação dos resultados

obtidos. Nesta linha de ação, iremos dar a conhecer o PIS desenvolvido no decorrer dos três estágios que se realizaram na CCI da Instituição atrás referida de acordo com as fases supracitadas.

2.1.DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

O diagnóstico de situação, de acordo com Ferrito et al (2010:10,11) visa a elaboração de um “mapa cognitivo sobre a situação-problema identificada” ou seja permite elaborar um “modelo descritivo da realidade sobre a qual se pretende atuar e mudar”, tem um papel justificativo das atividades realizadas nos serviços, leva em conta a realidade dos serviços e instituições e permite elaborar um projeto que vá de encontro a necessidades reais. Nesta etapa definem-se os problemas quantitativamente e qualitativamente, estabelecem-se prioridades e causas prováveis, para à posteriori se selecionarem os recursos e os grupos intervenientes.

De acordo com Burke (2003), as IACS são hoje a complicação mais frequente nos doentes internados no hospital e uma taxa elevada evidencia uma má qualidade na prestação de cuidados de saúde, traduzindo-se num impacto elevado nos doentes.

Tendo em conta os dados do Relatório de VE das Bacteriologias Positivas para MOMR do ano de 2009 do Hospital X disponíveis na CCI e não publicados, indicam que o tipo de infeção/colonização ativa mais frequente diz respeito à infeção das vias respiratórias inferiores, com uma taxa de prevalência de 53,77%, seguindo-se a IU sintomática com uma taxa de 18,97%. Os serviços que tiveram maior número de infeções/colonizações ativas foram 2 serviços de medicina (um com uma taxa de 20,44% e outro com 17,68%) seguindo-se a UCIP com uma taxa de 12,89%. Em termos de taxa de prevalência de infeção, a UCIP apresenta uma taxa de 20,95% e os serviços de medicina referidos anteriormente, taxas de 10, 56% e 10,57% respetivamente.

Dados do Relatório de Inquérito de Prevalência de Infeção demonstram que os doentes têm risco acrescido de contrair uma IACS pela presença de dispositivos invasivos, por exemplo a taxa IN em doentes sem catéter vesical era de 1,2 % e com catéter vesical é de 7,9%. (DGS, 2010)

Por outro lado, após entrevista não estruturada com a enfermeira responsável da CCI, concluiu-se que a grelha de auditoria sobre “Práticas de prevenção sobre a IUACV” existente no Hospital X se encontrava desatualizada, e que relativamente ainda à UCIP da Instituição supracitada consta no relatório de VE das bacteriologias positivas para MOMR que:

- Os doentes que tiveram um episódio de IU estavam todos submetidos a cateterização vesical e a média de dias de cateterização vesical era de 37,6 dias;
- Em 2009 a taxa de IUACV, situava-se nos 1,2 %;
- A taxa de infeção por MOMR era de 9,97% em 2009 e 10,30% em 2010;
- A IU correspondia a 5,71% em 2009 e 11,5% em 2010, do total de infeções\colonizações por MOMR;
- Dos doentes infetados com MOMR, 10,25% em 2009 e 17,64% em 2010 foram vítimas de uma IUACV (CCI, 2009,2010).

Tendo em conta que exercemos função como enfermeiro na UCIP da instituição referida, acordámos com a Enf. F que o tema do nosso PIS iria incidir sobre a IUACV, e que para percebermos quais as causas na base dos dados de VE da instituição, gostaríamos de começar por conhecer a realidade do serviço atrás exposto. Para tal procedemos à construção de dois instrumentos de colheita de dados para determinar a necessidade real\oportunidade de intervenção e aplicamos uma ferramenta de gestão que iremos explicar de seguida.

No sentido de observarmos as práticas da equipa de enfermagem relativamente a prevenção da IUACV construímos uma grelha de observação¹ baseada em 29 itens, que por sua vez teve como base as recomendações emanadas por HICPAC (2009), a norma II/2009 do Centro Hospitalar (recomendações para a prevenção da IUACV e o modelo de auditoria do Infection Control Nurses Association (ICNA, 2004).

Após termos procedido ao pedido de autorização para a aplicação da mesma à Direção de Enfermagem², aplicamo-la no período de 20 de Dezembro de 2011 a 25 de Janeiro de 2012

Num total de 20 observações calculamos os scores de qualidade/ cumprimento das medidas e classificamo-los segundo o ICNA (2004). Assim consideramos que um score

¹ Apêndice I

² Apêndice II

menor que 75% seria classificado como cumprimento mínimo das recomendações, entre 76 a 84% como cumprimento parcial das recomendações, e 85% ou mais considerado como cumprimento das recomendações, sendo de salientar que os critérios de observação foram agrupados por categorias.

Das observações efetuadas em termos do resultado³ global do score de qualidade obteve-se um cumprimento mínimo das recomendações, com uma média de 71,57%. Na análise dos scores por categorias, obteve-se um cumprimento mínimo das recomendações nas categorias: “manutenção do catéter” com 59, 17%, “inserção do catéter vesical” com 64%, “despejo dos sacos de drenagem” com 71,25%. Nas categorias “princípios gerais” (85, 94%) e “colheita de amostras de urina” (95,45%) obtivemos um cumprimento das recomendações.

Numa análise mais pormenorizada a todos os itens observados destacaram-se em termos de inconformidades com um cumprimento mínimo das recomendações: a contaminação do sistema de drenagem durante a irrigação vesical (16,7%); a falta de higienização das mãos em diversos momentos (10%); a escolha do catéter vesical para colocação que não contempla o menor calibre possível (57,9%); a ausência de campo esterilizado (40%); a fixação do catéter vesical (0%); o saco de drenagem em contacto com o chão (55%) e a manutenção da técnica asséptica durante a inserção (70%), neste item se consideramos a falta de higiene das mãos antes como componente essencial para a técnica assética o cumprimento mínimo situa-se nos 10%.

Outro dos instrumentos de colheita de dados aplicado foi o questionário⁴ e visava auscultar a equipa de enfermagem da UCIP relativamente à temática em estudo. Assim, depois do pedido de autorização⁵ para aplicar o questionário e respectivo consentimento informado à Direção de Enfermagem, os questionários foram então aplicados no período de 1 a 10 de Janeiro de 2012 e foram garantidas todas as questões éticas inerentes a este tipo de estudo.

Do tratamento de dados⁶ (através do programa SPSS12 e Excel) concluímos que:

- 68,2 % da equipa enfermagem referia conhecer as recomendações da CCI para a prevenção da IUACV. Dos que conheciam as recomendações, apenas 46,7% referiu que sabe onde pode aceder às recomendações.

³ Apêndice III

⁴ Apêndice IV

⁵ Apêndice II

⁶ Apêndice III

- 36,4% dos elementos da amostra responderam que nunca assistiram a uma formação relacionada com IUACV após começar a trabalhar, o mesmo número refere que fez uma formação há mais de 2 anos e 27,3% há menos de 2 anos. Quanto ao local da formação, 57,1% responderam que foi no centro de formação do hospital; 21,4% que foi através da formação em serviço; 7,1% numa Escola de Enfermagem e 14,2% elementos fizeram formação em dois sítios. A referir que a formação em serviço é global e não se reporta apenas à UCIP.
- 77, 3 % não conhece as taxas de IACS da UCIP.
- 22,7% dos enfermeiros não tem em conta métodos alternativos à cateterização vesical de acordo com a situação clínica do doente.
- 54, 5 % dos inquiridos respondeu que faz uma avaliação diária da necessidade de manutenção do catéter vesical e 45,5 % refere que esta só ocorre após alta, na enfermaria.
- 81,8% dos enfermeiros responderam que realizam a troca dos catéter vesical por indicação clínica, obstrução, comprometimento do sistema ou recomendações do fabricante e 18,2% responderam que o fazem por rotina ou intervalos fixos.

Dado que a implementação de um projeto de intervenção carece de um rigoroso planeamento que implica uma análise do problema de modo a identificar e prevenir falhas, que possam ser minimizadas ou eliminadas, foi aplicada também uma Failure mode and effects analysis (FMEA⁷).

A FMEA, segundo Hughes (2008) é uma ferramenta da qualidade e uma técnica de avaliação utilizada para identificar e eliminar falhas conhecidas e/ou potenciais, problemas e erros de um sistema, projeto, processo e /ou serviço antes que eles ocorram. O objetivo do FMEA é evitar erros na tentativa de identificar todas as maneiras que um processo poderia falhar, estimar a probabilidade e as consequências de cada falha, e depois tomar medidas para evitar as falhas potenciais de ocorrência.

Foram consideradas três etapas: avaliação do uso e da indicação para cateterização e manutenção; inserção do catéter vesical e manutenção do catéter urinário e sistema de drenagem.

⁷ Apêndice V

Entre as potenciais falhas em cada etapa destacamos: falta de análise regular quanto à necessidade clínica de manter a algália; falta de avaliação de métodos alternativos à cateterização vesical de acordo com a situação clínica do doente; falta de análise na escolha do catéter vesical tendo em conta o sexo, o tempo previsível da algaliação e possibilidade de obstrução; troca de catéteres vesicais feita por rotina ou intervalos fixo; ausência da higienização das mãos antes e depois da inserção e cuidados na manutenção do catéter; falta de material estéril ou uso de material estéril; quebra na técnica asséptica durante a inserção; o catéter não é fixo; quebra na assepsia no sistema; saco de drenagem em contacto com o chão; saco da urina não é esvaziado regularmente ou quando está a meio da sua capacidade; ausência de higiene das mãos e troca de luvas após despejo de saco de drenagem e entre doentes.

As falhas detetadas em termos de efeitos podiam significar: aumento do risco de infeção urinária e custos associados (uso de antibióticos, aumento do tempo de internamento, aumento da taxa de morbilidade e mortalidade), desconforto do doente; bacteriémias/sepsis secundária à cateterização vesical (uso de antibióticos, aumento do tempo de internamento, aumento da taxa de morbilidade e mortalidade, morte); colonização por microorganismos multirresistentes; lesões/patologias secundárias à algaliação (Ex. Pielonefrite, trauma uretral); obstrução da algália e infeções cruzadas.

As ações corretivas a desenvolver no âmbito da FMEA, de acordo com Moura (2000) devem ser apresentadas cronologicamente, respeitando uma hierarquia dos riscos, dando prioridade às situações de maior risco. Para se calcular a prioridade da intervenção a realizar é necessário calcular o valor de nível prioridade de risco (NPR). Para obtermos valor do NPR é necessário primeiro classificar-mos primeiro as potenciais falhas mediante a gravidade que representam (G), a ocorrência (O) e possibilidade de deteção (D) de uma a dez. O NPR é obtido mediante a seguinte fórmula: $NPR = G \times O \times D$.

Assim para aplicar a FMEA⁸ às práticas associadas à cateterização vesical na UCIP, começou-se por adaptar e classificar os índices de gravidade, deteção e ocorrência, posteriormente procedeu-se à elaboração da FMEA.

⁸ Apêndice V

Quanto ao NPR sobressaiu a manutenção do catéter vesical e sistema de drenagem com uma classificação de 486; a inserção do catéter vesical com 210 e a avaliação do uso e da indicação para algaliação e com 160.

Pelo exposto definimos como problema: IUACV em doentes internados no Hospital X, e ficou acordado com a responsável da CCI que o 1º serviço a necessitar de intervenção seria a UCIP.

2.2.DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS

Tendo em conta o problema geral definido, IUACV em doentes do Hospital X, e após a análise e triangulação dos diferentes dados colhidos, que segundo Fortin (2009:376) trata-se um “método de verificação dos dados consistindo em empregar várias fontes de informação ou vários métodos de colheita de dados”, identificaram-se os seguintes problemas parcelares:

- Incumprimento das recomendações da CCI para a prevenção da IUACV.
- Níveis de formação diferentes na equipa de enfermagem no que respeita à prevenção da IUACV.
- Grelha de auditoria na área da prevenção da IUACV desatualizada.

Deste modo, determinadas as prioridades e de acordo com o HICPAC (2009) que considera como determinante na redução das taxas de infeção:

- a implementação de um programa de melhoria da qualidade ou estratégias para o uso de catéteres vesicais e redução do risco das IUACV;
- fornecimento e implementação de guidelines baseadas na evidência que se dirigem ao uso do catéter, inserção e manutenção;
- assegurar que os profissionais de saúde que lidam com os catéteres lhes seja dada formação periódica em relação a técnicas e procedimentos sobre a inserção, manutenção e remoção da algália, complicações urinárias, alternativas, feedback de auditorias realizadas;
- assegurar que o material necessário para a realização de algaliação com técnica asséptica está disponível;

- Identificação de grupos de doentes ou serviços para conduzir VE e aplicação metodologia standardizada de vigilância baseada na frequência do uso dos catéteres vesicais e risco de IUACV.

Passámos então à definição de objetivos, que segundo Ferrito et al (2010), a fase de definição de objetivos assume-se como uma representação antecipadora das ações a realizar, permitindo eleger métodos e apontar para os resultados que se pretendem alcançar.

Nesta linha de ação, os objetivos criados, obedeceram às características identificadas por Ferrito et al (2010) que consistem numa linguagem precisa, clara e concisa, em número reduzido, exequíveis e mensuráveis. A limitação temporal também foi preponderante na formulação dos mesmos.

De acordo com Mão de Ferro (1999) a avaliação de um objetivo geral, só é possível se for traduzido em termos concretos e específicos, uma vez que garante maior objetividade aos resultados esperados, sobre a forma dos comportamentos observáveis.

Assim como objetivo geral foi definido: divulgar medidas de boas práticas em controlo de infeção no âmbito dos catéteres vesicais de modo a contribuir para a segurança e qualidade dos cuidados prestados aos doentes com catéteres vesicais e como objetivos específicos:

- Criar bundle de atitudes que possam ajudar a prevenir a IUACV
- Formar / treinar a equipa de enfermagem do Hospital X relativamente às medidas de prevenção da IUACV
- Desenvolver competências técnicas/científicas na área da auditoria

Pelo exposto e de forma a tornar os objetivos operacionais, passamos à terceira fase da metodologia de projeto que passaremos a explorar.

2.3.PLANEAMENTO

Na fase de planeamento, de acordo com Ferrito *et al* (2010), é esperado a escolha de atividades, meios e estratégias que se coadunam com os objetivos traçados, o

levantamento dos recursos necessários, os condicionalismos do trabalho e a calendarização das atividades.

Assim elaborou-se um plano detalhado do projeto⁹, tendo em conta os objetivos propostos. Para tal foram definidas as atividades/estratégias a realizar consoante os objetivos específicos, calendarizadas as atividades através de um cronograma, identificados os profissionais do serviço com quem era necessário articular as intervenções, identificados os recursos humanos e materiais necessários, realizada uma previsão dos constrangimentos possíveis e formas de os contornar, orçamentados os custos possíveis com os recursos humanos e materiais necessários e traçados indicadores de avaliação.

Partindo para o objetivo específico “criar bundle de atitudes que possam ajudar a prevenir a IUACV” começámos por considerar que segundo Resar, Griffin, Haraden & Nolan (2012), a bundle é uma forma estruturada de melhorar os processos e os resultados dos cuidados que se traduz num conjunto pequeno e simples de práticas baseadas em evidências (em geral 3 a 5), que quando executadas coletivamente e de forma confiável, melhoram os resultados para os doentes. O objetivo da bundle é reunir uma pequena lista de intervenções e tratamentos que já são recomendados, suportados por evidência científica, consensuais entre peritos como sendo os cuidados mais adequados para a população alvo.

Estudos prospetivos, citados pelos mesmos autores, após aplicação de bundle do catéter venoso central associada à iniciativa “Lives Campaign and 5 Million Lives Campaign” e aplicação da bundle acerca da pneumonia associada à ventilação em vários hospitais americanos, revelaram reduções, nalguns casos substanciais das taxas de infeção.

Ainda segundo Resar, Griffin, Haraden & Nolan,(2012), a intenção de não dar uma atenção integral e não incluir elementos que podem variar na sua aplicabilidade conforme o tipo de doentes acaba por ter mais hipóteses de sucesso. Uma das premissas é quando o cumprimento de intervenções é medido a partir de um núcleo de medidas de cuidados restrito, o trabalho de equipa e cooperação resultará em níveis mais elevados de cuidados, ao contrário de quando se trabalha para melhorar intervenções individuais. A medida que o número de intervenções aumenta torna-se mais difícil obter conformidade na prestação de cuidados e consenso acerca da validade das mesmas.

⁹ Apêndice VI

Em forma de síntese do planeado e antevisão da execução do projeto as atividades a realizar neste objetivo incluíam pesquisa bibliográfica acerca conceito de bundle, metodologia para criação de bundle e numa revisão sistemática da literatura sobre medidas de prevenção da IUACV.

Como método orientador na prossecução deste objetivo optou-se por recorrer á metodologia ADAPTE. O ADAPTE Collaboration (2007) refere que esta metodologia serve de guia para adaptação de guidelines, a adaptação surge como uma abordagem sistemática com o intuito de se usar ou modificar uma guideline produzida numa determinada cultura e ambiente organizacional em um contexto diferente. A adaptação pode ser usada como uma alternativa para o desenvolvimento de diretrizes novas ou para personalizar uma diretriz existente para se adequar ao contexto local.

O objetivo geral da adaptação, ainda recorrendo ao ADAPTE Collaboration (2007), é aproveitar as orientações existentes, a fim de se aumentar a produção e utilização eficiente de alta qualidade de guideline adaptadas. A adaptação descrita no método ADAPTE foi concebida para assegurar que as recomendações finais abordem questões específicas de saúde relevantes para o contexto de uso e que são adequadas para as necessidades, prioridades, legislação, políticas e recursos na definição de alvo, sem comprometer a sua validade.

Na base desta decisão esteve o facto de existirem guidelines no âmbito da prevenção da IUACV apoiadas em revisões sistemáticas de literatura.

Sucintamente o recurso a esta metodologia divide-se em três fases, de acordo com o ADAPTE Collaboration (2007):

- Preparação – descreve as tarefas necessárias e recursos necessários para o processo de adaptação.
- Adaptação – aborda a pesquisa e seleção de guideline; a avaliação da guideline quanto à qualidade, conteúdo, consistência e aplicabilidade e aborda a tomada de decisão em torno da adaptação.
- Finalização – guia do processo de obtenção de feedback sobre o documento das partes a quem a guideline diz respeito, estabelecimento de um processo de revisão e atualização da guideline adaptada e criação do documento final.

Entre as restantes atividades pensadas constavam, em consonância com a metodologia planeada: seleção de revisões sistemáticas/guideline sobre medidas de prevenção da IUACV; submissão de revisões sistemáticas/guideline a peritos para classificação com questionário AGREE; seleção/ rejeição de revisões sistemáticas/guideline conforme classificação dos peritos; criação de bundle sobre medidas de IUACV; submissão da bundle ao Núcleo Executivo da CCI para aprovação e validação enquanto grupo de peritos; realização de alterações à bundle caso necessário.

Em todos os objetivos foram traçados indicadores de avaliação, indicativos de metas atingir, neste caso, os indicadores foram “apresenta bundle de atitudes que contribuam para a prevenção da IUACV e submissão da grelha de auditoria para aprovação e validação ao núcleo executivo da CCI”

No objetivo “formar / treinar a equipa de enfermagem do Hospital X, relativamente às medidas de prevenção da IUACV”, atendendo que a formação que falamos trata-se de formação de adultos, que na opinião de Mão de Ferro (1999: 16), esta “visa a capacitação de adultos, dentro de uma perspetiva de mudança, de forma a permitir a realização e o desenvolvimento dos indivíduos e das respetivas potencialidades, garantindo um papel ativo no desenvolvimento socioeconómico e cultural”.

Canário (2000:44) aponta a formação como uma componente “essencial da gestão e mobilização de recursos humanos no interior da organização de trabalho”. Através de uma “estratégia de formação global, participativa e interativa, é possível construir uma visão partilhada e consensual “da organização, das suas finalidades, dos meios de ação e dos valores que estão subjacentes. Malglaive acrescenta (1995: 247) que esta pode constituir por si própria um bem que vai para além da aquisição de saber e saber-fazer; pode desencadear uma abertura de espírito para o indivíduo, que pode levá-lo a posicionar-se diferentemente, em relação aos outros e aos problemas, que pode encontrar na sua vida profissional e social

As atividades planeadas neste objetivo englobavam: uma pesquisa bibliográfica; elaboração do plano da sessão de formação; construção de diapositivos para apresentação com recurso a Power Point; discussão com os enfermeiros orientadores acerca do plano da sessão de formação e slides; realização de alterações do plano da sessão e slides; marcação/divulgação da ação de formação; requisição dos meios necessários (sala, projetor e folhas de avaliação); apresentação da ação de formação e avaliação da mesma.

Como indicadores de avaliação foram estabelecidos a apresentação de: plano da sessão de formação, dos diapositivos apresentados na ação de formação, do cartaz de divulgação da sessão e o tratamento dos dados da avaliação da formação

No objetivo “desenvolver competências técnicas/científicas na área da auditoria” tomando em conta que uma auditoria clínica, segundo o National Institute for Clinical Excellence (NICE, 2002) é um processo de melhoria da qualidade que busca melhorar os cuidados prestados aos doentes e os resultados, através da revisão sistemática dos cuidados com base em critérios explícitos e na implementação da mudança. Aspectos da estrutura, processo e resultados dos cuidados são selecionados e avaliados sistematicamente tendo como fundo critérios explícitos. Serve também para monitorizar e acompanhar a implementação da mudança a nível individual, equipa ou serviço e poder confirmar a melhoria nos cuidados de saúde prestados. Em síntese é um método que providencia uma forma sistemática de reflexão e de revisão da prática.

O NICE (2002) elenca algumas vantagens da auditoria, permite: identificar e promover boas práticas; conduzir a melhorias na prestação de cuidados nos serviços; detetar oportunidades de formação e de educação, garantir uma melhor utilização de recursos e assim aumentar a eficiência; fornecer um mecanismo de revisão da qualidade dos serviços confirmando a qualidade de um serviço ou revelar necessidade de melhorias.

Assim o primeiro passo previsto para a consecução deste objetivo foi também a pesquisa bibliográfica sobre auditoria, tipos de auditoria, metodologias de colheitas de dados, medidas de prevenção da IUACV. De seguida preconizou-se: a elaboração de uma grelha de auditoria acerca das práticas associadas à prevenção da IUACV; discussão/validação da grelha de auditoria com os enfermeiros orientadores/peritos; realização de alterações à grelha de auditoria caso seja necessário; submissão da grelha de auditoria ao núcleo executivo da CCI para aprovação, realização de uma auditoria às práticas de enfermagem no âmbito à prevenção da IUACV num dos serviços de Medicina; elaboração do relatório de auditoria.

Indicativo das metas a atingir, construíram-se os indicadores: apresenta grelha de auditoria, submissão da grelha de auditoria para aprovação por parte do núcleo executivo da CCI.

Na planificação do projeto, foi utilizado um cronograma¹⁰, que conforme Miguel citado por Ferrito et al (2010) consiste num processo iterativo que determina um período de tempo para as atividades a efetuar no projeto. Ainda segundo a mesma fonte, na elaboração deste, a utilização de gráficos, esquemas ou escalas podem ser facilitadoras para uma maior compreensão e clareza do planeamento.

A avaliação dos meios materiais ou humanos necessários para levar a cabo a efetivação do projeto não foi descurada, assim como os custos previstos com os mesmos. Antes da elaboração definitiva do planeamento foram consultados alguns profissionais, no sentido de obter a colaboração, avaliar a disponibilidade e recursos existentes, entre estes incluíram-se o Enf. Chefe da UCIP, os elementos dinamizadores da CCI na UCIP. Após consulta dos profissionais, era previsível que em termos de recursos humanos não haveria custos económicos, o mesmo em relação a alguns materiais disponibilizados pelos serviços envolvidos (projeto, sala de reuniões, impressora, folhas, computador).

No entanto estava previsto algum trabalho fora do campo de estágio e custos com folhas, impressões e eletricidade, todavia eram gastos difíceis de quantificar, nesta perspetiva e extrapolando os gastos possíveis, o orçamento foi de 20€.

Como constrangimentos possíveis ao PIS anteviu-se uma adesão fraca à sessão de formação relativamente às medidas de prevenção da IUACV. Como medidas possíveis de contrariar esta ameaça ponderou-se a divulgação da formação em locais estratégicos do serviço e por email; realizar mais que uma formação em períodos distintos se necessário e selecionou-se um horário e data que potenciase o maior número de participantes. No entanto o principal obstáculo que se adivinhava era o tempo para implementação das medidas. A estratégia para contornar este constrangimento assentava na utilização e cumprimento do cronograma como ferramenta de organizar e estruturar temporalmente as ações a levar a cabo.

2.4.EXECUÇÃO E AVALIAÇÃO

Ferritos et al (2010: 26) alegam que a execução materializa a realização, do que foi planeado, já a avaliação “implica a verificação da consecução dos objetivos definidos inicialmente. Não podemos deixar de aludir ao facto de avaliação do projeto ter sido permanente, o que permitiu intervir e redefinir alguns passos no sentido de melhorar a

¹⁰ Apêndice VII

coerência do projeto com o problema, a eficiência na gestão dos recursos e meios atendendo aos objetivos e a eficácia.

Partindo para uma análise individual dos objetivos específicos, o primeiro passo realizado em todos foi a pesquisa bibliográfica como fundamento para as fases subsequentes. A pesquisa foi efetuada essencialmente em endereços eletrónicos de instituições ou organizações credenciadas ou com provas dadas no controlo de infeção: Institute of Health Improvement (IHI), CDC, National Health Service (NHS), DGS, IDSA, APIC, OE. As bases de dados também foram utilizadas nomeadamente a Pubmed, Elsevier e a Cochrane library. A fundamentação para o objetivo Formar/treinar proveio em parte de livros, foram pesquisados temas como pedagogia, formação, andragogia, aprendizagem, educação.

Para a concretização do objetivo “criar bundle de atitudes que possam ajudar a prevenir a IUACV”, iniciamos por uma revisão sistemática da literatura. Para tal definimos as seguintes palavras chave: catheter-associated urinary tract infections (CAUTI), prevenção da infeção urinária associada à algaliação ou cateterização vesical, guideline e recomendações. De seguida estabelecemos como critérios de seleção: guidelines na área de prevenção da IUACV recentes, que as medidas se encontrassem categorizadas de acordo com o nível de evidência, fossem explícitas quanto ao processo e métodos de revisão sistemática.

Como adjuvante à seleção das recomendações encontradas recorreremos à metodologia ADAPTE (ADAPTE Collaboration, 2007) que principiou pela resposta das seguintes questões:

- População alvo e características da doença – Doentes submetido a cateterização vesical e IUACV
- Intervenções de interesse – práticas ligadas à prevenção da IUACV
- Profissional alvo – Enfermeiros
- Resultados esperados – diminuição da IUACV, melhoria dos cuidados na prevenção da UACV, aumento de uma cultura de segurança e minimização de risco, potenciar transições saudáveis
- Ambiente e contexto de implementação da bundle – serviços de internamento do Hospital X com doentes submetidos a cateterização vesical

No final foram apuradas três guidelines: HICPAC (2009), Kovacs et al (2008), IDSA (2009). O passo seguinte foi a avaliação das mesmas quanto à qualidade, conteúdo, consistência e aplicabilidade com vista a rejeição total ou parcial ou seleção da(s) guideline(s) que pudessem sustentar a bundle. Para tal foi solicitado aos três orientadores, na qualidade de peritos, que o fizessem através do instrumento AGREE II¹¹.

O AGREE II “foi desenvolvido para tratar da variabilidade da qualidade de uma norma de orientação clínica”, em suma é “uma ferramenta que avalia o rigor metodológico e transparência com que uma” norma é elaborada que permite uma avaliação global da guideline e o julgamento das guideline em seis domínios: âmbito e finalidade; envolvimento das partes interessadas; rigor de desenvolvimento; clareza de apresentação; aplicabilidade; independência editorial (AGREE Next Steps Consortium,2009:5).

Quanto aos direitos de autor e reprodução, pedido para utilização deste instrumento, o AGREE Next Steps Consortium (2009:2), afirma que: “pode ser reproduzido e usado para fins educacionais, programas de controlo de qualidade e para a avaliação crítica de normas de orientação clínica. Não poderá ser usado para fins comerciais ou para promoção de produtos”...”Os autores não se responsabilizam pelo uso inadequado do Instrumento AGREE II.”

A classificação das guidelines pelos peritos e análise dos dados obtidos pelo AGREE II¹², permitiu escolher a guideline do HICPAC (2009), tendo sido aconselhado o seu uso pelos peritos, obtendo um valor de 94,4% na avaliação global. A guideline de Kovacs et al (2008), não foi recomendada para uso e a da IDSA aceite parcialmente, com um valor global de 77,7%.

Conway & Larson (2012) numa revisão de guidelines publicadas desde 1980, incluindo as guidelines submetidas a avaliação, aperceberam-se que muitas das recomendações das guidelines são consistentes entre elas, o sistema de categorização utilizado nelas difere, a classificação de algumas recomendações por vezes é diferente e contraditória, algumas recomendações tem uma fraca suporte em termos de evidência.

¹¹ Apêndice VIII

¹² Apêndice IX

O processo ADAPTE, com aplicação do AGREE II, proporcionou uma maneira para contornar este obstáculo, obtendo de forma sistemática uma guideline de referência: HICPAC (2009)

O HICPAC (2009) dentro das recomendações que estabeleceu, escolheu um conjunto de recomendações prioritárias, através do consenso de um painel de peritos, baseados na força da recomendação e impacto provável na estratégia de prevenção da IUACV:

- Inserir catéteres vesicais apenas em situações com indicação clínica e manter o catéter apenas enquanto necessário (Categoria IB);
 - Evitar catéteres vesicais no domicílio ou doentes institucionalizados para gestão da incontinência (Categoria IB);
 - Os doentes cirúrgicos que têm indicação para catéter vesical, deve-se remover o catéter assim que possível no pós-operatório, de preferência dentro de 24h, senão houver contraindicação;
- Assegurar a técnica correta de inserção asséptica do cateter e manutenção, sendo estas realizadas por pessoas devidamente treinados (Categoria IB);
- Em meio hospitalar inserir cateteres, utilizando técnica asséptica e equipamento estéril;
- Após a inserção asséptica do catéter urinário manter um sistema de drenagem fechado (categoria IB);
- Manter um fluxo de urina desobstruído (categoria IB).

O mesmo organismo reforça esta ideia, declarando que os objetivos de um programa de melhoria de qualidade nesta área devem centrar-se em: assegurar uma utilização apropriada dos catéteres; identificar e remover catéteres que não mais necessários; assegurar a aderência à higiene das mãos e cuidados adequados aos catéteres (inserção e manutenção).

Todavia foi realizada uma revisão da literatura no sentido de perceber se todas as medidas recomendadas pelo HICPAP, apesar de terem a mesma categoria de evidência teriam o mesmo impacto.

Conway & Larson (2012) constataram, que três recomendações estavam presentes em todas as guidelines integradas no seu estudo: realização da cateterização vesical apenas quando indicado e durante apenas o tempo estritamente necessário; a manutenção de um sistema de drenagem fechado e a inserção do catéter com técnica assética com recurso equipamento estéril. As duas primeiras recomendações tinham também como característica o facto de serem fortemente recomendadas transversalmente em todas as guidelines.

O HICPAC (2009), observou que o risco diário de bacteriúria de doentes submetidos a cateterização vesical aumenta entre 3 a 10%, aproximando-se dos 100% após 30 dias. Apesar de o sistema de drenagem fechado e estéril ser uma pedra angular na prevenção da IUACV, a bacteriúria irá ocorrer, inevitavelmente ao longo do tempo por quebra na assepsia do sistema ou via extraluminal., sendo a duração cateterização o risco mais importante.

Alguns estudos, segundo a (APIC) demonstraram uma forte e direta correlação entre o uso de catéter vesical mais de seis dias e a ocorrência da IUACV, uma frequência elevada de uso inapropriado e injustificado de catéter vesicais sobretudo nos idosos e mulheres, atingindo nos hospitais uma percentagem entre os 21 e 50%. Esta associação diz ainda que a introdução do sistema de drenagem fechado estéril, foi o mais importante avanço na redução da bacteriúria, com reduções significativas das taxas de infeção e comprovado em diversos estudos.

IDSA (2009), descreve que os estudos têm repetidamente documentado que os catéteres vesicais são inseridos por razões inapropriadas e permanecem no doente mais do que o necessário.

Remetendo para Conway & Larson (2012), observaram também um consenso alargado e com bom nível de evidência os cuidados associados à manutenção do catéter: higiene das mãos antes e depois da manipulação do catéter do catéter, obtenção de pequenos volumes através de local apropriado para colheita de amostras; manter o saco coletor abaixo da bexiga, evitar irrigações de rotina e banho diário para limpeza do meato uretral ao invés de cuidados especiais.

O IHI (2009) divulgou também um conjunto de medidas para a prevenção da IUACV divididas em quatro componentes de cuidados: evitar o uso desnecessário de catéteres vesicais, inserção usando técnica assética, revisão diária da necessidade do catéter, manter catéteres observando: a higiene das mãos, a manutenção de um sistema

estéril fechado de forma continua; a manutenção de um fluxo de urina desobstruído, a colheita de amostras com técnica asséptica, a higiene diária do meato uretral com água e sabão e evitar irrigações vesicais)

Resar, Griffin, Haraden & Nolan (2012) apontaram como condições a verificar na construção de uma bundle:

- a bundle possuir três a cinco intervenções (elementos) , com grande consenso clinico;
- cada elemento da bundle é relativamente independente;
- a bundle é usada para um determinado tipo de doentes;
- a equipa multidisciplinar de cuidados desenvolve a bundle;
- os elementos da bundle devem ser descritivos em vez de prescritivos, para permitir a adaptação local e julgamento clinico adequado.

Assim, tendo em conta a revisão da literatura, recomendações prioritárias dos peritos do HICPAC, contexto do hospital, dados da auditoria, consulta informal dos peritos/orientadores foi criada a seguinte bundle, estando as medidas categorizadas segundo os níveis de evidência do HICPAC (2009):

1. Realizar cateterização vesical apenas quando apropriado e remover o catéter assim que possível. (Categoria IB)
2. Inserir catéteres vesicais usando técnica asséptica e material estéril (campo com buraco, compressas, luvas, solução salina ou água destilada, lubrificante, sistema de drenagem fechado e catéter vesical). (Categoria IB)
3. Manter um sistema de drenagem fechado, continuamente e estéril. (Categoria IB)
4. Higienizar as mãos (antes e depois da inserção do catéter vesical, da manipulação do catéter vesical ou local). (Categoria IB)
5. Manter fluxo urinário desobstruído (saco coletor posicionado abaixo da bexiga e acima do chão e despejado regularmente com recurso a recipiente limpo e individualizado, evitando a contaminação do sistema e salpicos; catéter e tubo de drenagem sem dobras). (Categoria IB)

Fazendo uma análise crítica à bundle que emergiu, as medidas 1,2 e 3, acabam por ser as mais consensuais na revisão da literatura e destacam-se as medidas 1 e 3 com forte evidência na redução das taxas de infeção. Quanto às medidas 4 e 5 poderiam ter sido colocadas outras medidas também com nível de evidência semelhante (Ex: evitar irrigação vesical), aqui como critérios foram também utilizados a probabilidade de detecção ou frequência das medidas. Outro critério foi dimensão das medidas, em particular da 5, que tem inerentes três medidas (HICPAC:2009):

- Manter o catéter e sistema de drenagem sem dobras (categoria IB);
- Manter o saco coletor de urina abaixo da bexiga e não o colocar no chão (categoria IB);
- Esvaziar o saco coletor de urina regularmente, usando um recipiente/saco limpo para cada doente, evitando salpicos e prevenindo o contacto com a válvula de drenagem/recipiente coletor (categoria IB).

Na medida 4, higienizar as mãos, contribui o fato de ser uma condição prévia para implementar a medida 2 (técnica de asséptica) e os sistemas de drenagem urinários constituem-se como local de origem e reservatórios de MOMR tornando-se uma fonte potencial de transmissão para outros doentes ou bacteriémias secundárias a uropatogêneos (INSA, 2004).

A DGS (2011:2) é peremptória ao dizer que:

“A higiene das mãos é uma das medidas mais simples e mais efetivas na redução das IACS. É consensual que a transmissão de microorganismos entre os profissionais e os doentes, e entre doentes através das mãos, é uma realidade incontornável. Na maioria dos casos de transmissão cruzada de infeção, as mãos dos profissionais de saúde constituem a fonte ou o veículo para a transmissão de microorganismos da pele do doente para as mucosas ou para locais do corpo habitualmente estéreis (sangue, líquido céfalo-raquidiano, líquido pleural, etc.) e de outros doentes ou do ambiente contaminado. Neste contexto, a higiene das mãos integrada no conjunto das precauções básicas, constitui a medida mais relevante na prevenção no controlo da infeção. É, também, considerada uma medida com impacto indireto no controlo das resistências aos antimicrobianos.”

Criada a bundle, progrediu-se para fase final da metodologia ADAPTE que prevê a revisão externa pelos grupos alvo da bundle no que concerne: recomendação para o uso ou modificações, fraquezas e pontos fortes da, avaliação global e a aceitação para utilização na instituição. Outra consulta prevista é aos órgãos da instituição diretamente relacionados

com o tópico da guideline. Neste seguimento optou-se por encaminhar a bundle ao núcleo executivo da CCI do Centro hospitalar, enquanto peritos, órgão institucional e representantes do grupo alvo, sendo constituído por quatro elementos (três enfermeiras e uma microbiologista), a fim ser avaliada e validada para uso no Hospital X ou Centro Hospitalar¹³, todavia no final do estágio aguardava ainda a aprovação.

Entre as questões que tiveram influência no desenrolar do programado esteve o próprio planeamento das atividades para a execução deste objetivo associado a dificuldades na escolha do método mais adequado para a criação de bundle e dúvidas acerca da metodologia ADAPTE e AGREEII.

A escolha pela metodologia ADAPTE, tem implícito revisões e consulta de um conjunto de peritos, como foi o caso da aplicação do AGREE II ou validação/aprovação da bundle, o que tornou dependente o desenlace deste objetivo dos peritos. Daqui adveio um aspeto que não foi levado em linha de conta, a disponibilidade dos peritos e tempo necessário para as revisões por parte dos mesmos

Por aquilo que se tem vindo a referir, houve um desvio significativo do cronograma¹⁴ planeado e do que foi realizado, o que foi determinante para o desenlace final deste objetivo.

Em termos de indicador de avaliação delineado: apresenta bundle de atitudes que contribuam para a prevenção da IUACV, ficou apenas em falta a validação/ aprovação da bundle pelo núcleo executivo da CCI.

Em jeito de conclusão é importante reiterar que uma bundle por si só não melhora a qualidade dos cuidados, a melhoria é o resultado levado a cabo pela equipa para redesenhar o trabalho, comunicar melhor e trabalharem de forma mais efetiva para atingir os objetivos pretendidos (Resar, Griffin, Haraden & Nolan,2012).

A criação da bundle é apenas o início, para ser eficaz pressupõe divulgação, compromisso e empenhamento da equipa na redução da IUACV, monitorização e feedback do cumprimento de trabalho. Aqui perspetiva-se uma continuidade para esta medida ser eficaz, existindo disponibilidade pessoal, para colaborar com a CCI e tornar efetiva a bundle, uma vez que o Hospital X é a instituição do meu desempenho profissional.

¹³ Apêndice X

¹⁴ Apêndice VII

Na análise do objetivo “formar / treinar a equipa de enfermagem do Hospital X relativamente às medidas de prevenção da ao IUACV”, estamos perante uma formação em contexto de trabalho. Canário (2000:45), sobre este assunto, declara que os contextos de trabalho representam um elevado potencial formativo, a passagem desse potencial de virtual a real, “isto é para que a experiência se constitua em saber, é a de fazer do próprio exercício do trabalhador, um objeto de reflexão e pesquisa, pelos que nele estão diretamente implicado.

A execução deste objetivo foi através de uma ação de formação, que decorreu na UCIP, dado que foi o serviço onde se fez o diagnóstico de situação e havia maior prevalência das taxas de infeção.

Uma ação de formação, segundo Malglaive (1995) consiste em uma operação mais ou menos longa, mais ou menos importante do ponto de vista do público a que se dirige e dos cursos a que dá lugar, mas sempre limitada no tempo.

Malglaive (1995:23) afirma que as ações de “formação correspondem à necessidade, sempre renovada, de fazer face a necessidades conjunturais e localizadas, quer sejam de ordem funcional ou individual”. Dirigem-se, “em principio, a um publico homogéneo, não pelo nível dos seus conhecimentos ou pela natureza do estatuto social que representa, ma pela sua implicação na situação e no problema que ela coloca, logo, na formação como na formação concebida como um meio de o resolver”.

Na preparação da sessão, foi elaborado um plano da sessão¹⁵. Mão de Ferro (1999: 192) refere que num plano de uma sessão de formação “deverão estar delineados a ordem e estruturação dos assuntos, os aspetos a ressaltar, o tempo de sessão e os meios didáticos que vão ser utilizados”.

O mesmo autor refere que o fundamento da criação de um plano consiste na reflexão, proporcionando a reunião de fatos e ideias, para depois filtrar e ordenar, tendo sempre presente o que se pretende transmitir, de modo a fazer convergir os argumentos para os objetivos a atingir.

Um dos pontos que foi determinado foi o método pedagógico, que se traduz em um conjunto coerente de ações, técnicas e procedimentos do formador, destinadas a

¹⁵ Apêndice XI

“desenvolver nas pessoas a capacidade de aprender novas habilidades, obter novos conhecimentos e modificar comportamentos e atitudes” (Mão de Ferro, 1999:77).

A escolha do método recaiu no método expositivo e discussão de grupo, sendo que o método expositivo explica-se como “aquele em que o formador desenvolve oralmente um assunto, dando todo o conteúdo, estruturando o raciocínio e o resultado” (Mão de Ferro, 1999:78). Em determinados momentos foi introduzida a discussão de grupo, um método orientado para a modificação de atitudes, podendo ser utilizado para a motivação, dar a conhecer algo e facilitar a assimilação de conhecimentos, “oferece aos participantes a possibilidade de exporem os seus receios, as suas tentações e objeções, permitindo ainda discutir o bom funcionamento entre grupos” (Mão de Ferro, 1999:100).

Findo o planeamento, avançou-se para elaboração de diapositivos¹⁶ para apresentação com o programa informático Power Point. Os diapositivos e o plano da sessão foram submetidos à apreciação dos orientadores, tendo posteriormente sido incorporadas as alterações sugeridas. É de salientar que a construção dos slides teve como base de suporte as recomendações do HICPAC (2009).

Ultrapassado mais um passo, realizou-se um contacto informal com o responsável da formação e chefe da UCIP, para a marcação, divulgação e requisição dos meios necessários (sala, projetor e sala). A divulgação ocorreu sob a forma de cartaz¹⁷ afixado na sala de pausa, informação na passagem de turno da equipa Enfermagem, email enviado a todos os enfermeiros da UCIP. No email enviado, como complemento da formação e resposta a uma das recomendações do HICPAC (2009) para a redução da incidência da IUACV (fornecimento e implementação de guidelines baseadas na evidência que se dirigem ao uso do catéter, inserção e manutenção), aproveitou-se para disseminar a Norma II/ 2009 do Hospital X “recomendações para a prevenção da IUACV” e guideline do HICPAC (2009).

No dia 9 de Maio, pelas 16h, na sala de reuniões da UCIP, prosseguiu-se com a formação IUACV, com a duração aproximada de uma hora. A formação teve uma afluência significativa por parte dos enfermeiros, num total de 17 contando com a presença

¹⁶ Apêndice XII

¹⁷ Apêndice XIII

do Enf. Chefe e 2º elemento, orientadores de estágio. Assistiram ainda à formação 3 alunos do 4º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem de uma escola da região de Lisboa.

No final, foi feita a avaliação da formação, que procurou analisar até que ponto a formação atingiu os objetivos pretendidos, não esquecendo que esta está inserida numa determinada situação e não pode ser compreendida ou julgada senão em relação a essa situação com a qual está em interação (Mão de Ferro, 1999). O mesmo autor acrescenta que na avaliação da formação, devem considerar-se as reações: dos formandos e formadores; os resultados da aprendizagem; os resultados da formação no posto de trabalho; os resultados da formação ao nível organizacional.

Assim, para avaliação da formação utilizou-se o questionário de avaliação¹⁸ existente no Hospital X, respeitando-se todos os aspetos éticos inerentes a um processo de investigação. Foram preenchidos apenas 13 questionários, uma vez que quatro enfermeiros tiveram de abandonar a sala mais cedo. O tratamento de dados¹⁹ foi feito com recurso ao SPSS 12.0. Os inquiridos consideraram a formação bastante positiva, tendo sido classificada nos diversos itens de avaliação como muito boa em todos os itens, destacando-se a “utilidade prática e profissional” com uma classificação de 100% , de seguida com 76, 9% a “sensibilização a novas atitudes” e por último com 69,2% os itens “qualidade da comunicação” e “ metodologia e duração/horário”.

Na discussão de grupo, abordou-se a questão do despejo dos sacos de drenagem, realizada pelas assistentes operacionais e a necessidade de intervenção. Dado o número reduzido de assistentes e dificuldades de realizar uma formação, ficou decidido optar-se por transmitir estas informações às assistentes nas reuniões regulares entre a Chefia de Enfermagem e assistentes.

A formação só tem utilidade, se acrescentar valor aquilo que é produzido, e quando ela é bem-sucedida, verificam-se resultados a três níveis (Mão de Ferro, 1999):

- Novas competências, conhecimentos ou atitudes que são adquiridos a partir da formação;
- Mudança comportamental - as competências, conhecimentos ou atitudes são transformados em comportamentos

¹⁸ Apêndice XIV

¹⁹ Apêndice XV

- Na tradução em valor acrescentado à organização.

Em termos de avaliação ficou em aberto avaliação dos resultados da formação no contexto de trabalho e organizacional. Esta avaliação está intimamente ligada e é sobreponível com última fase de auditoria, estipulada por NICE (2002): colheita de dados/realização de nova auditoria para avaliar melhorias produzidas. Neste caso particular é também importante para avaliar a formação de forma completa e consequentemente refletir de modo alargado se as metas da formação foram cumpridas.

O percurso desenvolvido no cumprimento deste objetivo foi bastante positivo, todas as tarefas planeadas foram executadas e não houve desvios significativos do calendarizado²⁰.

Este objetivo assumiu-se como uma tentativa de desencadear uma mudança organizacional com vista a transições saudáveis dos doentes, no âmbito a IUACV, iniciando-se pela UCIP. A referir que no serviço onde se iniciou este processo não existia nenhum programa de melhoria de qualidade, nesta área apesar das taxas de infeção e que após o diagnóstico de situação foi possível estabelecer uma estratégia proactiva com vista à mudança.

Os indicadores de avaliação programados foram todos cumpridos: apresenta plano da sessão de formação; apresenta os diapositivos apresentados na ação de formação, apresenta cartaz de divulgação da sessão e apresenta tratamento dos dados da avaliação da formação.

O constrangimento major, foi o tempo de estágio e tempo necessário para aplicação de nova aplicação da grelha de observação para avaliação dos resultados da formação no contexto de trabalho e organizacional.

No objetivo "desenvolver competências técnicas/científicas na área da auditoria" uma das atividades pensadas era a criação da grelha de auditoria, contudo convém clarificar que o desenvolvimento da grelha de auditoria iniciou-se no diagnóstico de situação com a construção de uma grelha de observação²¹ e respetiva metodologia associada, tendo esta vindo a ser adaptada e transformada na de auditoria. A aplicação da grelha de observação evidenciou algumas limitações da mesma e cuidados a termos na

²⁰ Apêndice VII

²¹ Apêndice I

construção de uma auditoria como: sensibilidade do instrumento e possível enviesamento da colheita de dados com vários observadores.

Como guia orientador deste objetivo e de construção de um processo de auditoria, estiveram as orientações do NICE (2002), que estipulam cinco fases neste processo:

- Seleção de uma área de intervenção
- Revisão de literatura e definição de itens/critérios de avaliação
- Colheita de dados, realização de auditoria
- Implementação de mudanças, se necessário
- Colheita de dados/realização de nova auditoria para avaliar melhorias produzidas

O primeiro passo efetuado foi a seleção da área de intervenção: práticas relacionadas com a prevenção IUACV sensíveis, da responsabilidade ou em que os enfermeiros pudessem desempenhar um papel ativo.

Posteriormente avançou-se para o passo seguinte a definição de critérios de avaliação. Em consonância com NICE (2002), entende-se por critérios de avaliação como a representação de aspetos dos cuidados que podem ser medidos objetivamente, são declarações explícitas que definem o que está a ser medido e são usados para avaliar a qualidade dos cuidados. O mesmo Instituto acrescenta que o critério para serem válidos e levarem a mudanças nos cuidados tem de ser: baseados na evidência, relacionados com aspetos importantes dos cuidados, mensuráveis e explícitos.

Na elaboração dos critérios seguiu-se a guideline do HICPAC (2009) que se sustenta numa revisão sistemática da literatura, fornece recomendações como capazes de prevenir a IUACV e classifica-as de acordo com o nível de evidência.

Simultaneamente o Hospital X possuía a norma II/2009 (documento não publicado) com o título recomendações para a prevenção da IUACV, que é consonante com o HICPAC (2009).

Os critérios foram agrupados em duas áreas: práticas ligadas à prevenção da IUACV e infraestrutura, programas de melhoria de qualidade e vigilância. A área das práticas foi subdividida em dois:

- uso apropriado e colocação do catéter vesical, com um total de 18 critérios divididos em duas categorias: princípios gerais e inserção do catéter vesical;

- manutenção do catéter vesical/sistema de drenagem, com um total de 29 critérios, divididos em três categorias: princípios gerais, manutenção de um fluxo de urina desobstruído e colheita de amostras de urina.

Tendo em conta o pretendido, a auditoria planeada enquadrava-se em termos de método de colheita de dados numa observação tipo não participante.

Fortin (2009:240) a propósito dos métodos de colheita de dados refere que “cabe ao investigador determinar o tipo de estudo que melhor convém ao objeto em estudo”, por um lado existem “medidas objetivas (anatômicas, fisiológicas), que não deixam lugar à interpretação, e, por outro lado, as medidas subjetivas” (observações, entrevistas questionários....) “que são fornecidas pelo observador ou pelos sujeitos”.

Um estudo de observação fazendo menção ainda a Fortin (2009:241) é o que “consiste em colocar questões relativas a comportamentos humanos aparentes ou acontecimentos e obter respostas a essas questões por meio da observação direta dos comportamentos dos sujeitos ou dos acontecimentos, num dado período de tempo ou segundo uma frequência determinada”. Na observação não participante o observador não está diretamente envolvido na situação a observar, isto é, não afeta nem interage com o observado de modo intencional.

Outra particularidade que mereceu a nossa atenção, com origem na nossa experiência com a aplicação da grelha de observação e revisão da literatura, mencionada por Fortin (2009), foi o da subjetividade e possível enviesamento por parte dos diferentes investigadores numa observação. Ora se a finalidade da atualização grelha de auditoria era servir como instrumento futuro para auditar na área da IUACV e ser manipulada pelos diversos elementos dinamizadores da CCI, existia um risco de enviesamento. Como solução, adicionaram-se “instruções de observação” em cada critério, para orientar a observação e minimizar a interpretação individual.

Outra questão que se colocou foi avaliação dos dados colhidos, aqui optou-se por seguir o modelo de auditoria instituída no Hospital X, que corresponde ao modelo de auditoria da ICNA (2004) á semelhança da grelha de observação aplicada no diagnóstico de situação. Conforme o observado, cada critério podia ser classificado de sim, não e não aplicável (no caso de um item não ser observável por algum motivo). As respostas sim correspondiam às conformidades com a evidência e preconizado e as respostas não ao

inverso. Foi colocada uma coluna para registar algum comentário que pudesse ser pertinente nas observações.

No final de se completarem as observações era possível calcular os scores de qualidade/ taxa de cumprimento parciais por categoria e total, recorrendo à fórmula: $\text{n}^\circ \text{ total de respostas sim} / \text{n}^\circ \text{ total de respostas (todas as respostas sim e não)}$, excluindo as respostas não aplicável e multiplicar posteriormente o valor obtido por 100. Estes scores permitem avaliar as taxas de cumprimento de uma forma global e estabelecer comparações futuras, o que é fundamental num programa de melhoria contínua da qualidade.

Transpostos estes passos após a elaboração da grelha de auditoria²², e submetida a discussão/validação da grelha de auditoria com os enfermeiros orientadores/peritos: orientador de estágio (especialista em EMC e elo de ligação da CCI), coorientadora de estágio (responsável pela CCI e especialista em Saúde Comunitária) e orientador/docente da escola (Mestre em EMC). Após a revisão foram feitas alguns ajustes à grelha, tendo em conta as recomendações efetuadas.

A fase seguinte consistiu na submissão da grelha de auditoria ao núcleo executivo da CCI para aprovação da mesma, aguardando-se na altura da redação deste relatório a aprovação da grelha.

Outra das atividades prevista mas dependente da aprovação pelo núcleo executivo da CCI, era iniciar aplicação de um programa de auditoria nos serviços de Medicina acima referenciados pelas taxas de prevalência e episódios de IUACV, que por este motivo acabou por não se realizar.

Apesar do programa de auditorias, aguardar a validação da grelha de auditoria, pensou-se o planeamento da aplicação da grelha de auditoria, à semelhança de um estudo de investigação e como defende NICE (2002), foram definidos critérios:

- inclusão : todos os serviços com taxas de IUACV e utentes cateterizados vesicalmente
- exclusão: excluídos doentes cateterizados vesicalmente fora do serviço auditado no âmbito uso apropriado e colocação do catéter vesical;

²² Apêndice XVI

- períodos de tempo da auditoria: periodicidade anual após aplicação da grelha. A grelha deve ser aplicada novamente após implementação de medidas de correção das inconformidades detetadas. Durante a realização de auditorias, auditar na previsão de ocorrência da inserção do catéter vesical ou colheitas de urina dadas as dificuldades de observação destas categorias e nos turnos da manhã pela presença de maior número de profissionais e atividades.
- Amostragem: Segundo Coutinho (2011), uma amostra deve ter o tamanho ideal que seja capaz de garantir a qualidade dos resultados de investigação. A mesma autora diz-nos que em termos gerais amostras grandes garantem maior generalização aos resultados, mas nem sempre é possível nem tão pouco necessária, sendo que muitos autores defendem ser mais importante o cuidado na seleção da amostra do que propriamente o tamanho. Recomenda-se assim que de acordo com o serviço em causa, devem ser observados o maior número de práticas ligadas à prevenção da IUACV por profissionais diferentes, idealmente metade dos enfermeiros.

Após a aplicação da grelha de auditoria, seguem-se as fases, de acordo NICE (2002), implementação de mudanças, se necessário e realização de nova auditoria para avaliar melhorias produzidas. O incremento da qualidade e melhoria é o foco primário de uma auditoria, pelo que estas fases também são importantes.

Neste contexto o NICE (2002) acrescenta que mudar as práticas profissionais deve incluir a monitorização e avaliação da mudança e manter e reforçar a mudança.

Como balanço final das atividades e respetivos indicadores de avaliação ficou em falta a aprovação da grelha de auditoria grelha de auditoria pela CCI e início da sua aplicação num dos serviços de Medicina. Como constrangimento para este objetivo esteve o desvio do planeado no cronograma inicial.

A criação da grelha de auditoria tratou-se de uma forma de criar as condições para a manutenção e reforço de transições saudáveis e qualidade no hospital X no âmbito de prevenção da IUACV.

O NICE (2002) citando Dunning et al, identificou 3 fatores que contribuem para sustentar a esta melhoria continua: reforço da motivação ou compromisso com a manutenção de um ciclo continuo na melhoria da qualidade; a auditoria como um recurso

de incremento da qualidade e forte liderança. Aqui pensamos que o papel do EE em EMC, seja no exercício das suas competências comuns ou específicas é decisivo e preponderante.

Como avaliação global do projeto, a grande dificuldade e obstáculo que se previu e veio a confirmar-se: o tempo. No entanto foram acrescentados mais dois constrangimentos que não se vislumbraram na altura do planeamento e condicionaram ainda mais o tempo: a realização de atividades em Junho e Julho que coincidiu com o período de férias de peritos e orientadores; tempo necessário para revisões/ consultas dos peritos e dúvidas na metodologia, que apesar de ultrapassadas consumiram tempo em pesquisa e esclarecimentos.

Apesar dos obstáculos, os indicadores de avaliação dos objetivos estabelecidos foram atingidos maioritariamente. Temos no entanto a noção que o valor deste projeto se pode perder se não houver continuidade do mesmo.

3.PROJETO DE APRENDIZAGEM CLÍNICA

De acordo com o Plano de Estudos do 1º Curso de Mestrado em EMC também nos era solicitado a elaboração de um PAC. Neste sentido, como o local de estágio onde se desenvolveu o PIS, não era possível adquirir as competências específicas do EEPSC (K.1 e K.2) optamos por realizar um estágio na UCIP do Hospital X que decorreu no período de 19 de Março a 11 de Julho de 2013.

Optamos por realizar estágio numa unidade de cuidados intensivos (UCI), porque segundo a DGS (2003a:5-6) é um local qualificado para suportar e recuperar funções vitais de “doentes com disfunções de órgãos, de molde a criar condições para tratar a doença subjacente e por essa via proporcionar oportunidades para uma vida futura com qualidade”.

A UCIP corresponde ao tipo de unidade mais diferenciado, nível III, de acordo com a DGS (2003a) os serviços englobados neste nível são os denominados Serviços de Medicina Intensiva/UCI, que têm como condição quadros próprios ou, pelo menos, equipas funcionalmente dedicadas (médica e de enfermagem), assistência médica qualificada, por intensivista e em presença física nas 24 horas; no mínimo 1 enfermeiro por cada 2 doentes, pressupõe a possibilidade de acesso aos meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica necessários e deve dispor ou implementar medidas de controlo contínuo de qualidade e ter programas de ensino e treino em cuidados intensivos.

Segundo a Direção de Enfermagem (2008) a UCIP do Hospital X onde decorreu o estágio tem como missão prestar cuidados de saúde humanizados, de elevada qualidade em parceria com utentes, famílias e comunidade, a doentes de alto e médio risco internados nesta unidade, independentemente da patologia, adequando os recursos humanos e técnicos de modo a facilitar um desempenho profissional seguro e de qualidade, promover a formação contínua e colaborar no ensino clínico de enfermagem. O que nos levou a acreditar que este seria um local de eleição para desenvolver as competências específicas que constam no Regulamento nº124/2011 (OEB, 2011:8656).

A UCIP onde decorreu o estágio tem capacidade para 8 camas duas das quais localizadas em quarto de isolamento com antecâmara e sistema de isolamento por pressão negativa, e recebe doentes do foro cirúrgico (neurocirúrgico, vascular, cirurgia geral, urológica) e médico (disfunção respiratória, disfunção renal, disfunção cardíaca, sepsis, entre outros.). As técnicas utilizadas são bastante variadas e incluem: entubação orotraqueal, traqueostomias, catéter venoso central, linha arterial, drenos torácicos, broncofibroscopia, monitorização do débito cardíaco, ventilação mecânica, técnicas contínuas de substituição da função renal, entre outras.

3.1.DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO E PLANEAMENTO

Com o objetivo de desenvolvermos competências específicas de EEMC era suposto realizarmos um diagnóstico de situação, que permitisse traçar objetivos de modo a alcançar o que era pretendido com a realização do PAC. Como tal, procedemos à consulta de normas existentes, plano de formação 2012, projetos em curso existentes na UCIP, e foram realizadas reuniões informais com enfermeiro Chefe, Enfermeiro Orientador L. no sentido de perceber algumas necessidades da UCIP que necessitavam de intervenção.

Tendo em conta que a realização do PIS permitiu que desenvolvêssemos a competência específica K.3 era importante dirigirmos o nosso PAC para a aquisição da K.1 e K.2 do EEPSC, pelo que optamos por enunciar objetivos e posteriormente elaboramos uma ficha de planeamento²³.

Como tal passaremos a descrever o que realizamos e a sua justificação com vista à aquisição de competências supramencionadas, começando pela competência específica do EEPSC K.1 – “cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica” (OE, 2011b: 8657).

Em Portugal, de acordo com DGS (2010c), 22% dos internamentos em UCI são devidos a sepsis adquirida na comunidade, originando uma mortalidade hospitalar global de 38% (quase três vezes superior à mortalidade dos casos de acidente vascular cerebral internados no ano de 2007).

²³ Apêndice XVII

Um estudo retrospectivo dos doentes internados entre 2008 e 2011 na UCIP do Hospital X, revelou que a sepsis foi o principal motivo de internamento com 22,14%, se os doentes forem dividido por tipo de patologia, a sepsis foi a principal causa de internamento nos doentes médicos com 31, 41% e nos doentes cirúrgicos teve uma taxa de admissão de 8,8%. A taxa de mortalidade na UCIP deste tipo de doentes situava-se nos 53, 4% e a nível hospitalar de 64% (UCIP, 2012).

Em contexto hospitalar a abordagem do doente em situação de paragem cardio-respiratória (PCR) faz-se através do algoritmo de Suporte Avançado de Vida (SAV). Este, segundo o European Council of Reanimation (ERC, 2010a) representa o conjunto de ações a levar a cabo durante uma situação de PCR: Suporte Básico de Vida (SBV) imediato e eficaz, manutenção de compressões torácicas de elevada qualidade e desfibrilhação precoce na fibrilhação ventricular (FV) e taquicardia ventricular sem pulso (TVsp) e administração de fármacos. Nesta perspetiva o algoritmo de SAV distingue ritmos desfibrilháveis de ritmos não desfibrilháveis. A desfibrilhação é um dos elos da cadeia de sobrevivência, que representa as ações que relacionam a vítima de paragem cardíaca súbita com a sobrevivência e fundamental numa reanimação precoce na tentativa de salvar vidas (ERC, 2010a).

Em contato informal com o Enf. Chefe e Responsável da Formação, constatou-se que trata-se de uma área em que não tem havido formação e que foi apontada como um tema a considerar no planeamento das formações/atividades do serviço nas sugestões das formações levadas a cabo no âmbito do SBV.

Na UCIP são muitos os momentos que podem ser considerados como más notícias, Pereira (2005) afirma que a comunicação de más notícias é uma realidade constante no quotidiano dos profissionais de saúde e é uma das áreas mais difíceis e complexas no contexto das relações interpessoais, pelos dilemas pessoais e profissionais que origina, os quais podem afetar a qualidade de desempenho neste domínio. Aponta ainda os seguintes aspetos que devem ser levados em conta:

- A informação não se reporta a um único momento;
- Processo contínuo e sistemático ao longo do percurso assistencial pois, para além do momento do diagnóstico, outros surgem em que a probabilidade de o doente ser confrontado com más notícias é elevada;

- Não se esgota no informar/comunicar, pois normalmente estas situações implicam uma perda, à qual está sempre associado um processo de luto;
- Ato multidimensional e deve ser visto numa perspetiva multidisciplinar;
- Imprescindível no processo de adaptação à doença e na manutenção de um luto saudável;
- A doença de um membro da família é também uma doença familiar, pelo que a equipa terapêutica o doente e família constituem a unidade a tratar;
- A qualidade da relação entre o profissional de saúde, o doente e a família determina não só o grau de satisfação dos doentes, mas também o seu modo de lidar com a sua doença, tendo, portanto, implicações na qualidade de cuidados e na qualidade de vida/sobrevivência do doente.

Neste sentido por tudo o que foi referido optamos por delinear como objetivos na competência K1: formar/treinar a equipa de enfermagem da no âmbito do choque séptico e no âmbito da comunicação de más notícias, bem como realizar dossiê temático acerca da desfibrilhação. Como tal procedemos a uma série de atividades e planeamos um cronograma com vista à aquisição desta competência.

Na conceção destes objetivos, foi realizada também uma pesquisa bibliográfica que pudesse acentuar a pertinência dos mesmos.

Lough, Stacy & Urden (2008) mencionam o choque séptico como uma complexa resposta sistémica que se inicia com entrada de microorganismos no corpo, que libertam endotoxinas e exotoxinas e que a abordagem, tratamento e cuidados ao doente em choque séptico são variados, complexos.

Abraham et al (2003) esclarecem que na abordagem da sepsis emergem uma série de conceitos, que às vezes se confundem, e outros que estão interligados, que convém esclarecer:

- SIRS (Systemic Inflammatory Response Syndrome) - modelo de resposta à agressão, que traduz a expressão sistémica da inflamação, quer ela se instale na sequência de infeção localizada ou generalizada, trauma, queimaduras, processos inflamatórios estéreis como a pancreatite. As manifestações que permitem diagnosticarem esta entidade clínica são : temperatura corporal, $>38^{\circ}\text{C}$ ou $<36^{\circ}\text{C}$; frequência cardíaca

>90 min.; hiperventilação evidenciada por frequência respiratória >20 min.; PaCO₂ <32 mmHg; leucocitose sérica > 12,000 células μ L ou <4,000 μ L ;

- Infecção – processo patológico causado pela invasão de um tecido, fluido ou cavidade corporal normalmente estéril, por um microorganismo patogénico ou potencialmente patogénico;
- Sepsis - síndrome clínica caracterizada pela presença das manifestações de SIRS causadas por infeção;
- Choque séptico - definido como uma sepsis com hipotensão que não responde à reposição adequada de volume

Outra das definições pertinentes e não incluídas pelo autor referido, é o de choque, que é um “processo agudo e disseminado de deficiente perfusão tecidual capaz de provocar distúrbios celulares, metabólicos e hemodinâmicos” (Lough, Stacy, & Urden, 2008: 824).

Outra das áreas a alvo de atenção foi a desfibrilhação, uma técnica usada consoante o ritmo cardíaco encontrado em situações de PCR.

A desfibrilhação, segundo o ERC (2010b), consiste numa técnica usada em situações urgentes ou emergentes, em que é aplicado um choque elétrico, usualmente, a nível externo no tórax, para que a corrente elétrica atravesse o miocárdio, causando uma despolarização da massa cardíaca, com o objetivo de permitir ao coração retomar um ritmo normal. Trata-se do único tratamento eficaz nos doentes em PCR por TVs e FV, cuja eficácia decresce 7 a 10% por cada minuto que passa.

Numa situação de PCR, tempo é sinónimo de vida, sendo a desfibrilhação uma pedra angular da atuação, cuja eficácia decresce à medida que o tempo passa, em que não podem existir dúvidas quanto aos procedimentos e forma de os realizar, pelo que se optou também pela realização de um dossiê temático como meio de proporcionar uma fonte de informação acerca da desfibrilhação e que poderia eventualmente contribuir para uma melhoria das práticas nesta área, de acordo com a evidência científica existente.

No que diz respeito à comunicação de más notícias, por um lado temos o conceito de más notícias, que segundo Neto, Querido & Salazar (2010), são aquelas que modificam radicalmente e negativamente as expectativas que a pessoa tem da sua vida futura (Ex:

doenças degenerativas, do foro psicológico desestruturantes, morte de um familiar ou pessoa significativa ou internamento repentino por doença aguda com impacto na vida pessoal, familiar e profissional).

Por outro lado temos a comunicação nos cuidados de saúde, de acordo com Pereira (2005), é um processo de interação no qual partilhamos mensagens, ideias, sentimentos e emoções, permitindo influenciar o comportamento das pessoas que, por sua vez, reagirão a partir das suas crenças, valores, história de vida e cultura. A mesma autora acrescenta que é um instrumento básico para a prestação de cuidados de saúde e é uma ferramenta de ajuda ao doente e família crucial para a aceitação, confrontação da doença e adaptação às mudanças que ocorrem.

Botelho, Castro & Vilelas (2011) referem que são poucos os artigos e estudos em desta temática em ambiente UCI e que a prestação de cuidados numa UCI está orientada essencialmente pelo modelo biomédico, cuja atenção está voltada principalmente para a condição patológica e para os procedimentos técnicos e terapia medicamentosa, em detrimento da integralidade do cuidado, sem a necessária atenção aos sentimentos e percepções do doente e de seus familiares e da forma como vivenciam a situação saúde/doença.

Neste contexto optou-se por realizar uma formação nesta área, levando em linha de consideração as palavras de Pereira (2005): sem o treino adequado, o desconforto e a incerteza associada a esta atividade pode levar os profissionais a afastarem-se emocionalmente dos doentes. Neto, Querido & Salazar (2010) complementam estas palavras ao dizerem que a comunicação é considerada como um elemento chave na qualidade dos cuidados em fim de vida e que uma comunicação eficaz consegue-se através de formação padronizada e do treino de todos os elementos da equipa (sessões teóricas, treino prático, análise de vídeos e role-playing).

Com vista à aquisição da competência K.2, “dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação” verificou-se em reunião com o Enf. Chefe, Enf. Orientador de estágio na UCIP e alguns colegas, que o Plano de Emergência Interno (PEI) do hospital não era conhecido pelos profissionais do serviço, não havia registo de formações nesta área e simulacros no Hospital X, condições essenciais para a divulgação, implementação, treino e teste do PEI (Autoridade Nacional de Proteção

Civil [ANPC], 2008; Instituto Tecnológico MAPFRE [ITSEMAP], Serviço de Utilização Comum dos Hospitais [SUCH], 2008).

O PEI é um conjunto de normas e regras de atuação cujo objetivo, é assegurar a “capacidade de intervenção própria do hospital, no sentido de reduzir ao mínimo as consequências originadas por situações de risco que, apesar das medidas de prevenção adotadas, tenham evoluído para sinistros potencialmente causadores de situações de emergência” (ITSEMAP & SUCH, 2008:2). O seu estabelecimento impõe-se pela necessidade de as ações serem coordenadas, “de forma a conseguirem-se economia de esforços, rapidez de atuação e diminuição de prejuízos, sempre causados em tais circunstâncias” (ITSEMAP & SUCH, 2008:2).

O hospital é um edifício único e dele fazem parte diversos serviços com características singulares, torna-se importante que todos os serviços tenham conhecimento do PEI hospitalar, bem como o adequem à sua realidade (ITSEMAP & SUCH, 2008). Daqui surge outra particularidade é adaptação do PEI à UCIP, os doentes internados na UCIP são maioritariamente acamados e com necessidades de equipamentos e de drogas de suporte vital, o que eleva o grau de complexidade e de dificuldade para uma evacuação célere, levantando uma série de questões não esclarecidas no PEI do hospital (prioridades na transferência, locais para evacuação, recursos necessários, como evacuar, papéis a desempenhar pelos profissionais...).

Quanto à adaptação do PEI para a UCIP foi apurado que tinha sido criado um grupo com este objetivo. Dados as competências específicas do EEPSC e PAC, parecia de todo pertinente ingressar e participar ativamente na elaboração do PEI da UCIP, o que veio a suceder após reunião informal com os elementos do grupo.

Todavia levantava-se a exequibilidade de tal objetivo por uma questão de tempo, como tal decidiu realizar-se um poster com as principais etapas em caso de emergência interna, sendo uma forma de divulgação das principais ações a realizar em caso de emergência e orientar a tomada de decisão, pois tal como refere, ITSEMAP & SUCH, (2008) não é no momento de uma emergência interna que se vai consultar o plano.

Ainda, no contexto da emergência interna, o Hospital está sujeito a diversos riscos, cujas causas podem ser naturais, tecnológicas ou sociais (ITSEMAP & SUCH, 2008). Qualquer uma destas causas pode estar na origem de situações de emergência. Uma das situações que pode ser originada e de grande relevo na UCIP é a falha de gases medicinais.

A falha de gases medicinais impede o correto funcionamento de um dos dispositivos de suporte vital, os ventiladores, o que coloca em risco de vida eminente todos os doentes com suporte ventilatório mecânico. A celeridade de atuação e resolução do problema é crucial. Daqui surgiu o objetivo “elaborar um fluxograma de intervenção em caso de falha de gases medicinais na UCIP”

Entre os métodos de atuação possível optou-se pela criação de um fluxograma respeitante à atuação em caso de falha de gases medicinais, dados os vários cenários que se colocam, especificidades e técnicas e de cuidados.

Um fluxograma, segundo Moran (2011) é uma ferramenta de qualidade, que fornece uma ilustração visual, uma imagem dos passos que compõe um processo permitindo: entender o processo, identificar potenciais fontes de problemas, destacar os passos do processo ideal, comunicar com outros e tornar visível o invisível.

Para finalizar, também foram pensados os constrangimentos e custos possíveis da aplicação do PAC. Após consulta dos vários profissionais a quem iria ser necessário recorrer, não era previsível que em termos de recursos humanos houvesse custos económicos, o mesmo em relação a alguns materiais havendo a hipótese de serem disponibilizados pelos serviços envolvidos (projetor, sala de reuniões, impressora, folhas, computador). No entanto previa-se algum trabalho fora do campo de estágio e custos com folhas, impressões e eletricidade, eram no entanto gastos difíceis de quantificar. Estavam previstos 2 pósteres, fluxograma e poster de emergência interna, foram contabilizados 20 euros para cada um. Feita uma extrapolação dos gastos possíveis, o orçamento total, foi de 60€.

Como constrangimentos possíveis ao PAC anteviu-se uma adesão fraca às sessões de formação planeadas. Como medidas possíveis de contrariar esta ameaça ponderou-se a divulgação da formação em locais estratégicos do serviço e por email; realizar mais que uma formação em períodos distintos se necessário e selecionou-se um horário e data que potenciase o maior número de participantes. Outro dos obstáculos que se adivinhava era o tempo para implementação das medidas. A estratégia para contornar este constrangimento assentava na utilização e cumprimento do cronograma²⁴ como ferramenta de organizar e estruturar temporalmente as ações a levar a cabo.

²⁴ Apêndice XXVII

3.2.EXECUÇÃO E AVALIAÇÃO

A abordagem da materialização do realizado e verificação da consecução dos objetivos definidos foi feita a a partir das competências específicas do EEPSC.

Na competência k. 1, “cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica” (OE, 2011b: 8657), dois dos objetivos traçados incidiam sobre formar/treinar a equipa de enfermagem no âmbito do choque séptico e outro na comunicação de más notícias.

O percurso e metodologia desenvolvido foi semelhante à formação da IUACV, realizada e analisada no PIS. A primeira fase foi a pesquisa bibliográfica, tendo-se feito uma pesquisa entre livros/ manuais e endereços eletrónicos: bases de dados e organizações de referência nos assuntos abordados, no caso do choque séptico destaca-se a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos e a European Society of Intensive Care of Medicine enquanto nas más notícias destaca-se a SECPAL (Sociedad Espanola de Cuidados Paliativos).

De seguida foi feito o planeamento da sessão através de um plano de sessão²⁵, definiram-se conteúdos, forma como iria decorrer a apresentação, métodos pedagógicos, recursos necessários. O método pedagógico escolhido foi misto: método expositivo e discussão de grupo, tendo em conta Mão de ferro (1999).

Mão de Ferro (1999) enuncia que o mesmo método pode ser utilizado com bastante eficácia em diferentes tipos de comportamentos todavia a escolha criteriosa dos métodos tem de ter em conta a finalidade da formação, isto é, qual a natureza do comportamento que se quer comunicar às pessoas que recebem a formação. O mesmo autor acrescenta a eficácia dos métodos escolhidos dependem 3 condições:

- Atividade – ligada à atividade dos formados e integração/participação na formação
- Referência conhecimentos adquiridos – contextualização da formação com a experiencia profissional.

²⁵ Apêndice XVIII e XIX

- Motivação – relacionado com o desejo de aprender dos formandos.

Mão de Ferro (1999) complementa o referido dizendo que o formando incentiva-se tanto quanto maior for o reforço a sua participação na formação (Ex: dialogando ou confrontando as suas opiniões com as dos outros elementos do grupo) e deve-se utilizar a própria realidade como fonte de conhecimento, confrontando-se aprática com elementos de interpretação e informação que permitam levar a novos níveis de compreensão.

A construção de um conjunto de slides²⁶ para auxiliar a apresentação das formações foi o que se seguiu. Os diapositivos e o plano da sessão foram submetidos à apreciação dos orientadores, tendo posteriormente sido incorporadas as alterações sugeridas.

Na fase posterior, realizou-se um contacto informal com o responsável da formação e chefe da UCIP, para a marcação, divulgação e requisição dos meios necessários (sala, projetor e sala). A divulgação ocorreu sob a forma de cartaz²⁷ afixado na sala de pausa, informação na passagem de turno de enfermagem, email enviado a todos os enfermeiros da UCIP. No email enviado e como complemento da formação aproveitou-se para disseminar a guideline da campanha Surviving Sepsis Campaign (Dellinger et al 2008) na formação choque séptico e na formação das más notícias foi recomendada a visita ao site da SECPAL e leitura do Manual de Cuidados Paliativos (Barbosa, Neto, 2010) .

No dia 3 de Maio ocorreu a formação do “choque séptico” e no dia 14 de Junho, pelas 16hdeu-se a formação de “comunicação de más notícias”. A avaliação e metodologia destas formações foram feitas nos mesmos moldes que a formação da IUACV, utilizou-se o questionário de avaliação²⁸ existente no Hospital X, respeitando-se todos os aspetos éticos inerentes a um processo de investigação. O tratamento de dados²⁹ efetuou-se com o recurso ao SPSS12.0.

A formação com o tema “choque séptico” teve uma boa adesão por parte dos enfermeiros, num total de 11 enfermeiros e 2 alunos do 4º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem de uma escola da região de Lisboa. Os resultados da avaliação dos presentes na sessão foram bastante positivos, a classificação “Muito Bom” destacou-se com uma percentagem de 100% no item “utilidade prática e profissional”, 72,7% no item

²⁶ Apêndice XX e XXI

²⁷ Apêndice XXII e XXIII

²⁸ Apêndice XIV

²⁹ Apêndice XXIV e XXV

“sensibilização de novas atitudes”, 63, 6% na “qualidade da comunicação”, 72, 7% na metodologia” e 63,6% na duração/horário.

Dado o fato de a sepsis ser o principal motivo de internamento na UCIP e consoante a opinião dos inquiridos, acordámos que esta poderia ser uma formação a ser repetida noutras alturas com vista a fomentar habilidades e competências na equipa, dado o carácter complexo do tratamento choque séptico.

A formação acerca “comunicação de más notícias” teve uma afluência de 9 enfermeiros. Quanto à avaliação feita pelos enfermeiros que assistiram a preleção, a classificação de Muito Bom predominou nos itens “qualidade de comunicação” e “duração/horário” ambas com 100% e de 57,1% no item “utilidade prática e profissional”. Com uma maior percentagem no “Bom” estiveram os critérios “sensibilização a novas atitudes” e metodologia”

Um método a ponderar, olhando para os resultados da formação, pelo dinamismo associado, participação dos formandos e aumento da motivação para a formação, em futuras formações, com vista a incrementar os resultados pode ser a dramatização. Este, recorrendo a Mão de Ferro (1999:101) consiste em fazer representar de “improviso uma situação previamente descrita, dando aos participantes determinados papeis”. Entre as vantagens pode fornecer uma “perceção do íntimo de uma da personagem numa determinada situação e especialmente das suas reações perante as palavras e atitudes dos interlocutores”, esta tomada de consciência poderá contribuir para uma modificação de atitudes.

A mensuração dos resultados a nível do posto de trabalho e a nível organizacional, como sugere Mão de Ferro (1999), não foi possível pelo tempo que tínhamos, subjetividade e carácter complexo das situações.

Em relação aos indicadores de avaliação pensados para os objetivos das formações, apresenta: plano da sessão de formação, os diapositivos apresentados na ação de formação, cartaz de divulgação da sessão e tratamento dos dados da avaliação da formação; foram todos atingidos na sua integralidade.

No objetivo “realizar dossiê temático acerca da desfibrilhação”, antes de abordarmos a execução das atividades propostas temos de abordar a sua definição. De acordo, com o Dicionário da Língua Portuguesa (Infopédia, 2012) dossiê pode considerar-

se como um “arquivo ou coleção de documentos sobre o mesmo assunto” ou coleção de documentos que contém informações sobre um acontecimento de particular interesse ou sobre determinada pessoa, que merece especial atenção”.

Um dossiê temático trata-se de conjunto de documentos relativos a um determinado tema, pesquisados, reunidos, organizados de forma a constituírem um acervo de informações úteis e que se podem usar para aprofundar determinado assunto. O suporte para guardar a informação pode ser variado: capas, pastas, dossiês ou organização em formato digital (Lourenço, 2004). Os elementos constituintes do dossiê podem incluir desde textos escritos pelo próprio autor, textos fotocopiados ou impressos (revistas, artigos científicos, recortes de livros, entre outros) gráficos e imagens.

A primeira etapa foi a pesquisa bibliográfica em livros, bases de dados e endereços eletrônicos de instituições de referência nesta área: Instituto Nacional de Emergência Médica, Conselho Português de Ressuscitação, ECR. A seguir foram selecionados os conteúdos a constar no dossiê para subseqüentemente se iniciar a sua construção.

O dossiê temático construído³⁰ dividiu-se em quatro partes/capítulos. Na primeira parte, foram abordadas as principais orientações em caso de PCR a realizar em meio hospitalar sob a forma de algoritmos. Na segunda são apresentados os procedimentos existentes no hospital, que referem-se à organização das equipas e papel de cada um dos intervenientes em situação de PCR.

Na terceira parte, apresentam-se alguns excertos de livros/manuais acerca da desfibrilhação, abordando-se assuntos como ritmos desfibrilháveis e não desfibrilháveis, a desfibrilhação enquadrada no SAV, como efetuar uma desfibrilhação, tipos de desfibrilhador, níveis de energia e a segurança na desfibrilhação. Outro dos assuntos abordados foi a realização da desfibrilhação com recurso ao desfibrilhador Lifepak 9P, dado que é o existente na UCIP.

A última parte é dedicada a artigos, onde consta um artigo acerca de eletroterapias, no qual se faz uma revisão sistemática da literatura sobre este tema.

Os documentos apresentados são precedidos por ficha onde é descrito o autor, tema, edição, editor, páginas, palavras-chave e o resumo do documento apresentado. No final de

³⁰ Apêndice XXVI

cada um dos capítulos foram colocadas as referências bibliográficas dos documentos expostos.

Após conclusão do dossiê este foi apresentado, aos orientadores/peritos para avaliação do mesmo, tendo sido incorporadas as sugestões sugeridas. Posteriormente o dossiê foi disponibilizado em suporte de papel e colocado junto ao desfibrilhador da UCIP.

Esta disponibilização do dossiê, culminou com o atingir do indicador de avaliação e realização do objetivo dossiê temático.

A ressaltar que ao contrário de outros trabalhos, que ao longo do tempo vão perdendo parte do seu valor pelo surgir de novas evidência o dossiê temático tem como característica a possibilidade de que sempre que surgir algum documento com interesse relevante, nova evidência ou alteração de procedimentos as fichas criadas poderem ser removidas, substituídas ou adicionadas, mantendo-se sempre a atualização do mesmo.

Como ponderação final da competência K1 “Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica”, todas as tarefas planeadas foram executadas³¹ e os resultados pretendidos atingidos.

Passando à execução e avaliação dos objetivos da competência K.2 “dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação”, começaremos pela elaboração do poster acerca da emergência interna: procedimentos de atuação (OEB,2011:8656).

A criação do poster teve três passos essenciais: conhecer o PEI, a pesquisa bibliográfica e integração do grupo responsável pela construção do PEI da UCIP.

A leitura do PEI permitiu conhecer:

- Fatores de risco – tipologia dos riscos, pontos perigosos, pontos nevrálgicos, meios de proteção (meios de proteção e intervenção, meios humanos, meios de socorro externo)
- Organização da segurança em emergência – estrutura da segurança em emergência, (organograma, órgão coordenador, órgão consultivo e órgão operacional), composição e missões (diretor de emergência, comissão de emergência, chefe de intervenção, equipas de intervenção, equipas de evacuação, coordenador de evacuação, equipa de apoio técnico...);

³¹ Apêndice XXVII

- Gestão da emergência - classificação das emergências por tipo, gravidade, local; ações a empreender em situações de emergência (alarme inicial, alarme restrito, alarme geral, alerta, primeira intervenção, segunda intervenção, terceira intervenção, apoio, hierarquia de comando na ausência do diretor de emergência) fim da emergência, ativação do PEI
- Plano de comunicações
- Plano de evacuação – organização da segurança em evacuação (coordenadores de evacuação, meios técnicos, equipas de evacuação), prioridades na evacuação, serviços de apoio e especiais, serviços de internamento e serviços de ambulatório)
- Plantas de emergência e pontos de reunião
- Programa de implementação do PEI

A pesquisa bibliográfica também foi essencial sobre: PEI, elaboração de PEI, PEI em UCI, planos de evacuação, segurança contra incêndios, legislação. No entanto são quase inexistentes artigos que abordam o desafio da gestão de uma emergência em UCI, os planos e as recomendações em geral são dirigidas para as enfermarias, como é o caso das prioridades de evacuação em que é definido que: os primeiros doentes a serem evacuados são os sem dificuldade na mobilidade; os segundos os doentes sem mobilidade, a maior distância da saída e os terceiros, os doentes sem mobilidade e a menor distância da saída.

A exceção foi o artigo de Palacios et al (2010) que defende que numa evacuação em ambiente de cuidados intensivos o médico deve efectuar a triagem de doentes, com o intuito de priorizar a transferência de doentes com mais possibilidades de sobrevivência e de menor suporte vital. A decisão deve assentar sobre os seguintes fatores situação clínica: prognóstico e suporte vital. Indicadores importantes da tomada de decisão são: as necessidade oxigenoterapia e de ventilação mecânica, as doses de catecolaminas e escala de coma de Glasgow/estado neurológico....

A integração no grupo responsável pela elaboração da proposta do PEI da UCIP, proporcionou uma oportunidade de desenvolvimento da unidade de competência “concebe, em articulação com o nível estratégico, os planos de catástrofe ou emergência” e de um grupo de discussão/debate das particularidades da UCIP na emergência interna. O trabalho desenvolvido incidiu nas intervenções a efetuar pelos profissionais da UCIP, levantamento de pontos nevrálgicos da UCIP, locais de evacuação consoante o cenário de emergência, prioridades de evacuação, logística para evacuação, definição da constituição de equipas de

evacuação... No fundo tratou-se de operacionalizar o PEI do Hospital para a UCIP, definir o que não estava definido. A articulação com outros profissionais foi imprescindível e basilar, (equipa médica, chefe de intervenção/responsável serviço de instalação de equipamentos, técnico superior de higiene e segurança no trabalho) para esclarecimento de dúvidas, obtenção de contributos e colaboração.

Com base no trabalho de grupo, pesquisa e consulta do PEI procedeu-se ao poster de emergência interna³², onde foram apresentadas as principais atitudes a ter em conta numa situação de urgência; resumo dos papéis que cada um deve desempenhar, em particular na evacuação; locais de refúgio consoante o cenário de crise e prioridades na transferência dos doentes. No final, o poster foi submetido á revisão dos orientadores/peritos e realizadas as correções sugeridas.

Fica no entanto em falta um passo, que é a apresentação do poster após a aprovação da proposta do PEI interno da UCIP, pois não fazia sentido divulgar antes o poster.

Apesar de se ter atingido a meta proposta, esta área da emergência interna, tinha espaço para ser alvo de um PIS dadas as lacunas e vulnerabilidades nesta área e a noção da “importância de uma cultura de prevenção, de planeamento, de segurança e de gestão de risco, consideradas peças estruturais necessárias a uma ação coordenada, integrada, eficaz e eficiente por parte de todos os profissionais” do serviço, que venha a estar, eventualmente, afetada por uma crise (DGS, 2010d:1).

Ligada à emergência interna estava o outro objetivo, a criação de um fluxograma sobre a falha de gases medicinais na UCIP.

Moran (2011) refere que os fluxogramas têm vantagens na medida em que: criam uma visão comum, providenciam uma linha de base para avaliar o processo, permitem identificar e eliminar atividades inúteis, permitem descobrir variações, demonstram onde podem ser feitas melhorias e impacto potencial e são uma ferramenta de treino.

O mesmo autor afirma que na construção de um fluxograma devem-se procurar os seguintes passos: definir os limites do processo que se pretende estudar; definir o ponto de início e o ponto final; consultar as pessoas certas; decidir o nível de detalhe; reunir informação acerca do modo como o processo se desenrola (experiência, observação,

³² Apêndice XXVIII

entrevistas, pesquisa, conversas informais); definir claramente todos os passos no processo e ser preciso e honesto (Moran, 2011).

Neste contexto foram consultados os manuais técnicos dos ventiladores existentes na UCIP (Servo I e 900C), foi tida em conta a experiência pessoal na área de ventilação, mantidas conversas informais com o Enf. Chefe, com o Sub-Chefe e enf. Orientador e avaliados os recursos existentes.

O conhecimento do PEI adquirido e o levantamento de recursos efetuados com a integração no grupo de elaboração de emergência interna ajudou ao desenvolvimento do poster.

O fluxograma³³ criado diz respeito a um cenário em que é possível o restabelecimento dos gases, num tempo considerado aceitável. A impossibilidade de se restabelecer os gases em tempo oportuno e o suprimento dos mesmos seja transversal a todo o hospital, implica a ativação do PEI, necessidade de apoio externo e evacuação de doentes para outro hospital.

Tal como em outros objetivos, o fluxograma foi revisto pelos peritos/orientadores e levadas a cabo as modificações recomendadas.

A principal dificuldade desta competência residiu na escolha de objetivos exequíveis, dado o curto espaço de tempo. Em termos de orçamento era também onde estava alocado uma percentagem significativa do orçamento por causa dos pósteres. No que concerne aos indicadores de avaliação traçados ficou apenas em falta a afixação do poster da emergência interna, como foi referido.

Além do referido, a construção de um cronograma e o cumprimento do planeado³⁴, foram sem dúvida um dos fatores que contribuíram para realização dos objetivos estipulados do PAC e contornar o pouco tempo que tínhamos disponível.

³³ Apêndice XXIX

³⁴ Apêndice XXVII

4.COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

4.1.COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Durante o Mestrado foram desenvolvidas um conjunto de competências clínicas especializadas, as comuns a todos os enfermeiros especialistas e as competências específicas do EEPSC.

Entre as competências comuns do EE desenvolvidas, encontram-se as que fazem parte do ***domínio melhoria da qualidade*** (OE, 2011a).

Qualidade nos cuidados de saúde significa, de forma sucinta, fazer as coisas corretamente e procurar uma melhoria continua. A atenção centra-se mais no processo do que no desempenho individual, de modo a identificar a origem dos problemas, intervir para eliminar as causas e corrigir o processo (Ersoz. & Leebov, 1991).

Erigir a qualidade como valor que ilumina o caminho que percorremos implica questionar os recursos e capacidades de cada profissional e as condições em que a respetiva atividade é exercida (Hesbeen, 2001). O mesmo autor refere que a qualidade dos cuidados de enfermagem é um assunto vasto e complexo que não pode ser isolado da prática de cuidados pluriprofissionais.

Ao desenvolver-mos um PIS utilizando a metodologia de projeto tivemos oportunidade de realizar um diagnóstico da situação, respectivo planeamento e persecução dos objetivos delineados, assumindo um ***“um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica”*** na medida que fomos os autores do PIS e em simultâneo os responsáveis pelo planeamento e realização de todas as atividades (OE, 2011a:8649).

Ao termos efetuado um diagnóstico de situação e detetado uma situação de problemática e implementado medidas de melhoria continua, no caso do PIS a construção de bundle e grelha de auditoria permitiu-nos desenvolver a competência ***“concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade”*** pois tal como refere no seu enunciado tivemos oportunidade de analisar e rever páticas através de dados recolhidos na Instituição (Ex: relatório de VE das bacteriologias positivas para MOMR), e dos dados

obtidos pelo questionário e grelha de observação à equipa de enfermagem da UCIP relativamente à prevenção da IUACV, criar estratégias de melhoria continua ou seja implementar “*programas de melhoria contínua*” (OE,2011a:8650).

O desenvolvimento de um programa de auditoria também foi relevante, dado que, segundo a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS, 2007:7), a auditoria é uma atividade de “avaliação objetiva e de consultoria destinada a acrescentar valor e melhorar as operações dos hospitais. Assiste a organização na consecução dos seus objetivos, através de uma abordagem sistemática e disciplinada na avaliação e melhoria dos processos de gestão de risco, controlo e governação”.

O uso de planos de auditoria é um importante mecanismo adotado em sistemas de qualidade, que em conjunto com a formação no âmbito da IUACV e a bundle sobre a prevenção da IUACV contribui para a melhoria da qualidade e para a criação e manutenção “*de um ambiente seguro e terapêutico*” (OE,2011a:8650).

A bundle, a formação e a grelha de auditoria realizadas no âmbito do PIS foram atividades por nós realizadas que podem contribuir para a redução das IUACV e que nos permitiu contribuir para a “gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes” tendo em conta que o projeto representou uma maneira de atuar “proactivamente promovendo a envolvimento adequada ao bem -estar e gerindo o risco”(OE, 2011a:8651).

Por último as experiencia proporcionadas pelo local de estágio também ajudaram no processo de aquisição das competências do domínio da qualidade. Dentro das atividades em participadas ou observadas destaca-se a VE, a introdução dos dados da Campanha da Mãos, reuniões de planeamento com elementos dinamizadores da CCI, intervenções nos serviços tendo em conta os alertas emitidos pelo programa informático de VE acerca de MOMR e surtos de infeções, programa de auditorias existente, reuniões para introdução de produtos ligados à prevenção da infeção e higienização de superfícies.

Outro dos domínios das competências comuns do EE, é a **responsabilidade profissional, ética e legal**, a análise ao desenvolvido para atingir as competências implica uma reflexão ético, deontológica e legal que incide no objeto do projeto, a prevenção da IUACV (OE, 2011a).

O impacto que as IACS e o efeito pernicioso que têm nos doentes, podendo inclusive causar a morte, associada à evidência científica existente e disseminada, colocam-nos questões que urge pensar e refletir.

Citando Nunes (2004:9) “a função ética de Enfermagem é guiar a atividade do enfermeiro a favor do bem presumido do Outro, sabendo-se que as decisões de enfermagem afetam significativamente a vida das pessoas, tanto hoje como amanhã. Os Enfermeiros têm o poder de fazer bem ou mal aos seus clientes”.

A prevenção de complicações associadas às IACS sustenta-se na procura do bem do Outro. Aplica-se o princípio da beneficência, que refere-se à obrigação moral de atuar em benefício de outros, no sentido de ajudar e promover os seus legítimos interesses (Beuchamp & Childress, 2002). Inerente está também o princípio da não maleficência que tem como base a obrigação de não causar dano intencionalmente.

A prevenção das IACS assume-se como um garante da defesa da segurança e respeito pelo outro, competência profissional, correção profissional, respeito por normas legais, deontológicas e valores éticos. Neste sentido a realização de um PIS relacionado com a prevenção da IUACV possibilitou o desenvolvimento das competências neste domínio: ***“desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção” e promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais*** (OE,2011a:8649-8650).

Patente no trabalho de projeto e como adjuvante desta competência, houve um respeito pelos princípios éticos inerentes. A este respeito OE (2003:83) enuncia que “nas situações de aprendizagem, de desenvolvimento do saber ou da promoção da qualidade” o anonimato deve ser preservado, garantindo a proteção da identidade.”Sendo importante que se aprenda, investigue e analise as práticas, o princípio da confidencialidade e pela guarda de segredo” não deve ser quebrado. A garantia da confidencialidade foi assegurada ao longo de todo o percurso, desde a aplicação de instrumentos de colheita de dados, tratamento e utilização de dados colhidos, elaboração do artigo ou inclusive na elaboração deste relatório, protegendo-se a identidade de participantes, intervenientes, locais ou instituições.

Outra das garantias salvaguardadas no PIS foi a obtenção do consentimento informado de todos os participantes e do consentimento da instituição³⁵ para a aplicação dos instrumentos de colheita de dados. A este propósito a OE (2007) menciona que a pedra angular de uma investigação eticamente sólida é o consentimento informado e que este decorre do respeito, promoção e proteção da autonomia da pessoa e está, assim, ligado à autodeterminação, à liberdade individual, à formação de uma vontade esclarecida e à escolha pessoal. Ligada ao consentimento está o respeito pela dignidade da pessoa humana que “significa, na realidade, a promoção da sua capacidade para pensar, decidir e agir”, princípio estruturante da nossa ordem jurídica consagrado no artigo nº1 da Constituição e princípio da nossa deontologia profissional descrito no Artigo 78º (OE, 2007:2).

O processo de aquisição destas competências foi reforçado com o trabalho efetuado a nível de supervisão de cuidados³⁶, que envolveu uma análise que abrange esta dimensão), o que tornou de modo mais efetivo as unidades de competência (OE,2011a:8649-8650):“promove a proteção dos direitos humanos”; “gere na equipa, de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente”; “demonstra tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada”; “suporta a decisão em princípios, valores e normas deontológicas”; “lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética de maior complexidade na sua área de especialidade” e “avalia o processo e os resultados da tomada de decisão”.

O terceiro domínio das competências comuns do EE é o da **gestão de cuidados**, o desenrolar e o explicitar do processo ocorrido na aquisição deste domínio implica a compreensão de alguns conceitos: clima organizacional, cultura organizacional e liderança (OE, 2011).

O clima é um conceito de raiz individual que radica nas perceções que membros de uma organização têm das características de uma organização, enquanto a cultura radica no significado coletivo e partilhado da realidade organizacional (Chambel & Curral, 2008). As práticas, as políticas e os procedimentos constituem e os procedimentos organizacionais constituem o elo de ligação entre a cultura e o clima organizacional, são artefactos de cultura e são a base da formação das perceções do clima.

³⁵ Apêndice I

³⁶ Apêndice XXX

Nesta perspetiva esta procurou-se o reforço de uma cultura organizacional de segurança e o emergir de um clima organizacional congruente através da formação, ou criando a bundle como outro dos procedimentos de favorecer a ligação cultura e clima.

Outro conceito envolvido é o de liderança, Tappen (2005:5) considera-a como o “processo de influenciar outros”. Líderes efetivos obtêm a cooperação e recursos que precisam para atingir as suas metas. Administração e liderança são conceitos intimamente relacionados, frequentemente interligados, mas diferentes. A mesma autora (2005:6) refere que “Administração é uma posição formal, especificamente designada dentro de uma organização” (Ex: Enfermeiro Chefe). “Liderança é uma posição alcançada, não-oficial (...) Administração é um papel atribuído, liderança um papel atingido.

O tipo de liderança procurada na consecução do projeto foi um tipo de liderança transformacional que se prende, segundo Cunha, Cardoso, Campos & Rego (2003) com a influência exercida de modo a provocar mudança nas atitudes e perceções dos membros da organização e na construção concomitante da estratégia e objetivos da organização. A mudança dos profissionais é postulada numa lógica de empowerment, isto é, de conferir poder às pessoas, de modo a que estas se tornem agentes no processo de mudança. Os liderados neste tipo de liderança sentem respeito e confiança no líder.

As diversas reuniões com o Enfermeiro Chefe da UCIP, responsável pela formação e elementos dinamizadores da CCI na UCIP, responsável pelo núcleo executivo da CCI do Hospital de X no sentido de implementar estratégias, políticas e procedimentos, discutir consensos, avaliar e obter recursos e ajudas, envolver profissionais, obter opiniões, foram um contributo importante para ***“gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados”*** e a otimização ***“da resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional”*** (OE,2011a:8652).

O diagnóstico de situação elaborado no PIS permitiu-nos obter dados quantitativos e qualitativos acerca dos cuidados prestados a doentes submetidos cateterização vesical e a partir daí criarmos estratégias que melhorassem práticas de enfermagem e gerir os cuidados de saúde, nomeadamente ao formar a equipa de enfermagem, a criar a bundle e grelha de auditoria, envolvermos no próprio projeto solicitando a participação da equipa, o que permitiu-nos atingir as competências: ***“gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa***

“multiprofissional” e “adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados”. (OE,2011a:8652).

Com contributos neste domínio de competências de gestão de cuidados esteve o trabalho de supervisão de cuidados³⁷, no qual se pretendia refletir sobre os processos de prestação de cuidados em EMC e o desenvolvimento de raciocínio crítico na tomada de decisão em cuidados complexos, através da delimitação de problemas complexos na área da EMC, da formulação de diagnósticos de enfermagem segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), da identificação dos resultados esperados e do planeamento das intervenções de enfermagem no sentido da procura dos resultados esperados, com base em fundamentos adequados à tomada de decisão. Este trabalho além da reflexão dos cuidados prestados permitiu-nos clarificar e estruturar a forma como tomamos as decisões e os princípios que as sustentam, tornando-se um modelo para a resolução de problemas futuros e referência na gestão de cuidados.

O último domínio é o das *aprendizagens profissionais* (OE, 2011a). Uma das competências incluídas *“desenvolve o autoconhecimento e a assertividade”* (OE,2011a:8652).

A realização de pesquisa bibliográfica com recurso a diversos tipos de fontes, constitui-se como uma forma de desenvolvimento de autoconhecimento, em particular na elaboração de métodos e estratégias para a consecução do projeto e contornar limites pessoais e profissionais.

Back citado por NEFOG (Núcleo de Estudos e Formação em Organização e Gestão da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, 2007:51) define “comportamento assertivo como a capacidade que o indivíduo tem de defender os seus direitos de modo a não violar os direitos dos outros. O comportamento assertivo prende-se, ainda, com a expressão de sentimentos, pensamentos, valores e crenças de forma direta, honesta, cuidada e apropriada.” A mesma autora sustenta que o uso de um comportamento assertivo pode ser a chave de resolução de muitos problemas.

O projeto decorreu num contexto que envolveu múltiplos atores, cada um com os seus papéis, responsabilidades e personalidade a utilização de um comportamento assertivo

³⁷ Apêndice XXX

foi importante para: a prossecução do projeto, evitar obstáculos e eventualmente alguma situação de conflito.

Apesar de ser difícil dar a conhecer, a procura de uma consciência enquanto pessoa e enfermeiro e a demonstração de uma elevada adaptabilidade individual e organizacional foram uma constante, tendo em conta situações múltiplas e diferenciadas de cuidados, locais e intervenientes.

Relativamente à competência *“Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento”* (OE,2011a:8653), o diagnóstico de situação, a conceção e o planeamento de formações, como foi o caso da formação acerca da IUACV, com o intuito de favorecer a aprendizagem nessa área, o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros e por último a avaliação da formação, constituíram-se como uma forma de ir ao encontro desta competência.

A própria metodologia de projeto que guiou este trabalho, foi outro dos modos para atingir a competência. Ferrito et al (2010) aponta a metodologia de projeto como ligada à investigação centrada, na resolução de problemas.

A praxis clínica foi baseada nos padrões de conhecimento de Carper (1978). Estes padrões interagem dentro de uma conceção de complementaridade sem predominância de um em função do outro, incluindo todos os padrões: empírico, ético, estético, pessoal, reflexivo e sociopolítico.

Para a sustentação da prática recorreu-se também a áreas tão diversas como a psicossociologia das organizações, ética, epistemologia, melhoria contínua da qualidade, métodos de investigação, teorias de enfermagem, aprendizagem e formação de adultos, entre outros.

A fundamentação de acordo com a evidência foi contínua, tornando-se importante a procura de informação em bases de dados como Pubmed, Elsevier e a Cochrane Lybrary, endereços eletrónicos de instituições ou organizações credenciadas ou com provas dadas, livros, manuais ou periódicos.

Além das competências comuns do EE, foram desenvolvidas as competências específicas, que podem ser definidas como aquelas que “decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde do campo de intervenção definido para cada área de especialidade” (OE,2011b:8649).

Partindo do perfil de competências do EEPSC, na competência K1-“Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica” (OE,2011b:8656) foi possível ir de encontro às respectivas unidades de competência e indicadores de avaliação com as atividades realizadas no PAC. A formação do choque séptico e o dossiê temático sobre a desfibrilhação estavam direcionadas para as unidades de competência (OE,2011b:8656):

- “Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica”.
- “Gere a administração de protocolos terapêuticos complexos”.

A formação da “comunicação de más notícias” possibilitou ir ao encontro das unidades de competência (OE,2011b:8656):

- “Assiste a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e ou falência orgânica”;
- “Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, otimizando as respostas”;
- “Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde”;
- “Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e ou falência orgânica”.

Apesar de no global considerarmos que se atingiram todas as unidades de competência, pelo que se tem vindo a expor, temos de fazer menção à “gestão diferenciada da dor”, que se assume como de grande importância à pessoa em situação crítica e que foi dada resposta no contexto de estágio.

A dor é definida pela International Association for the Study of Pain, como “uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só um componente sensorial mas, também, um componente emocional e que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão”(DGS, 2008b:6). “Esta definição tem como corolário a capacidade de a dor afetar o indivíduo na sua globalidade, pelo que a sua abordagem, em muitos casos, deve ser multidimensional, tendo em conta não só os aspetos sensoriais da dor, mas, também, as implicações psicológicas, sociais e até culturais, associadas à patologia dolorosa”(DGS, 2008b:6).

O controlo eficaz da dor é “um dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes que dela padecem e um passo fundamental para a efetiva humanização das Unidades de Saúde” (DGS, 2003b:1).

Morton, Fontaine, Hudak & Gallo (2007) referem que as patologias mais comuns tratadas na UCI, (EAM, cirurgia torácica, neurocirurgia, traumatismos múltiplos, queimaduras extensas entre outras) estão associadas a dor intensa. Quase todos os doentes internados nos cuidados intensivos apresentam um episódio de dor aguda, no entanto, os idosos, particularmente, combinam dor aguda e crónica. Múltiplos fatores inerentes ao ambiente de UCI, afetam e potenciam a experiência de dor no doente. Esses fatores incluem ansiedade, privação do sono, perda de controlo, separação da família e entes queridos, envolvimento não familiar e desagradável, realização de técnicas invasivas, ventilação...

A dor é um sintoma comum e gerador de ansiedade nos doentes internados em UCI, sendo fustigados com dor de intensidade moderada a intensa (Puntilo et al, 2009). Durante o estágio na UCIP a avaliação da dor foi uma preocupação constante, privilegiando-se o auto relato como fonte de informação e foi utilizado como instrumento de avaliação da dor a Escala Visual Analógica.

Contudo muitas vezes estes doentes estão incapazes de comunicar os seus sintomas porque estão entubados e ventilados mecanicamente, e/ou estão sedoanalgesiados. Com vista a fazer face a este desafio, utilizou-se a escala de avaliação NVPS (Nonverbal Pain Scale), constituída por indicadores fisiológicos e comportamentais preditivos da dor, tornando possível o planeamento de medidas farmacológicas e não farmacológicas para controlo e alívio da dor.

Na competência K2 “dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação”, a pesquisa bibliográfica, a integração do grupo responsável pela construção do PEI da UCIP, a criação de um fluxograma sobre a falha de gases medicinais e elaboração de um poster com o título emergência interna: procedimentos de atuação consubstanciou os indicadores de avaliação (OEB, 2011:8656) :

- “Colabora na elaboração do plano de emergência e catástrofe da Instituição/Serviço”;
- “Planeia a resposta concreta ante as pessoas em situação de emergência multi - vítima ou catástrofe”;

- “Demonstra conhecer os planos e os princípios de atuação em situações de catástrofe”;
- “Identifica os vários tipos de catástrofe e as implicações para a saúde”;
- “Atribui graus de urgência e decide a sequência de atuação”;
- “Sistematiza as ações a desenvolver em situação de catástrofe ou emergência”;
- “Lidera a atribuição e desenvolvimento dos papéis dos membros da equipa”.

Para finalizar a competência K.3 “Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas” desenvolvida no âmbito do PIS.

Recorrendo aos critérios de avaliação das unidades da competência, definidos pela OE (2011:8657) foi:

- Utilizado como referência o PNCI e diretivas da CCI;
- Diagnosticadas as necessidades da em matéria de prevenção e controlo de infeção, na área IUACV;
- Estabelecidas estratégias proactivas a implementar no serviço visando a prevenção e controlo da infeção do serviço (PIS e PAC);
- Utilizadas as recomendações mais recentes de entidades de referência na prevenção e controlo da infeção do serviço;
- Mobilizados conhecimentos específicos na área da higiene hospitalar com a intenção de ser uma referência para a equipa que cuida da pessoa em situação crítica, na prevenção e controlo da infeção;
- Monitorizadas e avaliadas medidas de prevenção e controlo implementadas relativamente às medidas de prevenção da IUACV através de auditoria.
- Desenvolvido um procedimentos de controlo de infeção
- Realizada sensibilização para o cumprimento dos procedimentos estabelecidos na prevenção, através da divulgação de medidas de boas práticas .

No decorrer dos estágios, além do desenvolvimento do projeto foi possível colaborar e observar ainda as funções preconizadas, pela DGS (2008:9) na CCI do Hospital X tais como:

- “Implementar e monitorizar o programa de VE, de acordomcom o PNCI e as especificidades e necessidades das unidades de saúde;

- Planear, implementar e monitorizar o programa anual de formação / informação que abranja todos os grupos de profissionais da saúde, incluindo a formação dos profissionais em fase de integração e que contemple a formação / informação de utentes e visitantes;
- Divulgar normas de boas práticas para a prevenção e controlo das IACS e promoção da segurança clínica, através da elaboração de um manual de procedimentos que abranja as vertentes mais significativas da prestação de cuidados, tendo em conta o proposto no PNCI e a realidade das unidades de saúde;
- Implementar um programa de auditorias internas regulares às práticas e estruturas mais significativas para a prevenção e controlo das infeções de forma a melhorar a prática clínica;
- Reunir periodicamente e de acordo com as necessidades, com todos os seus membros, incluindo os membros consultivos e dinamizadores;
- Participar ativamente nas atividades e ações propostas pelo PNCI.”

O tempo passado na CCI, suscitou várias reflexões, das quais se salientam: a gravidade do problema da multirresistência dos microorganismos aos antibióticos, variáveis que predispõe para infeção (Ex. tempo de internamento, dispositivos invasivos, idade...) e cuidados associados à prevenção da infeção.

Os estágios permitiram também aprofundar alguns dos conteúdos lecionados ao longo dos semestres, desenvolver e obter contributos imprescindíveis para ir de encontro a às competências esperadas pelo EEMC.

4.2.COMPETÊNCIAS DO MESTRE

O Decreto –Lei nº74/2006 referente aos graus académicos e diplomas do ensino superior determina no artigo 18º, alínea 4 , que o ciclo de estudos conducente ao grau de mestre, no Ensino Politécnico, “deve assegurar, predominantemente, a aquisição de uma especialização de natureza profissional” (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2006:2247).

Em consonância com o legalmente estipulado e pela OE, foi criado, pelo Departamento de Enfermagem, do IPS (2011), o Regulamento do Curso de Mestrado em EMC, que na alínea 4 do artigo 2º determina o perfil de competências esperado do Mestre em EMC.

Deste modo, no decorrer do 1º Curso de Mestrado vários foram os aspetos que contribuíram para o desenvolvimento das competências de Mestre em EMC os quais iremos passar a explicar.

Competência 1 – “Demonstra competências clínicas específicas em enfermagem, na conceção, gestão e supervisão clínica” (IPS, 2011:4)

No decorrer dos estágios era esperado que se desenvolvesse um PIS de acordo com a metodologia de Projeto que segundo Ferrito el al (2010) envolveu complexidade e incerteza, teve um carácter prolongado e faseado, estendendo-se ao longo de um período de tempo e percorrendo as várias fases (diagnóstico de situação, planeamento, execução, avaliação e disseminação de resultados), centrou-se na resolução de problemas e é uma metodologia ligada à investigação associada a um cariz de intervenção.

Como tal, pressupôs a elaboração de um mapa cognitivo sobre a situação-problema identificada, IACV no Hospital X, e definiu-se o problema com recurso à recolha de dados (FMEA, questionário, grelha de observação, dados estatísticos). Estabeleceram-se então prioridades e causas prováveis e foram formulados objetivos, com o intuito de dar sentido às várias atividades planeadas.

A fase seguinte foi o planeamento, elaborando-se um plano detalhado do projeto, cobrindo as várias vertentes: calendarização das atividades, meios e estratégias, recursos disponíveis, um cronograma, bem como os resultados esperados e indicadores de avaliação. Avançou-se, depois para execução, que materializou a realização, colocando em prática tudo o que foi planeado. De seguida procedeu-se à avaliação que implicou a verificação da consecução dos objetivos definidos inicialmente. Como etapa final a disseminação dos resultados, assumindo-se este relatório como uma das formas de disseminação.

A metodologia do projeto proporcionou assim um meio para o desenvolvimento desta competência.

Por outro lado, o trabalho de supervisão realizado no âmbito da Unidade Curricular Supervisão de cuidados³⁸ e que tinha como objetivos refletir sobre os processos de prestação de cuidados em EMC, desenvolver competências e raciocínio crítico na tomada de decisão em cuidados complexos, através da delimitação de problemas complexos na

³⁸ Apêndice XXX

área da EMC, da formulação de diagnósticos de enfermagem segundo a classificação CIPE, da identificação dos resultados esperados e do planeamento das intervenções de enfermagem no sentido da procura dos resultados esperados, com base em fundamentos adequados à tomada de decisão, bem como contribuir para o desenvolvimento da competência de Mestre em EMC referida.

Outro dos contributos nesta competência foram as experiências e os cuidados prestados no contexto de estágio, numa grande variedade de situações e discutidos com o Enfermeiro Orientador. Tendo em conta que segundo a OE (2011:10) a:

“ tomada de decisão do enfermeiro que orienta o exercício profissional autónomo implica uma abordagem sistémica e sistemática. Na tomada de decisão, o enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa individual ou do grupo (família e comunidade). Após efetuada a identificação da problemática do cliente, as intervenções de enfermagem são prescritas de forma a evitar riscos, detetar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados.”

Competência 2 – “realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências ao longo da vida e em complemento às adquiridas” (IPS, 2011:4)

Nesta competência somos remetidos para a aprendizagem ao longo da vida, Canário (2000:87-88) aponta-a como “um processo contínuo que, desde o nascimento à morte, se confunde com a existência e a construção da pessoa,” que contraria a perspetiva no enfoque das práticas escolarizadas. Esta perspetiva do processo educativo/ aprendizagem tem ponto de referência central a pessoa como sujeito da formação e tem como base três pressupostos: o da continuidade do processo educativo, o da diversidade e o da globalidade. “Pressupostos que se materializam em processos de aprendizagem que resultam da combinação de situações e modalidades de formação diferenciadas quanto ao seu nível de formalização e quanto à realização com os outros e com o mundo”

Mais limitado mas relacionado com aprendizagem ao longo da vida é a educação de adultos ou andragogia. Knowles citado por Canário (2000) enunciou seis postulados quanto aos aprendentes:

- Necessidade de saber: relacionada com a perceção da utilidade e necessidade da formação
- Conceitos de si – os adultos têm consciência que são responsáveis pelas suas decisões e pela sua vida

- Papéis da experiência – os adultos são portadores de experiências, em numerosas situações de formações, podem constituir-se como o recurso mais rico para as suas aprendizagens
- Vontade de aprender – disposição para iniciar um processo de aprendizagem baseada na compreensão da utilidade para afrontar problemas reais da sua vida pessoal e profissional
- Orientação da aprendizagem – orientada para a resolução de problemas e tarefas que se confrontam na sua vida quotidiana
- Motivação – os adultos são sensíveis a estímulos de natureza externa (Ex: promoção profissional) mas o principal fator de motivação são os fatores de origem interna (autoestima, satisfação profissional...).

Neste sentido é na identificação dos próprios recursos pessoais, ajustados às necessidades de formação ao próprio projeto pessoal/profissional e valorização da autoformação como componente essencial do desenvolvimento, que se enquadra a frequência deste mestrado de natureza profissional, assim como o seu desenrolar.

Os conteúdos lecionados nas disciplinas do plano de estudos do mestrado, foram uma fonte de aprendizagem, que foi sedimentada com a realização de estágios, PIS e PAC e outros trabalhos realizados.

Durante os estágios a confrontação com a metodologia do projeto orientada para a resolução de problemas, o ambiente diversificado e complexo de cuidados e situações novas, aliados à necessidade de saber, à vontade de aprender e iniciativa conduziram a uma pesquisa de evidência e a um processo de autoformação, difícil de quantificar e aqui demonstrar.

A prestação de cuidados, a envolvimento nas dinâmicas dos serviços e integração nas equipas, representaram também uma forma de formação.

Tendo em conta conhecimentos e experiência profissional prévias, foram aproveitadas todas as situações que se pudessem contribuir para a formação (Ex: Participação na VE).

Daqui parte a convicção que realização do Mestrado de EMC e o percurso de aprendizagem percorrido, tem implícito e justificam a aquisição desta competência.

Competência 3 – “íntegra equipas de desenvolvimento multidisciplinar de forma proactiva” (IPS, 2011:4)

O desenrolar do PIS e PAC, na CCI e UCIP, a metodologia patente, a articulação com diversos profissionais (CCI, Elementos dinamizadores da CCI,, Enf. Responsável pela formação da UCIP, Núcleo de formação, Enf. Chefe, Direção de Enfermagem do Hospital X ...) sustentou-se na aplicação de conhecimentos e a capacidade de compreensão e de resolução de problemas, num contexto alargado e multidisciplinar, relacionados com a área de especialização de EMC (IPS, 2011).

A realização do PIS na CCI do Hospital X e articulação multiprofissional levada avante, concorreu para realização de outra exigência desta competência “trabalha em colaboração com a saúde pública, profissionais de saúde e outros líderes comunitários relevantes e/ou agências para melhorar a saúde global da comunidade” (IPS, 2011:4).

No sustento da nossa consideração, recuperamos a definição da CCI por parte da DGS (2008a:5) :

“equipa multidisciplinar de profissionais das unidades de saúde, apoiada pelos Órgãos de Gestão e que tem por missão, planear, implementar e monitorizar um Plano operacional de prevenção e controlo de infeção (POPCI), de acordo com as diretivas ministeriais, nacionais e regionais e as características e especificidades das unidades de saúde.”

Com contributos na integração de “equipas de desenvolvimento multidisciplinar de forma proactiva” esteve o referencial dos projetos e da prestação de cuidados em contexto de estágio e profissional, nomeadamente os “conceitos, fundamentos, teorias e factos relacionados com as Ciências de Enfermagem e suas aplicações, nos diferentes campos de intervenção”. (IPS, 2011:4). O referencial utilizado aparece descrito no início deste relatório, no enquadramento conceptual. Resumidamente o percurso percorrido, norteou-se pelas competências comuns e específicas do EEPSC, padrões da qualidade gerais e dos cuidados especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, padrões de conhecimento identificados por Barbara Carper, tríade ético-legal- deontológica, teoria de médio alcance das transições de Meleis e evidencia científica.

Outro dos aspetos que concorreu para o atingir esta competência foi o facto de ser responsável pela implementação de um projeto, no qual se recorreu a uma revisão sistemática de literatura e o papel desempenhado no âmbito da formação, consequentemente revelar um conhecimento aprofundado numa determinada área e a partir daí o servir de” consultor para outros profissionais de saúde, quando apropriado”.

Como mais-valia na integração de forma proactiva, esteve o lapidar da análise de situações/problema ou gestão de casos com os aportes da Unidade Curricular de Supervisão de Cuidados e respetivo trabalho realizado. A “procura de princípios científicos ou das normas técnicas que justifiquem as opções”, a “identificação dos fundamentos, éticos, deontológicos ou jurídicos que legitimam as escolhas” e a aplicação do processo de enfermagem tornaram-se um modelo para a gestão de casos (Deodato, 2010:5).

Competência 4 – “age no desenvolvimento da tomada de decisão e raciocínio conducentes à construção e aplicação de argumentos rigorosos” (IPS, 2011:5)

A prossecução desta competência através da seleção dos “meios e estratégias mais adequados à resolução de um determinado problema, de forma fundamentada” e avaliação dos “resultados, em ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem e da perspetiva das repercussões em sentido ético e deontológico” ocorreu de duas formas: o PIS/PAC e trabalho de Supervisão de cuidados (IPS, 2011:5).

No PIS e PAC mediante a identificação de uma oportunidade/problema, caracterização do mesmo, foram levantados objetivos de intervenção e elaborado um planeamento de atuação³⁹ onde foram escolhidos meios e estratégias devidamente fundamentados e pertinentes para ultrapassar o problema identificado, realizada uma previsão: dos recursos necessários, articulação profissional e constrangimentos possíveis. Nesta fase estabeleceram-se também indicadores de avaliação, que serviram de guia e metas a estabelecer na avaliação final. Após a execução do delineado, fez-se a avaliação do projetado, com a verificação das metas previstas e obstáculos encontrados à consecução das mesmas.

No trabalho de supervisão de cuidados, a verificação desta competência, ocorreu através da utilização do processo de enfermagem e utilização da CIPE que surge então

³⁹ Apêndice VIII

como uma linguagem comum para os sistemas de informação em Enfermagem e uma representação de diagnósticos de enfermagem, intervenções/ações de enfermagem e resultados em enfermagem, estruturando-se num modelo de eixos que servem para construir os enunciados dos diagnósticos, intervenções e resultados (Internacional Council of Nurses, ICN, 2011).

Relativamente ao processo de enfermagem, o seu uso confere uma abordagem científica de problemas ao cuidar em enfermagem, é semelhante ao processo de investigação no que tem de sistemático e organizado (Watson citada por Alligood e Tomey, 2004). A OE (2004) refere quatro fases do processo de enfermagem: colheita de dados, planeamento, execução e avaliação.

Competência 5 – “inicia, contribui para e/ou sustenta investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência” (IPS, 2011:5)

Uma das bases de aquisição desta competência foi o diagnóstico de situação desenvolvido no PIS, onde recorreram a diversos métodos de investigação: FMEA, questionário, observação, colheita de dados estatísticos, revisão bibliográfica. O método, segundo Nunes et al (2009:20) representa um “conjunto de processos ou procedimentos racionais que permitem explicar, compreender e relacionar os fenómenos de acordo com o objeto de estudo”, é no fundo um modo sistemático, “ordenado de pensar e investigar.”

A aplicação destes métodos permitiu fundamentar as fase subsequentes do PIS e procurar melhorar e fazer evoluir a prática de forma sustentada.

Um método que se prolongou ao longo do PIS e PAC foi a revisão da literatura, que pode descrever-se como uma pesquisa documental, com a intenção de procurar informação sobre um tema, colhendo-a, analisando-a e interpretando-a (Nunes et al, 2009). A pesquisa foi efetuada em livros, periódicos e bases de dados eletrónicas, tendo em conta a credibilidade e qualidade da bibliografia. A revisão de literatura foi um método basilar, pois permitiu contextualizar o estudo e orientá-lo.

Ligado à aplicação dos métodos esteve uma conduta ética e salvaguarda dos princípios éticos, como foi o garantir o anonimato da instituição e profissionais envolvidos, a participação voluntária no questionário, a confidencialidade dos dados colhidos, a obtenção do pedido de autorização para aplicação dos métodos de colheitas de dados.

Competência 6 – “realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando formação, a investigação, as políticas de saúde e a administração em Saúde em geral e em Enfermagem em particular” (IPS, 2011:5)

A sexta e última das competências, consideramos que foi atingida com o contributo de vários aspetos. O primeiro foi a realização de um PIS e metodologia envolvida, que vai de encontro ao enunciado da competência “realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação....”.

Outo aspeto envolvido foi a formação dos pares no âmbito da IUACV, choque séptico e comunicação de más notícias, incluídas como objetivos no PIS e PAC, tendo-se procedido depois à avaliação das sessões de formação.

O terceiro aspeto foi o desenrolar do PIS na CCI e missão associada., O projeto sobre a IUACV, vai de encontro às políticas de saúde e preconizado pela DGS (2007:8), no PNCI, cujo objetivo geral é: “diminuir, a nível nacional, a incidência da IACS.”

O PNCI estabelece várias linhas estratégicas e indiretamente o PIS proporcionou uma maneira de contribuir para essas diretrizes (DGS, 2007:9-10):

- Estratégias de atuação nacional – “Incentivar e promover o ambiente seguro nas unidades de saúde e as boas práticas de higienização;”
- Estratégias de desenvolvimento individual e organizacional – “Estabelecer orientações de boas práticas baseadas na evidência”; “realizar sistematicamente auditorias internas aos procedimentos e às estruturas da prevenção e controlo da IACS”; “formar os profissionais de saúde sobre o risco, prevenção e controlo da IACS”; “promover a investigação na área dos mecanismos, impacto e prevenção da IACS;”
- Estratégias de informação e comunicação - compreendem “ações capazes de habilitar os seus destinatários para a prevenção e controlo da IACS”, pelo que se deverá “comunicar rapidamente o risco às unidades de saúde, aos seus profissionais, aos doentes e à sociedade em geral;”

No domínio de enfermagem, O PIS e o PAC desenvolveram-se tendo como horizonte as competências comuns e específicas do EEPSC. No caso do PIS/PAC foi trabalhada a competência K.3 “Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção

perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas” do EEPSC (OE, 2011b:8657) e simultaneamente um dos enunciados dos padrões de qualidade dos cuidados especializados de Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (OE, 2011c). O descritivo deste enunciado dos padrões de qualidade prevê, que na “procura permanente de excelência do exercício profissional, face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações e à necessidade de utilização de múltiplas medidas invasivas o EE maximiza a intervenção na prevenção do controlo da infeção” (OE, 2011c:7.)

O PIS preencheu os requisitos para responder aos elementos integradores deste enunciado dos padrões cuidados especializados (OE, 2011c:8) :

- “Conceção de um plano de prevenção e controlo de infeção” com base na evidência científica;
- Definição de estratégias de prevenção e controlo de infeção a implementar no serviço/unidade”;
- “Liderança na implementação do plano de intervenção e controlo de infeção, no que respeita ao estabelecimento de procedimentos e circuitos, face às vias de transmissão na pessoa em situação crítica”;
- “Capacitação das equipas de profissionais na área da prevenção e controlo de infeção associado aos cuidados à pessoa em situação crítica”.

Para terminar a reflexão sobre as competências do mestre, quando se fala em investigação, uma das fases envolvidas, é a divulgação dos resultados. A importância desta fase não foi menosprezada, na medida em que se dá a conhecer à população em geral, profissionais e entidades o projeto e o caminho percorrido na resolução de um determinado problema (Ferrito et al 2010). Esta fase é importante também do ponto de vista da profissão, Fortin (2009) refere que a investigação numa dada área visa a produção de uma base científica para orientar a prática e autenticar a credibilidade da profissão.

A OE (2006:2) na tomada de posição quanto à investigação em Enfermagem, acredita que a “investigação em Enfermagem é essencial para o desenvolvimento, a avaliação e a expansão do conhecimento em Enfermagem” e que uma prática baseada na evidência constitui um pré-requisito para a excelência e a segurança dos cuidados, assim como para a otimização de resultados de enfermagem. Recomenda também que se

“incentive a divulgação e se criem condições favorecedoras da aplicação dos resultados da investigação”.

Entre as formas de divulgação encontra-se este relatório e um artigo⁴⁰ criado acerca do PIS realizado.

⁴⁰ Apêndice XXXI

5.CONCLUSÃO

A realização de um relatório tem como característica permitir a organização, interpretação e sistematização de grandes quantidades de informação sob a forma de síntese (Ferrito et al, 2010). Por outro lado tendo em conta os objetivos deste relatório, foi um desafio enorme descrever com exatidão, sem descuidar nenhum aspeto que pudesse ser significativo. Aliás o sucesso do relatório, depende do facto dos mestrandos serem objetivos, claros e concisos, correndo o risco se não o forem, de os leitores não conseguirem compreender o processo de aprendizagem levado a cabo.

O desenvolvimento do PIS acabou por ir além de uma simples investigação, foi identificado um problema, neste caso a IUACV, realizada uma análise de forma multi-variada (relatórios, FMEA, questionário, grelha de observação) para posteriormente planear e executar intervenções que pudessem conduzir à mudança.

O diagnóstico de situação assentou na compreensão do carácter sistémico da realidade, envolveu uma relação de casualidade linear, constitui-se como um instrumento de participação e de consciencialização dos atores, um instrumento de pesquisa-ação e tratou-se de ser já uma intervenção por ser um instrumento de interação e de compreensão do real (Guerra, citado por Ferrito et al, 2010).

Após o diagnóstico de situação foi possível estabelecer objetivos e direccionar a intervenção. Todavia a intervenção na área da prevenção da IUACV no Hospital X, arriscava-se a ser muito extensa e de difícil execução, para tal definiram-se objetivos claros, concisos, em número reduzido, exequíveis e mensuráveis.

A limitação temporal também foi preponderante na formulação dos mesmos e por isso decidiu-se começar a intervenção nos serviços do Hospital X pela UCIP.

O planeamento desenhado permitiu estruturar as intervenções, através da seleção de estratégias, meios, atividades, elaboração de um cronograma, identificação de recursos e constrangimentos possíveis. O cumprimento do planeado, afigurava-se como uma forma de ultrapassar os constrangimentos que se previam com tempo limitado, uma vez que a maioria das atividades pensadas iria ocorrer no Estágio III. No final e desenrolar da

execução, o cronograma foi importante e permitiu evitar algumas perdas de tempo, apesar de alguns desvios ao pensado inicialmente.

Em termos de execução e avaliação do realizado, as atividades planeadas e indicadores de avaliação, no geral foram maioritariamente atingidos, ficaram pendentes a validação/ aprovação da bundle e da grelha de auditoria. Consequentemente não foi possível iniciar a intervenção noutros serviços.

Entre as questões que tiveram influência no desenrolar do programado esteve o próprio planeamento das atividades para a prossecução do mesmo associado a dificuldades na escolha do método mais adequado para a criação da bundle, dúvidas acerca da metodologia ADAPTE e AGREEII e não se ter tido em conta a disponibilidade /tempo de resposta dos peritos.

Outro aspeto pertinente no desenrolar do projeto e que teve influências no planeamento inicial, foi a avaliação constante, o que permitiu intervir e redefinir alguns passos no sentido de melhorar a coerência do projeto com o problema, a eficiência na gestão dos recursos e meios atendendo aos objetivos e a eficácia.

No âmbito da prevenção da IUACV no Hospital X, ainda existe muito a fazer, o PIS debruçou sobre uma das IACS que mais atingem os doentes no Hospital, permitiu despertar atenções, direcionar olhares para esta área e iniciar um projeto mais global a nível do Hospital. Dados estatísticos dos relatórios de VE para MOMR de 2009 e 2010 (CCI, 2009 e 2010), apontam os serviços de Medicina com taxas significativas de IUACV, sendo por isso serviços a considerar em próximas intervenções, em particular auditorias e implementação de medidas conducentes a boas práticas na prevenção da IUACV.

A criação de uma nova grelha de auditoria surge como uma parte fulcral no processo de auditoria a outros serviços e de criação de condições de manutenção e desenvolvimento de um programa de melhoria contínua de qualidade e de gestão do risco.

Torna-se importante referir que criação da bundle é apenas o início, para ser eficaz pressupõe divulgação, compromisso e empenhamento da equipa na redução da IUACV, monitorização e feedback do cumprimento de trabalho. Aqui perspetiva-se uma obrigatoriedade de continuidade para esta medida ser eficaz, existindo disponibilidade pessoal, após a elaboração do relatório para colaborar com a CCI e tornar efetiva a bundle, uma vez que o Hospital X é a instituição do meu desempenho profissional.

Após o diagnóstico de situação ter sido feito na UCIP, a formação surgiu como um método direcionado, justificado e contextualizado para atuar na melhoria dos cuidados aos doentes submetido à cateterização vesical. Todavia foi pena não se ter conseguido verificar o impacto da formação em termos de mudança comportamental e indiretamente o impacto organizacional.

Por último, suportado pela Teoria das Transições, uma das metas atingir indiretamente com o PIS, foi a promoção de uma transição saudável de indivíduos que estão a experienciar uma transição saúde e doença. Uma IACS, neste caso concreto, a IUACV tem consequências várias para o doente que põe em causa ou atrasam o processo de transição. Simultaneamente outra das metas indiretas foi promover, uma transição organizacional, tendo-se em mente um ambiente seguro e isento de riscos para o doente. Em parte pretendeu-se influenciar o ambiente de cuidados que possa constituir-se como inibidor de uma transição saudável.

O desenvolvimento de um PIS permitiu: a aquisição/aprofundamento das competências comuns definidas pela OE (2011a) e da competência específica K.3; do EEPSC, fornecer valiosos contributos na área do controlo e prevenção da infeção e ir ao encontro de um dos enunciados descritivos dos padrões de qualidade especializados.

Para a realização do PAC foi realizado, um estágio na UCIP e a metodologia que norteou este projeto foi similar ao PIS, contudo o diagnóstico de situação foi mais simples, foi feito um levantamento de necessidades informalmente resultante das vivências experienciadas enquanto enfermeiros. Envolveu a delineação de objetivos em torno das competências específicas do EEPSC, pelo que a verificação da consecução dos objetivos representou um passo muito importante na aquisição/aprofundamento das competências do EEPSC. Os objetivos a atingir na competência K.3 eram sobreponíveis com os do PIS.

O planeamento do PAC quanto à competência específica “Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação” (OE,2011b:8657) , foi a competência mais difícil de programar o seu desenvolvimento, em parte relacionada com o desconhecimento inicial dos planos de catástrofe e princípios de atuação em situações de catástrofe, princípios a atender na elaboração dos planos de catástrofe.

Outra das dificuldades residiu na escolha de objetivos exequíveis, dado o curto espaço de tempo. Tratava-se de uma área que possibilitava a realização de um PIS e que

constitui uma oportunidade de intervenção especializada: divulgação do PEI do Hospital e interno, simulacros, elaboração do PEI da UCIP.

Com o sentido de procurar subsídios para a realização desta competência foi tomado conhecimento do PEI do Hospital e integrou-se o grupo de trabalho responsável pela elaboração do PEI da UCIP. Neste contexto realizou-se um fluxograma acerca da falha de gases medicinais na UCIP, que representa uma intervenção num tipo de incidente com elevado impacto nos doentes internados na unidade pelas necessidades de suporte de ventilação mecânica. Outro dos objetivos, consistia na realização de um poster sobre a atuação em caso de emergência interna na UCP, que revelou ser representou uma forma de esquematizar, estruturar, ajudar a coordenar e ser um meio de consulta rápida das atuações a executar em caso de emergência interna.

A dificuldade encontrada no planeamento da competência k. 1 “cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica” (OE, 2011b: 8657), foi a abrangência das suas unidades de competência. Dois dos objetivos traçados incidiram sobre formar/treinar a equipa de enfermagem, um no âmbito do choque séptico e outro na comunicação de más notícias. O terceiro dos objetivos foi a realização de um dossiê temático na área da desfibrilhação.

Os indicadores de avaliação traçados nos objetivos das competências específicas foram atingidos, assim como pensamos ter atingido os critérios de avaliação das unidades de competência.

Do ponto vista interinstitucional, com a realização do PIS e PAC é estabelecida uma ponte entre escola e hospital, afastando as críticas realizadas às instituições de ensino sobre a dissociação da teoria e prática. Outra das características inerentes dos projetos é a proatividade e constituirmo-nos como agentes de mudança.

O desenvolvimento das competências do Mestre, foi um processo contínuo ao longo do curso, progressivo e por vezes invisível. A sua aquisição teve como suporte a metodologia do projeto, a execução do PIS e do PAC. Outro contributo importante foi o trabalho de Supervisão de Cuidados, também pela metodologia e raciocínio a que nos obrigou. O que foi de encontro a dois pontos determinantes para atribuição de um título de Mestre (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2006:2247):

- “Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;”

- “Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;”

A própria realização deste relatório, com a inclusão de um artigo também fez parte do processo de aquisição das competências do Mestre, em particular na competência do Mestre em EMC, “realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando formação, a investigação, as políticas de saúde e a administração em Saúde em geral e em Enfermagem em particular” (IPS 2011:5). Constituem também uma condição para atribuição do grau de Mestre: “ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades” (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2006:2246).

Por ultimo o curso promoveu um desenvolvimento pessoal, na área da investigação, prática baseada na evidência, análise de casos de forma multidimensional, aprendizagens de novos métodos (auditoria, bundle, adaptação de guideline o ADAPTE e AGRREEII, artigo, poster, fluxograma, programação de formações, FMEA....) o que promoveu outro dos requisitos que um Mestre deve ter: “competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo” (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2006:2246).

A confrontação com situações novas, o tempo limitado para cumprir o PIS e o PAC associado ao tempo despendido para estágio, aulas, exercício profissional, trabalhos escolares; metodologia de projeto, metodologias usadas pela primeira vez, estágio em local diferente do local de trabalho e contacto com experiências novas, articulação multiprofissional são situações que testaram os limites e capacidades pessoais. Além de permitirem um maior autoconhecimento pessoal, o confronto com dificuldades e a necessidade de as superar, procurando as formas e métodos mais adequados permitiram também o desenvolvimento pessoal.

A descrição do processo de desenvolvimento de competências, sejam elas comuns específicas ou de um Mestre, através deste relatório não reflete na sua totalidade as aprendizagens efetuadas nos locais de estágio e nas aulas, dada a sua complexidade e

variedade. Canário (2000:30), relativamente aos efeitos da formação integrada no exercício do trabalho, evidencia: “

“o carácter complexo das competências produzidas; o alargamento do campo representacional dos interessados ao conjunto da função em que participam; a aquisição de competências cognitivas, nomeadamente de saberes fazer mentais de um elevado grau de polivalência, o desenvolvimento de disposições de autonomia, responsabilidade, motivação, sentido de iniciativa e capacidades relacionais.”

Mais importante que a descrição do desenvolvimento de competências será a tradução futura no exercício profissional, com vista a valorizar e precisar o papel do EMC junto dos doentes/grupos/comunidade, dos outros profissionais, pares, políticos e público.

Por tudo isto venho solicitar a obtenção de título de Mestre em EMC.

6.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abraham, E; Levy, M.; Fink, M.; Marshall, J. Angus, D.; Cook, D. et al (2003). 2001 SCCM/ESICM/ACCP/ATS/SIS International Sepsis Definitions Conference. *Intensive Care Med.* 29, 530 -538. Acedido a 14 de Abril em <http://www.esicm.org/data/upload/pdf/08-library/0a-guidelines-recommendations/sepsis/file4.pdf>
- ADAPTE Collaboration (2007). Manual for Guideline Adaptation: version 1Acedido a 7 de Fevereiro de 2012 em www.adapte.org
- Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS] (2007). Manual de auditoria interna: hospitais. Acedido em 29 de Novembro de 2011 em http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/InFormacao/ACSS_MAI_Hospitais_ParteI.pdf
- AGREE Next Steps Consortium (2009). *The AGREE II Instrument* . 1Acedido a 7 de Fevereiro de 2012 em <http://www.agreetrust.org>.
- Allen, M. (2003). Choque. In Marek, J.; Phipps, W.; Sands, J. , *Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e prática clínica (6ª edição – pp 497-523)*. Loures: Lusociência
- Alligood, M.; Tomey; A. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de Enfermagem (5ªedição)*. Loures: Lusociência
- Apóstolo, J. & Gameiro, M. (2005, Dezembro). Referências Onto-epistemológicas e Metodológicas da Investigação em Enfermagem: uma análise crítica. *Referência, 1 (II Série)*, 29-38
- Assembleia da República (1990). Lei nº 48/90 de 24 de Agosto: Lei de Bases da Saúde. *Diário da República*, 1.ª série, nº 195, 3452- 3459
- Assembleia da República (2005). Constituição da República Portuguesa: VII Revisão Constitucional [2005]. Acedido a 7 de Dezembro de 2011 em <http://www.parlamento.pt/Legislacao/Documents/constpt2005.pdf>

- Assembleia da República (2006). Lei nº27/2006 de 3 Julho: Lei de Bases da Proteção Civil. *Diário da República*, 1.ª série, nº126, 4696-4706
- Assembleia da República (2009). Lei nº111/2009 de 16 de Setembro: Procede à primeira alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei nº104/98, de 21 de Abril, *Diário da República*, 1.ª série, nº 180, 6528-6550
- Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology [APIC] (2008). *Guide to the Elimination of Catheter-Associated Urinary Tract Infections (CAUTIs): Developing and Applying Facility-Based Prevention Interventions in Acute and Long-Term Care Settings*. Acedido em 5 de Dezembro de 2011 em http://www.apic.org/Content/NavigationMenu/PracticeGuidance/APICEliminationGuides/CAUTI_Guide_0609.pdf
- Autoridade Nacional de Proteção Civil [ANPCl (2008). Cadernos Técnicos Prociv 4: Estabelecimentos de apoio social a pessoas idosas. Manual para a elaboração de planos de segurança. Acedido a 5 de Maio de 2012 em www.prociv.pt
- Barbosa, A. & Neto, I. (2010) *Manual de Cuidados Paliativos* (2ª edição). Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto Editora
- Bento, M. (1997). *Cuidados e formação em Enfermagem: que identidade*. Lisboa: Fim de Século Edições LDA.
- Beauchamp, T. & Childress, J. (2002) – *Princípios de ética Biomédica*. São Paulo: Edições Loyola.
- Botelho, M.; Castro, C.; Vilelas, J. (2011, Setembro). A Experiência vivida da pessoa doente internada numa UCI: Revisão sistemática da literatura. *Pensar Enfermagem* (Volume 15 nº2), 41-59
- Burke, J. (2003). Infection control: a problem for patient safety. In *New England Journal of Medicine*, 348, 651-656. Acedido em 29 de Novembro de 2011 em <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp020557>
- Canário, R. (2000). *Educação de adultos: um campo e uma problemática*. Lisboa: Educa Formação

- Carper, B. (1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. Acedido a 7 de Dezembro de 2011 em http://journals.lww.com/advancesinnursingscience/Citation/1978/10000/Fundamental_Patterns_of_Knowing_in_Nursing.4.aspx
- Centre for Disease Control and Prevention [CDC] (2012). *Catheter-Associated Urinary Tract Infection (CAUTI) Event*. Acedido em 1 de Abril de 2012 em <http://www.cdc.gov/nhsn/pdfs/pscmanual/7psccauticurrent.pdf>
- Chambel, M. & Curral, L.(2008). *Psicologia Organizacional: da estrutura à cultura*. Lisboa: Livros Horizonte.
- Chick, N. & Meleis, A (1986)Transitions a nursing concern. In Meleis, A. (2010) *Transitions Theory: middle range and situation specific theories in nursing research and practice* (1ª Edição, p 24-36). Nova Iorque: Springer Publishing Company
- Comissão de Controlo de Infecção [CCI] (2009). *Relatório de VE das Bacteriologias Positivas para MOMR*. Relatório não publicado. Hospital X, Lisboa
- Comissão de Controlo de Infecção [CCI] (2010). *Relatório de VE das Bacteriologias Positivas para MOMR*. Relatório não publicado. Hospital X, Lisboa
- Conway, L. & Larson, E. (2012) Guidelines to prevent catheter-associated urinary tract infection:1980 to 2010. Acedido em 31 de Maio de 2012 em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3362394/>
- Costa, L. & Príncipe, P. (2005). Infecção do tracto urinário. In *Revista Portuguesa de Clínica Geral* 21: 219-225. Acedido em 5 de Dezembro de 2011 em <http://www.apmcg.pt/files/54/documentos/20070528151555338305.pdf>
- Coutinho, C. (2011). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: teoria e prática*. Coimbra: Edições Almedina
- Cunha, M.; Cardoso, C.; Cunha, R. & Rego, A. (2003). *Manual de comportamento organizacional e gestão*. Lisboa: Editora RH.
- Deodato, S. (2010, Outubro-Dezembro). Supervisão de Cuidados: uma estratégia curricular em Enfermagem. *Percursos*, 18, 3-7
- Direção de enfermagem (2008). *Plano de ação*. Documento não publicado. Hospital X, Lisboa

- Direcção-Geral da Saúde [DGS] (2001). *Rede hospitalar de urgência/emergência*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Direcção Geral de Saúde [DGS] (2003a). *Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.
- Direcção Geral de Saúde [DGS] (2003b). CIRCULAR NORMATIVA n.º 9/DGCG de 6 de Junho - A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor. Lisboa: DGS. Acedido a 23 de Junho em http://www.apcp.com.pt/uploads/Dor-5_sinal_vital.pdf
- Direcção Geral de Saúde [DGS] (2007). Circular normativa nº 18/DSQC/DSC de 15 Outubro. Acedido a 27 de Janeiro de 2012 em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i009189.pdf>
- Direcção Geral de Saúde [DGS] (2008a). *Programa nacional de prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde: Manual de operacionalização*. Acedido em 29 de Novembro de 2011 em http://www.arslvt.minsaude.pt/SiteCollectionDocuments/SPublica/Controlo%20Infeccao/SP_ManualdeOperacionalizacao.pdf
- Direcção Geral de Saúde [DGS] (2008b). CIRCULAR NORMATIVA n.º11/DSCS/DPCD de 18 de Junho – Plano Nacional de Controlo da Dor. Lisboa: DGS. Acedido a 23 de Junho em <http://www.minsaude.pt/NR/rdonlyres/6861126B-C57A-46E1-B065-316C0CF8DACD/0/ControlodaDor.pdf>
- Direcção Geral de Saúde [DGS] (2009). *Vigilância epidemiológica das infeções associadas aos cuidados de saúde: critério para definição de infeções nos cuidados de saúde de agudos*. Acedido a 3 de Dezembro de 2011 em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i010692.pdf>
- Direcção Geral de Saúde [DGS] (2010). Relatório Inquérito de Prevalência de Infeção 2010: *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde*. Acedido em 29 de Novembro de 2011 em <http://www.dgs.pt/ms/3/pagina.aspx?codigoms=5514&back=1&codigono=00020034AAAAAAAAAAAAAAAA>
- Direcção Geral de Saúde [DGS] (2010b). Circular normativa nº 01/DQS/DQCO de 1 Julho. Acedido a 27 de Janeiro de 2012 em <http://www.minsaude.pt/NR/rdonlyres/051D4394-95FA-419F-98D7AEED26D1E3E/0/i012305.pdf>

- Direção Geral de Saúde [DGS] (2010c). Circular normativa nº 01/DQS/DQCO de 6 Janeiro. Acedido a 14 de Abril em <http://www.dgs.pt/ms/8/paginaRegisto.aspx?back=1&id=15888>
- Direção Geral de Saúde [DGS] (2010d). Orientação nº7 de 6 Junho: elaboração de um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde. Acedido a 14 de Abril em <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/A40A7050-17E4-4CAC-9C9D2FECB0C05FA1/0/i013429.pdf>
- Direção Geral de Saúde [DGS] (2011a). Circular normativa nº 13/DQS/DSD de 14 Junho. Acedido a 27 de Janeiro de 2012 em <http://www.dgs.pt/ms/3/paginaRegisto.aspx?back=1&id=16279>
- Direção Geral de Saúde [DGS] (2011b). Programa nacional de acreditação em saúde: Manual de Acreditação de Unidades de Saúde. Acedido a 27 de Setembro de 2012 em <http://www.dgs.pt/ms/8/default.aspx?id=5521>
- Ersoz, C. & Leebov, W. (1991). The health care manager's guide to continuous quality improvement. USA: AHA
- European Council of Resuscitation [ERC] (2010a). *Recomendações 2010 para a reanimação do European Council of Resuscitation*. Porto: Conselho Português de Reanimação. Acedido em 5 de Julho de 2012 em <https://www.erc.edu/index.php/doclibrary/en/231/1/>
- European Resuscitation Council [ERC] (2010b). *European Resuscitation Council: Guidelines for Resuscitation 2010*. Acedido a 27 de Janeiro de 2012 <http://www.cpressuscitacao.pt/files/2/documentos/20101025153119640078.pdf>
- Fallowfield, L. & Jenkins, V. (2004). Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. In *Lancet*, 363, 312-319
- Ferrito, C.; Ruivo, A.; Andrade, C.; Dias, T., Fernandes, C., Gonçalves *et al* (2010), Janeiro – Março). Metodologia de Projeto: coletânea descritiva de etapas. *Percursos*, 15, 1-35
- Fortin, M. (2009). *O processo de investigação: da conceção à realização*. (5ª edição). Loures: Lusociência. (Original publicado em 1996).
- Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee [HICPAC] (2009). *Guideline for prevention of catheter-associated urinary tract infections 2009*.

Acedido em 29 de Novembro de 2011 em http://www.cdc.gov/hicpac/cauti/001_cauti.html

- Hughes, R. (2008). Tools and Strategies for Quality Improvement and Patient Safety. In Hughes (2008) *Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses*. Rockville : Agency for Healthcare Research and Quality (volume 3 p 1-38)
- Hesbeen, W. (2001). Qualidade em enfermagem. Loures: Lusociência
- Infection Control Nurses Association [ICNA] (2004). Audit Tools for monitoring infection control standarts. Acedido em 29 de Novembro de 2011 em http://www.inicc.org/guias/audit_tools_acute.pdf
- Infectious Diseases Society of America [IDSA](2009). *Diagnosis, Prevention, and Treatment of Catheter-Associated Urinary Tract Infection in Adults: 2009 International Clinical Practice Guidelines*. Acedido a 12 December 2011 em <http://www.auanet.org/content/media/IDSAUrinaryTractInfctAdlts2009.pdf>
- Infopédia (2012). Enciclopédia e dicionários Porto editora: Dicionário de Língua Portuguesa. Acedido em 1 Maio de 2012 em <http://www.infopedia.pt/lingua-portuguesa/dossier>
- Internacional Council of Nurses [ICN] (2005)– *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: versão beta 2 (3ª edição)*. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- Internacional Council of Nurses [ICN] (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: versão 2.0*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge [INSA] (2002). *Prevenção de infeções adquiridas no hospital: um guia prático*. Acedido em 29 de Novembro de 2011 em http://www.bvsde.ops-oms.org/bvsacd/cd49/man_oms.pdf
- Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge [INSA] (2004). *Recomendações para a prevenção da infeção do trato urinário: algaliação de curta duração*. Acedido em 29 de Novembro de 2011 em <http://www.dgs.pt/ms/3/paginaRegisto.aspx?back=1&id=12426>
- Instituto Politécnico de Setúbal [IPS]; Departamento de Enfermagem. (2011a). Fundamentos, enquadramento e roteiro normativo do Trabalho de Mestrado.

Acedido em 1 de Abril de 2012 em <http://moodle.ess.ips.pt/mod/resource/view.php?id=7809>

- Instituto Politécnico de Setúbal [IPS]; Departamento de Enfermagem; Nunes, L. & Ruivo, M. (2011b). Regulamento do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Acedido em 29 de Novembro de 2011 em <http://moodle.ips.pt/ess/mod/resource/view.php?inpopup=true&id=19116>
- Instituto Tecnológico MAPFRE [ITSEMAP], Serviço de Utilização Comum dos Hospitais [SUCH] (2008). *Plano de Emergência Interno: Hospital X*. Manual não publicado, Hospital X, Lisboa.
- Kovacs, B., Johansen, T., Matsumoto, T., Naber, K. , Tambyah, P., Tenke, P. (2008). European and Asian Guidelines on management and prevention of catheter-associated urinary tract infections. In *International Journal of Antimicrobial Agents* 31S, 68-S78. Acedido em 5 de Dezembro de 2011 em http://www.escmid.org/fileadmin/src/media/PDFs/4ESCMID_Library/2Medical_Guidelines/other_guidelines/Euro_Asian_UTI_Guidelines_ISC.pdf
- Leal, M. (2006). *A CIPE e a visibilidade da enfermagem: Mitos e realidades*. Loures: Lusociência
- Lough, M.; Stacy, K.& Urden, L. (2008). *Enfermagem de Cuidados Intensivos: diagnóstico e intervenção* (5º Edição). Loures: Lusociência
- Lourenço, J. (2004). *Ferramentas do aprendiz de filósofo*. Porto: Porto Editora.
- Malglaive, G. (1995). *Ensinar adultos*. Porto: Porto Editora. (Original publicado em 1990)
- Mão de Ferro, A. (1999). *Na rota da pedagogia*. Lisboa: Edições Colibri
- Meleis, A. & Shumacher, K. (1994) Transitions a central concept in nursing. In Meleis, A. (2010) *Transitions Theory: middle range and situation specific theories in nursing research and practice* (1ª Edição, p 38-48). Nova Iorque: Springer Publishing Company
- Meleis, A.; Sawyer, L.; Im, E.; Messias, D.; Shumacher, K. (2000). Experiencing: an emerging middle-range theory. In Meleis, A. (2010) *Transitions Theory: middle range and situation specific theories in nursing research and practice* (1ª Edição, p 52-65). Nova Iorque: Springer Publishing Company

- Meleis, A. & Trangenstein, P. (1994). Facilitating transitions: Redefinition of the nursing mission. In Meleis, A. (2010) *Transitions Theory: middle range and situation specific theories in nursing research and practice* (1ª Edição, p 65-70). Nova Iorque: Springer Publishing Company
- Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior (2006). Decreto-Lei nº 74/2006 de 24 de Março: Graus académicos e diplomas do Ensino Superior, com as alterações do Decreto-Leiº 107/2008 de 25 de Julho e pelo Decreto-Lei nº230/2009 de 14 de Setembro. Diário da República, 1.ª série, nº 60, 2242- 2257
- Moran, J. (2011). Quality Improvement Methods & Tools. Acedido em 7 de Abril de 2012 em http://www.cdc.gov/stltpublichealth/nphii/nphiimeeting/meetingdocs/qualityimprovement/QIMethods_JMoran_2011.pdf
- Morton, P. Fontaine, D. Hudak, C. & Gallo, B. (2007). Cuidados críticos de enfermagem: uma abordagem holística. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan (Original publicado em 2005)
- Moura, C. (2000) - Análise de modo e efeitos de falha potencial (FMEA): Manual de referência Acedido em 29 de Novembro de 2011 em <http://www.estv.ipv.pt/PaginasPessoais/amario/Unidades%20Curriculares/Inova%C3%A7%C3%A3o/Textos%20apoio/FMEA.pdf>
- National Institute for clinical Excellence [NICE] (2002). Principles for best practice in clinical audit. Acedido em 29 de Novembro de 2011 em <http://www.nice.org.uk/media/796/23/BestPracticeClinicalAudit.pdf>
- Neto, I. ;Querido, A.; Salazar, H. (2010). Comunicação. In Barbosa, A.; Neto, I., *Manual de Cuidados Paliativos* (2ª edição – pp. 461-486). Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa
- Núcleo de Estudos e Formação em Organização e Gestão da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra [NEFOG] (2007). *Manual do formador: da liderança situacional à liderança transformacional*. Porto: Bee Consulting
- Nunes, L. (2004, Julho). Configurando a relação bioética e ética de enfermagem. *Ordem dos Enfermeiros*, 13, 7-10

- Nunes, L. (2008, Janeiro-Março). Enfermagem, desafios da disciplina e da profissão. *Percursos*, 7, 4-17
- Nunes, L. et al (2009, Outubro-Dezembro). Sinopse de métodos e técnicas de colheita informação. *Percursos*, 14, 20-24
- Nunes, L. (2010, Julho-Setembro). Do perito e do conhecimento em enfermagem: uma exploração da natureza e atributos dos peritos e dos processos de conhecimento em enfermagem. *Percursos*, 17, 3-9
- Organização Mundial de Saúde [OMS] (2009). Estrutura conceptual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente: relatório técnico final. Acedido em 10 de Fevereiro de 2012 em http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Documents/2011/ClassificacaoISegDoente_Final.pdf
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (1998). Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro: Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei nº 104/98 de 21 de Abril. Acedido a 7 de Dezembro de 2011 em <http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem. Acedido a 27 de Janeiro de 2012 em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/PadroesqualidadeCuidadosEnfermagem.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2003). *Código Deontológico do Enfermeiro: anotações e comentários*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros, Conselho Enfermagem (2004). *Divulgar: Competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Lisboa: Ordem dos enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2006). Tomada de posição: Investigação em Enfermagem. Acedido a 2 de Agosto de 2012 em http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2008). *Dor: Guia Orientador de Boa Prática*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 23 de Junho em <https://membros.ordemenfermeiros.pt/Publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>

- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2011a). Regulamento nº122/2011:Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. *Diário da República*, 2.^a série, nº35, 8648-8653
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2011b). Regulamento nº124/2011:Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica. *Diário da República*, 2.^a série, nº35, 8656-8657
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2011c). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Acedido a 27 de Janeiro de 2012 em <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEEPessoaSituacaoCritica.pdf>
- Ordem do Médicos & Sociedade Portuguesa Cuidados Intensivos (2008). Transporte de Doentes Críticos: recomendações. Acedido a 27 de Janeiro de 2012 em http://www.spci.pt/Docs/GuiaTransporte/9764_miolo.pdf
- Palacios, M.; Torrent, R.; Cabrera, L.; Garcia, J.; Campos, S. & Miguel, V.(2010, Abril).Plan de evacuación de la unidad de cuidados intensivos: un nuevo indicador de calidad?. *Med. Intensiva*; 3 (34), 198 – 203 Acedido a 5 de Maio de 2012 em <http://scielo.isciii.es/pdf/medinte/v34n3/punto.pdf>
- Pereira, M. (2005). *Comunicação de más notícias em saúde e gestão do luto: contributos para a formação em enfermagem*. Dissertação para obtenção do grau de Doutor em Ciências de Educação, Universidade do Porto, Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação, Porto. Acedido a 22 de Maio em <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/22906>
- Pina, E.; Ferreira, E.; Marques, A; Matos, B.(2010). Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. In *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, vol 10, 25-39. Acedido em 29 de Novembro de 2011 em <http://www.elsevier.pt/en/node/2455666>
- Puntillo, K., Pasero, C., Li, D., Mularski, M., Grap, B., Erstad, B. et al. (2009).Evaluation of pain in ICU patients. In *Chest*, 135, 1069-1074. Acedido em 15 de Junho de 2012 em <http://journal.publications.chestnet.org/data/Journals/CHEST/22149/zcb00409001069.pdf>

- Resar, R.; Griffin, F.; Haraden, C.; Nolan, T.(2012). *Using Care Bundles to Improve Health Care Quality*. Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2012. Acedido em 29 de Novembro em www.IHI.org
- Silva, A. (2006). *Sistemas de Informação em Enfermagem: uma teoria explicativa da mudança*. Coimbra: Formasau
- Tappen, R. (2005). *Liderança e administração em enfermagem: conceitos e prática*. (4ª edição). Loures: Lusociência
- Trautner, B. (2010). *Management of Catheter-Associated Urinary Tract Infection (CAUTI)*. Acedido em 1 de Abril de 2012 em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2865895/>
- Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente [UCIP] (2012). *Estudo retrospectivo dos doentes internados entre 2008 e 2011 na UCIP*. Relatório não publicado. Hospital X, Lisboa
- Zagonel, I. (1999, Julho). O cuidado humano transicional na trajetória de enfermagem. *Rev. Latino-am. enfermagem*, 3 (volume7), 25-32

APÊNDICES

APÊNDICE I – Grelha de observação

Práticas de prevenção da infeção urinária associadas à cateterização vesical

Serviço: _____

Data: _____

CRITÉRIOS	SIM	NÃO	N/A	Observações
PRINCIPIOS GERAIS				
É mantido o catéter pelo período mínimo necessário, e analisada regularmente a necessidade clínica de manter o catéter vesical?				
Registado no diário do doente, data e termo da cateterização vesical, quem inseriu e indicações para cateterização, número do catéter vesical e tipo?				
As lavagens e irrigações vesicais são efetuadas por razões clínicas específicas?				
A irrigação vesical quando necessária, para prevenção da obstrução é feita de forma continua e fechada?				
A irrigação vesical é realizada mantendo a assepsia e evita a contaminação do sistema de drenagem				
Na troca dos catéteres vesicais ou sistema de drenagem, são tidas em conta indicações clínicas como: a infeção, obstrução, comprometimento do sistema ou recomendações do fabricante?				
Na remoção do catéter vesical, este não é clampado?				
A escolha do catéter vesical tem em conta o conhecimento da duração prevista da cateterização?				
Na cateterização vesical de longa duração ou quando é previsível, é utilizado um cateter de silicone?				
Na escolha do catéter vesical é considerado o menor calibre possível (mulheres 12-14 Ch e nos homens 14-16 Ch)?				
Score de qualidade = nº de critérios sim/nº de critérios aplicáveis x100				

CRITÉRIOS	SIM	NÃO	N/A	Observações
INSERÇÃO DO CATÉTER VESICAL				
A cateterização vesical é feita apenas quando há indicação clínica?				
È realizada a higiene das mãos antes e depois da inserção do catéter vesical?				
O meato urinário é limpo com água estéril ou solução salina antes da inserção?				
Para a inserção do catéter vesical, são utilizadas luvas esterilizadas, campo, esponjas e/ou compressas estéreis, solução estéril para limpeza meato urinário e embalagem de uso único estéril de lubrificante?				
È mantida a técnica asséptica durante a inserção?				
Score de qualidade = nº de critérios sim/nº de critérios aplicáveis x100				
MANUTENÇÃO DO CATÉTER				
È realizada a fixação do catéter vesical, nos homens na parte superior da perna e nas mulheres na face interna da coxa?				
È realizada a higiene das mãos antes e depois da manipulação do catéter vesical?				
Após a inserção do catéter vesical este é conectado a um sistema de drenagem em circuito fechado esterilizado?				
O saco de drenagem é sempre mantido abaixo do nível da bexiga e colocado em suporte que previna o contacto com o chão?				
È mantido o cateter e sistema de drenagem sem dobras?				
A limpeza diária do meato urinário é efetuada com água e sabão?				
Score de qualidade = nº de critérios sim/nº de critérios aplicáveis x100				

CRITÉRIOS	SIM	NÃO	N/A	Observações
DESPEJO DOS SACOS DE DRENAGEM				
O saco coletor de urina é esvaziado regularmente e de acordo com o preconizado (1/2 da capacidade)?				
No despejo é usado usando um saco/recipiente limpo para cada doente, evitando salpicos e prevenindo o contacto com a válvula de drenagem/ recipiente coletor?				
São usadas luvas e avental quando indicado na manipulação do cateter e sistema de drenagem?				
A higiene das mãos e a troca de luvas é efetuada após cada despejo do saco coletor de urina?				
Score de qualidade = nº de critérios sim/nº de critérios aplicáveis x100				
COLHEITA DE URINA				
A colheita de pequenos volumes de urina (Ex urocultura ou uroanálise) é feita em local referenciado no sistema?				
O material utilizado para a colheita, seringa e recipiente para amostra, são estéreis?				
O local referenciado do sistema para a colheita é desinfetado com solução alcoólica antes da colheita?				
As colheitas de volumes maiores de urina (excepto exame cultural) são feitas assepticamente do saco de drenagem?				
Score de qualidade = nº de critérios sim/nº de critérios aplicáveis x100				
TOTAL DE SCORE DE QUALIDADE				

APÊNDICE II – Pedido de autorização

Exma. Sr.ª Enfermeira Directora do

Assunto: Pedido de autorização para desenvolvimento de um Projecto no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

HOSPITAL DE LÍBICA
JURISDICTÃO DE ENFERMAGEM

Começo assim por me apresentar para depois descrever o conteúdo do projecto em causa.

Chamo-me Pedro Miguel Faria Rodrigues, sou Enfermeiro, na UCIP do _____, detentor do número mecanográfico _____ encontro-me a frequentar o Mestrado de Enfermagem de Médico-cirúrgica, na Escola Superior de Setúbal do Instituto Politécnico de Setúbal. No contexto do Mestrado estou a realizar um estágio na CCI do _____. Faz parte dos objectivos deste estágio a formulação de um diagnóstico de situação e o planeamento de um Projecto de Intervenção em Serviço, no âmbito de uma problemática clínica de Enfermagem Médico-cirúrgica (problema/oportunidade) em contexto de estágio. O tema do projecto que pretendo levar a cabo é sobre a "Prevenção das infecções urinárias associada à algaliação na UCIP". O objectivo geral do projecto é: Divulgar medidas de boas práticas em controlo de infecção no âmbito dos cateteres vesicais e contribuir para a melhoria e qualidade dos cuidados prestados aos doentes com cateteres vesicais na UCIP".

Para dar seguimento ao projecto a primeira etapa será o diagnóstico de situação que visa elaborar um modelo descritivo da realidade sobre a qual se pretende actuar e mudar. Nesta etapa definem-se os problemas quer quantitativa quer qualitativamente, estabelecendo-se as prioridades e indicando-se as causas prováveis, seleccionando-se posteriormente os recursos e os grupos intervenientes. Com este pressuposto pretendo aplicar uma grelha de observação (ANEXO I) e um questionário à equipa de enfermagem (ANEXO II) com o intuito de observar as práticas associadas aos cuidados com o catéter vesical e determinantes organizacionais que podem ajudar na prevenção da infecção urinária, para posteriormente seleccionar meios, estratégias e acções adequadas ao problema.

As fases subsequentes serão a definição de objectivos, o planeamento e execução de acções e intervenções, a avaliação. Na última fase pretendo, se justificar-se, aplicar novamente os instrumentos de colheita de dados referidos anteriormente, de forma a avaliar e reflectir acerca do trabalho desenvolvido.

No final do Curso é pretendido um relatório do projecto e a disseminação dos resultados sob uma das seguintes formas de: artigo, poster ou comunicação, seminário aberto. Neste sentido, serve também este documento para a obtenção de consentimento para a divulgação do trabalho desenvolvido no âmbito do Projecto aplicado no serviço supracitado do _____. Comprometo-me a assegurar a confidencialidade e anonimato dos dados colhidos, da instituição e do serviço hospitalar em causa, bem como dos profissionais em causa e obter o consentimento livre e esclarecido dos profissionais envolvidos nas observações a efectuar.

No final, é minha intenção deixar na CCI e UCIP um exemplar do trabalho desenvolvido.
Sem outro assunto, peço deferimento

19 de Dezembro de 2011



APÊNDICE III – Metodologia, análise e tratamento de dados do PIS

Instituto Politécnico de Setúbal
Escola Superior de Saúde
1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Tratamento e análise dos dados do PIS

Elaborado por:
Pedro Rodrigues

Lisboa
Fevereiro, 2012

INDICE

	Pág.
1.METODOLOGIA	
1.1.GRELHA DE OBSERVAÇÃO	
1.2. QUESTIONÁRIO	
2.TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS	
1.1.GRELHA DE OBSERVAÇÃO	
1.2. QUESTIONÁRIO	

1.METODOLOGIA

No sentido de completar o diagnóstico de situação e realizar triangulação de dados, houve a necessidade de elaborar dois instrumentos de colheita de dados, um questionário e uma grelha de observação, atendendo às limitações na capacidade de medição que cada um apresenta. Irei começar por descrever a metodologia levada a cabo para depois apresentar os resultados.

A aplicação destes instrumentos pode classificar-se como enquadrada num estudo do tipo quantitativo e descritivo simples (nível I), tendo em conta que:

- A pesquisa quantitativa centra-se na “análise de factos e fenómenos observáveis e na medição /avaliação de variáveis comportamentais e ou sócio-afetivas possíveis de serem medidas, comparadas e/ou relacionadas no decurso do processo de investigação empírica”. Coutinho (2011: 24)
- Estudo descritivo simples (nível I) - A exploração e a descrição de fenómenos podem ser efetuados com ajuda de um desenho descritivo, “os estudos deste género visam denominar, classificar, descrever ou conceptualizar uma situação” (Fortin, 2009: 138)

O objetivo central deste estudo prende-se com a análise, observação e medição/avaliação de algumas variáveis relacionadas com a prevenção da IUACV, procurando descrever e explorar este fenómeno.

A elaboração dos instrumentos sustentou-se na evidência científica existente, nomeadamente nas recomendações do HICPAC (2009) acerca da prevenção da IUACV e no contexto onde foi realizado o PIS. De seguida, foram submetidos à revisão dos peritos/orientadores de estágio. Após esta fase foi solicitada autorização da Direção de Enfermagem para aplicação dos instrumentos. Previamente à distribuição dos questionários e realização das observações, procedeu-se a um pré-teste dos instrumentos, num total de 5 por cada instrumento, no sentido de eliminar ambiguidades, verificar se as questões eram bem compreendidas e os instrumentos adequados (Fortin, 2009). No final foram realizados pequenos ajustes aos instrumentos. Finalizada esta etapa iniciaram-se as colheitas de dados.

O local do estudo foi na UCIP, no hospital onde decorreu o PIS. O tratamento de dados foi realizado com recurso ao SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 12 e ao Excel.

1.1.GRELHA DE OBSERVAÇÃO

A grelha de observação criada tinha como objetivo: observar as práticas associadas à prevenção da IUACV.

A grelha teve como base o modelo de auditoria existente na CCI, a norma II/2009 do Centro Hospitalar (recomendações para a prevenção da IUACV), guidelines do HICPAC (2009) e o modelo de auditoria da Infection Control Nurses Association (ICNA).

Assim agruparam-se os critérios em cinco categorias: princípios gerais, inserção da algália, manutenção do catéter, despejo dos sacos de drenagem e colheita de urina. Conforme o observado, cada critério podia ser classificado de sim, não e não aplicável (no caso de um item não ser observável por algum motivo). As respostas sim correspondiam às conformidades com a evidência e preconizado e as respostas não ao inverso. Foi colocada uma coluna para registar algum comentário que pudesse ser pertinente nas observações.

No final de se completar a observação foi possível calcular os scores de qualidade/taxa de cumprimento parciais por categoria e total, recorrendo à fórmula: $\text{n}^\circ \text{ total de respostas sim} / \text{n}^\circ \text{ total de respostas (todas as respostas sim e não)} \times 100$, excluindo as respostas não aplicável e multiplicar posteriormente o valor obtido por 100. Estes scores permitem avaliar as taxas de cumprimento de uma forma global e estabelecer comparações futuras, o que é fundamental num programa de melhoria contínua da qualidade.

De acordo com o ICNA (2004) conforme os scores obtidos pode-se fazer a seguinte classificação:

- 75% ou menos – cumprimento mínimo das recomendações
- 76 – 84% - cumprimento parcial das recomendações
- 85% - cumprimento das recomendações

Um das questões que se coloca na realização de uma observação é o da subjetividade e possível enviesamento por parte dos diferentes investigadores (Fortin 2006), neste caso houve apenas um investigador, minimizando-se esta questão.

As observações efetuadas foram do tipo não participante, realizadas preferencialmente:

- No período da manhã devido ao facto de haver uma probabilidade maior de poderem ser observados maior número de itens.
- Sempre que ocorresse uma colheita de urina ou inserção do catéter vesical, uma vez que eram as categorias em que se previa uma maior dificuldade na observação

O período estipulado para as observações foi de 20 de Dezembro de 2011 a 25 de Janeiro de 2012 e teve como limitações o baixo número de camas na UCIP e as oportunidades de observar a inserção de algália e colheita de urina.

Como critério de exclusão, foi utilizado: doentes que não tivessem sido algaliados na UCIP.

O processo de amostragem selecionado foi tipo não probabilístico accidental, observando-se os cuidados prestados pelos enfermeiros relacionados com a cateterização vesical e os assistentes operacionais no caso dos despejos dos sacos de drenagem.

1.2.QUESTIONÁRIO

O questionário foi aplicado no período de 1 a 10 de Janeiro, à equipa de enfermagem da UCIP (amostra total de 22) que por sua vez era composto por 16 questões divididas em 5 partes, que tinha como objetivos:

- Caracterizar a equipa de enfermagem da UCIP
- Perceber se os enfermeiros conheciam a norma/ recomendação da CCI para a prevenção da IUACV do hospital;
- Conhecer os níveis de formação da equipa de enfermagem relativamente ao tema referido
- Determinar o conhecimento das taxas de infeção
- Avaliar algumas atitudes e práticas associadas ao uso apropriado do catéter vesical que seriam difíceis de observar tendo em conta o tempo e o contexto da unidade de cuidados intensivos

Recorreu-se à técnica de amostragem não probabilística por conveniência para aplicação do instrumento de colheita de dados supracitado. A amostra alvo foram todos os enfermeiros da UCIP, num total de 22 pessoas, tendo como critério de exclusão: ser chefe e elemento dinamizador da CCI.

.

2. TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

2.1. GRELHA DE OBSERVAÇÃO

Em termos do resultado global do score de qualidade e olhando para a tabela, obteve-se um cumprimento mínimo das recomendações, com uma média de 71,57%, o mínimo foi de 60%, o máximo de 70%, a moda de 60 e uma mediana de 70,2 conforme a tabela 18.

	n	Xmin	Xmax	$\bar{X}$	M _o	Md	s
Score total	20	60	86,96	71,57	60	70,2	7,48

Tabela 1 - Estatística dos scores de qualidade obtidos

Na análise dos scores por categorias, obteve-se um cumprimento mínimo das recomendações nas categorias: “manutenção do catéter” com 59, 17%, “inserção do catéter vesical” com 64%, “despejo dos sacos de drenagem” com 71,25%. Nas categorias “princípios gerais” (85, 94%) e “colheita de amostras de urina” (95,45%) obtivemos um cumprimento das recomendações.

	Score Princípios gerais	Score Inserção catéter vesical	Score Manutenção catéter	Score Despejo sacos drenagem	Score Colheita de urina
n	20	10	20	20	11
Xmin	62,50	40	50	50	50
Xmax	100	100	66,67	100	100
$\bar{X}$	85,94	64	59,17	71,25	95,45
M_o	100	40	66,67	75	100
Md	81,67	60	66,67	75	100
s	12,92	20,66	8,51	14,68	15,08

Tabela 2 - Estatística dos scores de qualidade parciais obtidos

Numa análise mais pormenorizada a todos os itens observados destacaram-se em termos de inconformidades com um cumprimento mínimo das recomendações: a contaminação do sistema de drenagem durante a irrigação vesical (16,7%); a falta de higienização das mãos em diversos momentos (10%); a escolha do catéter vesical não contempla o menor calibre possível (57,9%); a ausência de campo esterilizado (40%); a

fixação do catéter vesical (0%); o saco de drenagem em contacto com o chão (55%) e a manutenção da técnica asséptica durante a inserção (70%), neste item se consideramos a falta de higiene das mãos antes como componente essencial para a técnica assética o cumprimento mínimo situa-se nos 10%.

Critérios		Nº Obs.	% sim	% não	Comentário
Princípios gerais	É mantido o catéter pelo período mínimo necessário, e analisada regularmente a necessidade clínica de manter o catéter vesical?	20	100	0	
	Registado no diário do doente, data e termo da cateterização vesical, quem inseriu e indicações para cateterização vesical, número do catéter vesical e tipo?	18	100	0	
	As lavagens e irrigações vesicais são efetuadas por razões clínicas específicas?	6	100	0	Lavagens vesicais realizadas para verificação da permeabilidade do catéter vesical / despiste de obstrução
	A irrigação vesical quando necessária, para prevenção da obstrução é feita de forma continua e fechada?	0	0	0	
	A irrigação vesical é realizada mantendo a assepsia e evita a contaminação do sistema de drenagem	6	16,7	83,3	
	Na troca de catéteres vesicais ou sistema de drenagem, são tidas em conta indicações clínicas como: a infeção, obstrução, comprometimento do sistema ou recomendações do fabricante?	12	75	25	Catéter vesical trocado por rotina em 3 casos
	Na remoção do catéter vesical, este não é clampado?	10	90	10	
	A escolha do catéter vesical tem em conta o conhecimento da duração prevista da cateterização?	19	94,7	5,3	
	Em cateterização vesical de longa duração ou quando é previsível, é utilizado um cateter de silicone?	17	94,1	5,9	
	Na escolha do catéter vesical é considerado o menor calibre possível (mulheres 12-14 Ch e nos homens 14-16 Ch)?	19	57,9	42,1	
Inserção algália	A cateterização vesical é feita apenas quando há indicação clínica?	10	100	0	
	É realizada a higiene das mãos antes e depois da inserção do catéter vesical?	10	10	90	
	O meato urinário é limpo com água estéril ou solução salina antes da inserção?	10	100	0	
	Para a inserção do catéter vesical, são utilizadas luvas esterilizadas, campo, esponjas e/ou compressas estéreis, solução estéril para limpeza meato urinário e embalagem de uso único estéril de lubrificante?	10	40	60	Não foi utilizado campo esterilizado
	É mantida a técnica asséptica durante a inserção?	10	70	30	Contaminação do material na execução da técnica tendo como

					causa provável a falta de campo esterilizado
Manutenção do catéter	É realizada a fixação do catéter vesical, nos homens na parte superior da perna e nas mulheres na face interna da coxa?	20	0	100	
	É realizada a higiene das mãos antes e depois da manipulação do cateter vesical?	20	0	100	
	Após a inserção do catéter vesical este é conectado a um sistema de drenagem em circuito fechado esterilizado?	20	100	0	
	O saco de drenagem é sempre mantido abaixo do nível da bexiga e colocado em suporte que previna o contacto com o chão?	20	55	45	Saco de drenagem em contacto com o chão
	É mantido o cateter e sistema de drenagem sem dobras?	20	100	0	
	A limpeza diária do meato urinário é efetuada com água e sabão?	20	100	0	
Despejo dos sacos de drenagem	O saco coletor de urina é esvaziado regularmente e de acordo com o preconizado (1/2 da capacidade)?	20	85	15	
	No despejo é usado usando um saco/recipientes limpo para cada doente, evitando salpicos e prevenindo o contacto com a válvula de drenagem/ recipiente coletor?	20	100	0	
	São usadas luvas e avental quando indicado na manipulação do cateter e sistema de drenagem?	20	90	10	
	A higiene das mãos e a troca de luvas é efetuada após cada despejo do saco coletor de urina?	20	10	90	
Colheita de urina	A colheita de pequenos volumes de urina (Ex urocultura ou uroanálise) é feita em local referenciado no sistema?	3	66,6	33,3	
	O material utilizado para a colheita, seringa e recipiente para amostra, são estéreis?	11	100	0	Colheita de urina efetuada no momento da algáliação, antes da conexão a sistema fechado em 8 casos
	O local referenciado do sistema para a colheita é desinfetado com solução alcoólica antes da colheita?	2	100	0	
	As colheitas de volumes maiores de urina (excepto exame cultural) são feitas assepticamente do saco de drenagem?	0	0	0	

Tabela 3 - Percentagens dos itens da grelha de observação e comentários associados

2.2. QUESTIONÁRIO

Parte 1 – Caracterização da amostra

O grupo de enfermeiros inquiridos foi caracterizado quanto à idade, por uma média de 34,68 anos, um mínimo de 27, um máximo de 55 anos, uma moda de 29, uma mediana de 31 e um desvio padrão 7,828 (Tabela 4)

	n	Xmin	Xmax	$\bar{X}$	M _o	Md	s
Idade	22	27	55	34,68	29	31	7,828

Tabela 4 - Caracterização da amostra quanto á idade

Do total da amostra, 18 (81,8%) são do sexo feminino e 4 (18,2%) do sexo masculino, conforme a tabela 5.

Sexo	n°	%
Masculino	4	18,2
Feminino	18	81,8
Total	22	100

Tabela 5 - Caracterização da amostra quanto ao sexo

Relativamente à experiência profissional, a média situa-se 10,795 anos, o mínimo nos 5 anos, o máximo nos 30 anos, a moda nos 5anos, a mediana nos 7 anos e o desvio padrão nos 6,794 (Tabela 6).

	n	Xmin	Xmax	$\bar{X}$	M _o	Md	s
Experiência profissional	22	5	30	10,795	5	7	6,794

Tabela 6 - Caracterização da amostra de acordo com a experiência profissional

No que diz respeito ao tempo de exercício profissional na UCIP, a média é de 6,955 anos, o mínimo de 1,5, o máximo de 22, a moda de 5, a mediana de 5 e o desvio padrão de 4,9615 (Tabela 7).

	n	Xmin	Xmax	$\bar{X}$	M _o	Md	s
Tempo na UCIP	22	1,5	22	6,955	5	5	4,9615

Tabela 7 - Caracterização da amostra segundo a experiência profissional na UCIP

Dos enfermeiros da amostra, 18 (81,8%) tem o grau de licenciado e 4 (18,2%) o título de especialista (Tabela 8).

Habilitações Literárias	nº	%
Licenciatura	18	81,8
Especialidade	4	18,2
Total	22	100

Tabela 8 - Habilitações literárias da amostra

Dos enfermeiros que possuem título de especialista e colaboram no questionário, 3 (75%) são especialistas em reabilitação e 1 (25%) em Médico-cirúrgica (Tabela 9).

Especialidade	nº	%
Reabilitação	3	75
Médico-cirúrgica	1	25
Total	4	100

Tabela 9 - Distribuição dos títulos de especialistas existentes na amostra pelo tipo

Parte 2 – Normas/ Recomendações da CCI

Na questão relativa ao conhecimento das recomendações CCI para a prevenção da IUACV, 15 enfermeiros (68,2%), referem que conhecem enquanto 7 (31,8%) referem que não conhecem. (Tabela 10)

Conhecimento das recomendações	nº	%
Sim	15	68,2
Não	7	31,8
Total	22	100

Tabela 10 - Caracterização da amostra quanto ao conhecimento das recomendações CCI

Dos 15 enfermeiros que responderam que conhecem as recomendações da CCI para prevenção da IUACV, 7 (46,7%) referem que sabem onde podem consultar as recomendações ao invés de 8 (53,3%) que responderam de forma negativa (Tabela 11). Dos 7 enfermeiros que responderam que sim, 6 (85,7%) referem a intranet como local para fazer a consulta e 1 (14,3%) os relatórios da CCI (Tabela 12).

Local de consulta	nº	%
Sim	7	46,7
Não	8	53,3

Total	15	100
--------------	----	-----

Tabela 11 - Caracterização da amostra segundo o conhecimento que tem do local onde podem aceder às recomendações

Local	nº	%
Intranet	6	85,7
Relatórios CCI	1	14,3
Total	7	100

Tabela 12 - Locais de acesso às recomendações da CCI referidos pelos enfermeiros inquiridos

Parte 3 - Formação

Na questão de quando foi a última formação relacionada com a IU após começar a trabalhar, 8 (36,4%) elementos da amostra responderam que nunca assistiram a uma formação nesta área, o mesmo número refere que fez uma formação há mais de 2 anos e 6 (27,3%) há menos de 2 anos (Tabela 13).

Formação	nº	%
Menos de 2 anos	6	27,3
Mais de 2 anos	8	36,4
Nunca assistiu a uma formação nesta área	8	36,4
Total	22	100

Tabela 13 - Caracterização da amostra quanto à última formação que assistiram sobre a prevenção da IUACV, após começarem a trabalhar

Os inquiridos que responderam que tinham realizado formação sobre a prevenção da IUACV, 8 (57,1%) referiram quanto ao local que foi no Centro de formação do hospital, 3 (21,4%) que foi através da formação em serviço, 1 (7,1%) na Escola de Enfermagem e 2 elementos fizeram formação em dois sítios (Tabela 14).

Local de formação	nº	%
Serviço	3	21,4
Centro de formação do hospital	8	57,1
Escola de enfermagem	1	7,1
Serviço e Centro de formação do hospital	1	7,1
Serviço e Escola de Enfermagem	1	7,1
Total	14	100

Tabela 14- Local onde os inquiridos realizaram formação relacionada com a prevenção da IUACV

Parte 4 - Vigilância

Do total dos enfermeiros que aceitaram responderam a este questionário, 5 (22,7%) tem conhecimento das taxas IACS da UCIP enquanto 17 (77,3%) desconhecem as taxas (Tabela 15).

Conhecimento da taxa IACS	nº	%
Sim	5	22,7
Não	17	77,3
Total	22	100

Tabela 15 - Caracterização da amostra quanto ao conhecimento das taxas de IACS da UCIP

Parte 5 – Uso apropriado do catéter vesical

Em resposta à questão tem em conta métodos alternativos à cateterização vesical de acordo com a situação clínica do doente, 17 (77,3%) enfermeiros referem que sim e 5 (22,7%) referem que não (Tabela 16).

Métodos alternativos à cateterização vesical	nº	%
Sim	17	77,3
Não	5	22,7
Total	22	100

Tabela 16 - Caracterização da amostra quanto ao uso de métodos alternativos à cateterização vesical

No que concerne à avaliação da necessidade de manter o catéter vesical, 12 (54,5%) dos indivíduos constituintes da amostra refere fazer uma avaliação diária e os restantes 10 (45,5%) referem que esta ocorre após alta na enfermaria (Tabela 17).

Avaliação da necessidade de manter o catéter vesical	nº	%
Diariamente	12	54,5
Após alta, na enfermaria	10	45,5
Total	22	100

Tabela 17 - Caracterização da amostra relativamente à avaliação da manutenção do catéter vesical

No motivo pelo qual a troca do catéter vesical é feita, encontramos 18 (81,8%) respostas no item indicação clínica, obstrução, comprometimento do sistema ou

recomendações do fabricante e 4 (18,2%) das respostas no item rotina ou intervalos fixos (Tabela 18).

Motivo de troca do catéter vesical	nº	%
Rotina ou intervalos fixos	4	18,2
Indicação clínica, obstrução, comprometimento do sistema ou recomendações do fabricante	18	81,8
Total	22	100

Tabela 18 - Caracterização da amostra quanto aos motivos que levam à troca do catéter vesical

Por último na previsibilidade da cateterização vesical ser igual ou inferior a 7 dias (curta duração), a totalidade da amostra, 22 (100%), respondeu que utiliza catéteres revestidos por látex (Tabela 19). Resposta idêntica em termos de percentagem teve a questão relacionada com a previsibilidade da cateterização vesical ser superior a 7 dias (longa duração), aqui a totalidade das respostas recaiu sobre o catéter de silicone (Tabela 20).

Tipo de catéter	nº	%
Látex	22	100
Silicone	0	0
Total	22	100

Tabela 19 - Caracterização da amostra quanto à escolha do catéter vesical, na previsibilidade da algaliação ser igual ou inferior a 7 dias

Tipo de catéter	nº	%
Látex	0	0
Silicone	22	100
Total	22	100

Tabela 20 - Caracterização da amostra quanto à escolha do catéter vesical, na previsibilidade da algaliação ser superior a 7 dias

APÊNDICE IV – Questionário

Ex. Enfermeiro/a

Eu, Pedro Miguel Faria Rodrigues, sou Enfermeiro, na UCIP do [REDACTED], encontro-me a frequentar o 1º Mestrado de Enfermagem de Médico-cirúrgica, na Escola Superior de Setúbal do Instituto Politécnico de Setúbal e neste contexto pretendo levar a cabo um Projeto de Intervenção em Serviço, com o tema: “Prevenção das infeções urinárias associada à cateterização vesical no [REDACTED]” O objetivo geral do projeto é: Divulgar medidas de boas práticas em controlo de infeção no âmbito dos cateteres vesicais e contribuir para a melhoria e qualidade dos cuidados prestados aos doentes com cateteres vesicais.

Para dar seguimento ao projeto e identificar oportunidades de intervenções a realizar, necessito da sua colaboração no preenchimento do questionário que se segue, que por sua vez se encontra dividido em 5 partes: a primeira pretende caracterizar a equipa de enfermagem, a segunda analisar o conhecimento das normas e recomendações da CCI, a terceira analisar a formação realizada, a quarta analisar o conhecimento das taxas de infeção e a quinta analisar o uso apropriado do catéter vesical.

Será assegurada a confidencialidade e o anonimato dos dados. A participação neste estudo é voluntária. Os dados colhidos serão utilizados em exclusivo para a realização do Projeto de intervenção e mantidos apenas enquanto durar o Projeto, mas no final do estudo poderei divulgar os dados caso os entenda conhecer.

Com os melhores cumprimentos
Enfermeiro Pedro Rodrigues

PARTE 1 - DADO SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

1.1 Idade: _____

1.2 Sexo:

☐ Masculino

☐ Feminino

1.3 Tempo de experiência profissional: _____ anos

1.4 Tempo de exercício profissional na UCIP: _____ anos

1.5 Tipo de habilitações literárias:

☐ Bacharelato

☐ Licenciatura

☐ Mestrado

☐ Especialidade

Qual: _____

☐ Outra formação: _____

PARTE 2 – NORMAS/ RECOMENDAÇÕES DA CCI

2.1 Conhece as recomendações da Comissão Controlo Infecção do [REDACTED] para a prevenção da infeção urinária associada à cateterização vesical?

☐ Sim

☐ Não

Se respondeu não continue o questionário na questão 3

2.1.1 Sabe onde pode consultar as recomendações da Comissão Controlo Infecção

(CCI) para a prevenção da infecção urinária associada à cateterização vesical?

☐ Sim

☐ Não

2.1.1.1 Se respondeu sim na questão anterior, diga onde pode fazer a consulta: _____

PARTE 3 - FORMAÇÃO

3.1 Quando foi a última formação que assistiu relacionada com a prevenção da infecção urinária associada à cateterização vesical, após começar a trabalhar?

☐ Menos de 2 anos

☐ Mais de 2 anos

☐ Nunca assisti a uma formação nesta área

3.1.1 Se já assistiu a uma formação relacionada com a prevenção da infecção urinária associada à cateterização vesical, diga onde?

☐ Formação em serviço

☐ Formação através do Centro de Formação do hospital

☐ Escola Enfermagem

☐ Outro.

Especifique qual: _____

PARTE 4 - VIGILÂNCIA

4.1 Conhece as taxas de infecção associadas aos cuidados de saúde (IACS) da UCIP?

☐ Sim

☐ Não

PARTE 5 - USO APROPRIADO DO CATÉTER VESICAL NA UCIP

5.1 Tem em conta métodos alternativos à cateterização vesical, de acordo com a situação clínica do doente (Ex: Pen-rose)?

☐ Sim

☐ Não

5.2A avaliação da necessidade de manter o catéter vesical é feita:

☐ Diariamente

☐ Semanalmente

☐ Após alta, na enfermaria

5.3 A troca do catéter vesical é feita por:

☐ Rotina ou intervalos fixos

☐ Indicações clínicas (Ex infecção),
obstrução, comprometimento do sistema
ou recomendações do fabricante

5.4 Quando é previsível que a cateterização vesical seja igual ou inferior a 7 dias (curta duração), qual o tipo de catéter que utiliza?

☐ Látex

☐ Silicone

5.5 Quando é previsível que a cateterização vesical seja superior a 7 dias (longa duração), qual o tipo de catéter que utiliza?

☐ Látex

☐ Silicone

Obrigado pela colaboração

APÊNDICE V– FMEA

Grau	Gravidade	Ocorrência	Deteção
1-2	BAIXO RISCO (baixa probabilidade causar infecção urinária)	BAIXA (semestralmente)	BAIXA (difícilmente detetável)
3-5	MODERADO RISCO (provável infecção urinária)	MODERADA (mensalmente)	MODERADA (pode ser detetável)
6-8	ELEVADO RISCO para a saúde (provável infecção urinária e possibilidade de: bacteriemia/ sepsis secundária à cateterização vesical, colonização por microorganismos multirresistentes)	ELEVADA (semanalmente)	ELEVADA (facilmente detetável)
9-10	MUITO ELEVADO RISCO (provável infecção urinária, e possibilidade de: bacteriemia/ sepsis secundária à cateterização vesical, colonização por microorganismos multirresistentes e infecções cruzadas)	MUITO ELEVADA (diariamente)	MUITO ELEVADA (certamente detetável)

Quadro 1 - Classificação dos índices de gravidade, ocorrência e detecção

FMEA									
<u>Processo</u>	<u>Etapas</u>	<u>G</u>	<u>Modo potencial de falhas</u>	<u>Q</u>	<u>Efeitos</u>	<u>D</u>	<u>NPR</u>	<u>Causas</u>	<u>Ações a desenvolver</u>
Uso apropriado do cateter vesical	Avaliação do uso e da indicação para cateterização e manutenção	8	Ausência de indicação clínica para a cateterização vesical Falta de análise regular quanto à necessidade clínica de manter a algália Falta de avaliação de métodos alternativos à cateterização vesical de acordo com a situação clínica do doente Falta de análise na escolha do cateter vesical tendo em conta o sexo, o tempo previsível da algaliação e possibilidade de obstrução Troca de catéteres vesicais feita por rotina ou intervalos fixos	5	Aumento do risco de infecção urinária e custos associados (uso de antibióticos, aumento do tempo de internamento, aumento da taxa de morbidade e mortalidade) Desconforto do doente Bacteriémias/sepsis secundária à cateterização vesical (uso de antibióticos, aumento do tempo de internamento, aumento da taxa de morbidade e mortalidade) Colonização por microorganismos multirresistentes Lesões, patologias secundárias à algaliação (Ex. Pielonefrite, trauma uretral) Obstrução da algália	4	160	Falta de formação Desconhecimento das normas emanadas pela HIPAC, DGS e CCI Desconhecimento das recomendações da CCI sobre as práticas associadas à prevenção da IUCV	Programa de auditorias periódicas Formação sobre as práticas associadas à prevenção da IUCV Divulgação das taxas de infeção urinária e bacteriémias secundárias Divulgação das recomendações da CCI Divulgação dos resultados de auditoria

	Inserção do catéter vesical	7	Ausência da higienização das mãos Falta de limpeza prévia do meato urinário com água estéril ou solução salina antes da inserção Falta de material estéril ou uso de material não estéril (luvas, campo, esponjas e/ou compressa e embalagem de lubrificante) Quebra na técnica asséptica durante a inserção	6	Aumento do risco de infecção urinária e custos associados (uso de antibióticos, aumento do tempo de internamento, aumento da taxa de morbidade e mortalidade)	5	210	Falta de formação Desconhecimento do procedimento “ Cateterização urinária” Desconhecimento das recomendações da CCI sobre as práticas associadas à prevenção IUACV Desconhecimento das normas emanadas pela OMS no que respeita à higienização das mãos, e também pela CCI Desvalorização da higiene das mãos Material para cateterização vesical disperso	Formação sobre as práticas associadas à prevenção da IUCV, técnica de cateterização vesical e higienização das mãos Divulgação das recomendações da CCI Divulgação do procedimento sobre a técnica de cateterização vesical Considerar a criação de um Kit de cateterização vesical ou gaveta com o material necessário para a cateterização, para evitar a dispersão do material
--	-----------------------------	---	--	---	--	---	-----	---	---

Manutenção do catéter urinário e sistema	Manutenção do catéter urinário e sistema de drenagem	9	Falta de higienização das mãos antes e depois na manipulação do catéter e sistema Não é efetuada a fixação do catéter vesical Lavagens vesicais não são efetuadas de forma fechada e contínua Não são usadas luvas e avental quando indicado na manipulação do cateter Saco de drenagem em contacto com o chão Ausência de técnica asséptica na colheita de urinas do sistema de drenagem Local referenciado no sistema para a colheita não é desinfetado previamente na obtenção da amostra Saco da urina não é esvaziado regularmente ou quando está a meio da sua capacidade Ausência de higiene das mãos e troca de luvas após despejo de saco de drenagem e entre doentes	9	Aumento do risco de infeção urinária e custos associados (uso de antibióticos, aumento do tempo de internamento, aumento da taxa de morbilidade e mortalidade) Desconforto do doente Bacteriémias /sepsis secundária à algiação (uso de antibióticos, aumento do tempo de internamento, aumento da taxa de morbilidade e mortalidade) Colonização por microorganismos multirresistentes Infeções cruzadas	6	486	Desconhecimento das atitudes/recomendações da CCI sobre as práticas associadas à prevenção IUCV Desconhecimento das normas emanadas pela OMS no que respeita à higienização das mãos, e também pela CCI Desvalorização da higiene das mãos Falta de formação	Programa de auditorias periódicas Formação sobre as práticas associadas à prevenção da IUACV Divulgação das taxas de infeção urinária e bacteriémias secundárias Divulgação das recomendações da CCI Divulgação dos resultados de auditoria Divulgação das taxas de infeção urinária e bacteriémias secundárias Ponderar a introdução no serviço de dispositivo para fixação do catéter vesical Formação sobre a higiene das mãos
--	--	---	---	---	--	---	-----	--	---

Quadro 2 -FMEA

APÊNDICE VI – Planeamento do projeto

Estudante: Pedro Miguel Faria Rodrigues	Orientador: Enf. L. e Enf. F
Instituição: Hospital X	Serviço: Comissão de Controlo Infecção (CCI)
Título do Projeto: Intervenções de enfermagem na prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) em doentes com catéter vesical do Hospital X	
Objetivos (geral específicos, centrados na resolução do problema. Os objetivos terão que ser claros, precisos, exequíveis e mensuráveis, formulados em enunciado declarativo, <u>já discutidos com o professor e o orientador</u>): <u>OBJECTIVO GERAL</u> Divulgar medidas de boas práticas em controlo de infeção no âmbito dos cateteres vesicais de modo a contribuir para a segurança e qualidade dos cuidados prestados aos doentes com cateteres vesicais <u>OBJECTIVOS Específicos</u> • Criar bundle de atitudes que possam ajudar a prevenir a infeção urinária associada à cateterização vesical • Formar / treinar a equipa de enfermagem do Hospital X relativamente às medidas de prevenção da infeção urinária associada ao catéter vesical • Desenvolver competências técnicas/científicas na área da auditoria	
Identificação dos profissionais do serviço com quem vai articular a intervenção (chefia directa, orientador, outros elementos da equipa, outros profissionais, outros serviços)	
Nota: Definido que o primeiro serviço a intervir seria a UCIP da Instituição supra citada, por limitação temporal Enf. I (Enfermeira Diretora) Enf. F (responsável pela CCI do Hospital X e co-orientadora de estágio) Enf. L (especialista em enfermagem Médico-cirúrgica, orientador de estágio, elemento dinamizador da CCI na UCIP) Enf. V (enfermeiro chefe da UCIP) Enf. T (2º elemento da UCIP) Enf. M (elemento dinamizador da CCI na UCIP) Enf. P especialista em EMC, responsável pela formação na UCIP) Equipa de enfermagem Núcleo executivo da CCI	

Objetivos Específicos	Atividades/Estratégias a desenvolver	Recursos			Indicadores de Avaliação
		Humanos	Materiais	Tempo	
Criar bundle de atitudes que possam ajudar a prevenir a infecção urinária associada à cateterização vesical	Realização de estágio na CCI e UCIP	Enf. F	Bases de dados eletrônicas,	Outubro a Maio	Apresenta bundle de atitudes que contribuam para a prevenção da IUACV Submissão da bundle para aprovação e validação ao núcleo executivo da CCI Apresenta relatório de estágio
	1.Pesquisa bibliográfica sobre: conceito de bundle, metodologia para criação de bundle, revisões sistemáticas de literatura sobre medidas de prevenção da IUACV	Enf. L	artigos e livros		
	2. Seleção de metodologia para criação e validação da Bundle: ADAPTE e AGREEII	Enf. M	Computador, impressora e folha		
	3.Selecção de revisões sistemáticas/guideline sobre medidas de prevenção da IUACV	Peritos (Núcleo executivo da CCI)			
	4.Submissão de revisões sistemáticas/guideline a peritos para classificação com questionário AGREE				
	5.Seleção/ rejeição de revisões sistemáticas/guideline conforme classificação dos peritos				
	6. Criação de bundle sobre medidas de IUACV				
	7.Discussão da bundle com os enfermeiros orientadores				
	8.Realização de alterações à bundle caso seja necessário				
	9. Submissão da bundle ao Núcleo Executivo da CCI para aprovação e validação enquanto grupo				

	de peritos				
	10. Realização de alterações à bundle seja necessário				
Formar / treinar a equipa de enfermagem da UCIP relativamente às medidas de prevenção da infeção urinária associada ao catéter vesical	Realização de estágio na CCI e UCIP 1. Pesquisa bibliográfica sobre medidas de prevenção da IUACV 2. Elaboração do plano da sessão de formação 3. Construção de diapositivos para apresentação com recurso a Power Point 4. Discussão da formação com os enfermeiros orientadores da sessão de formação e plano 5. Realização de alterações da sessão de formação e plano caso seja necessário 6. Marcação/divulgação da ação de formação 7. Requisição dos meios necessários para a ação de formação (sala, projetor e folhas de avaliação da sessão) 8. Divulgação da ação de formação 9. Apresentação da ação de formação 10. Avaliação da ação de formação	Enf. F Enf. L Enf. V Enf. T Enf. M Enf. P	Bases de dados eletrónicas, artigos e livros Computador Projetor Sala de reuniões	Outubro a Maio	Apresenta plano da sessão de formação Apresenta os diapositivos apresentados na ação de formação Apresenta cartaz de divulgação da sessão Apresenta tratamento dos dados da avaliação da formação Apresenta relatório de estágio

Desenvolver competências técnicas/científicas na área da auditoria	1.Pesquisa bibliográfica sobre: auditoria, tipos de auditoria, metodologias de colheitas de dados, medidas de prevenção da IUACV 2.Elaboração de uma grelha de auditoria acerca das práticas associadas à prevenção da IUACV 3.Discussão/validação da grelha de auditoria com os enfermeiros orientadores/peritos 4. Realização de alterações à grelha de auditoria caso seja necessário 5.Submissão da grelha de auditoria ao núcleo para aprovação e validação executivo da CCI grelha de auditoria 6.Realização de uma auditoria às práticas de enfermagem no âmbito à prevenção da infeção urinária associada ao catéter vesical num dos serviços de Medicina 7. Elaboração do relatório de auditoria	Enf. I Enf. F Enf. L Enf. V Enf. P	Bases de dados eletrónicas, artigos e livros Computador, impressora e folha	Outubro A Abril	Apresenta grelha de auditoria Submissão da grelha de auditoria para aprovação ao núcleo executivo da CCI Apresenta relatório de estágio
Cronograma: <i>Ver Apêndice IX</i>					
Orçamento: <u>Recursos Humanos e materiais:</u> Dado o carácter do projeto de intervenção em serviço e após consulta dos vários profissionais a quem foi e será necessário recorrer, é previsível que em termos de recursos humanos não haverá custos económicos, o mesmo se passa em relação a alguns materiais que serão disponibilizados pelos serviços envolvidos (projektor, sala de reuniões, impressora, folhas, computador). No entanto será realizado algum trabalho fora do campo de estágio e prevê-se custos com folhas, impressões e eletricidade, todavia são gastos difíceis de quantificar. O custo do poster dependerá das dimensões. Extrapolando os gastos possíveis, o orçamento será de 30€.					

Previsão dos constrangimentos e forma de os ultrapassar:

Em termos de constrangimento possível temos:

- Fraca adesão à sessão de formação relativamente às medidas de prevenção da IUACV. Como medidas possíveis para ultrapassar este constrangimento temos a divulgação da formação em locais estratégicos do serviço e realização de mais que uma formação em períodos distintos.
- O tempo para implementação das medidas. Como forma de contornar este constrangimento é imprescindível o cumprimento rigoroso do mapa de planeamento e cronograma

APÊNDICE VII – Cronograma planeado e realizado do PIS

Objectivo Especifico	Mês Actividades	2011				2012						
		Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul
Criar bundle de atitudes que possam ajudar a prevenir a infecção urinária associada à cateterização vesical	1.Pesquisa bibliográfica sobre: conceito de bundle, metodologia para criação de bundle											
	2. Selecção de metodologia para criação e validação da Bundle: ADAPTE e AGREEII											
	3.Selecção de revisões sistemáticas/guideline sobre sobre medidas de prevenção da IUACV											
	4.Submissão de revisões sistemáticas/guideline a peritos para classificação com questionário AGREE											
	5. Selecção/ rejeição de revisões sistemáticas/guideline conforme classificação dos peritos											
	6. Criação de bundle sobre medidas de IUACV											
	7.Discussão da bundle com os enfermeiros orientadores											
	8.Realização de alterações à bundle caso seja necessário											
	9. Submissão da bundle ao Núcleo Executivo da CCI para aprovação e validação enquanto grupo de peritos											
	10. Realização de alterações à bundle seja necessário											
Formar / treinar a equipa de enfermagem relativamente às medidas de	1.Pesquisa bibliográfica sobre medidas de prevenção da IUACV, formação											
	2.Elaboração do plano da sessão de formação											
	3. Construção de diapositivos para apresentação com recurso a Power Point											
	4. Discussão da formação com os enfermeiros orientadores da sessão de											

	formação e plano											
	5. Realização de alterações da sessão de formação e plano caso seja necessário											
	6.Marcação/divulgação da ação de formação											
	7. Requisição dos meios necessários para a ação de formação (sala, projetor e folhas de avaliação da sessão)											
	8. Divulgação da ação de formação											
	9.Apresentação da ação de formação											
	10.Avaliação da ação de formação											
Desenvolver competências técnicas/científicas na área da auditoria	1.Pesquisa bibliográfica sobre: auditoria, tipos de auditoria, metodologias de colheitas de dados, medidas de prevenção da IUACV											
	2.Elaboração de uma grelha de auditoria acerca das práticas associadas à prevenção da IUACV											
	3.Discussão/validação da grelha de auditoria com os enfermeiros orientadores/peritos											
	4. Realização de alterações à grelha de auditoria caso seja necessário											
	5.Submissão da grelha de auditoria ao núcleo para aprovação executivo da CCI grelha de auditoria											
	6. Realização de uma auditoria às práticas de enfermagem no âmbito à prevenção da infeção urinária associada ao catéter vesical num dos serviços de Medicina											
	7. Elaboração do relatório de auditoria											

Legenda:

- Planeamento inicial da execução da atividade não verificado
- Execução da atividade, fora do planeamento inicial
- Execução da atividade cumprindo o planeamento inicial

APÊNDICE VIII –Pedido de aplicação do AGREE II

Ex. Enfermeiro/a

Assunto: Pedido de classificação de guidelines no âmbito da prevenção da infeção urinária associada à cateterização vesical

Começo assim por me apresentar para depois descrever o pedido em causa.

Chamo-me Pedro Miguel Faria Rodrigues, sou Enfermeiro, na UCIP do [REDACTED], detentor do número mecanográfico [REDACTED], encontro-me a frequentar o Mestrado de Enfermagem de Médico-cirúrgica, na Escola Superior de Setúbal do Instituto Politécnico de Setúbal. No contexto do Mestrado estou a realizar um estágio na CCI do [REDACTED]. Faz parte dos objetivos deste estágio a formulação de um diagnóstico de situação e o planeamento de um Projeto de Intervenção em Serviço, no âmbito de uma problemática clínica de Enfermagem Médico-cirúrgica (problema/oportunidade) em contexto de estágio. O tema do projeto que pretendo levar a cabo é sobre a prevenção das infeções urinárias associada à cateterização vesical no [REDACTED]. O objetivo geral do projeto é: “Divulgar medidas de boas práticas em controlo de infeção no âmbito dos cateteres vesicais e contribuir para a melhoria e qualidade dos cuidados prestados aos doentes com cateteres vesicais”. Com este intuito um dos objetivos específicos do projeto proposto é: “Criar bundle de atitudes que possam ajudar a prevenir a IUACV”.

De forma a atingir este objetivo aplicou-se a metodologia ADAPTE, selecionando – se três revisões sistemáticas de literatura nesta área sob a forma de guideline. A fase seguinte deste método é a submissão das guidelines a um painel de peritos, no sentido de classificar as mesmas quanto à sua qualidade e permitir a seleção ou rejeição das guidelines para a criação da bundle. Um das formas de classificação das guideline é com o recurso ao instrumento AGREEII (Appraisal of guideline for research & evaluation II).

Neste contexto este pedido possui a finalidade de solicitar a classificação de três guidelines recorrendo ao instrumento AGRREII.

Enquadrado simultaneamente num trabalho académico, comprometo-me a assegurar a confidencialidade e anonimato dos dados colhidos.

Com os melhores cumprimentos
Enfermeiro Pedro Rodrigues

INSTRUMENTO AGREE II

OPERACIONALIZAÇÃO

O instrumento AGREE II é composto por 23 *itens*-chave organizados em 6 domínios. Cada um dos *itens* do AGREE II é classificado numa escala de 7 pontos (de 1 - discordo totalmente a 7 - concordo totalmente).

A pontuação 1 (discordo totalmente) deve ser dada quando não existe qualquer informação que seja relevante para o *item* do AGREE II ou se o conceito é muito deficientemente relatado. A pontuação 7 (concordo totalmente) deve ser dada quando a qualidade da informação é excepcional. Uma pontuação entre 2 e 6 deve ser atribuída quando a informação referente ao *item* do AGREE II não preenche todos os critérios ou considerações. A pontuação deve ser atribuída em função do grau de perfeição e da qualidade do relato. A pontuação deve aumentar à medida que mais critérios e considerações são preenchidos.

Podem existir casos em que alguns *itens* do AGREE II podem não ser aplicáveis à guideline em análise, nestes casos devem ser classificados como 1 (ausência de informação), fornecendo contexto sobre a pontuação.

Deve ser preenchido um questionário por cada guideline.

DOMÍNIO 1.OBJECTIVO E FINALIDADE

1. O(s) objetivo(s) global(is) da guideline encontra(m)-se especificamente descrito(s).

1 Discordo totalmente	2	3	4	5	6	7 Concordo totalmente
-----------------------------	---	---	---	---	---	-----------------------------

Comentários

2. A(s) questão(ões) de saúde coberta(s) pela guideline encontra(m)-se especificamente descrita(s).

1 Discordo totalmente	2	3	4	5	6	7 Concordo totalmente
-----------------------------	---	---	---	---	---	-----------------------------

Comentários

3. A população (doentes, público, etc.) a quem a guideline se destina encontra-se especificamente descrita.

1 Discordo totalmente	2	3	4	5	6	7 Concordo totalmente
-----------------------------	---	---	---	---	---	-----------------------------

Comentários

DOMÍNIO 2. ENVOLVIMENTO DAS PARTES INTERESSADAS

4. A equipa de desenvolvimento da guideline inclui indivíduos de todos os grupos profissionais relevantes.

1 Discordo totalmente	2	3	4	5	6	7 Concordo totalmente
-----------------------------	---	---	---	---	---	-----------------------------

Comentários

5. Procurou-se conhecer as opiniões e preferências da população-alvo (doentes, público, etc.).

1 Discordo totalmente	2	3	4	5	6	7 Concordo totalmente
-----------------------------	---	---	---	---	---	-----------------------------

Comentários

6. Os utilizadores-alvo da guideline estão claramente definidos.

1 Discordo totalmente	2	3	4	5	6	7 Concordo totalmente
-----------------------------	---	---	---	---	---	-----------------------------

Comentários

DOMÍNIO 3. RIGOR DE DESENVOLVIMENTO

7. Foram utilizados métodos sistematizados para a pesquisa da evidência.

1 Discordo totalmente	2	3	4	5	6	7 Concordo totalmente
-----------------------------	---	---	---	---	---	-----------------------------

Comentários

8. Os critérios de seleção da evidência estão claramente descritos.

1 Discordo totalmente	2	3	4	5	6	7 Concordo totalmente
-----------------------------	---	---	---	---	---	-----------------------------

Comentários

9. Os pontos fortes e limitações do conjunto da evidência estão claramente descritos.

1 Discordo totalmente	2	3	4	5	6	7 Concordo totalmente
-----------------------------	---	---	---	---	---	-----------------------------

Comentários

10. Os métodos utilizados para a formulação das recomendações estão claramente descritos.

1 Discordo totalmente	2	3	4	5	6	7 Concordo totalmente
-----------------------------	---	---	---	---	---	-----------------------------

Comentários

11. Na formulação das recomendações foram considerados os benefícios, efeitos adversos e riscos para a saúde.

1 Discordo totalmente	2	3	4	5	6	7 Concordo totalmente
-----------------------------	---	---	---	---	---	-----------------------------

Comentários

12. Existe uma ligação explícita entre as recomendações e a evidência que as suporta.

1 Discordo totalmente	2	3	4	5	6	7 Concordo totalmente
-----------------------------	---	---	---	---	---	-----------------------------

Comentários

13. Antes da sua publicação a guideline foi revista externamente por peritos.

1 Discordo totalmente	2	3	4	5	6	7 Concordo totalmente
-----------------------------	---	---	---	---	---	-----------------------------

Comentários

14. Está disponível um procedimento para atualização da guideline.

1 Discordo totalmente	2	3	4	5	6	7 Concordo totalmente
-----------------------------	---	---	---	---	---	-----------------------------

Comentários

DOMÍNIO 4. CLAREZA DA APRESENTAÇÃO

15. As recomendações são específicas e sem ambiguidades.

1 Discordo totalmente	2	3	4	5	6	7 Concordo totalmente
-----------------------------	---	---	---	---	---	-----------------------------

Comentários

16. As diferentes opções de abordagem do problema de saúde estão claramente apresentadas.

1 Discordo totalmente	2	3	4	5	6	7 Concordo totalmente
-----------------------------	---	---	---	---	---	-----------------------------

Comentários

17. As recomendações principais são facilmente identificadas.

1 Discordo totalmente	2	3	4	5	6	7 Concordo totalmente
-----------------------------	---	---	---	---	---	-----------------------------

Comentários

DOMÍNIO 5. APLICABILIDADE

18. A guideline descreve os facilitadores e as barreiras à sua aplicação.

1 Discordo totalmente	2	3	4	5	6	7 Concordo totalmente
-----------------------------	---	---	---	---	---	-----------------------------

Comentários

19. A guideline fornece aconselhamento e/ou ferramentas sobre como as recomendações podem ser postas em prática.

1 Discordo totalmente	2	3	4	5	6	7 Concordo totalmente
-----------------------------	---	---	---	---	---	-----------------------------

Comentários

20. Foram consideradas as potenciais implicações quanto aos recursos decorrentes da implementação das recomendações.

1 Discordo totalmente	2	3	4	5	6	7 Concordo totalmente
-----------------------------	---	---	---	---	---	-----------------------------

Comentários

21. A guideline apresenta os critérios para a sua monitorização e/ou auditoria.

1 Discordo totalmente	2	3	4	5	6	7 Concordo totalmente
-----------------------------	---	---	---	---	---	-----------------------------

Comentários

DOMÍNIO 6. INDEPENDÊNCIA EDITORIAL

22. As perspetivas do órgão financiador não exerceram influência sobre o conteúdo da guideline.

1 Discordo totalmente	2	3	4	5	6	7 Concordo totalmente
-----------------------------	---	---	---	---	---	-----------------------------

Comentários

23. Foram registados e abordados os conflitos de interesse dos membros da equipa que desenvolveram a guideline.

1 Discordo totalmente	2	3	4	5	6	7 Concordo totalmente
-----------------------------	---	---	---	---	---	-----------------------------

Comentários

AVALIAÇÃO GLOBAL

1. O(s) objetivo(s) global(is) da guideline encontra(m)-se especificamente descrito(s).

1 Discordo totalmente	2	3	4	5	6	7 Concordo totalmente
-----------------------------	---	---	---	---	---	-----------------------------

2. A(s) questão(ões) de saúde coberta(s) pela guideline encontra(m)-se especificamente descrita(s).

Sim	
Sim, com modificações	
Não	

Anotações

Obrigado pela colaboração

APÊNDICE IX – Classificação das guidelines

	Classificação das guidelines		
Domínios	Kovacs et al (2008)	IDSA (2009)	HICPAC (2009)
Âmbito e finalidade	50	92,6	98,1
Envolvimento das partes	40,7	64,8	92,6
Rigor de desenvolvimento	34,2	85,4	93,1
Clareza de apresentação	50	92,6	100
Aplicabilidade	50	87,5	86,1
Independência editorial	44,4	91,7	82,5
Avaliação global	44,4	77,7	94,4
Recomendações para o uso	<i>Não</i>	<i>Sim, com modificações</i>	<i>Sim</i>

Quadro 3 - Classificação de guidelines selecionadas com o AGREII

APÊNDICE X – Pedido de avaliação e aprovação da bundle

Exmos. Membros do Núcleo Executivo da Comissão de Controlo de Infecção do [REDACTED]

Assunto: Pedido de validação e aprovação de bundle no âmbito da prevenção da infeção urinária associada à cateterização vesical

Começo assim por me apresentar para depois descrever o pedido em causa.

Eu, Pedro Miguel Faria Rodrigues, sou Enfermeiro, na UCIP do [REDACTED], detentor do número mecanográfico 25556, encontro-me a frequentar o Mestrado de Enfermagem de Médico-cirúrgica, na Escola Superior de Setúbal do Instituto Politécnico de Setúbal. Neste âmbito encontro-me a desenvolver um Projeto de Intervenção em Serviço cujo título se intitula de “Prevenção da infeção urinária associada à cateterização vesical (IUACV) no [REDACTED]”. Que tem como objetivo específico: “Criar uma bundle de atitudes que possa ajudar a prevenir a IUACV”.

Na criação da bundle recorri ao conceito do Institute of Healthcare Improvement (IHI, 2012) em que esta é definida como uma forma estruturada de melhorar os processos e os resultados dos cuidados para o doente que se traduz num conjunto pequeno e simples de práticas baseadas em evidências (em geral 3 a 5), que quando executadas coletivamente e de forma confiável, melhoram os resultados para os doentes.

As medidas que seleccionei para a bundle (Apendice 1) apoiaram-se na revisão sistemática de evidência e guideline do HICPAC (2009), após uma revisão de guidelines existentes através da metodologia ADAPTE. Paralelamente foi tido em conta a Norma II/2009 do Centro Hospitalar (Recomendações para a prevenção da infeção urinária associada à cateterização vesical) e dados institucionais não publicados da Campanha das Mãos e resultados de auditorias realizadas nesta área.

Neste contexto este pedido possui duas finalidades, o primeiro a avaliação e validação da bundle pelo Núcleo Executivo de Controlo de Infecção enquanto peritos na área. Para este efeito solicito o preenchimento, por cada um dos membros do Núcleo da grelha que se encontra em Apêndice 2.

A segunda, se o Núcleo considerar pertinente a bundle, o seu diferimento para aplicação e divulgação da mesma nos serviços do Centro Hospitalar em que seja considerado pertinente.

Pede deferimento

10 de Julho de 2012

APENDICE 1 - Bundle

A bundle proposta possui as seguintes medidas, categorizadas segundo os níveis de evidência do HICPAC (2009):

1. Realizar cateterização vesical apenas quando apropriado e remover o catéter assim que possível. (Categoria IB)
2. Inserir catéteres vesicais usando técnica asséptica e material estéril (campo com buraco, compressas, luvas, solução salina ou água destilada, lubrificante, sistema de drenagem fechado e catéter vesical). (Categoria IB)
3. Manter um sistema de drenagem fechado, continuamente e estéril. (Categoria IB)
4. Higienizar as mãos (antes e depois da inserção do catéter vesical, da manipulação do catéter vesical ou local). (Categoria IB)
5. Manter fluxo urinário desobstruído (saco coletor posicionado abaixo da bexiga e acima do chão e despejado regularmente com recurso a recipiente limpo e individualizado, evitando a contaminação do sistema e salpicos; catéter e tubo de drenagem sem dobras). (Categoria IB)

APENDICE 2 - Avaliação global da bundle

1. Classifique a pertinência de cada uma das medidas

	1 Discordo totalmente	2	3	4	5	6	7 Concordo Totalmente
Medida1							
Medida 2							
Medida 3							
Medida 4							
Medida 5							
Avaliação global							

2. Recomendação para o uso

Sim	
Sim, com modificações	
Não	

3. Anotações

--

Obrigado pela colaboração

Bibliografia

- Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC)(2009). *Guideline for prevention of catheter-associated urinary tract infections 2009* . Acedido em 29 de Novembro de 2011 em http://www.cdc.gov/hicpac/cauti/001_cauti.html
- Resar, R.; Griffin, F.; Haraden , C.; Nolan, T.(2012). *Using Care Bundles to Improve Health Care Quality*. Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2012. Acedido em 29 de Novembro em www.IHI.org.

APÊNDICE XI – Plano da sessão ação de formação: da IUACV

PLANO DA SESSÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO

TEMA: Infecção urinária associada a cateterização vesical

DATA: 9 de Maio de 2012

HORA: 16:00 horas

LOCAL: Sala de Reuniões da UCIP

DURAÇÃO: 60 min.

PRELECTOR: Pedro Rodrigues

DESTINATÁRIOS: Enfermeiros

OBJECTIVO GERAL

1. Divulgar medidas de prevenção da IUACV

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS:

1. Promover revisão teórica acerca da IUACV
2. Divulgar resultados da vigilância epidemiológica, questionários e observações efetuadas na UCIP relacionadas com a IUACV
3. Divulgar medidas de prevenção da IUACV de acordo com a evidência
4. Promover a reflexão das práticas associadas à IUACV

PLANO DA SESSÃO LECTIVA

ETAPAS	CONTEÚDOS	MÉTODOS/ TÉCNICAS	M A E	TEMPO
INTRODUÇÃO	• Apresentação do tema; • Apresentação dos preletores; • Apresentação dos objetivos da sessão; • Breve apresentação dos conteúdos; • Motivo do tema;	Expositivo	Projector	5 Min;

DESENVOLVIMENTO	• Conceitos • Etiologia da IUACV • Impacto • Prevalência e Incidência • Fatores que potenciam a IUACV • Medidas de prevenção • UCIP – Diagnóstico de situação	Expositivo Discussão em grupo	Projektor	45Min;
CONCLUSÃO	• Síntese da sessão • Discussão/debate e esclarecimento de dúvidas • Bibliografia	Expositivo Discussão em grupo	Projektor	5 Min;
AValiação	• Preenchimento dos questionários de avaliação da sessão	Interrogativo Discussão em grupo		5 Min;

APÊNDICE XII – Slides da formação: da IUACV

 Instituto Politécnico de Setúbal
1º Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica



Infecção urinária associada à cateterização vesical (IUACV)

Realizado por:
Pedro Rodrigues

Orientado por:
Prof. Elsa Monteiro
Enf. Francilina Rebelo
Enf. Luís Teixeira

9 de Maio de 2012

Objectivos

OBJECTIVO GERAL

- Divulgar medidas de prevenção da IUACV

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS:

- Promover revisão teórica acerca da IUACV
- Divulgar resultados da vigilância epidemiológica, questionários e observações efectuadas na UCIP relacionadas com a IUACV
- Divulgar medidas de prevenção da IUACV de acordo com a evidência
- Promover a reflexão das práticas associadas à IUACV

Sumário

1. Conceitos
2. Etiologia da IUACV
3. Impacto
4. Prevalência e Incidência
5. Factores que potenciam a IUACV
6. Medidas de prevenção
7. UCIP – Diagnóstico de situação

Conceitos



- **Infecção urinária** - "presença e multiplicação de microorganismos no aparelho urinário, para além da extremidade distal da uretra, e está entre as doenças infecciosas mais frequentemente diagnosticadas, quer num contexto de comunidade, quer associadas aos cuidados de saúde" (Teixeira, 2010:1)
- **Catéter vesical** - tubo de drenagem, de consistência e material variável, em que uma das extremidades é introduzida na bexiga através da uretra e a outra conectada a um sistema de drenagem fechado (HICPAC, 2009)
- **IUACV** - uma das IACS mais comuns, tendo como foco a o catéter urinário (HICPAC, 2009)

Etiologia



As bactérias entram na via urinária cateterizada, pelas vias :

- **"Extra-luminal** - inoculação directa das bactérias na bexiga, na altura da inserção da algália ou, mais tarde, ascendendo do períneo por acção capilar na mucosa contígua à parede externa da algália.

Nota:
A via extraluminal tem uretra ser mais curta e maior importância nas mulheres por a maior proximidade do ânus.

- **Intra-luminal** - os microrganismos ascendem no lúmen do catéter por diversas razões, nomeadamente: falhas na manutenção do circuito fechado de drenagem da urina, despejo inadequado dos sacos colectores ou contaminação dos mesmos, etc."

(INSA, 2004, p 6.)

Impacto

- Os sistemas de drenagem urinários constituem-se como local de origem e reservatórios de microorganismos multirresistentes e uma fonte potencial de transmissão para outros doentes.
- Aumento do tempo de internamento e custos associados aos cuidados de saúde. (exames, fármacos, materiais, etc.)
- Aumento das taxas de mortalidade morbidade,

(HICPAC, 2009)

Prevalência e incidência



- Numa perspectiva global 39,2 % das IACS localizaram-se nas vias respiratórias inferiores, 23,8% nas vias urinárias e 14,3% no local cirúrgico. (DGS, 2010)
- A probabilidade de ocorrer infecção em doentes sem catéter urinário é de 1,2 % com catéter urinário é de 7,9%. (HICPAC, 2009)
- O risco diário de bacteriúria com a cateterização vesical aumenta entre 3 a 10%, aproximando-se dos 100% após 30 dias (HICPAC, 2009)

Factores que potenciam a IUACV

- **Risco intrínseco** - idade avançada, sexo, diabetes, imunodeficiência, desnutrição e insuficiência renal.
- **Risco extrínseco** - qualidade de cuidados na inserção, duração da cateterização vesical, manutenção do circuito fechado de drenagem, despejo dos sacos de drenagem, tempo de internamento.

(INSA, 2004)

Medidas de prevenção

Categorização das medidas de prevenção :

- Categoria IA - Medidas de adopção fortemente recomendadas e apoiadas por estudos epidemiológicos, clínicos e experimentais bem desenhados.
- Categoria IB - Medidas de adopção fortemente recomendada, apoiadas por alguns estudos epidemiológicos, clínicos e experimentais e por uma forte fundamentação teórica.
- Categoria IC - Medidas de adopção fortemente recomendadas preconizadas pelas recomendações de outras Associações ou legislação.
- Categoria II - Medidas de adopção sugeridas para implementação e apoiadas em estudos epidemiológicos ou clínicos sugestivos ou por forte fundamentação teórica.
- Questão não Resolvida - Medidas para as quais a evidência é insuficiente ou não existe consenso quanto à sua eficácia.

(HICPAC, 2009)

Medidas de prevenção

Guidelines do HICPAC (2009)



Uso apropriado do catéter vesical

- A – Realizar cateterização vesical apenas quando houver indicação e manter o catéter pelo período mínimo necessário (categoria IB)
- A.1 – Minimizar o uso do catéter urinário e a duração em todos os doentes, particularmente aqueles que têm maior risco de IUACV, como é o caso das mulheres, os idosos e os doentes imunodeprimidos (categoria IB)
- A.2 – Usar catéter vesical em doentes cirúrgicos apenas quando necessário (categoria IB)
- A.3 – Doentes cirúrgicos que tenham indicação para cateterização, deve-se retirar o catéter vesical assim que possível, de preferência nas primeiras 24h, excepto se mantiver indicação para manutenção (categoria IB)

Medidas de prevenção



- B – Considerar métodos alternativos à cateterização vesical
- B.1 – Considerar o uso de dispositivo urinário externo (Ex:Penrose) como alternativa em doentes do sexo masculino, colaboradores e sem retenção urinária ou obstrução vesical (categoria II)
- B.2 – Considerar alternativas em doentes cateterizados cronicamente, como a cateterização intermitente, em doentes com lesão coluna vertebral (categoria II)
- B.3 – A cateterização intermitente é preferível à cateterização vesical ou suprapúbica em doentes com disfunção neurogénica da bexiga (categoria II)
- B.4 – Necessária mais investigação quanto aos riscos e benefícios dos cateteres suprapúbicos como alternativa à cateterização vesical, sobretudo no que diz respeito às complicações com a inserção do cateter e local de inserção. (questão não resolvida)

Medidas de prevenção



Técnica adequada para a inserção do catéter vesical

- A – Realizar higiene das mãos imediatamente antes e depois da inserção ou manipulação do catéter ou sítio (categoria IB)



Nota: O uso de luvas não substitui a higiene das mãos

- B – Inserção e manipulação do catéter e sistema apenas por profissionais com formação adequada (categoria IB)
- C – Realizar cateterização vesical usando técnica asséptica e material estéril (categoria IB)
- C.1 – Usar luvas esterilizadas, campo, esponjas e/ou compressas, solução antiséptica apropriada ou solução estéril para limpeza perineal e embalagem de uso único de gel lubrificante para a algáliação (categoria IB)

Medidas de prevenção



- C.2 – Não existe necessidade do uso de lubrificantes antisépticos (categoria II)
- C.3 – Necessária mais investigação quanto ao uso de soluções antisépticas versus água estéril ou solução salina para limpeza periuretral antes da inserção do cateter. Evidência de baixa qualidade não demonstra benefício na desinfecção periuretral antes da inserção ou manutenção do cateter. (questão não resolvida)

Nota: Recomendações da CCI sugerem a utilização de água ou solução salina estéril.

- D – Realizar fixação do cateter vesical para prevenir a deslocação da mesma e tracção uretral (categoria IB)
- F – Excepto se houver indicação clínica, considerar o menor calibre possível de cateter, tendo em vista a minimização do trauma uretral (categoria II)

Medidas de prevenção



Manutenção do cateter urinário

- A – Após a inserção asséptica do cateter manter um sistema de drenagem fechado (categoria IB)
- A.1 – Se houver quebra da assepsia, desconexão do sistema ou uma fuga, substituir o cateter e sistema utilizando técnica e equipamento estéril (categoria IB)
- A.2 – Considerar sistemas de cateteres com junções cateter- sistema de drenagem seladas e preconnectadas (categoria II)
- B – Manter o fluxo de urina desobstruído (categoria IB)
- B.1 – Manter o cateter e tubagem do sistema de drenagem sem dobras (categoria IB)

Medidas de prevenção



- B.2 – Manter o saco coletor de urina abaixo da bexiga e não o colocar no chão (categoria IB)
- B.3 – Esvaziar o saco coletor de urina regularmente, usando um recipiente/saco limpo para cada doente, evitando salpicos e prevenindo o contacto da válvula de drenagem com o recipiente/coletor (categoria IB)
- C – Usar luvas e avental quando indicado durante as manipulações do cateter e sistema de drenagem (categoria IB)
- D – Sistemas de drenagem que libertam antissépticos na entrada da drenagem, não devem ser usados por rotina (categoria II)

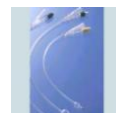
Medidas de prevenção

- E – A troca de cateteres vesicais ou sistemas de drenagem, não deve ser efectuada por rotina ou intervalos fixos. A mudança deve ter em conta indicações clínicas como a infecção, obstrução ou o comprometimento do sistema fechado. (categoria II)
- G – A limpeza do meato urinário com soluções antissépticas não é necessária. A lavagem diária, com água e sabão é suficiente (categoria IB)
- H – A irrigação vesical não é recomendada, excepto se for previsível obstrução (categoria II)

Medidas de prevenção

- H.1 – No caso de ser necessário irrigação vesical, para prevenção de obstrução, esta deve ser feita de forma fechada e contínua (categoria II)
- I – A irrigação vesical com antibióticos não é recomendada (categoria II)
- J – A instilação de antissépticos ou soluções antimicrobianas nos sacos de drenagem não é recomendada (categoria II)
- K – A clampagem do cateter vesical antes da remoção não é necessária (categoria II)

Medidas de prevenção



Materiais cateter

- L – Não utilizar, por rotina cateteres revestidos com antibacterianos ou antissépticos (categoria IB)
- N – Em cateterizações de longa duração, devem-se privilegiar os cateteres de silicone, para prevenir o risco incrustação (categoria II)
- O – Necessária mais investigação para clarificar as vantagens de válvulas no cateter vesical para prevenção da IUACV (questão não resolvida)

Medidas de prevenção



Colheita de espécimes

- S – Obter amostras de urina de forma asséptica (categoria IB)
- S.1 – A colheita de pequenos volumes de urina fresca (Ex urocultura ou uroanálise) deve ser feita por aspiração em local/porta referenciado no sistema ou punção do catéter, utilizando seringa e agulha estéril, após desinfetar local/porta ou catéter. (categoria IB)
- S.2 – Para colheitas de maiores volumes de urina (excepto exame cultural), colher assepticamente do saco de drenagem (categoria IB)

Medidas de prevenção

Separação física de doentes algaliados

- T – Necessária mais investigação para comprovar o benefício da separação física dos doentes algaliados para prevenção da transmissão de patógenos que colonizam os sistemas de drenagem urinária (questão não resolvida)

Programa de melhoria da qualidade

- A – Implementação de um programa de melhoria da qualidade ou estratégias para o uso de catéteres vesicais e redução do risco das IUACV baseados na gestão do risco (categoria IB)

Medidas de prevenção



Infraestrutura administrativa

- A – Fornecimento de guidelines
- A.1 – Fornecimento e implementação de guidelines baseados na evidência que se dirigem ao uso do catéter, inserção e manutenção (categoria IB)
- B – Educação e formação
- B.1 – Assegurar que os profissionais de saúde e outros que lidam com os catéteres, lhes seja dada formação periódica em relação a técnicas e procedimentos sobre a inserção, manutenção e remoção do catéter vesical, complicações urinárias e alternativas (categoria IB)

Medidas de prevenção

- C – Material
- C.1 Assegurar que o material necessário para a realização de cateterização vesical com técnica asséptica está disponível (categoria IB)
- D – Sistema de documentação
- D.1 – Considerar a implementação de um sistema de documentação no diário do doente, data e termo do cateter, quem inseriu e indicações para cateterização vesical (categoria II)
- E – Se a vigilância da IUAC é realizada, assegurar que existem profissionais formados e com recurso a tecnologias para suportar o uso de catéteres urinários e resultados (categoria IB)

Medidas de prevenção

Vigilância

- A – Considerar a vigilância da IUACV por critérios da gestão do risco clínico e identificar grupos de doentes ou serviços para conduzir a vigilância (categoria II)
- B – Análises de rotina em doentes cateterizados com bacteriúria assintomática não é recomendada (categoria II)
- C – Quando realizada a vigilância epidemiológica, considerar o feedback regular das taxas da IUACV aos profissionais de saúde (categoria II)

UCIP - Diagnóstico de situação

- Vigilância epidemiológica
- FMEA
- Questionário
- Grelha de observação/auditoria

Vigilância epidemiológica

- Os doentes que tiveram um episódio de IU estavam todos cateterizados e a média de dias de cateterização vesical era de 37,6 dias;
- Em 2009 a taxa de IU e IUACV, situavam-se ambas nos 1,2 %;
- A taxa de infeção por MOMR era de 9,97% em 2009 e 10,30% em 2010;
- A IU corresponde a 5,71% em 2009 e 11,5% em 2010, do total de infeções/colonizações por MOMR;
- 10,25% em 2009 e 17,64% em 2010 dos doentes infectados com MOMR em 2010, possuíam uma IU

Questionário

Objectivos:

- Caracterizar a equipa de enfermagem da UCIP
- Perceber se os enfermeiros conheciam a norma/ recomendação da CCI para a prevenção da IUACV do hospital;
- Conhecer os níveis de formação da equipa de enfermagem relativamente ao tema referido
- Determinar o conhecimento das taxas de infeção
- Avaliar algumas atitudes e práticas associadas ao uso apropriado do catéter vesical que seriam difíceis de observar tendo em conta o tempo e o contexto da unidade de cuidados intensivos

Questionário

Conhecimento das recomendações	n°	%
Sim	15	68,2
Não	7	31,8
Total	22	100

Caracterização da amostra quanto ao conhecimento das recomendações da CCI

Caracterização da amostra segundo o conhecimento que tem do local onde podem aceder às recomendações

Local de consulta	n°	%
Sim	7	46,7
Não	8	53,3
Total	15	100

Questionário

Locais de acesso às recomendações da CCI referidos pelos enfermeiros inquiridos

Local	n°	%
Intranet	6	85,7
Relatórios CCI	1	14,3
Total	7	100

Formação	n°	%
Menos de 2 anos	6	27,3
Mais de 2 anos	8	36,4
Nunca assistiu a uma formação nesta área	8	36,4
Total	22	100

Caracterização da amostra quanto à última formação que assistiram sobre a prevenção da IUACV, após começarem a trabalhar

Questionário

Local de formação	n°	%
Serviço	3	21,4
Centro de formação do hospital	8	57,1
Escola de enfermagem	1	7,1
Serviço e Centro de formação do hospital	1	7,1
Serviço e Escola de Enfermagem	1	7,1
Total	14	100

Caracterização da amostra quanto ao conhecimento das taxas de IACS da UCIP

Conhecimento da taxa IACS	n°	%
Sim	5	22,7
Não	17	77,3
Total	22	100

Local onde os inquiridos realizaram formação relacionada com a prevenção da IUACV

Questionário

Avaliação da necessidade de manter o catéter vesical	n°	%
Diariamente	12	54,5
Após alta, na enfermaria	10	45,5
Total	22	100

Caracterização da amostra relativamente à avaliação da manutenção do catéter vesical

Motivo de troca do catéter vesical	n°	%
Rotina ou intervalos fixos	4	18,2
Indicação clínica, obstrução, comprometimento do sistema ou recomendações do fabricante	18	81,8
Total	22	100

Caracterização da amostra quanto aos motivos que levam à troca do catéter vesical

Questionário

Tipo de catéter	n°	%
Látex	0	0
Silicone	22	100
Total	22	100

Caracterização da amostra quanto à escolha do catéter vesical, na previsibilidade da algaliação ser superior a 7 dias

Caracterização da amostra quanto à escolha do catéter vesical, na previsibilidade da algaliação ser igual ou inferior a 7 dias

Tipo de catéter	n°	%
Látex	22	100
Silicone	0	0
Total	22	100

Grelha de observação\auditoria

Objectivo- observar os cuidados prestados pelos enfermeiros relacionados com a cateterização vesical e os assistentes operacionais no caso dos despejos dos sacos de drenagem

No final foi possível classificar quanto ao cumprimento de medidas e obter scores.

- 75% ou menos – cumprimento mínimo das recomendações
- 76 – 84% - cumprimento parcial das recomendações
- 85% - cumprimento das recomendações

ICNA (2004)

Grelha de observação\auditoria

n	Xmin	Xmax	$\bar{X}$	M _d	s
Score total	20	60	71,57	60	70,2

Estadística dos scores de qualidade obtidos

	Score Princípios gerais	Score Inserção catéter vesical	Score Manutenção catéter	Score Despejo sacos drenagem	Score Colheita de urina
n	20	10	20	20	11
Xmin	62,50	40	50	50	50
Xmax	100	100	66,67	100	100
$\bar{X}$	85,94	64	59,17	71,25	95,45
M_d	100	40	66,67	75	100
s	12,92	20,66	8,51	14,68	15,08

Estadística dos scores de qualidade parciais obtidos

Grelha - Princípios Gerais

Crítérios	N° Obs.	% sim	% não	Comentário
É mantido o catéter pelo período mínimo necessário, e analisada regularmente a necessidade clínica de manter o catéter vesical?	20	100	0	
Registado no diário do doente, data e termo da cateterização vesical, quem inseriu e indicações para cateterização vesical, número do catéter vesical e tipo?	18	100	0	
As lavagens e irrigações vesicais são efectuadas por razões clínicas específicas?	6	100	0	Lavagem vesical realizada para verificação da permeabilidade do catéter vesical
A irrigação vesical quando necessária, para prevenção da obstrução é feita de forma contínua e fechada?	0	0	0	
A irrigação vesical é realizada mantendo a aspiração e evita a contaminação do sistema de drenagem	6	100	0	
No troco de cateteres vesicais ou sistema de drenagem, são tidos em conta indicações clínicas como: a infecção, obstrução, comprometimento do sistema ou recomendações do fabricante?	12	75	25	Catéter vesical trocado por rotina em 3 casos
Na remoção do catéter vesical, este não é clamped?	10	90	10	
A escolha do catéter vesical tem em conta o conhecimento da duração prevista da cateterização?	19	94,7	5,3	
Em cateterização vesical de longa duração ou quando é previsível, é utilizado um catéter de silicone?	17	94,1	5,9	
Na escolha do catéter vesical é considerado o menor calibre possível (mulheres: 12-14 Ch e nos homens: 14-16 Ch)?	19	57,9	42,1	

Grelha - Inserção catéter vesical

Crítérios	N° Obs.	% sim	% não	Comentário
A cateterização vesical é feita apenas quando há indicação clínica?	10	100	0	
É realizada a higiene das mãos antes e depois da inserção do catéter vesical?	10	100	0	
O meato urinário é limpo com água estéril ou solução salina antes da inserção?	10	100	0	
Para a inserção do catéter vesical, são utilizadas luvas esterilizadas, campo, esponjas e/ou compressas estéreis, solução estéril para limpeza meato urinário e embalagem de uso único estéril de fabricante?	10	40	60	Não foi utilizado campo esterilizado
É mantida a técnica asséptica durante a inserção? (neste item se consideramos a falta de higiene das mãos antes como componente essencial para a técnica asséptica o nível de inconformidade é superior a 90%).	10	70	30	Contaminação do material na execução da técnica tendo como causa provável a falta de campo esterilizado

Grelha - Manutenção catéter

Crítérios	N° Obs.	% sim	% não	Comentário
É realizada a fixação do catéter vesical, nos homens na parte superior da perna e nas mulheres na face interna da coxa?	20	0	100	
É realizada a higiene das mãos antes e depois da manipulação do catéter vesical?	20	0	100	
Após a inserção do catéter vesical este é conectado a um sistema de drenagem em circuito fechado esterilizado?	20	100	0	
O saco de drenagem é sempre mantido abaixo do nível da bexiga e colocado em suporte que previna o contacto com o chão?	20	55	45	Saco de drenagem em contacto com o chão
É mantido o cateter e sistema de drenagem sem dobras?	20	100	0	
A limpeza diária do meato urinário é efectuada com água e sabão?	20	100	0	

Grelha - Despejo sacos de drenagem

Critérios	Nº Obs.	% sim	% não	Comentário
O saco colector de urina é esvaziado regularmente e de acordo com o preconizado (1/2 da capacidade)?	20	85	15	
No despejo é usado usando um saco/recipiente limpo para cada doente, evitando salpicos e prevenindo o contacto com a válvula de drenagem/ recipiente colector?	20	100	0	
São usadas luvas e avental quando indicado na manipulação do cateter e sistema de drenagem?	20	90	10	
A higiene das mãos e a troca de luvas é efectuada após cada despejo do saco colector de urina?	20	10	90	

Grelha - Colheita de amostras

Critérios	Nº Obs.	% sim	% não	Comentário
A colheita de pequenos volumes de urina (Ex urocultura ou uroanálise) é feita em local referenciado no sistema?	3	66,6	33,3	Realizada desconexão do sistema
O material utilizado para a colheita, seringa e recipiente para amostra, são estéreis?	11	100	0	Colheita de urina efectuada no momento da algália, antes da conexão a sistema fechado em 8 casos
O local referenciado do sistema para a colheita é desinfectado com solução alcoólica antes da colheita?	2	100	0	
As colheitas de volumes maiores de urina (excepto exame cultural) são feitas assepticamente do saco de drenagem?	0	0	0	

Grelha - Resumo

Destacam-se em termos de inconformidades:

- a contaminação do sistema de drenagem durante a irrigação vesical;
- a falta de higienização das mãos em diversos momentos;
- a escolha do catéter vesical não contempla o menor calibre possível;
- a ausência de campo esterilizado;
- a fixação do catéter vesical;
- o saco de drenagem em contacto com o chão
- a manutenção da técnica asséptica durante a inserção



FMEA (Failure Mode and Effect Analysis)

- Objectivo – ferramenta de gestão que permite identificar potenciais modos de falha e determinar o efeito de cada uma delas sobre o processo, mediante um raciocínio dedutivo
- Permite classificar e priorizar o risco (NPR), classificando as potenciais falhas mediante a gravidade que representam (G), a ocorrência (O) e possibilidade de detecção (D) de uma a dez. $NPR = G \times O \times D$.

NPR relacionado com a IUACV na UCIP:

- 486 na manutenção do cateter vesical e sistema de drenagem,
- 210 na inserção da algália
- 160 na avaliação do uso e da indicação para algália e manutenção.

Conclusão

Do ponto de vista ético:

- A prevenção de complicações associadas às IACS sustenta-se no na procura do bem do Outro. Aplica-se:
 - o princípio da beneficência - obrigação moral de actuar em benefício de outros, no sentido de ajudar e promover os seus legítimos interesses.
 - princípio da não maleficência que tem como base a obrigação de não causar dano intencionalmente.

(Beuchamp e Childress, 2002)

Conclusão

Do ponto de vista deontológico:

Artigo 79.º - Dos deveres deontológicos em geral

O enfermeiro, ao inscrever -se na Ordem, assume o dever de:

- b) Responsabilizar -se pelas decisões que toma e pelos actos que pratica ou delega;
- c) Proteger e defender a pessoa humana das práticas que contrariam a lei, a ética ou o bem comum, sobretudo quando carecidas de indispensável competência profissional

Artigo 82.º - Dos direitos à vida e à qualidade de vida

O enfermeiro, no respeito do direito da pessoa à vida durante todo o ciclo vital, assume o dever de:

- b) Respeitar a integridade bio -psicossocial, cultural e espiritual da pessoa;

(Assembleia da República, 2009)

Conclusão

Artigo 88.º - Da excelência do exercício

O enfermeiro procura, em todo o acto profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever de:

- a) Analisar regularmente o trabalho efectuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude;
- b) Procurar adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa;
- c) Manter a actualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas;

(Assembleia da República, 2009)

Conclusão



Bibliografia

- Assembleia da República (2009). Lei nº111/2009 de 16 de Setembro: Procede à primeira alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei nº104/98, de 21 de Abril, *Diário da República*, 1.ª série, nº 180, 6528-6550
- Beauchamp, T. & Childress, J. (2002) – *Princípios de ética Biomédica*. São Paulo: Edições Loyola
- Direcção Geral de Saúde - PNCI (2010). Relatório Inquérito de Prevalência de Infecção 2010: Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde. Acedido em 29 de Novembro de 2011 em <http://www.dgs.pt/mis/2/ajuggmna-asx27codigoms-c5148-back-18codigomo-00020034AAAAAAAAAAAAAAAA>
- Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee [HICPAC] (2009). *Guideline for prevention of catheter-associated urinary tract infections 2009*. Acedido em 29 de Novembro de 2011 em http://www.cdc.gov/hicpac/2009_cath_ur.html
- Infection Control Nurses Association [ICNA] (2004). Audit Tools for monitoring infection control standards. Acedido em 29 de Novembro de 2011 em http://www.inic.org/gates/audit_tools_audit.pdf
- Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge [INSA] (2004). *Recomendações para a prevenção da infecção do trato urinário: avaliação de curta duração*. Acedido em 29 de Novembro de 2011 em <http://www.dgs.pt/mis/2/ajuggmna-asx27codigoms-c5148-back-18codigomo-00020034AAAAAAAAAAAAAAAA>
- Teixeira, S. (2010). *Infecções do trato urinário no litoral alentejano - etiologia e Suscetibilidade aos antimicrobianos*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa (6.º Curso de Mestrado em Microbiologia Clínica). Lisboa Acedido em 5 de Dezembro de 2011 em <http://repositorio.biblioteca.unl.pt/bitstream/10400/10641/1/tese.pdf>

APÊNDICE XIII – Cartaz de divulgação da ação de formação da IUACV

FORMAÇÃO EM SERVIÇO

Infeção urinária associada à cateterização vesical

9 de Maio de 2012

16h

Preletor: Enf.º Pedro Rodrigues

(Orientador – Prof. Elsa Monteiro, Enf. F, Enf. L)

Sala de reunião da UCIP

Destinatários: Enfermeiro

APÊNDICE XIV – Questionário de avaliação da sessão de formação

Avaliação da sessão de formação

Tema da formação: _____

Horário: _____ Duração da formação: _____

Formador: _____

Este questionário destina-se à avaliação desta ação de formação. O seu preenchimento é voluntário, respeitando o anonimato e confidencialidade dos dados. Com base nas respostas obtidas, o Serviço poderá introduzir melhorias no funcionamento de próximas ações de formação.

1. Assinale com um x a quadrícula correspondente á sua opinião:

	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom
Utilidade prática e profissional	☐	☐	☐	☐
Sensibilização a novas atitudes	☐	☐	☐	☐
Qualidade comunicação	☐	☐	☐	☐
Metodologia	☐	☐	☐	☐
Duração/horário	☐	☐	☐	☐

2. Comentários/ Sugestões:

Obrigado pela colaboração

APÊNDICE XV – Resultados da avaliação da formação da IUACV

Itens de avaliação	Insuficiente		Suficiente		Bom		Muito Bom	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Utilidade prática e profissional							13	100
Sensibilização a novas atitudes			1	7,7	2	15,4	10	76,9
Qualidade comunicação					4	30,8	9	69,2
Metodologia					4	30,8	9	69,2
Duração/horário					4	30,8	9	69,2

Quadro 4 - Resultados da avaliação da formação da IUACV

APÊNDICE XVI – Grelha de auditoria

Auditoria: Prevenção da infecção urinária associada à cateterização vesical (IUACV)

Serviço:.....

Data:.....

Auditoria nº:.....

Auditor:.....

Âmbito: Uso apropriado e colocação do catéter vesical

Questão		Sim	Não	N/A	Evidência	Comentário
Princípios Gerais						
1	A cateterização vesical foi efetuada com indicação clínica (IB)				Observar prática e registos	
2	Foram considerados métodos alternativos à cateterização vesical (colocação de fralda, dispositivo urinário, drenagem intermitente) (II)				Observar prática e registos	
3	A escolha do catéter contemplou o menor calibre possível para uma drenagem efetiva (II)				Observar calibre (12-14 Ch mulheres, 14-16 Ch homens)	
4	A escolha do catéter teve em conta o conhecimento da duração prevista da cateterização (II)				Observar registos e escolha de catéter (em cateterização de longa duração deve ser privilegiado catéter à base de silicone)	
5	A escolha do catéter teve em conta a possibilidade de obstrução e necessidade de irrigação vesical (IB)				Observar registos e escolha de catéter (escolha de catéter de 3 vias se houver necessidade de irrigação ou catéter de silicone se houver suspeita de obstrução devido ao material do catéter)	
6	Registado no diário do doente/ notas de enfermagem: data e da inserção do catéter vesical, quem inseriu e indicações para inserção, número de catéter e tipo, data e remoção do catéter (II)				Observar registos	

Score de qualidade parcial ¹						
Inserção do catéter vesical						
7	A colocação de equipamentos de proteção individual (EPIs) foi efetuada (IB)				Observar: a colocação de luvas limpas na lavagem da área genital, luvas esterilizadas antes da execução da técnica de cateterização e colocação de bata descartável; ordem de colocação EPIs correta	
8	A área genital foi lavada com água e sabão antes de iniciar a técnica de cateterização (II)				Observar prática	
9	A higiene das mãos foi efetuada antes da cateterização e após retirada de luvas(IB)				Observar fricção antisséptica das mãos ou lavagem das mãos antes da limpeza da região genital e execução da técnica	
10	A cateterização foi feita com recurso a campo esterilizado (IB)				Observar prática	
11	Na cateterização foram usadas luvas esterilizadas para a execução da técnica (IB)				Observar prática	
12	O meato uretral foi limpo com solução salina ou água estéril após limpeza da região genital e imediatamente antes da cateterização (IB)				Observar prática	
13	Na execução do procedimento foi usado um lubrificante estéril de uso único (IB)				Observar prática	
14	Durante o procedimento foi mantida a técnica asséptica (IB)				Observar: integridade do material estéril, toque em áreas não estéreis, substituição de material contaminado	
15	O catéter foi conectado a um sistema de drenagem fechado e estéril (IB)				Observar: integridade do material estéril, sistema fechado e estéril	

16	A fixação do catéter vesical foi realizada após inserção (IB)				Observar prática (homens na parte superior da perna e nas mulheres na face interna da coxa)	
17	A remoção de equipamentos de proteção individual (EPIs) foi efetuada (IB)				Observar a remoção de luvas após limpeza da região genital, remoção de EPIs após execução da técnica e pela ordem correta	
18	À higiene das mãos foi efetuada após a cateterização e após remoção do equipamento de proteção individual (IB)				Observar fricção antisséptica das mãos ou lavagem das mãos após limpeza da região genital e execução da técnica	
Score de qualidade parcial¹						
Score de qualidade total ¹						

¹Score de qualidade = nº de critérios sim/nº de critérios aplicáveis x100

Auditoria: Prevenção da infecção urinária associada à cateterização vesical (IUACV)

Serviço:.....

Data:.....

Auditoria nº:.....

Auditor:.....

Âmbito: Manutenção do catéter vesical/sistema de drenagem

Questão		Sim	Não	N/A	Evidência	Comentário
Princípios gerais						
1	O catéter é mantido pelo período mínimo necessário, e analisada regularmente a necessidade clínica de manter a algália (IB)				Observar prática e registos	
2	A mudança de catéteres vesicais e/ou sacos de drenagem ocorre por: necessidade clínica (infecção, obstrução), compromisso do sistema de drenagem ou recomendações do fabricante (II)				Observar: que a mudança não ocorre por rotina ou intervalos fixo e registos	
3	O sistema de drenagem mantém-se fechado de forma continua (IB)				Observar: o sistema de drenagem não é desconectado, saco coletor despejado apenas quando necessário, sistema integro	
4	A limpeza diária do meato urinário é efetuada com água e sabão (IB)				Perguntar ao doente, observar prática: não são usados antissépticos na limpeza	
5	A higiene das mãos é realizada antes da manipulação do catéter urinário (IB)				Observar fricção antisséptica das mãos ou lavagem das mãos	
6	Na manipulação do catéter vesical ou sistema de drenagem são usados equipamentos de proteção individual (IB)				Observar colocação de luvas e avental/bata descartável se necessário	
7	Após a manipulação do catéter ou sistema de drenagem são removidos os equipamentos de proteção individual (IB)				Observar a remoção de luvas e se aplicável o avental/bata pela ordem correta	

8	A higiene das mãos é realizada após manipulação do catéter urinário ou sistema de drenagem (IB)				Observar fricção antisséptica das mãos ou lavagem das mãos	
9	A instilação de antissépticos ou antimicrobianos nos sacos de drenagem não é efetuada (II)				Observar prática	
Score de qualidade parcial ¹						
Manutenção de fluxo urinário desobstruído						
10	O circuito de drenagem é mantido sem dobras (IB)				Observar ausência de dobras	
11	O saco coletor é posicionado abaixo do nível da bexiga (IB)				Observar posicionamento do saco coletor	
12	O saco coletor é posicionado de modo a prevenir o contacto com o chão (IB)				Observar posicionamento do saco coletor	
13	O saco coletor de urina é esvaziado regularmente e de acordo com o preconizado (1/2 da capacidade) (IB)				Observar preenchimento do saco coletor e prática	
14	No despejo é usado usando um saco/recipiente limpo para cada doente (IB)				Observar prática	
15	No despejo é prevenido o contacto entre a válvula de drenagem e o recipiente coletor (IB)				Observar prática	
16	No despejo é evitada fuga de urina/ salpicos (IB)				Observar: limpeza da torneira de despejo com celulose, compressa ou toalhete; fugas ou salpicos de urina	
17	A irrigação vesical só ocorre perante a possibilidade de obstrução (II)				Observar prática e registos	
18	A irrigação vesical é feita com material estéril e técnica asséptica				Observar: uso de seringa e solução estéril, desinfeção da junção catéter/tubo, técnica asséptica	
19	A irrigação vesical de rotina com antimicrobianos não é				Ver registos, observar	

	efetuada (II)					
20	A higienização das mãos e troca de luvas é efetuada, após despejo ou manipulação do sistema de drenagem e entre doentes (IB)				Observar: fricção antisséptica das mãos ou lavagem das mãos e troca luvas, após despejo e entre doentes	
Score de qualidade parcial ¹						
Colheita de amostras de urina						
21	A higiene das mãos é realizada antes da colheita da amostra de urina				Observar fricção antisséptica das mãos ou lavagem das mãos	
22	Na colheita da amostra são usados equipamentos de proteção individual (IB)				Observar colocação de luvas e avental/bata descartável se necessário	
23	A colheita de pequenas quantidades de urina fresca (urocultura) é feita por aspiração em local referenciado no sistema para o efeito (IB)				Observar colheita em local referenciado	
24	O material utilizado para a colheita de pequenas amostras de urina (urocultuta): seringa e recipiente para amostra, são estéreis (IB)				Observar prática	
25	O local referenciado do sistema para a colheita é desinfetado com solução alcoólica antes e após da colheita (IB)				Observar prática	
26	Mantida a assepsia durante o procedimento de colheita de pequenas amostras de urina (urocultuta) (IB)				Observar: integridade do material estéril, toque em áreas não estéreis, substituição de material contaminado	
27	As colheitas de volumes maiores de urina (exceto exame cultural) são feitas assepticamente do saco de drenagem				Observar prática	
28	O equipamento de proteção individual é removido após colheita				Observar a remoção de luvas e avental/bata descartável se necessário	
29	A higiene das mãos é realizada após colheita da amostra de urina (IB)				Observar fricção antisséptica das mãos ou lavagem das mãos	
Score de qualidade parcial ¹						

Score de qualidade total¹	

¹Score de qualidade = nº de critérios sim/nº de critérios aplicáveis x100

Auditoria: Prevenção da infecção urinária associada à cateterização vesical (IUACV)

Serviço:.....

Data:.....

Auditoria nº:.....

Auditor:.....

Âmbito: Infraestrutura, programas de melhoria de qualidade e vigilância

Questão		Sim	Não	N/A	Guia	Comentário
1	As recomendações da CCI sobre a prevenção da IUACV estão acessíveis a todos os profissionais (IB)				Observar a acessibilidade/facilidade com que os profissionais têm na consulta das recomendações	
2	As recomendações da CCI sobre a prevenção da IUACV foram implementadas/divulgadas no serviço (IB)				Perguntar ao Enf. Chefe ou elemento do serviço dinamizador da CCI	
3	A monitorização dos motivos que levam à realização da cateterização vesical é efetuada (II)				Perguntar ao Enf. Chefe ou elemento do serviço dinamizador da CCI	
4	Programa de melhoria de qualidade na prevenção da IUACV implementado (IB)				Perguntar ao Enf. Chefe ou elemento do serviço dinamizador da CCI Observar programas/ ações com o objetivo de aumentar o uso adequado do catéter vesical e reduzir o risco de IUACV	
5	Guideline ou protocolo dirigido aos enfermeiros com vista à remoção de catéteres vesicais desnecessário (II)				Perguntar ao Enf. Chefe ou elemento do serviço dinamizador da CCI Observar existência de guideline ou protocolo	
6	Formação dos profissionais envolvidos nos cuidados ao catéter acerca da inserção, manutenção e remoção,				Perguntar ao Enf. Chefe ou elemento do serviço dinamizador da CCI	

	alternativas à cateterização vesical e complicações dos catéteres (IB)				Observar o plano de formação anual	
8	Programa de auditorias: “Uso apropriado e inserção do catéter vesical” e “Manutenção e cuidados diários com o catéter vesical” implementado (IB)				Perguntar ao Enf. Chefe ou elemento do serviço dinamizador da CCI Observar relatório de auditorias realizadas	
9	Resultados das auditorias nos cuidados com o uso apropriado, inserção do catéter e manutenção divulgados (II)				Pedir ajuda do Enf. Chefe ou elemento do serviço dinamizador da CCI	
10	Os materiais para a execução de técnica asséptica para inserção do catéter estão disponíveis no serviço (IB)				Observar a existência de vários tamanhos e tipos de catéter, lubrificante de uso único estéril, campo esterilizado, vários tamanhos de luvas esterilizadas, solução salina ou água estéril, circuito de drenagem estéril, compressas	
11	Os materiais necessários para a cateterização quanto à sua localização estão concentrados ou organizados em kits				Observar a dispersão/concentração do material	
12	Os métodos alternativos à cateterização estão disponíveis no serviço (II)				Observar a existência de catéter para drenagem intermitente, dispositivo urinário externo	
13	Os materiais para os cuidados diários com o catéter estão disponíveis e localizados junto aos locais de cuidados				Observar a localização e presença dos materiais para os cuidados diários, nomeadamente: soluções alcoólicas para higienização das mãos, recipientes colectores individuais para despejo dos sacos colectores, material para a higienização do meato urinário	
14	Os materiais necessários para a colheita asséptica de				Observar a disponibilidade de	

	amostra de urina estão disponíveis (IB)				recipientes estéreis para amostra, solução alcoólica antisséptica e seringas	
15	Sistema de documentação standart, transversal a todos os doentes que inclui: indicações para inserção do catéter, data da inserção, quem inseriu, data da remoção (II)				Perguntar ao Enf. Chefe ou elemento do serviço dinamizador da CCI Observar sistema de documentação	
16	Vigilância epidemiológica da IUACV, com recurso a metodologia standardizada realizada (IB)				Observar registos	
17	Resultados da vigilância epidemiológica da IUACV divulgados (II)				Perguntar ao Enf. Chefe ou elemento do serviço dinamizador da CCI	
Score de qualidade total¹						

¹Score de qualidade = nº de critérios sim/nº de critérios aplicáveis x100

APÊNDICE XVII – Ficha de planeamento do PAC

Instituição: Hospital X			Serviço: CCI e UCIP	
Orientador: Enf. L. e Enf. F.				
Identificação dos profissionais do serviço com quem vai articular a intervenção (chefia direta, orientador, outros elementos da equipa, outros profissionais, outros serviços)				
Enf. I (Enfermeira Diretora)				
Enf. F (responsável pela CCI do Hospital X e co-orientadora de estágio)				
Enf. L (especialista em enfermagem Médico-cirúrgica, orientador de estágio, elemento dinamizador da CCI na UCIP)				
Enf. V (enfermeiro chefe da UCIP)				
Enf. T (2º elemento da UCIP)				
Enf. M (elemento dinamizador da CCI na UCIP)				
Enf. especialista em enfermagem Médico-cirúrgica, responsável pela formação na UCIP)				
Equipa de enfermagem				
Núcleo executivo da CCI				
Enf. AL (elemento do grupo responsável pela elaboração do plano de emergência interna da UCIP e co responsável pela formação em SBV)				
Enf. A (elemento do grupo responsável pela elaboração do plano de emergência interna da UCIP)				
Eng. O (Chefe de intervenção/Responsável dos Serviços de instalação e equipamentos)				
Competência k. 1 – “Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica”				
Objetivo específico	Unidades de competência	Atividades/Estratégias a desenvolver	Recursos	Indicadores de avaliação
		Realização de estágio na UCIP 1.Pesquisa bibliográfica sobre: definição de choque, causas do choque, classificação de choque, tipos de choque distributivo, conceito de infeção, SIRS, sepsis, choque séptico, fisiopatologia do choque séptico; sinais e sintomas	<u>Humanos:</u> Enf. L Enf. V Enf. T Enf. P	Apresenta plano da sessão de formação Apresenta os diapositivos apresentados na ação de formação

Formar/treinar a equipa de enfermagem da UCIP no âmbito do choque séptico	Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica. Gere a administração de protocolos terapêuticos complexos	do choque séptico; guideline para o tratamento do choque séptico; intervenções de Enfermagem no choque séptico 2.Planeamento da sessão de formação 3. Construção de diapositivos para apresentação com recurso a Power Point 4.Elaboração do plano da sessão de formação 5. Discussão da formação com os enfermeiros orientadores da sessão de formação e plano 6. Realização de alterações da sessão de formação e plano caso seja necessário 7.Marcação/ divulgação da ação de formação 8. Requisição dos meios necessários para a ação de formação (sala, projetor e folhas de avaliação da sessão) 9. Divulgação da ação de formação	<u>Materiais :</u> Bases de dados eletrónicas, artigos e livros computador projetor, sala de reuniões <u>Tempo:</u> Março a Junho	Apresenta cartaz de divulgação da sessão Apresenta tratamento dos dados da avaliação da formação Apresenta relatório de estágio
---	--	---	---	--

		10.Apresentação da ação de formação		
		11.Avaliação da ação de formação		
Formar/treinar a equipa de enfermagem da UCIP no âmbito da comunicação de más notícias	Assiste a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e ou falência orgânica Faz a gestão diferenciada da dor e do bem -estar da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, otimizando as respostas Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde. Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e ou falência orgânica	Realização de estágio na UCIP 1.Pesquisa bibliográfica sobre: Comunicação; comunicação más notícias; os profissionais e as más notícias; más notícias em UCI; conspiração do silêncio; Protocolo de Buckman; estratégia para uma comunicação eficaz 2.Planeamento da sessão de formação 3. Construção de diapositivos para apresentação com recurso a Power Point 4.Elaboração do plano da sessão de formação 5. Discussão da formação com os enfermeiros orientadores da sessão de formação e plano 6. Realização de alterações da sessão de formação e plano caso seja necessário	<u>Humanos:</u> Enf. L Enf. V Enf. T Enf. P <u>Materiais :</u> Bases de dados eletrónicas, artigos e livros Computador Projetor, Sala de reuniões <u>Tempo:</u> Março a Junho	Apresenta plano da sessão de formação Apresenta os diapositivos apresentados na ação de formação Apresenta cartaz de divulgação da sessão Apresenta tratamento dos dados da avaliação da formação Apresenta relatório de estágio

		7.Marcação/divulgação da ação de formação 8. Requisição dos meios necessários para a ação de formação (sala, projetor e folhas de avaliação da sessão) 9. Divulgação da ação de formação 10.Apresentação da ação de formação 11.Avaliação da ação de formação		
Realizar dossiê temático acerca da desfibrilhação	Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica. Gere a administração de protocolos terapêuticos complexos	Realização de estágio na UCIP 1.Pesquisa bibliográfica sobre: dossiê temático, desfibrilhação 2. Elaboração de dossiê temático: construção de fichas e seleção de conteúdos a constar no dossiê 3. Discussão do dossiê com os enfermeiros orientadores 4. Realização de alterações do dossiê 5.Apresentação do dossiê	<u>Humanos:</u> Enf. L Enf. V Enf. T Enf. P <u>Materiais :</u> Bases de dados eletrônicas, artigos e livros Computador Impressora, dossiê <u>Tempo:</u> Março a Junho	Apresenta dossiê temático Apresenta relatório de estágio
Competência K.2 – “Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da concepção à ação”				

Objetivo específico	Unidades de competência	Atividades/Estratégias a desenvolver	Recursos	Indicadores de avaliação
Elaborar fluxograma sobre falhas de gases medicinais na UCIP	Concebe, em articulação com o nível estratégico, os planos de catástrofe ou emergência Planeia a resposta concreta ante as pessoas em situação de emergência multi-vítima ou catástrofe Gere os cuidados em situações de Emergência e ou Catástrofe	Realização de estágio na UCIP 1.Pesquisa bibliográfica sobre: fluxograma 2.Elaboração de fluxograma sobre falha de gases na UCIP 3.Discussão do fluxograma com orientadores 4.Realização de alterações ao fluxograma caso seja necessário 5.Afixação do fluxograma	<u>Humanos:</u> Enf. L Enf. V Enf. T <u>Materiais :</u> Bases de dados eletrônicas, artigos e livros Computador Impressora, poster <u>Tempo:</u> Março a Junho	Apresenta fluxograma sobre falhas de gases medicinais na UCIP Apresenta relatório de estágio
Elaborar poster sobre a atuação em caso de emergência interna na UCIP		Realização de estágio na UCIP 1.Conhecer o PEI interno 2.Pesquisa bibliográfica sobre: PEI, elaboração de PEI, PEI em UCI, planos de evacuação, segurança contra	<u>Humanos:</u> Enf. L Enf. V Enf. T Enf. A Enf. Al Eng. O <u>Materiais :</u>	Apresenta poster sobre a atuação em caso de emergência interna na UCIP Apresenta relatório de estágio

		incêndios, legislação, normas de elaboração de poster 3.Integração no grupo responsável pela elaboração de proposta de PEI da UCIP 4.Elaboração poster sobre a atuação em caso de emergência interna na UCIP 5.Discussão do poster com os enfermeiros orientadores 6.Realização de alterações do plano caso seja necessário 7.Submeter poster para aprovação do Enf. Chefe para afixação após aprovação do PEI interno da UCIP	Bases de dados eletrônicas, artigos e livros Computador Impressora, poster <u>Tempo:</u> Março a Junho	
Competência K. 3 – “Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas”.				
Objetivo específico	Unidades de competência	Atividades/Estratégias a desenvolver	Recursos	Indicadores de avaliação
Criar bundle de atitudes que contribuam para a prevenção da infeção urinária associada à cateterização vesical	Concebe um plano de prevenção e controlo da infeção para resposta às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação			

Formar / treinar a equipa de enfermagem da UCIP relativamente às medidas de prevenção da infeção urinária associada ao catéter vesical	crítica e ou falência orgânica	<u>Coincidente com o PIS, ver ficha de planeamento do PIS (Apêndice VI)</u>
Desenvolver competências técnicas/científicas na área da auditoria	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 Emergência e ou Catástrofe	
Orçamento: <u>Recursos Humanos e materiais:</u> Após consulta dos vários profissionais a quem iria ser necessário recorrer, não era previsível que em termos de recursos humanos houvesse custos económicos, o mesmo em relação a alguns materiais havendo a hipótese de serem disponibilizados pelos serviços envolvidos (projetor, sala de reuniões, impressora, folhas, computador). No entanto previa-se algum trabalho fora do campo de estágio e custos com folhas, impressões e eletricidade, eram no entanto são gastos difíceis de quantificar. Estavam previstos 2 pósteres, fluxograma e poster de emergência interna, foram contabilizados 20 euros para cada um. Feita uma extrapolação dos gastos possíveis, o orçamento total, foi de 60€.		
Previsão dos constrangimentos e forma de os ultrapassar: Identificados 1 constrangimentos possível: - Tempo limitado e o número de tarefas a realizar, como forma de ultrapassar este constrangimento previu-se uma gestão cuidadosa do tempo, procurando cumprir o cronograma do PIS - Fraca adesão às formações – como estratégia para contrariar este obstáculo previu-se a divulgação de várias formas: cartaz, informação na passagem de turno, email		

APÊNDICE XVIII – Plano da sessão da ação de formação choque séptico

PLANO DA SESSÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO

TEMA: Choque Séptico

DATA: 3 de Maio de 2012

HORA: 16:00 horas

LOCAL: Sala de Reuniões da UCIP

DURAÇÃO: 60 min.

PRELETOR: Pedro Rodrigues

DESTINATÁRIOS: Enfermeiros da UCIP

OBJECTIVO GERAL

1. Divulgar o tratamento do choque séptico;

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS:

- 1.Promover revisão teórica acerca do choque séptico
- 2.Divulgar guidelines para o tratamento do choque séptico
- 3.Rever as intervenções autónomas e interdependentes de Enfermagem no tratamento do choque séptico

PLANO DA SESSÃO LECTIVA

ETAPAS	CONTEÚDOS	MÉTODOS/ TÉCNICAS	M A E	TEMPO
INTRODUÇÃO	▪ Apresentação do tema; ▪ Apresentação dos preletores; ▪ Apresentação dos objetivos da sessão; ▪ Breve apresentação dos conteúdos; ▪ Motivo do tema;	Expositivo	Projetor	5 Min;

DESENVOLVIMENTO	▪ Definição de choque ▪ Causas do choque ▪ Classificação de choque ▪ Tipos de choque distributivo ▪ Conceito de infecção, SIRS, sepsis, choque séptico ▪ Fisiopatologia do choque séptico ▪ Sinais e sintomas do choque séptico ▪ Guidelines para o tratamento do choque séptico ▪ Intervenções de Enfermagem no choque séptico	Expositivo Discussão de grupo	Projetor	45Min;
CONCLUSÃO	▪ Síntese da sessão ▪ Debate/ discussão e esclarecimento de dúvidas ▪ Bibliografia	Expositivo Discussão grupo		5 Min;
AValiação	▪ Preenchimento dos questionários de avaliação da sessão	Expositivo Discussão grupo		5 Min;

APÊNDICE XIX – Plano da sessão da ação de formação: comunicação de
más notícias

PLANO DA SESSÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO

TEMA: Comunicação de más notícias

DATA: 15 de Junho de 2012

HORA: 16:00 horas

LOCAL: Sala de Reuniões da UCIP

DURAÇÃO: 60 min.

PRELECTOR: Pedro Rodrigues

DESTINATÁRIOS: Enfermeiros da UCIP

OBJECTIVO GERAL

1. Formar a equipa de enfermagem na comunicação de más notícias;

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS:

1. Promover reflexão sobre a comunicação de más notícias;
2. Divulgar estratégias de comunicação de más notícias.

PLANO DA SESSÃO LECTIVA

ETAPAS	CONTEÚDOS	MÉTODOS/ TÉCNICAS	M A E	TEMPO
INTRODUÇÃO	▪ Apresentação do tema; ▪ Apresentação dos preletores; ▪ Apresentação dos objetivos da sessão; ▪ Breve apresentação dos conteúdos; ▪ Motivo do tema;	Expositivo	Projector	5 Min;

DESENVOLVIMENTO	▪ Comunicação ▪ Más notícias ▪ Os profissionais e as más notícias ▪ Más notícias em UCI ▪ Más notícias: uma situação de crise ▪ Comunicação de más notícias ▪ Conspiração do silêncio ▪ Protocolo de Buckman ▪ Estratégias para uma comunicação eficaz ▪ O depois das más notícias	Expositivo Discussão de grupo	Projetor	45Min;
CONCLUSÃO	▪ Síntese da sessão ▪ Debate/ discussão e esclarecimento de dúvidas ▪ Bibliografia	Expositivo Discussão de grupo		5 Min;
AValiação	▪ Preenchimento dos questionários de avaliação da sessão	Expositivo Discussão de grupo		5 Min;

APÊNDICE XX – Slides da formação: choque séptico

 Instituto Politécnico de Setúbal
1º Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica



Choque séptico

Realizado por:
Pedro Rodrigues

Orientado por:
Prof. Elsa Monteiro
Enf. Luís Teixeira

3 de Maio de 2012

Objectivos

Objectivo geral :

- Divulgar o tratamento do choque séptico;

Objectivos específicos:

- Promover revisão teórica acerca do choque séptico;
- Divulgar guidelines para o tratamento do choque séptico;
- Rever as intervenções autónomas e interdependentes de Enfermagem no tratamento do choque séptico.

Sumário

1. Definição de choque
2. Causas do choque
3. Classificação de choque
4. Tipos de choque distributivo
5. Conceito de infeção, SIRS, sepsis, choque séptico
6. Fisiopatologia do choque séptico
7. Sinais e sintomas do choque séptico
8. Guidelines para o tratamento do choque séptico
9. Intervenções de Enfermagem no choque séptico

Definição de choque

- “Síndrome caracterizado por hipoperfusão dos tecidos orgânicos, que resulta em falta de oxigénio para as células e hipoxémia celular.” (Allen, 2003 : 497).
- “Processo agudo e disseminado de deficiente perfusão tecidual capaz de provocar distúrbios celulares, metabólicos e hemodinâmicos” (Lough, 2008: 824)

Causas do choque

Disrupção de um destes fatores:

- Volume sanguíneo circulante adequado
- Capacidade do coração de bombear o sangue em quantidades adequadas à satisfação das necessidades do organismo, em oxigénio e metabolismo
- Vasos sanguíneos com bom tónus, capazes de contrair e dilatar , para manutenção de uma pressão normal.

(Allen, 2003 : 497)

Classificação do choque

- **Hipovolémico** - resulta de uma perda de volume circulante ou intravascular.

Nota:
Os sinais e sintomas de choque hipovolémico evoluem em relação direta com a percentagem direta de sangue dos espaços intravasculares

- **Cardiogénico** – incapacidade do coração bombear sangue em quantidade suficiente para perfundir as células do organismo

 (Allen, 2003)

Classificação do choque

- **Distributivo** – resulta da dilatação maciça anormal, dos vasos sanguíneos, resultando numa desproporção entre o tamanho do espaço vascular e a quantidade de sangue circulante.

Nota:

À medida que os vasos se dilatam, diminui a pressão arterial e o sangue faz estase nos vasos dilatados, o que tem como resultado uma diminuição do retorno venoso ao coração e uma redução do débito cardíaco

(Allen, 2003)

Tipos de choque distributivo



- **Neurogénico** - resulta da interferência com o sistema nervoso simpático, que ajuda a manter a tonicidade vasomotora. Ex: lesão da medula espinal, lesão cerebral e anestesia espinal
- **Anafilático** – reacção alérgica que ocorre com o contacto a um antígeno ao qual existe sensibilidade. Esta reacção de hipersensibilidade leva à libertação de substâncias vasoactivas, incluindo histaminas, quininas e prostaglandinas. A resposta do organismo é uma vasodilatação maciça.

- **Séptico**

(Allen, 2003)

Conceitos

- **SIRS** (Systemic Inflammatory Response Syndrome)

Modelo de resposta à agressão, que traduz a expressão sistémica da inflamação, quer ela se instale na sequência de infeção localizada ou generalizada, trauma, queimaduras, processos inflamatórios estéreis como a pancreatite.

As manifestações que permitem diagnosticar esta entidade clínica são:

- temperatura corporal, $>38^{\circ}\text{C}$ ou $<36^{\circ}\text{C}$;
- frequência cardíaca, >90 min
- hiperventilação evidenciada por frequência respiratória >20 min
- $\text{PaCO}_2 <32$ mm Hg;
- leucocitose sérica $>12,000$ células μL ou $<4,000$ μL .



(Abraham et al, 2003)

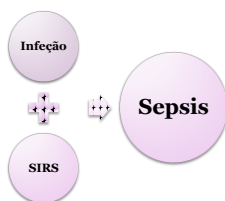
Conceitos



- **Infeção** – processo patológico causado pela invasão de um tecido, fluido ou cavidade corporal normalmente estéril, por um microorganismo patogénico ou potencialmente patogénico.
- **Sépsis** - síndrome clínica caracterizada pela presença das manifestações de SIRS causadas por infeção.

(Abraham et al, 2003)

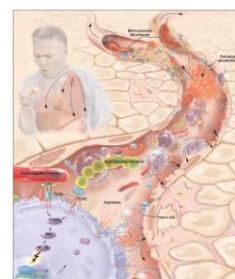
Sepsis



Conceitos

- **Sépsis grave** - sépsis a que se associa disfunção de órgãos de um ou mais, hipotensão e hipoperfusão
- **Hipotensão** - pressão arterial sistólica <90 mmHg, pressão arterial média (PAM) <60 mmHg, ou redução da pressão arterial sistólica >40 mmHg, apesar da reposição de volume adequada e na ausência de outra causa de hipotensão

(Abraham et al, 2003)



Choque séptico

Parte do contínuo :



Choque séptico - definido como uma sépsis com hipotensão que não responde à reposição adequada de volume

(Abraham et al, 2003)

Allen, 2003

Incidência e prevalência sepsis

- Em Portugal, 22% dos internamentos em UCI são devidos a Sépsis adquirida na comunidade, originando uma mortalidade hospitalar global de 38% (quase três vezes superior à mortalidade dos casos de AVC internados no ano de 2007).
- A mortalidade das formas mais graves de Sépsis, nomeadamente do choque séptico, atinge 51%.
- Dados vindos da Europa e EUA, indicam que a Sépsis representa um grave problema de saúde pública, comparável ao AVC e ao EAM.
- Aumento de incidência da sepsis devido: ao envelhecimento da população, maior longevidade de doentes crónicos, na crescente existência de imunossupressão por doença ou por iatrogenia e no maior recurso a técnicas invasivas.
- A gravidade dos casos de Sépsis parece estar também a aumentar, sendo maior o número de doentes com falência orgânica associada à Sépsis (Sépsis grave)

(DGS, 2010)

Incidência e prevalência da sepsis na UCIP

- Sepsis – diagnóstico de entrada mais frequente 31,41 % (doentes médicos)
- Taxa de mortalidade UCIP – 53,4%
- Taxa de mortalidade hospitalar 64%



UCIP (2011)

Fatores predisponentes do choque séptico

- Idade (Ex: idosos)
- Terapia imussupressora ou esteroides
- Doença crónica que afete o sistema imunitário (Ex: HIV)
- Cirurgia
- Má nutrição
- Técnicas invasivas (Ex CVC, cateterização vesical)

(Abraham et al, 2003)

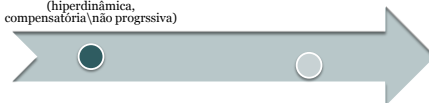
Fisiopatologia do choque séptico

- Entrada de microrganismos na corrente sanguínea
- Activação do sistema imunológico que provoca a lise bacteriana
- Libertação de endotoxinas
- Libertação de substâncias vasoactivas: histamina, prostaglandinas, endorfinas, bradiquinina e serotonina
- Vasodilatação maciça, vasoconstrição selectiva e aumento da permeabilidade dos vasos, alterações da coagulação

Fonte: Allen, 2003

Fisiopatologia do choque séptico

Fase inicial
(hiperdinâmica,
compensatória/não progressiva)



Fase avançada
(hipodinâmica, não
compensatória/progressiva)

Fonte: Allen, 2003

Sinais e sintomas do choque séptico

Sistema	Fase inicial	Fase avançada
Respiratório	Hiperventilação; ↑volume minuto; ↑PaCO ₂ ; broncodilatação	Respiração superficial; febre ou aauscultação; ↑PaCO ₂ ; ↓PaO ₂ ; edema pulmonar; oximetria pulso
Cardiovascular	Pa normal ou ligeira hipotensão; ↑Pdiastólica; ↑Ppulso; taquicardia; vasodilatação	Hipotensão; ↓Dc; agravamento da vasoconstricção
Renal	↓Débito urinário; ↑osmolalidade da urina; retenção de Na ⁺ /hipocalcemia	Oligúria ou anúria; hipercalcemia; acumulação de produtos residuais
Equilíbrio ácido-base	Alcalose respiratória	Acidose metabólica ou respiratória
Vascular	edema; deslocação dos líq. do espaço intersticial para o compartimento intravascular	deslocação dos líq. do espaço intravascular, para o espaço intersticial e o intracelular; edema
Pele	Quente e ruborizada	Fria e viscosa
Hematológico	Libertação de eritrócitos da medula óssea, para aumentar o volume vascular; agregação plaquetária	Coagulação intravascular disseminada; ↑hematopoiese levando a ↑leucócitos, hemoglobina, plaquetas
Neurológico	Agitação, estado de alerta, confusão	Letargia; inconsciência
GI		↑perifusão, distensão gástrica, náuseas, vômitos

Fonte: Allen, 2003

Guidelines para o tratamento do choque séptico

Surviving sepsis campaign



- 2 pacotes de medidas
 - 1º - Processo de ressuscitação, deve ser implementado nas primeiras 6 horas
 - Objetivo: iniciar o tratamento o mais precocemente possível, travar o agravamento do quadro clínico e consequentemente reduzir índices de mortalidade e morbidade
 - A ressuscitação precoce reduz as taxas de mortalidade em 28% e melhora as taxas de sobrevivência de doentes com sepsis
- Ex: programa da via verde sepsis
- 2º - Consolidação do tratamento

Dellinger, R; Levy, M; Carlet, J et al (2008)

Ressuscitação Inicial - 6h

- Iniciar de imediato a ressuscitação nos doentes com hipotensão persistente e lactacidemia >4 mmol/L (1C):

Nota:

Lactato ou ácido láctico - produto final da glicólise anaeróbica que ocorre em tecidos hipóxicos. Valor dos níveis de lactato e a duração da hiperlactacidemia tem importante valor prognóstico no choque séptico. Valores normais 0,5 a 1,5 mmol/L.

- Metas a atingir (1C):

- PVC - 8-12 mmHg (PVC de 12-15 mmHg em caso de ventilação mecânica ou ↓compliance ventricular)
- PAM > 65 mm Hg
- Débito urinário > 0,5 mL.kg.h
- Saturação venosa do sangue central (ScvO₂) > 70% ou saturação de oxigênio do sangue venoso misto (SmvO₂) > 65% (marcador da relação entre oferta e necessidade de oxigênio ou índice de oxigenação tecidual)

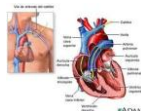
Dellinger, R; Levy, M; Carlet, J et al (2008)

Ressuscitação Inicial - 6h



Nota:

- SmvO₂ - colhido da artéria pulmonar, o que envolve o custo e as complicações da cateterização da artéria pulmonar, que ainda é motivo de debate em relação ao seu benefício.
- ScvO₂ - colhido do CVC, menor custo e menores riscos. A substituição do SmvO₂ pelo ScvO₂ tem sido proposta como uma medida menos invasiva.



Keen, J; Sewearingen, P. (2001).

Diagnóstico

- Obter culturas (hemoculturas e outras) antes de iniciar antibioterapia, sem que se atrase significativamente a administração de antibióticos (1C)
- Realizar estudo imagiológico de imediato, para confirmar e verificar alguma fonte de infeção (1C)



Dellinger, R; Levy, M; Carlet, J et al (2008)

Antibioterapia



- Iniciar antibioterapia endovenosa assim que possível, de preferência após o diagnóstico de sepsis grave (1D) ou choque séptico (1B)
- Antibioterapia endovenosa de largo espectro com um ou mais fármacos ativos contra o agente bacteriano/ fúngico provável e com boa penetração no tecido/ órgão provavelmente afectado(1B)
- Rever esquema de antibioterapia diariamente, para otimizar a eficiência e prevenir a resistência, evitar a toxicidade e minimizar custos (1C)
- A duração da terapia deve ser de 7 a 10 dias, excepto em caso de resposta lenta, deficiências imunológicas e foco de infeção que não é drenável (1D)

Dellinger, R; Levy, M; Carlet, J et al (2008)

Identificação do foco de infecção e controlo

- Deve ser identificado o local de infecção assim que possível (1C)
- Avaliar se o foco de infecção é passível de ser removido, Ex: drenagem de abcesso
- Escolher o tratamento com a melhor eficácia e menor consequências psicológicas (1D)
- Remover dispositivos intravasculares se houver possibilidade de estarem infectados (1C)



Dellinger ,R; Levy,M; Carlet, J et al (2008)

Fluidoterapia



- A infusão de volume, com cristaloides e coloides deve ser o primeiro passo no suporte hemodinâmico do choque séptico (1B)

Dellinger ,R; Levy,M; Carlet, J et al (2008)

Nota:

Cristaloides - soluções aquosas de eletrólitos ou de moléculas não ionizáveis de muito pequena dimensão (< 0,001 mm). Ex: NaCl 0,9% e Lactato de Ringer

Colóides - dispersões aquosas de partículas de maiores dimensões (de 0,001 mm a 0,1 mm), com propriedades colóido-osmóticas, exercendo por isso uma determinada pressão oncótica. Ex: albumina, gelatinas (geloplasma), dextrano e os amidos (Voluven).

Nota:

Geloplasma difere pela fundina a nível de concentrações iónicas, osmolaridade e pH

Infarmed (2011)

Fluidoterapia

Nota:

Objectivos da ressuscitação com fluidos são:

- (a) adequada perfusão tecidual e normalização do metabolismo celular (grau E);
- (b) aumentar o débito cardíaco

- PVC alvo ≥ 8 mmHg (≥ 12 mmHg no caso de ventilação mecânica). (1C)
- Usar provas com volume (fluid challenge) enquanto houver melhoria hemodinâmica ($\uparrow$ PAM, $\uparrow$ Dc...). (1D)
- "Fluid challenge" de 1000 ml de cristaloides ou 300-500 ml de coloides durante 30m. Maiores volumes e ritmo de administração mais rápido poderão ser necessários no caso do choque séptico (1D)
- A quantidade e ritmo de fluidos administrados deve ser reduzida se houver indícios de sobrecarga cardíaca sem melhoria hemodinâmica associada. (1D)

Dellinger ,R; Levy,M; Carlet, J et al (2008)

Vasopressores



- Manter PAM ≥ 65 mmHg. (1C)
- Noradrenalina e dopamina, administrados centralmente, são escolha inicial
- Não usar doses baixas de dopamina para protecção renal (1C)
- Colocar catéter arterial assim que possível em doentes que necessitem de vasopressores (1D)
- Usar dobutamina em doentes com disfunção miocárdica (1C)

Dellinger ,R; Levy,M; Carlet, J et al (2008)

Vasopressores

Mecanismo de Acção:

- Determinada pelas suas ligações às três classes principais de receptores: alfa, beta e dopa
- sobre os parâmetros que regulam o DC. Este é determinado pelo produto do volume sistólico (VS) frequência cardíaca (FC). Dc= VSxFC

Nota:

O VS depende das pressões dos volumes de enchimento ventricular (pré-carga), da contratilidade do miocárdio e da resistência ao esvaziamento ventricular (pós-carga)

Cuidados:

- Deve ser utilizadas somente para uso endovenoso, de preferência central e em doentes monitorizados, com o cuidado de não haver extravasamento tecidual, o que poderá acarretar uma intensa vasoconstrição local, com necrose tecidual.

Ostini, F. et al. (1998)

Glucose



- Usar insulina EV no controlo da hiperglicémia em doentes com sepsis grave (1B)
- Usar um protocolo validado de ajustamento da insulina de modo a atingir um glicémia sanguínea < 150 mg/dl (8,3 mmol/L). (2C)
- Providenciar uma fonte de calórica de glucose e monitorizar os valores de 1/2h ou 4h quando o doente estiver estável e com insulino-terapia. (1C)
- Interpretar com cuidado valores de glicémia baixos obtidos a nível capilar uma vez que pode superestimar os valores da glucose a nível plasmático ou sangue arterial (1B)

Nota:

A hiperglicémia e a falta de controlo dos níveis de glicémia está associado a maiores taxas de mortalidade

Dellinger ,R; Levy,M; Carlet, J et al (2008)

Trombose venosa profunda (TVP)

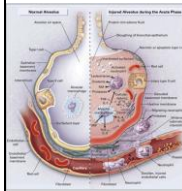


- Usar heparina de baixo peso molecular ou doses baixas de heparina não fracionada, exceto se houver contraindicações (1A). Em doentes de elevado risco, deve-se preferir a heparina de baixo peso molecular (2C)
- Realizar profilaxia mecânica através de meias elásticas ou dispositivo de compressão intermitente, quando a heparina é contra-indicada (1A)
- Usar combinação de terapia farmacológica com mecânica em doentes com elevado risco de TVP



Dellinger, R; Levy, M; Carlet, J et al (2008)

Ventilação mecânica da SDRA/LPA induzida pela sepsis



SDRA /ARDS - Síndrome de dificuldade respiratória aguda / Acute Respiratory Distress Syndrome

LPA /ALI - Lesão pulmonar aguda / Acute Lung Injury (forma menos grave da SDRA)

SDRA - é caracterizada por dispnéia, hipoxemia severa, diminuição da complacência pulmonar e infiltrado pulmonar difuso bilateral. Trata-se de uma lesão de natureza inflamatória da membrana epitélio-alveolar, caracterizada por uma insuficiência respiratória aguda e pela formação de um edema alveolar rico em proteínas.

Matthay, M.; Zimmerman, G. (2005)

Ventilação mecânica da SDRA/LPA induzida pela sepsis

- Volume corrente de 6ml/kg em doentes com LPA/SDRA (1B)
- Limite superior da pressão plateau deve ser ≤ 30 cmH₂O, tendo em conta a complacência pulmonar (1C)
- Deve ser programado o PEEP, de modo a evitar atelectasias /colapso alveolar no final da expiração (1C)
- Considerar o decúbito ventral em doentes com níveis de FiO₂ potencialmente adversos ou pressões de plateau, desde que não sejam colocados em risco com a mudança de posição (2C)



Dellinger, R; Levy, M; Carlet, J et al (2008)

Ventilação mecânica da SDRA/LPA induzida pela sepsis

- Manter elevação da cabeceira para prevenir o risco de aspiração e prevenção da PAV
- Elevação da cabeceira 30° - 45° (2C)
- Uso de protocolos de sedação em doentes críticos ventilados com sepsis (1B).

Nota:

A evidência diz que o uso de protocolos de sedação pode reduzir a duração da ventilação e duração do internamento. Os benefícios superam os riscos



Dellinger, R; Levy, M; Carlet, J et al (2008)

Drotrecogina alfa (rhAPC - Recombinant human activated protein)

- Doentes adultos com sepsis grave e baixo risco de morte não deve ser administrado drotrecogina (Ex: APACHE II ≤ 20 ou falência de 1 órgão) (1A)
- Considerar apenas a administração em falência multiorgânica (FMO) e elevado risco de morte (2B/C)

Nota:

A drotrecogina alfa é uma forma recombinante da proteína C ativada, usada atualmente em doentes com sepsis grave e falência orgânica múltipla, devido aos seus efeitos profibrinolítico, antitrombótico e anti-inflamatório

Dellinger, R; Levy, M; Carlet, J et al (2008)

Esteroides

- Considerar hidrocortisona endovenosa nos adultos em choque séptico quando a hipotensão for persistente à administração de fluidos e vasopressores
- A dose de hidrocortisona deve ser < 300 mg/dia (1A)
- Não usar corticoides para tratar a sepsis na ausência de choque, a não ser que o doente tenha antecedentes endócrinos ou de terapêutica com corticosteroides (1D)

Dellinger, R; Levy, M; Carlet, J et al (2008)

Outros

Substituição da função renal

- Hemodiálise intermitente e hemodiálise veno-venosa continua (HVVC) são consideradas equivalentes (2B)
- HVVC oferece uma maior facilidade no tratamento nos doentes hemodinamicamente instáveis (2D)

Bicarbonato

- Não usar bicarbonato com o propósito de melhorias hemodinâmicas ou reduzir vasopressores no tratamento da hipoperfusão induzida pela lactacidemia com $\text{pH} \geq 7.15$. (1B)

Dellinger, R; Levy, M; Carlet, J et al (2008)



Outros

Administração de sangue

- Transfundir unidade de concentrado de eritrócitos quando hemoglobina $< 7.0 \text{ g/dl}$ para um nível alvo de $7.0 - 9.0 \text{ g/dl}$ nos adultos (1B)

Profilaxia de úlcera de stress

- Providenciar um inibidor da bomba de prótons (Ex: esomeprazol, pantoprazol) ou bloqueadores de H_2 (ex. ranitidina) (1A/B).

Dellinger, R; Levy, M; Carlet, J et al (2008)



Limitações tratamento

- Discutir com os doentes e família os cuidados a prestar. Descrever os resultados prováveis e estabelecer expectativas realistas (1D)

Dellinger, R; Levy, M; Carlet, J et al (2008)

Nota:

Um estudo levado a cabo por Heyland, Tranmer, O'Callaghan et al (2003), demonstrou uma redução dos níveis de ansiedade e de depressão nos membros da família quando as decisões de fim de vida foram planeadas e executadas, e fornecida informação relevante acerca do diagnóstico, prognóstico e tratamento.



Intervenções de enfermagem

Cada caso é único

Cuidados genéricos

- Suporte psicossocial para o doente, família e pessoas significativas
- Avaliar alterações do estado de consciência
- Avaliar parâmetros hemodinâmicos, Fe , Ta , PAM , DC
- Posicionar o doente tendo em conta situação do doente: ventral no caso de ARDS, elevação da cabeceira, elevação dos MIS para otimizar a pré carga e forçar o volume de ejeção no caso de DC diminuído
- Pesquisar o doente, monitorizar o balanço hídrico



Intervenções de enfermagem

- Monitorizar o débito urinário
- Monitorizar a função respiratória, manter a permeabilidade das vias aéreas, monitorizar a ventilação mecânica
- Vigiar a integridade e alterações cutâneas
- Avaliar a presença de edemas
- Avaliar sinais de hipoperfusão tecidual: $\uparrow$ preenchimento capilar, extremidades frias e cianosadas, oligúria...
- Administrar antimicrobianos, vasopressores, colóides e cristalóides e outros medicamentos de acordo com prescrição observando efeitos provocados



Intervenções de enfermagem

- Avaliar a temperatura, usar medidas de correção da temperatura corporal em caso de hipertermia/febre ou hipotermia
- Avaliar sinais de desconforto e dor
- Promover o repouso
- Vigiar sinais de infeção
-



Conclusão



Bibliografia

- Allen, M. (2003). Choque. In Marek, J.; Phipps, W.; Sands, J., *Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e prática clínica* (6ª edição – pp 497-523). Loures: Lusociência
- Abraham, E. et al (2003). 2001 SCCM/ESICM/ACCP/ATS/SIS International Sepsis Definitions Conference. *Intensive Care Med.* 29, 530 -538. Acedido a 14 de Abril em <http://www.esicm.org/data/upload/pdf/o8-library/oa-guidelines-recommendations/sepsis/f ile4.pdf>
- Dellinger, R; Levy, M; Carlet, J et al (2008): SurvivingSepsis Campaign: International guidelines for management of severe sepsis and septic shock. *Crit Care Med* 2008; 36:296-327. Acedido a 14 de Abril em <http://www.survivingsepsis.org/SiteCollectionDocuments/Final%2008%20SSC%20Guidelines.pdf>
- DGS (2010). CIRCULAR NORMATIVA nº 01/DQS/DQCO de 6 Janeiro. Acedido a 14 de Abril em <http://www.dgs.pt/me/8/paginaRegisto.aspx?back=1&id=15888>
- Infarmed. (2011). Prontuário terapêutico online. Acedido a 14 de Abril em [Infarmed http://www.infarmed.pt/formulario/ficha.php?ide=213](http://www.infarmed.pt/formulario/ficha.php?ide=213)

Bibliografia

- Keen, J; Sewearingen, P. (2001). Manual de Enfermagem de Cuidados intensivos: intervenções de Enfermagem independentes e interdependentes. (4ª edição). Loures: Lusociência
- Lough, M.; Stacy, K; Urden, L. (2008). Enfermagem em cuidados intensivos: Diagnóstico e intervenção. (5ª edição). Lisboa: Lusodidacta
- Matthay, M.; Zimmerman, G. (2005) Acute Lung Injury and the Acute Respiratory Distress Syndrome: Four Decades of Inquiry into Pathogenesis and Rational Management *Am J Respir Crit Med Biol* Vol. 332 319-327 Acedido a 14 de Abril em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16172352>
- O'Callaghan, C. ; Heyland, D.; Tranmer, J. et al (2003). The seriously ill patient: Preferred role in end of life decision making. *J Crit Care* , 18,3-10. Acedido a 14 de Abril em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12640606>
- Ordem dos Enfermeiros (1998). Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro: Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei nº 104/98 de 21 de Abril. Acedido a 7 de Dezembro de 2011 em <http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>
- Ostini, F. et al. (1998, Julho –Set.) O uso de drogas vasoativas em terapia intensiva. *Medicina, Ribeirão Preto*, 31, 400-411. Acedido a 14 de Abril em http://www.fmrp.usp.br/revista/1998/vol31n3/o_uso_drogas_vasoativas.pdf

APÊNDICE XXI – Slides da formação: comunicação de más notícias

 Instituto Politécnico de Setúbal
1º Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica



Comunicação más notícias

Realizado por:
Pedro Rodrigues

Orientado por:
Prof. Elsa Monteiro
Enf. Luís Teixeira

14 de Junho de 2012

Objetivos

Objetivo geral :

- Formar a equipa de enfermagem na comunicação de más notícias;

Objetivos específicos:

- Promover reflexão sobre a comunicação de más notícias;
- Divulgar estratégias de comunicação de más notícias.

Sumário

1. Comunicação
2. Más notícias
3. Os profissionais e as más notícias
4. Más notícias em UCI
5. Más notícias uma situação de crise
6. Comunicação de más notícias
7. Conspiração do silêncio
8. Protocolo de Buckman
9. Estratégias para uma comunicação eficaz
10. O depois das más notícias

Comunicação

- Comunicação - é um processo de interação no qual partilhamos mensagens, ideias, sentimentos e emoções, permitindo influenciar o comportamento das pessoas que, por sua vez, reagirão a partir das suas crenças, valores, história de vida e cultura
- Instrumento básico para a prestação de cuidados de saúde
- Ferramenta de ajuda ao doente e família crucial para a aceitação, confrontação da doença e à adaptação às mudanças que ocorrem.

Pereira (2005)

Más notícias

- São aquelas que modificam radicalmente e negativamente a expectativas que a pessoa tem da sua vida futura.

Ex: doenças degenerativas, do foro psicológico destruturantes, morte de um familiar ou pessoa significativa ou internamento repentino por doença aguda com impacto na vida pessoal, familiar e profissional



Neto, I.; Querido, A.; Salazar, H. (2010)

Más notícias

- Realidade constante no quotidiano dos profissionais de saúde
- Uma das áreas mais difíceis e complexas no contexto das relações interpessoais, pelos dilemas pessoais e profissionais que origina, os quais podem afetar a qualidade de desempenho neste domínio.

Pereira (2005)

Os profissionais e as más notícias



- A morte continua a ser tabu no nosso tempo e na nossa cultura, as pessoas em geral, incluindo os profissionais de saúde ainda não estão preparados para enfrentá-la.
- A más notícias constituem momentos difíceis e delicados, rodeados de sentimentos de dor, desconforto e inutilidade podendo provocar mecanismos de fuga

Pereira (2005)

Os profissionais e as más notícias

- Falta de preparação gerir os seus próprios medos e as hostilidades do doente / família:
 - medo de ser culpado ou de lhe atribuírem responsabilidades;
 - medo de expressar uma reação emocional;
 - medo de não saber todas as respostas colocadas pelo doente e familiares e/ou outras pessoas significativas;
 - medos pessoais acerca da doença e da morte, medo das reações do doente e família.
- Dificuldades em comunicar: insuficiência, imprecisão, por vezes ambiguidade da informação, sobre diversos aspetos relacionadas com a saúde/doença Ex: terminologia técnica, frases como: está estável, sem alterações...

Pereira (2005)

UCI

- Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) ambiente tecnologicamente avançado, integram as mais sofisticadas intervenções de carácter médico, de enfermagem e técnico.
- Finalidade: dar resposta a pessoas vulneráveis, instáveis e em estado crítico, com um elevado grau de risco de vida, em que as condições clínicas se podem alterar constantemente.



Botelho, M.; Castro, C.; Vilelas, J. (2011)

Más notícias em UCI

Momentos que podem constituir uma má notícia:

- Admissão
- Uma alteração do estado Ex EOT e ventilação
- Morte
- Taxa de mortalidade da UCIP é de 39% nos doentes médicos e de 7,7% nos doentes cirúrgicos.



UCIP (2012)

Más notícias em UCI

- A prestação de cuidados numa UCI orientada essencialmente pelo modelo biomédico, cuja atenção está voltada principalmente para a condição patológica e para os procedimentos técnicos e terapia medicamentosa, em detrimento da integralidade do cuidado, sem a necessária atenção aos sentimentos e percepções do doente e de seus familiares e da forma como vivenciam a situação saúde/doença
- Poucos artigos e estudos em ambiente UCI

Botelho, M.; Castro, C.; Vilelas, J. (2011)

Más notícias uma situação de crise

- As situações de doença, particularmente as mais graves, constituem uma situação de crise, pois provocam sentimentos de insegurança, incerteza e medo, geradores de altos níveis de stress, que exigem o recurso a mecanismos de adaptação e de defesa para se protegerem do elevado efeito stressante.

Gameiro (1999) citado por Pereira (2005)

- Kefir e Slevin desenvolveram um modelo de intervenção em vítimas de perdas e/ou famílias em que identificam 3 problemas:
 - falta de informação face a uma situação completamente nova;
 - solidão e sensação de falta de apoio;
 - sensação de inexistência de opções disponíveis.



Pereira (2005)

Más notícias uma situação de crise

- Reconhece-se hoje em dia que, apesar de ser uma tarefa difícil e complexa, o fornecimento de informação reduz a incerteza e constitui uma ajuda fundamental para os doentes e a família aceitarem a doença, lidarem com a situação, participarem na tomada de decisão e envolverem-se no processo de tratar/cuidar.

Pereira (2005)



Comunicação de más notícias

- A informação não se reporta a um único momento,
- Processo contínuo e sistemático ao longo do percurso assistencial pois, para além do momento do diagnóstico, outros surgem em que a probabilidade de o doente ser confrontado com más notícias é elevada.

Pereira (2005)

Comunicação de más notícias

- Não se esgota no informar/comunicar, pois normalmente estas situações implicam uma perda, à qual está sempre associado um processo de luto
- Acto multidimensional e deve ser visto numa perspectiva multidisciplinar,
- Problemático não é a questão de informar ou não os doentes, mas sim a questão de saber como, quando e quanto se deve revelar
- Imprescindível no processo de adaptação à doença e na manutenção de um luto saudável

Pereira (2005)

Comunicação de más notícias



- A doença de um membro da família é também uma doença familiar, pelo que a equipa terapêutica o doente e família constituem a unidade a tratar
- A qualidade da relação entre o profissional de saúde, o doente e a família determina não só o grau de satisfação dos doentes, mas também o seu modo de lidar com a sua doença, tendo, portanto, implicações na qualidade de cuidados e na qualidade de vida/sobrevivência do doente

Pereira (2005)

Comunicação de más notícias

- Sem o treino adequado, o desconforto e a incerteza associada a esta actividade pode levar os profissionais a afastarem-se emocionalmente dos doentes
- Numerosos estudos demonstram que os doentes desejam, geralmente, a informação franca e empática de um diagnóstico terminal ou de outras más notícias

Neto, I.; Querido, A.; Salazar, H. (2010)

Conspiração do silêncio

- A ausência de informação e o silêncio em redor do doente é a confirmação, muitas vezes, das suas suspeitas, aumentando os seus receios face a um diagnóstico que pressente, mas que não é transmitido verbalmente
- Frequente no nosso país, a família ser informada do diagnóstico antes do próprio doente, a qual por sua vez procura esconder a verdade ao doente ou outro familiar – baseada na premissa que o doente sofra sem necessidade

Galvão, C.; Gonçalves, M.; Guarda, H. (2010)

Conspiração do silêncio

- A negociação de que a verdade só será revelada ao doente se ele próprio desejar, e de que o doente e família não serão abandonados nesta fase das suas vidas, constitui muitas vezes o ponto de viragem na atitude dos familiares
- Importante encontrar um ponto de equilíbrio entre o dever de dizer a verdade e o de evitar causar mal ao doente, exige uma avaliação adequada de cada doente, no sentido de saber se este quer ou não saber a verdade, procurando respeitar a sua vontade

Galvão, C.; Gonçalves, M.; Guarda, H. (2010)

Protocolo de Buckman

Modelo de comunicação para comunicação de más notícias

1. Conseguir o ambiente correto

- Reconhecer o contexto no qual se vai dar a entrevista e tratar de dar respostas às seguintes perguntas: Quem deve informar? Quando se deve informar? Onde informar? Como informar

Buckman citado por Neto, I.; Querido, A.; Salazar, H. (2010)

Protocolo de Buckman

2. Descobrir o que o doente já sabe
3. Descobrir o que o doente quer saber
4. Partilhar a informação
5. Responder às reacções do doente

Ex. "compreendo como deve estar a sentir-se; É natural que esta notícia o deixe perturbado...."

Nesta fase o toque pode ter uma importância fulcral

Buckman citado por Neto, I.; Querido, A.; Salazar, H. (2010)

Protocolo de Buckman

6. No fim planejar e acompanhar

- Elaboração de plano das necessidades do doente e as prioridades analisadas com ele
- Medidas para prevenir o sofrimento
- Estratégias de coping (adaptação) do doente e família

Nota:

Base de trabalho, flexível adaptável, em cada momento e fase em particular

Buckman citado por Neto, I.; Querido, A.; Salazar, H. (2010)

Estratégias para uma comunicação eficaz

- Deseje estar em relação com o doente – implica a tomada de consciência dos nossos sentimentos, baseada no autoconhecimento, abstrair da necessidade de fazer juízos de valor, de controlar tudo, e arranjar disponibilidade interior para o outro
- Respeite a distância confortável – tendo em conta os factores culturais:
 - distância social (2-3m),
 - distância pessoal (40cm-1m).
- O encurtamento desta distância, até onde for permitido, indica a proximidade da relação. A escuta é beneficiada quando realizada num ângulo de 90° em relação ao outro



Neto, I.; Querido, A.; Salazar, H. (2010)

Estratégias para uma comunicação eficaz

- Sente-se – dá a indicação de que tem a disponibilidade para escutar, para além de aumentar a eficácia da comunicação. Garanta que os seus olhos estão à altura dos do outro, para lhe dar indicação de cooperação ao invés de poder
- Adote uma linguagem corporal positiva – braços abertos, inclinação ligeira ao outro, olhar para a frente sem o fixar longamente nos olhos
- Dê atenção à linguagem não verbal – tem 5 vezes mais impacto que a linguagem verbal, confere sinceridade e significado às mensagens verbais

Neto, I.; Querido, A.; Salazar, H. (2010)

Estratégias para uma comunicação eficaz

- Toque o outro – se este o permitir, dando especial atenção à reacção ao ser tocado. Quando aceite o toque sedimenta e reforça a mensagem e a relação
- Deixe o outro falar – espere que termine uma frase ou um assunto para então falar, evite o interromper o outro
- Escolha o local – calmo, ambiente informal, mobiliário confortável, com privacidade. A arquitetura, decoração, luz, cores, sons, cheiros, influenciam o tipo de interação e determinam a comunicação.



Neto, I.; Querido, A.; Salazar, H. (2010)

Estratégias para uma comunicação eficaz

- Encoraje o outro a falar – mantenha o contacto visual, use questões abertas: “Como se sente?; “...e então?”, “Que aconteceu?”
- Seja honesto - assuma as falhas de atenção e distrações momentâneas, corrija pela repetição ou clarificação das mensagens
- Saiba utilizar e respeitar o silêncio – Suporte a sensação de impotência que a situação provoca e resista à tentação de acabar com esse mal estar. Mentalmente conte até dez e espere que seja o outro a quebrar o silêncio. É a escuta dos silêncios que nos obriga a ser verdadeiros.

Neto, I.; Querido, A.; Salazar, H. (2010)

Estratégias para uma comunicação eficaz

- Clarifique e reformule a linguagem verbal – “Parece-me o que está a dizer....?”
- Verifique a compreensão da informação – “Faz sentido para si aquilo que estou a dizer?” Parece-lhe razoável?”
- Proporcionar um ambiente calmo e cuidado, demonstrando uma atitude individualizada

Neto, I.; Querido, A.; Salazar, H. (2010)

O depois das más notícias

- Promover o acompanhamento do doente pela família, facultando a sua permanência no serviço por um período alargado de tempo, para além das horas habituais de tempo
- A revolta e agressividade demonstrada por vezes por alguns familiares deve ser reconhecida não como um ataque pessoal ou institucional, mas como uma forma de mostrar dor e desespero perante a incapacidade de ajudar a pessoa que amam
- Cuidar da família do doente terminal passa sobretudo, por saber ouvir, mostrar disponibilidade e compreensão

Galvão, C.; Gonçalves, M.; Guarda, H. (2010)

O depois das más notícias

- Discutir se necessário com o doente e família sobre a morte, situações possíveis de acontecer na agonia e os meios existentes para aliviar o sofrimento do doente podem ter um efeito benéfico pela diminuição da ansiedade que o medo do desconhecido pode gerar
- Para muitas famílias é um momento pelo qual nunca passaram, momento gerador de angústias face ao desconhecido
- A escuta ativa e uma relação baseada na verdade na confiança são duas das formas de prevenção do luto patológico

Galvão, C.; Gonçalves, M.; Guarda, H. (2010)

O depois das más notícias

- Uma comunicação adequada dá a oportunidade ao doente e à família de se despedir, de organizar as suas vidas (a nível pessoal e financeiro) e planear a fase final da vida,
- Possibilidade de contactar telefonicamente a equipa também é um factor de segurança



Galvão, C.; Gonçalves, M.; Guarda, H. (2010)

O depois das más notícias

Estar atento aos fatores de risco de luto patológico:

- sentimentos intensos de amargura e raiva antes e após a morte;
- baixo nível socioeconómico,
- pessoas sós, sem familiares próximos e sem suporte social
- Mulheres com filhos pequenos ou com tarefas exclusivamente domésticas

Galvão, C.; Gonçalves, M.; Guarda, H. (2010)

Conclusão

- Comunicação é considerada como um elemento chave na qualidade dos cuidados em fim de vida
- Qualquer estratégia adotada para se conseguir uma comunicação eficaz deve ter em conta que cada doente é único, assim como é única e particular a situação em que se encontra e o momento que vive
- A eficácia da comunicação consegue-se através de formação padronizada e do treino de todos os elementos da equipa (sessões teóricas, treino prático, análise de vídeos e role-playing).

Neto, I.; Querido, A.; Salazar, H. (2010)

Conclusão

Vantagens do treino e desenvolvimento de competências esta área:

- fortalece a relação entre o profissional de saúde e o doente/família
- Fomenta a colaboração
- Permite aos doentes e família lidar com os problemas e planear o futuro

Neto, I.; Querido, A.; Salazar, H. (2010)

Só teremos um verdadeiro projeto de humanização se abordarmos todas as vertentes

Bibliografia

- Botelho, M.; Castro, C.; Vilelas, J. (2011, Setembro). A Experiência vivida da pessoa doente internada numa UCI: Revisão sistemática da literatura. *Pensar Enfermagem* (Volume 15 n.º2), 41-59
- Neto, I.; Querido, A.; Salazar, H. (2010). Comunicação. In Barbosa, A.; Neto, I., *Manual de Cuidados Paliativos* (2ª edição – pp. 461-486). Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa
- Galvão, C.; Gonçalves, M.; Guarda, H. (2010). Apoio à família. In Barbosa, A.; Neto, I., *Manual de Cuidados Paliativos* (2ª edição – pp. 751-761). Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa
- UCIP (2012). *Indicadores dos doentes internados na UCIP HEM 2008 -2011*. Relatório não publicado, Hospital Egas Moniz, Lisboa.
- Pereira, M. (2005). *Comunicação de más notícias em saúde e gestão do luto: contributos para a formação em enfermagem*. Dissertação para obtenção do grau de Doutor em Ciências de Educação, Universidade do Porto, Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação, Porto. Acedido a 22 de Maio em <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/22906>

APÊNDICE XXII – Cartaz de divulgação da formação: choque séptico

FORMAÇÃO EM SERVIÇO

Choque Séptico

3 de Maio de 2012

16h

Preletor: Enf.º Pedro Rodrigues

(Orientador – Prof. Elsa Monteiro, Enf. L)

Sala de reunião da UCIP

Destinatários: Enfermeiro

APÊNDICE XXIII – Cartaz de divulgação da formação: comunicação de
más notícias

FORMAÇÃO EM SERVIÇO

Comunicação de más notícias

14 de Junho de 2012

16h

Preletor: Enf.º Pedro Rodrigues

(Orientador – Prof. Elsa Monteiro, Enf. L)

Sala de reunião da UCIP

Destinatários: Enfermeiro

APÊNDICE XXIV – Resultados da avaliação da formação com o tema
choque séptico

Itens de avaliação	Insuficiente		Suficiente		Bom		Muito Bom	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Utilidade prática e profissional							11	100
Sensibilização a novas atitudes					3	27,3	8	72,7
Qualidade comunicação					4	36,4	7	63,6
Metodologia					3	27,3	8	72,7
Duração/horário					4	36,4	7	63,6

Quadro 5 - Resultados da avaliação da formação do choque séptico

APÊNDICE XXV– Resultados da avaliação da formação com o tema
comunicação de más notícias

Itens de avaliação	Insuficiente		Suficiente		Bom		Muito Bom	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Utilidade prática e profissional					3	42,9	4	57,1
Sensibilização a novas atitudes					6	85,7	1	14,3
Qualidade comunicação							7	100
Metodologia					4	57,1	3	42,9
Duração/horário							7	100

Quadro 6 - Resultados da avaliação da formação com tema comunicação de más notícias

APÊNDICE XXVI – Dossiê temático: desfibrilhação



DOSSIÊ
TEMÁTICO:

DEFIBRILHAÇÃO

**1º Mestrado de Enfermagem
Médico-Cirúrgica**

Elaborado por: Pedro Rodrigues

Orientado por: Prof. Elsa Monteiro

LISTA DE SIGLAS

AHA - American Heart Association

CPR – Conselho Português de Ressuscitação

DAE – Desfibrilhador automático externo

ECR – European Council of Resuscitation

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

FV – Fibrilhação ventricular

PCR – Paragem cardio-respiratória

SAV – Suporte Avançado de Vida

SBV – Suporte Básico de Vida

TVsp – Taquicardia Ventricular sem pulso

Junho, 2012

ÍNDICE

Introdução

Capítulo I - Algoritmos

- Ficha nº1 – Cadeia de sobrevivência
- Ficha nº2 - Reanimação Intra-hospitalar
- Ficha nº3 - Suporte Avançado de Vida

Capítulo II – Procedimentos

- Ficha nº 4 - Procedimento da UCIP: Reanimação Cardio-respiratória
- Ficha nº 5 - Procedimento do Serviço Medicina I: Reanimação Cardio-respiratória

Capítulo III – Livros/Manuais

- Ficha nº6 – Desfibrilhação eléctrica
- Ficha nº7 – Algoritmo de Suporte Avançado de Vida
- Ficha nº8 – Monitorização cardíaca e ritmos
- Ficha nº9 – Operações básicas do desfibrilhador Lifepak 9P
- Ficha nº 10 - Monitorização do doente com o desfibrilhador Lifepak 9P
- Ficha nº 11 - Desfibrilhação com o desfibrilhador Lifepak 9P

Capítulo IV – Artigos

Ficha nº 12 – Eletroterapias

INTRODUÇÃO

No âmbito da realização de um estágio na UCIP, enquadrado no 1º Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Escola Superior de Saúde de Setúbal /Instituto Politécnico de Setúbal, foi criado este dossiê temático sobre a desfibrilhação.

O objetivo do mesmo é proporcionar à equipa da UCIP uma fonte de informação acerca da desfibrilhação e que poderá eventualmente contribuir para uma melhoria das práticas nesta área, de acordo com a evidência científica existente.

O dossiê temático divide-se em quatro partes/capítulos Na primeira parte, são abordadas as principais orientações em caso de paragem cardio-respiratória (PCR) a realizar em meio hospitalar sob a forma de algoritmos.

Na segunda parte são apresentados os procedimentos existentes no hospital, que referem-se à organização das equipas e papel de cada um dos intervenientes em situação de PCR.

Na terceira parte, apresentam-se alguns excertos de livros/manuais acerca da desfibrilhação, abordando-se assuntos como ritmos desfibrilháveis e não desfibrilháveis, a desfibrilhação enquadrada no Suporte Avançado de Vida (SAV), como efetuar uma desfibrilhação, tipos de desfibrilhador e níveis de energia e a segurança na desfibrilhação. Outro dos assuntos abordados é a realização da desfibrilhação com recurso ao desfibrilhador Lifepak 9P, dado que é o existente na UCIP.

A última parte é dedicada a artigos, onde está um artigo acerca de eletroterapias, no qual se faz uma revisão sistemática da literatura sobre este tema.

Os documentos apresentados são precedidos por ficha onde é descrito o autor, tema, edição, editor, páginas, palavras-chave e o resumo do documento apresentado. No final de cada um dos capítulos serão colocadas as referências bibliográficas dos documentos expostos.

FICHA 1

IDENTIFICAÇÃO BIBLIOGRÁFICA

AUTORES: European Council of Resuscitation (ERC)

TÍTULO: Cadeia de Sobrevivência

EDIÇÃO: Conselho Português de Ressuscitação (CPR)

EDITORA: Conselho Português de Ressuscitação

CIDADE: Porto

DATA: 2010

ISBN:

PÁG.:17

PALAVRAS-CHAVE: Reconhecimento de paragem cardiorrespiratória, Suporte Básico de Vida (SBV), Desfibrilhação, Cuidados pós-reanimação

RESUMO: As ações, de acordo com o ERC(2010), que relacionam a vítima de paragem cardíaca súbita com a sobrevida constituem a Cadeia de Sobrevivência. O primeiro elo desta cadeia assinala a importância do reconhecimento do indivíduo em risco de PCR e a importância de pedir ajuda na expectativa de que o tratamento precoce possa prevenir a paragem. Os elos do meio ilustram a integração do SBV e desfibrilhação como componentes fundamentais da reanimação precoce na tentativa de salvar vidas. O último dos elos da cadeia de sobrevivência, refere-se aos cuidados pós-reanimação eficazes, que centra-se na preservação das funções, em particular, cerebral e cardíaca.

FICHA 2

IDENTIFICAÇÃO BIBLIOGRÁFICA

AUTORES: European Council of Resuscitation

TÍTULO: Reanimação Intra-hospitalar

EDIÇÃO:

EDITORIA: Conselho Português de Ressuscitação

CIDADE: Porto

DATA: 2010

ISBN:

PÁG.:26

PALAVRAS-CHAVE: Orientações, reconhecimento de PCR, pedido de ajuda, SBV, desfibrilhação

RESUMO: O algoritmo da reanimação intra-hospitalar representa um conjunto de orientações claras para a ajudar os profissionais de saúde a responder a situações de PCR de forma eficaz. Espera-se dos profissionais o reconhecimento das situações de PCR, que realizem o pedido de ajuda, iniciem de imediato o SBV, com os adjuvantes da via aérea necessários e se indicado realizem desfibrilhação (ERC, 2010).

FICHA 3

IDENTIFICAÇÃO BIBLIOGRÁFICA

AUTORES: European Council of Resuscitation

TÍTULO: Suporte Avançado de Vida

EDIÇÃO:

EDITORIA: Conselho Português de Ressuscitação

CIDADE: Porto

DATA: 2010

ISBN:

PÁG.:29

PALAVRAS-CHAVE: Orientações, avaliação de ritmo, ritmo desfibrilhável/não desfibrilhável, SBV, desfibrilhação, cuidados pós reanimação, adrenalina, causas reversíveis

RESUMO: O algoritmo de SAV, segundo o ERC (2010) aplica-se a todas as situações de PCR, representa o conjunto de ações a levar a cabo durante uma situação de PCR: SBV imediato e eficaz, manutenção de compressões torácicas de elevada qualidade e desfibrilhação precoce na fibrilhação ventricular (FV) e taquicardia ventricular sem pulso (TVsp). Nesta perspetiva o algoritmo de SAV distingue ritmos desfibrilháveis de ritmos não desfibrilháveis. Os ciclos são genericamente iguais, com um período de SBV de 2 minutos, antes de avaliar o ritmo e, quando indicado, avaliar o pulso. Durante as manobras deve-se ponderar acerca de causas potencialmente reversíveis que podem justificar intervenções especiais, intervenções avançadas na via aérea e administração de adrenalina na dose de 1mg em intervalos de 3-5min. Após o retorno da circulação deve-se envidar pelas medidas pós reanimação.

BIBLIOGRAFIA:

- European Council of Resuscitation [ERC] (2010). *Recomendações 2010 para a reanimação do European Council of Resuscitation*. Porto: Conselho Português de Reanimação. Acedido em 5 de Julho de 2012 em <https://www.erc.edu/index.php/doclibrary/en/231/1/>

Capítulo II - Procedimentos

FICHA 4

IDENTIFICAÇÃO BIBLIOGRÁFICA

AUTORES: Centro Hospitalar Y

TÍTULO: Procedimento da UCIP: Reanimação Cardiorrespiratória

EDIÇÃO:

EDITORA: Não publicado

CIDADE: Lisboa

DATA: 2008

ISBN:

PÁG.:1-3

PALAVRAS-CHAVE: UCIP, Organização e funções dos intervenientes em situação de PCR.

RESUMO: O procedimento em causa, define as funções e organização dos diferentes intervenientes numa reanimação e a sequência de ações a levar a cabo de acordo com o algoritmo de reanimação intra-hospitalar e SAV no contexto da UCIP.

FICHA 5

IDENTIFICAÇÃO BIBLIOGRÁFICA

AUTORES: Centro Hospitalar Y

TÍTULO: Procedimento do Serviço Medicina I: Reanimação Cardiorrespiratória

EDIÇÃO:

EDITORA: Não publicado

CIDADE: Lisboa

DATA: 2011

ISBN:

PÁG.:1-4

PALAVRAS-CHAVE: Medicina, Organização e funções dos intervenientes em situação de PCR

RESUMO: O procedimento em causa, define as funções e organização dos diferentes intervenientes numa reanimação e a sequência de ações a levar numa enfermaria. Discrimina também os contactos a efetuar em caso de situação de urgência/emergência interna.

BIBLIOGRAFIA

- Centro Hospitalar Y. Procedimento nº4 do Serviço de Medicina I de 11 de Março de 2011: Reanimação Cardiorrespiratória. Procedimento não publicado. Lisboa: Hospital X
- Centro Hospitalar Y. Procedimento nº11 da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente de 11 de Fevereiro de 2008: Reanimação Cardiorrespiratória. Procedimento não publicado. Lisboa: Hospital X

Capítulo III – Livros/Manuais

FICHA 6

IDENTIFICAÇÃO BIBLIOGRÁFICA

AUTORES: Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM)

TÍTULO: Desfibrilhação eléctrica

EDIÇÃO: 2ª Edição

EDITORA: INEM

CIDADE: Lisboa

DATA: 2011

ISBN:

PÁG.: 157-168

PALAVRAS-CHAVE: Desfibrilhação, Pré-desfibrilhação, mecanismos de desfibrilhação, cardioversão eléctrica sincronizada, segurança, energia do choque, tipos de desfibrilhador

RESUMO: O documento apresentado aborda o processo da desfibrilhação em várias vertentes: a abordagem antes da desfibrilhação, o mecanismo da desfibrilhação eléctrica, as condicionantes que influenciam a energia do choque (impedância transtorácica, posição dos eléctrodos/pás e a energia do choque), a cardioversão eléctrica sincronizada, a segurança na aplicação de um choque e o tipo de desfibrilhadores (manuais, automático externo, monofásicos e bifásico).

FICHA 7

IDENTIFICAÇÃO BIBLIOGRÁFICA

AUTORES: Instituto Nacional de Emergência Médica

TÍTULO: Algoritmo de Suporte Avançado de vida

EDIÇÃO: 2ª Edição

EDITORA: INEM

CIDADE: Lisboa

DATA: 2011

ISBN:

PÁG.: 207 - 221

PALAVRAS-CHAVE: SAV, avaliação de ritmo, ritmo desfibrilhável/não desfibrilhável, SBV, desfibrilhação, adrenalina, causas reversíveis

RESUMO: O documento apresentado aborda o encadeamento e os procedimentos a realizar no SAV que de uma forma muito sucinta os principais objetivos são : efetuar SBV precoce, de elevada qualidade e ininterrupto; permeabilização da via aérea de modo a assegurar a oxigenação dos órgãos nobres; estabelecer acessos venosos ou intra-ósseos; identificar e corrigir causas potencialmente reversíveis, administrar adrenalina. A atuação no SAV divide-se quanto a avaliação/ identificação em intervalos regulares do ritmo. Os ritmos dividem-se em dois grupos: desfibrilháveis e não desfibrilháveis, a principal diferença reside execução imediata da desfibrilhação nos ritmos desfibrilháveis.

FICHA 8

IDENTIFICAÇÃO BIBLIOGRÁFICA

AUTORES: Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM)

TÍTULO: Monitorização cardíaca e ritmos

EDIÇÃO: 2ª Edição

EDITORA: INEM

CIDADE: Lisboa

DATA: 2011

ISBN:

PÁG.: 146-155

PALAVRAS-CHAVE: Ritmos de paragem cardíaca, bradisritmias e taquidisritmias, ritmos de escape e agónicos

RESUMO: O documento apresentado aborda os ritmos de paragem cardíaca (assistolia, atividade elétrica sem pulso, TVsp, FV), as principais bradisritmias e taquidisritmias, ritmo agónico e de escape. No final são ilustrados os ritmos.

FICHA 9

IDENTIFICAÇÃO BIBLIOGRÁFICA

AUTORES: Physio-control

TÍTULO: Operações básicas do desfibrilhador Lifepak 9P

EDIÇÃO:

EDITORA: Physio-control

CIDADE: Redmond

DATA: 1994

ISBN:

PÁG.: 1-15

PALAVRAS-CHAVE: interface, operações básicas, desfibrilhador

RESUMO: O documento apresentado aborda o interface do desfibrilhador Lifepak 9P e operações básicas (seleção de energia, derivação, alarmes, registo, monitor....) imprescindíveis à sua utilização, nomeadamente na desfibrilhação.

FICHA 10

IDENTIFICAÇÃO BIBLIOGRÁFICA

AUTORES: Physio-control

TÍTULO: Monitorização do doente com o desfibrilhador Lifepak 9P

EDIÇÃO:

EDITORA: Physio-control

CIDADE: Redmond

DATA: 1994

ISBN:

PÁG.: 1-15

PALAVRAS-CHAVE: Monitorização

RESUMO: O documento apresentado aborda a monitorização do doente usando o desfibrilhador Lifepak 9P, com recurso às pás ou usando cabo de eletrocardiografia com três elétrodos. Por último é abordado a deteção do complexo QRS, fundamental para a cardioversão sincronizada.

FICHA 11

IDENTIFICAÇÃO BIBLIOGRÁFICA

AUTORES: Physio-control

TÍTULO: Desfibrilhação com o desfibrilhador Lifepak 9P

EDIÇÃO:

EDITORA: Physio-control

CIDADE: Redmond

DATA: 1994

ISBN:

PÁG.: 1-9

PALAVRAS-CHAVE: segurança, instruções de utilização, cardioversão sincronizada e assíncrona

RESUMO: O documento apresentado aborda as instruções de utilização do Lifepak 9P para a realização de cardioversão assíncrona e sincronizada, incluindo o posicionamento das pás, riscos da desfibrilhação, situações especiais.

BIBLIOGRAFIA

- Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM] (2011). Desfibrilhação elétrica. In INEM, *Manual de Suporte Avançado de Vida* (2ª Edição – 157-168). Lisboa: INEM
- INEM (2011). Algoritmo de Suporte Avançado de Vida. In INEM, *Manual de Suporte Avançado de Vida* (2ª Edição – 207-221). Lisboa: INEM
- INEM (2011). Monitorização cardíaca e ritmos. In INEM, *Manual de Suporte Avançado de Vida* (2ª Edição – 146-155). Lisboa: INEM
- Physio Control (1994).Basic operations. In Physio Control, *Lifepak 9P Defibrillator, Monitor, Pacemaker: Operating instructions*. Redmond: USA
- Physio Control (1994).Defibrillation and Pacing. In Physio Control, *Lifepak 9P Defibrillator, Monitor, Pacemaker: Operating instructions*. Redmond: USA
- Physio Control (1994).Monitoring the patient. In Physio Control, *Lifepak 9P Defibrillator, Monitor, Pacemaker: Operating instructions*. Redmond: USA

Capítulo IV - Artigos

FICHA 12

IDENTIFICAÇÃO BIBLIOGRÁFICA

AUTORES: Link, M.; Atkins, D.; Passman, R.; Halperin, H.; Samson, R.; White, R. et al

TÍTULO: Eletroterapias

EDIÇÃO: 122

EDITORIA: American Heart Association (AHA)

CIDADE: Dallas

DATA: 2010

Online ISSN: 1524-4539

PÁG.: 706-719

PALAVRAS-CHAVE: eletroterapias, desfibrilhação, elétrodos, ondas de energia, níveis de energia, desfibrilhador automático externo (DAE), riscos da desfibrilhação, cardioversão sincronizada, pacemaker

RESUMO: O artigo apresentado, faz parte das recomendações/guidelines da AHA nas situações de PCR, onde se apresenta uma revisão sistemática da literatura acerca de das eletroterapias. Entre os temas abordados encontra-se: a importância da desfibrilhação precoce, uso de DAE, administração de um choque vs sequência de 3 choques, ondas de energia e níveis de energia, uso de pacemaker externo, cardioversão sincronizada, taquicardias ventriculares e supraventriculares, análise de ritmos desfibrilháveis, riscos da desfibrilhação.

BIBLIOGRAFIA

- Link, M.; Atkins, D.; Passman, R.; Halperin, H.; Samson, R.; White, R. et al (2010). Electrical Therapies. *Circulation*, 122, S706-S710. Acedido a 21 de Junho em http://circ.ahajournals.org/content/122/18_suppl_3/S70

APÊNDICE XXVII – Cronograma planejado e realizado do PAC

		Mês	2012				
		Actividades	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul
Competência k. 1 – “Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica”	Formar/treinar a equipa de enfermagem da UCIP no âmbito do choque séptico	1.Pesquisa bibliográfica sobre choque séptico					
		2.Planeamento da sessão de formação					
		3. Construção de diapositivos para apresentação com recurso a Power Point					
		5. Discussão da formação com os enfermeiros orientadores da sessão de formação e plano					
		6. Realização de alterações da sessão de formação e plano caso seja necessário					
		7.Marcação/ divulgação da ação de formação					
		8. Requisição dos meios necessários para a ação de formação (sala, projetor e folhas de avaliação da sessão)					
		9. Divulgação da ação de formação					
		10.Apresentação da ação de formação					
		Realizar dossiê temático acerca da desfibrilhação	1.Pesquisa bibliográfica sobre: dossiê temático, desfibrilhação				
	2. Elaboração de dossiê temático: construção de fichas e seleção de conteúdos a constar no dossiê						
	3. Discussão do dossiê com os enfermeiros orientadores						
	4. Realização de alterações do dossiê						

Formar/treinar a equipa de enfermagem da UCIP no âmbito da comunicação de más notícias	5.Apresentação do dossiê						
	1.Pesquisa bibliográfica sobre comunicação más notícias						
	2.Planeamento da sessão de formação						
	3. Construção de diapositivos para apresentação com recurso a Power Point						
	4.Elaboração do plano da sessão de formação						
	5. Discussão da formação com os enfermeiros orientadores da sessão de formação e plano						
	6. Realização de alterações da sessão de formação e plano caso seja necessário						
	7.Marcação/divulgação da ação de formação						
	8. Requisição dos meios necessários para a ação de formação (sala, projetor e folhas de avaliação da sessão)						
	9. Divulgação da ação de formação						
	10.Apresentação da ação de formação						
	11.Avaliação da ação de formação						

Competência K.2 – “Dinamiza a resposta Elaborar fluxograma sobre falhas de gases medicinais na UCIP	1.Pesquisa bibliográfica sobre: fluxograma						
	2.Elaboração de fluxograma sobre falha de gases na UCIP						
	3.Discussão do fluxograma com orientadores						
	4.Realização de alterações ao fluxograma caso seja necessário						

Elaborar poster sobre a atuação em caso de emergência interna na UCIP	5.Afixação do fluxograma								
	1.Conhecer o PEI interno								
	2.Pesquisa bibliográfica sobre: PEI, elaboração de PEI, PEI em UCI, planos de evacuação, segurança contra incêndios, legislação, normas de elaboração de poster								
	3.Integração no grupo responsável pela elaboração de proposta de PEI da UCIP								
	4.Elaboração poster sobre a atuação em caso de emergência interna na UCIP								
	5.Discussão do poster com os enfermeiros orientadores								
	6.Realização de alterações do plano caso seja necessário								
	7.Submeter poster para aprovação do Enf. Chefe para afixação após aprovação do PEI interno da UCIP								

Legenda:

Legenda:

Planeamento inicial da execução da atividade não verificado

Execução da atividade, fora do planeamento inicial

Execução da atividade cumprindo o planeamento inicial

APÊNDICE XVIII – Poster emergência interna: procedimentos de atuação

Emergência interna: procedimentos de atuação

Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde

1º Mestrado Enfermagem Médico-Cirúrgica

Enfª Pedro Rodrigues (H.-UCIP); Enf. Elsa Monteiro (Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Professora IPS/ESS), Enfª L. (Especialista em Enfermagem Médico -Cirúrgica, H. - UCIP)

As situações de emergência e catástrofe podem acontecer a qualquer instante, entre estas situações encontram-se: catástrofes naturais (sismos, tempestades entre outras) incêndios, corte geral de energia, inundações, ameaça de bomba, fuga de gás/explosão (ITSEMAP; SUCH, 2008).

Neste contexto o Plano de emergência Interno (PEI) do Hospital e serviço, revestem-se de grande importância no sentido de reduzir as consequências deste tipo de situações.

GESTÃO DE UMA EMERGÊNCIA

Numa situação de emergência/ alarme



Ligue para:

- Portaria ☎ 2225 ou
- Responsável do SIE (Serviço de Instalações e Equipamento)/Chefe de Intervenção, pelo ☎ 72023

ITSEMAP; SUCH (2008)

Lembre-se que:

•Quando é acionado o alarme os Vigilantes da Portaria ou Responsável do SIE/Chefe de Intervenção comunicam com os outros elementos envolvidos na estrutura orgânica de segurança de emergência, cada um com as suas funções e cadeia de comando definidas, sendo o Diretor de Emergência (Conselho de Administração) a figura máxima.

•A ativação do PEI é da responsabilidade do Diretor de Emergência (DE) e é responsável por coordenar as diversas atuações na emergência

•Caso o sinistro não seja possível de controlar com os meios próprios, deverá ser emitido uma alerta de modo a ativar meios de socorro externos: Proteção Civil, Polícia, Bombeiros, INEM.

•A decisão de emitir alerta aos meios de socorro externos pertence ao DE. Nos turnos tarde e noite (16h-8h) o alerta é feito pelos vigilantes da Portaria.

ITSEMAP; SUCH (2008)

Decisão de evacuação

- Tomada em caso de absoluta necessidade
- Da responsabilidade do DE.

•Se a evacuação se justificar de imediato, o elemento hierarquicamente superior presente no serviço (1.Diretor de Serviço 2. Enf. Chefe 3. Médico assistente mais graduado 4. Enf. Responsável Equipa) assume a decisão de evacuação e papel de Coordenador de Evacuação

•O Coordenador de evacuação assume a gestão da evacuação, das equipas de evacuação A e B e comunicação/coordenação com o DE

Pessoal Interviente

•Todos os profissionais que fazem parte do serviço, sob orientação do Coordenador de Evacuação, divididos em 2 equipas A e B

Funções da Equipa de Evacuação A (Assistentes operacionais, secretária unidade):

- Orientar e dirigir todo o pessoal não essencial e público no sentido das vias de evacuação e saídas, indicando-lhes os pontos de reunião mais próximos
- Prestar apoio às equipas de evacuação B, na evacuação de doentes

Funções da Equipa de Evacuação B (Médicos, Enfermeiros e Fisioterapeuta):

- Assegurar a evacuação imediata dos doentes internados ou sujeitos a tratamento que condicionam as suas capacidades de mobilidade, perceção e reação a um alarme

ITSEMAP; SUCH (2008)

Preparação do Doente

•Os doentes devem estar identificados, acompanhados dos equipamentos estritamente necessários à continuidade do seu tratamento e do respectivo processo clínico.

•Ponderar a retirada de suporte aos doentes

ITSEMAP; SUCH (2008)

Prioridades de evacuação:

1º Doentes que se podem deslocar pelos seus próprios meios.

2º Doentes total ou parcialmente dependentes que não se desloquem por si próprios e que estejam mais longe da porta de saída.

3º Doentes total ou parcialmente dependentes que não se desloquem por si próprios e que estejam mais próximo da porta de saída.

ITSEMAP; SUCH (2008)

Na UCIP:

•Priorizar a transferência de doentes com mais possibilidades de sobrevivência e de menor suporte vital. Indicadores importantes da tomada de decisão são: as necessidades de oxigenoterapia e de ventilação mecânica, as doses de catecolaminas e escala de coma de Glasgow/estado neurológico

Pontos de Refúgio :

•Evacuação Horizontal: Cirurgia Geral

•Evacuação Vertical :UCIC

•Evacuação Geral: exterior do Hospital

Procedimentos a ter em conta:

•Manter a calma e não fomentar situações alarmistas

•Evacuar com rapidez, de forma ordenada sem gritos, nem aglomerações

•Não levar objetos pessoais

•Numa grande emergência a linha telefónica hospitalar pode estar sobrecarregada ou haver mesmo corte da linha

•A segurança imediata dos doentes está acima da assepsia que é exigida nalgumas técnicas

•Uma vez finalizada a evacuação, verificar se não existem ausências

•A medida que a unidade é evacuada, avaliar a necessidade de desligar gases medicinais, quadro elétrico...

•Estar alerta às instruções e mudança nos riscos ambientais e segurança dos doentes

•Considerar o uso de cobertores/colchas para o transporte de doentes na impossibilidade do uso de macas ou camas

•Em caso de incêndio ou sismo não utilizar o elevador

•Pedir apoio aos serviços adjacentes na evacuação

•A evacuação para o exterior é dependente dos meios de socorro externos

•A evacuação vertical deve ser feita para pelo menos 2 pisos abaixo do sinistro

•Dar apoio aos meios de socorro externos

•O combate a um sinistro na sua fase inicial é da responsabilidade dos funcionários do local onde o serviço se produz. No caso de incêndio, deve-se recorrer ao uso de extintores para a extinção do mesmo (primeira intervenção).

(ITSEMAP; SUCH : 2008)

CONCLUSÃO

O conhecimento do plano de emergência é um dever de todos os profissionais, não é na altura de uma emergência que se vai consultar.

O conhecimento dos PEI impõe-se pela necessidade de se planificarem ações de modo coordenado, de forma a conseguirem-se economia de esforços, rapidez de atuação e diminuição de prejuízos/consequências causados por sinistros.

A consulta deste poster não dispensa a consulta do PEI do Hospital e da UCIP.

APÊNDICE XXIX – Fluxograma: falha de gases medicinais na UCIP

Fluxograma: Falha de gases medicinais na UCIP



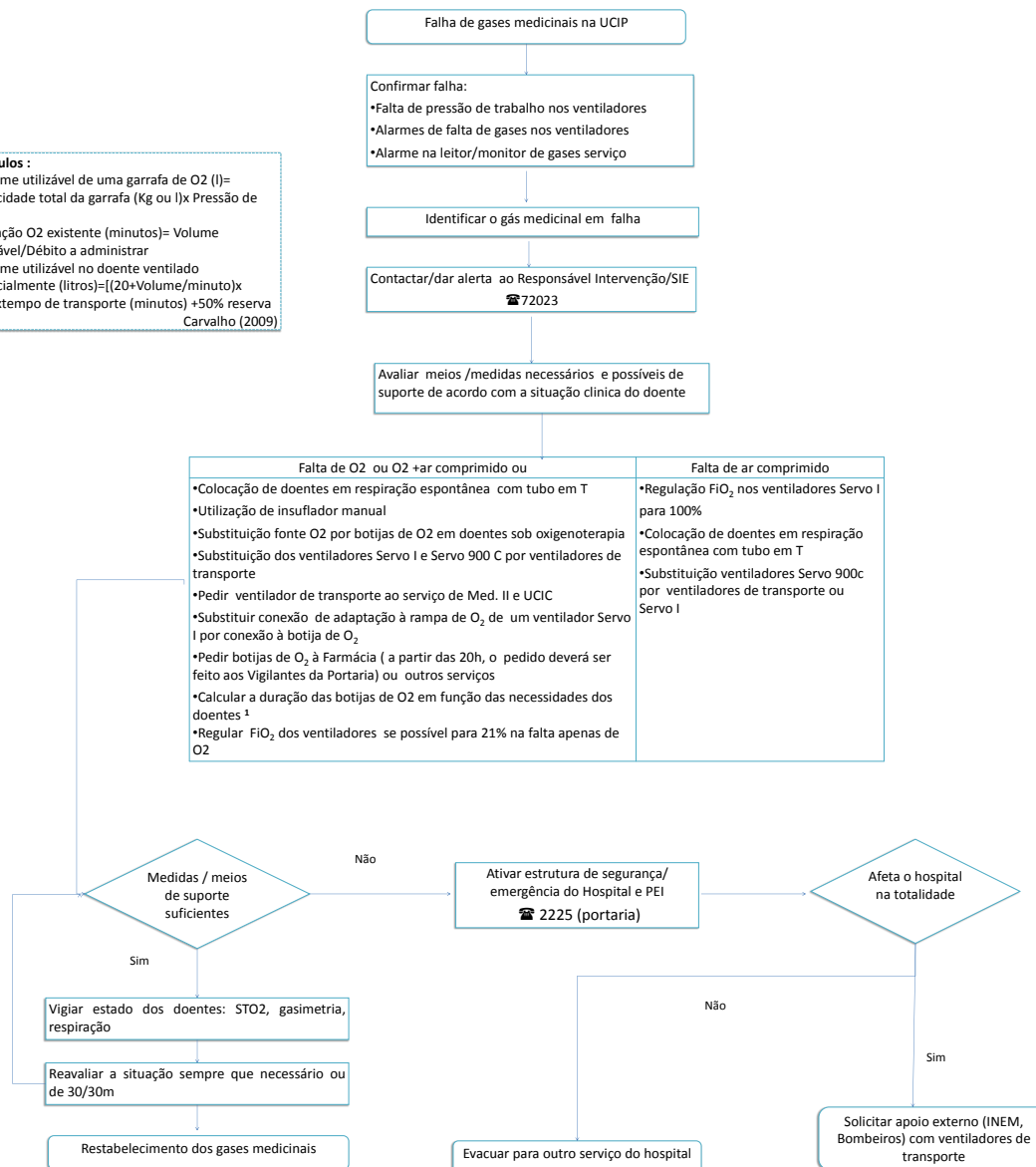
Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde

1º Mestrado Enfermagem Médico-Cirúrgica

Elaborado por: Enfe Pedro Rodrigues (H.UCIP);

Orientado por: Enf. Elsa Monteiro (Mestre em Enfermagem Médico-cirúrgica, Professora IPS/ESS), Enfe L (Especialista em Enfermagem Médico - Cirúrgica, H.- UCIP)

Cálculos :
 •Volume utilizável de uma garrafa de O₂ (l)= capacidade total da garrafa (Kg ou l)x Pressão de O₂
 •Duração O₂ existente (minutos)= Volume utilizável/Débito a administrar
 •Volume utilizável no doente ventilado artificialmente (litros)=[(20+Volume/minuto)x FIO₂xtempo de transporte (minutos) +50% reserva
 Carvalho (2009)]



O fluxograma diz respeito a um cenário em que é possível o restabelecimento dos gases, num tempo considerado aceitável. A impossibilidade de se restabelecer os gases em tempo oportuno e o suprimento dos mesmos seja transversal a todo o hospital, implica a ativação do PEI, necessidade de apoio externo e evacuação de doentes para outro hospital.

Bibliografia:
 Carvalho, I. (2009). Transporte do Politraumatizado. In Nunes, F et al, Manual de Trauma (5ª edição – pp. 129-140). Loures: Lusociência

APÊNDICE XXX – Trabalho de supervisão de cuidados

Instituto Politécnico de Setúbal
Escola Superior de Saúde
1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica



Supervisão De Cuidados

Elaborado por:

Fernanda Anjo
Liliana Teniz
Patrícia Costa
Pedro Rodrigues
Raquel Dias

Orientado por:

Profª Alice Ruivo
Profª Lurdes Martins
Prof. Sérgio Deodato

Lisboa
Julho, 2012

ÍNDICE SIGLAS

AR – Assembleia da República

CDE – Código Deontológico dos Enfermeiros

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CNECV - Conselho Nacional Ético para as Ciências da Vida

DGS – Direção Geral de Saúde

EOE – Estatuto da Ordem dos Enfermeiros

OE – Ordem dos Enfermeiros

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

INDICE

	Pág.
INTRODUÇÃO	
1.PROCESSO DE ENFERMAGEM	
1.1.COLEITA DE DADOS	
1.2. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	
1.3. RESULTADOS ESPERADOS	
1.4INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	
1.5FUNDAMENTAÇÃO	
2.REFLEXÃO	
3. CONCLUSÃO	
4.REFERÊNCIAS BBLIOGRÁFICAS	

INTRODUÇÃO

No âmbito do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica a decorrer no Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde, departamento de Enfermagem, foi-nos proposto a elaboração de um trabalho no âmbito da unidade curricular Supervisão de Cuidados.

De acordo com Wilson de Abreu citado por DEODATO (2010), a Supervisão Clínica é um processo que visa a análise de situações-problema pelo estudante e supervisor, no sentido de refletir sobre as decisões tomadas.

Neste sentido e tendo presente que o cuidado em Enfermagem resulta das decisões tomadas pelo Enfermeiro, com base em fundamentos de diversa natureza, tal como refere DEODATO (2010), a unidade curricular Supervisão de Cuidados visa a reflexão e discussão acerca de situações problemáticas vivenciadas em contexto de prestação de cuidados pelos estudantes, através das diferentes fases do Processo de Enfermagem.

Com este trabalho pretende-se que o grupo reflita sobre os processos de prestação de cuidados em enfermagem médico-cirúrgica e desenvolva competências e raciocínio crítico na tomada de decisão em cuidados complexos, através da delimitação de problemas complexos na área da enfermagem médico-cirúrgica, da formulação de diagnósticos de enfermagem segundo a classificação CIPE, da identificação dos resultados esperados e do planeamento das intervenções de enfermagem no sentido da procura dos resultados esperados, com base em fundamentos adequados à tomada de decisão.

Desta forma, após a introdução, é apresentado o Processo de Enfermagem e as respetivas fases: a colheita de dados onde é identificado o problema, os diagnósticos de enfermagem formulados, os resultados esperados e as intervenções de enfermagem planeadas segundo a classificação CIPE. Posteriormente é apresentada a fundamentação das intervenções planeadas tendo por base princípios éticos, jurídicos e científicos. Por fim é feita uma reflexão acerca das aprendizagens adquiridas com a elaboração do trabalho e apresentada uma conclusão.

1 – PROCESSO DE ENFERMAGEM

Tal como referido anteriormente no sentido de se refletir sobre a situação problemática identificada vão seguir-se as fases do Processo de Enfermagem.

1.1 – COLHEITA DE DADOS

Apresentação do caso

A Sra X de 28 anos de idade do género feminino, raça caucasiana, com antecedentes pessoais de HIV diagnosticado à cerca de um ano e seguida na consulta externa do Hospital Y. Estudante do curso de Educadora de Infância, a viver em união de facto com o namorado, sem filhos, e atualmente a morarem em casa dos pais deste. Deu entrada na unidade X do mesmo hospital, com lesões cutâneas eruptivo-descamativas em cerca de 50% da superfície corporal, dispersas por todo o corpo, sobretudo a nível das mãos e pés em que apresentava placas de descamação. A Sr^a X apresentava igualmente atingimento das mucosas: oral, ocular e genital. Após colheita de dados verificou-se que este quadro de toxidermia instalou-se de forma progressiva cerca de uma semana após ter iniciado toma de antiretrovirais.

À entrada consciente, orientada, colaborante, a fornecer história pessoal. Foi realizada a colheita de dados de acordo com o modelo teórico de enfermagem instituído no hospital, das necessidades humanas básicas de Virgínia Henderson. Apresentava-se eupneica, com uma respiração regular mista de média amplitude, e sem necessidade de aporte de O₂ suplementar. Aparentemente com dificuldades na deglutição devido às lesões sangrantes da mucosa oral, refere não ter nenhuma intolerância alimentar e em termos de hábitos, refere manter uma alimentação diversificada. Com controlo de esfíncteres e hábitos de eliminação regulares. Devido às lesões disseminadas pelo corpo e às placas de descamação, apresenta elevado risco de infeção, bem como dor associada.

Demonstra ansiedade e preocupação com o facto de ainda não ter comunicado ao namorado ser portadora de HIV e este poder vir a descobrir, solicitando aos enfermeiros que não comuniquem ao mesmo esta situação. Refere ainda preocupação com o risco de vir a ficar com alteração da sua imagem corporal.

Refere não praticar qualquer religião.

1.2 - DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

Os diagnósticos de enfermagem identificados foram os seguintes:

- Dor (Grau 8) Atual
- Capacidade para deglutir comprometido
- Angústia Moral
- Imagem corporal perturbada
- Risco de Infecção relacionado com lesões disseminadas

1.3 – RESULTADOS ESPERADOS

Os resultados esperados para cada um dos diagnósticos elaborados foram respetivamente:

- Dor ausente
- Deglutição efetiva
- Angústia Moral melhorada
- Imagem corporal positiva
- Infecção nenhuma

1.4 – INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Para o Diagnóstico de Enfermagem **Dor (Grau 8) atual**, foram planeadas as intervenções:

- Administrar medicação para a dor
- Avaliar a dor

- Avaliar o controlo da dor
- Gerir o regime medicamentoso
- Implementar linhas de orientação à dor
- Ensinar sobre a gestão da dor
- Identificar a atitude face à dor
- Monitorizar a dor através de escalas de dor

Para o Diagnóstico de Enfermagem **Capacidade para deglutir comprometido** foram planeadas as intervenções:

- Avaliar o comportamento de comer e beber
- Gerir a alimentação entérica
- Vigiar a ingestão de alimentos
- Colaborar no regime dietético

Para o Diagnóstico de Enfermagem **Angústia Moral** foram planeadas as intervenções:

- Perceber causas da angústias
- Estabelecer relação de empatia
- Avaliar o bem-estar psicológico
- Aconselhar sobre a angústia moral
- Estabelecer a confiança
- Avaliar o medo
- Facilitar a capacidade para comunicar sentimentos

Para o Diagnóstico de Enfermagem **Imagem corporal perturbada** foram planeadas as intervenções:

- Avaliar a autoimagem
- Identificar o status psicossocial
- Estabelecer a confiança
- Avaliar o medo face à alteração da imagem corporal
- Facilitar a capacidade para comunicar sentimentos face à sua imagem corporal
- Reforçar a identidade pessoal

- Promover auto estima

Para o Diagnóstico de Enfermagem **Risco de Infecção relacionado com lesões disseminadas** foram planeadas as intervenções:

- Monitorizar sinais e sintomas de infeção
- Prevenir a infeção cruzada
- Implementar técnica assética
- Cuidado com a ferida

1.5 – FUNDAMENTAÇÃO

Diagnóstico de Enfermagem: Dor (Grau 8) Atual

Tendo em conta as competências do enfermeiro de cuidados gerais e os padrões de qualidade emanados pela OE, no âmbito das suas competências nos domínios da prática profissional, ética e legal e do desenvolvimento profissional, o enfermeiro toma por foco de atenção a dor contribuindo para a satisfação do cliente, o bem-estar e o auto-cuidado (OE, 2008:11). Enquanto profissionais privilegiados pela proximidade e tempo de contacto, os enfermeiros encontram-se numa posição relevante para promover e intervir no controlo da dor (OE, 2008:11).

A prestação de cuidados de Enfermagem ao doente com dor engloba dois tipos de intervenções: autónomas e interdependentes. De acordo com o REPE as intervenções autónomas são de exclusiva iniciativa e responsabilidade do enfermeiro isto é, o enfermeiro assume a responsabilidade pela sua prescrição, execução e avaliação. As intervenções interdependentes são de complementaridade e iniciam-se na prescrição elaborada por outro técnico da equipa de saúde (OE,1998). É o caso das prescrições farmacológicas, em que a responsabilidade pela prescrição é do médico, cabendo ao enfermeiro a responsabilidade de assegurar a sua execução e monitorizar os seus efeitos (OE, 2008).

A este propósito a OE (2008), citando um parecer nº 120/2007) do Conselho Jurisdicional «perante uma pessoa com dor, o enfermeiro tem o dever de prestar

cuidados que a elimine ou diminua de intensidade, sempre que o cuidado apropriado implique prescrição de fármacos, é seu dever, num agir em complementaridade, no respeito pelo direito ao cuidado em tempo útil da pessoa que sofre, comunicar ao médico a avaliação feita. Se a prescrição existir previamente formalizada através de um plano terapêutico ou protocolo que se manifeste desadequada para a situação em concreto, deve o enfermeiro, igualmente comunicar ao médico os novos dados de avaliação recolhidos, no sentido de uma eventual alteração, se for esse o seu entendimento, no âmbito da sua responsabilidade de prescritor.»

A OE (2008: 17, 18) no Guia Orientador de Boa Prática na Dor, em linha de conta com as recomendações da DGS (2003, 2008) refere a avaliação como fundamental para o controlo da dor e recomenda que enfermeiro na avaliação deve:

- Reconhecer que a pessoa é o melhor avaliador da sua própria dor;
- Acreditar sempre na pessoa que sente dor
- Privilegiar o auto-relato como fonte de informação da presença de dor na pessoa com capacidades de comunicação e com funções cognitivas mantidas
- Avaliar a dor de forma regular e sistemática, desde o primeiro contacto,
- pelo menos uma vez por turno e / ou de acordo com protocolos instituídos;
- Colher dados sobre a história de dor considerando os seguintes parâmetros: exame físico; descrição das características da dor (localização, qualidade, intensidade, duração, frequência); formas de comunicar a dor / expressões de dor; fatores de alívio e de agravamento; estratégias de coping; implicações da dor nas atividades de vida; conhecimento / entendimento acerca da doença; impacto emocional, sócio-económico e espiritual da dor; sintomas associados;
- Escolher os instrumentos de avaliação de dor atendendo a: tipo de dor; idade; situação clínica; propriedades psicométricas; critérios de interpretação; escala de quantificação comparável; facilidade de aplicação; experiência de utilização em outros locais
- Avaliar a intensidade da dor privilegiando instrumentos de auto-avaliação, considerando a ordem de prioridade: Escala Visual Analógica; Escala Numérica (EN); Escala de Faces (EF); Escala Qualitativa (EQ).
- Assegurar a compreensão das escalas de auto-relato pela pessoa / cuidador principal / família, após ensino;

- Manter a mesma escala de intensidade em todas as avaliações, na mesma pessoa, exceto se a situação clínica justificar a sua mudança;
- Ensinar a pessoa / cuidador principal / família sobre a utilização de instrumentos de avaliação da dor e sua documentação;
- Garantir a comunicação dos resultados da avaliação da dor aos membros da equipa multidisciplinar, mesmo que se verifique transferência para outras áreas de intervenção.

Outra das vertentes na abordagem da dor é o seu controlo e compreende as intervenções destinadas à sua prevenção e tratamento. A OE (2008) recomenda:

- Colaborar com os restantes elementos da equipa multidisciplinar no estabelecimento de um plano de intervenção para o controlo da dor, coerente com os objetivos da pessoa;
- Contribuir com dados relevantes sobre a individualidade da pessoa para a seleção mais adequada dos analgésicos e das vias de administração;
- Envolver a pessoa / cuidador principal / família / na definição e reajustamento do plano terapêutico;
- Ajustar o plano terapêutico de acordo com os resultados da reavaliação e com os recursos disponíveis;
- Conhecer as indicações, as contra-indicações e os efeitos colaterais dos fármacos utilizados no controlo da dor e as interações medicamentosas;
- Prevenir e controlar os efeitos colaterais mais frequentes da terapêutica analgésica
- Vigiar a segurança da terapêutica analgésica;
- Prevenir e tratar a dor decorrente de intervenções de Enfermagem e de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos;
- Conhecer as indicações, as contra-indicações e os efeitos colaterais das intervenções não farmacológicas;
- Utilizar intervenções não farmacológicas em complementaridade e não em substituição da terapêutica farmacológica;
- Selecionar as intervenções não farmacológicas considerando as preferências da pessoa, os objetivos do tratamento e a evidência científica disponível

Em termos de resultados esperados “sempre que se preveja a ocorrência de dor ou a avaliação evidencie a sua presença, o enfermeiro tem o dever de agir na promoção de cuidados que a eliminem ou reduzam para níveis considerados aceitáveis pela pessoa” (OE, 2008:17).

Diagnóstico de enfermagem: Capacidade para deglutir comprometido

O suporte nutricional é uma aspeto importante nos cuidados a prestar à doente, pois com as vesículas dispersas pelo corpo, uma alimentação correta vai permitir reposição de perdas, contribui para a reconstituição de tecidos lesados e para a manutenção do equilíbrio imunológico.

A capacidade de se alimentar está comprometida, pois as lesões da cavidade oral vão dificultar a deglutição, é função do enfermeiro “Ajudar a complementar a competência funcional em que o utente esteja parcialmente incapacitado” de acordo com o REPE; art.º 5º, alínea 4b (OE, 1998). Torna-se primordial neste caso vigiar e avaliar a alimentação desta doente.

Com base no estatuto da OE o art.º 83º alínea b) refere que devemos “orientar o individuo para outro profissional de saúde mais bem colocado para responder ao problema, quando o pedido ultrapasse a sua competência”, o enfermeiro deve colaborar a dietista na avaliação da nutrição e estabelecimento de um plano nutricional para assegurar que a doente receba a nutrição suficiente (AR, 2009).

Diagnóstico de Enfermagem: Angústia Moral e Imagem Corporal Perturbada

Segundo o ICN (2011:39) a angústia, prende-se com o bem-estar que representa uma “imagem mental de estar em boas condições psicológicas, satisfação com o controlo do stress e do sofrimento”. No caso da angústia moral esta deriva do conflito de decisões. A elaboração do diagnóstico de angústia moral deriva e apoia-se também na reflexão levada a cabo no capítulo seguinte.

A imagem corporal representa uma imagem mental do próprio corpo, no seu todo ou em parte, ou da aparência física do próprio” (ICN,2011:58).

De acordo com a OE (2003b:4): “O exercício profissional de enfermagem centra-se na relação interpessoal entre um enfermeiro e uma pessoa, ou entre um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidades)”.

Segundo WATSON (2002), os cuidados de enfermagem devem centrar-se na criação de uma relação ajuda/confiança entre enfermeira e doente, sendo crucial para o cuidar transpessoal. O contributo de Carl Rogers (2000), para a definição e afirmação da relação de ajuda foi fundamental. Na sua orientação humanista, persuadiu-se da existência do lado positivo do ser humano, das suas capacidades de se desenvolver e da sua vontade de evoluir, nesta perspetiva a relação e o aconselhamento com o outro tornam-se fundamentais, além de instrumentos de cura, são uma ajuda para a auto realização da pessoa cuidada.

LAZURE (1994) explicita como fundamental um conjunto de capacidades para o estabelecimento da relação de ajuda de uma forma eficaz por parte do enfermeiro: a escuta, a clarificação, a confrontação, a empatia, o respeito e a congruência.

Para a mesma autora, a relação de ajuda é uma relação na qual aquele que ajuda fornece à pessoa certas condições de que ele necessita para satisfazer as suas necessidades básicas. É pessoal, centrada no cidadão e dirigida para a concretização de objetivos, onde se procura levar o cidadão a dominar as suas próprias capacidades, ou seja, encontrar a autonomia e o controlo da própria vida. O papel do enfermeiro não pode pois, ser um papel substitutivo.

Segundo PHANEUF (2005), a ajuda não requer que se ofereçam ao cidadão as soluções prontas, mas sim orientá-la e facilitar-lhe a descoberta dos seus recursos e assisti-la na sua evolução nas diferentes fases da resolução de problemas. O objetivo principal é a capacitação do cidadão para ele próprio cuidar da sua saúde e não criar uma dependência dos profissionais de saúde. Na relação de ajuda são importantes os contributos de cada um dos intervenientes, tais como:

- **Contributos do enfermeiro:** a sua experiência, a sua compreensão, a sua inteligência, os seus conhecimentos e competências, os seus valores e crenças, as suas motivações para conduzir à mudança;
- **Contributos do cidadão:** a sua experiência de vida, a sua inteligência, os conhecimentos adquiridos, valores e crenças, motivação para mudar.

Para PHANEUF (2005) o processo de relação de ajuda passa pela capacidade da pessoa que ajuda, saber escutar, procurar compreender a dinâmica subjacente ao que vive esta pessoa (captar os índices, mesmo que discretos de mensagens afetivas, verbais

ou não verbais), e chegar a uma interpretação lógica, em que a pessoa que ajuda vai responder, manifestando a sua compreensão para a dificuldade com que se depara a pessoa, levando a uma reação da mesma, explorando os seus sentimentos para confirmar ou infirmar o que lhe transmite quem ajuda, pela sua empatia; na fase final, a pessoa que ajuda leva a pessoa ajudada a identificar as suas próprias capacidades – o sujeito vê mais claramente o seu problema, os seus recursos e está em condições de tomar decisões e se empenhar na ação.

Segundo LAZURE (1994), a relação de ajuda consiste em desenvolver relações humanas potenciadoras de atitudes que favorecem a interação humana. Desta interação enfermeiro/doente resulta uma relação que tem como objetivo promover o crescimento pessoal do doente e o descobrir dos seus recursos ocultos para fazer face aos seus problemas. É este intercâmbio que contribui para a satisfação de uma necessidade de ajuda, podendo ser uma troca verbal ou não verbal que permite que quem precisa de ajuda reencontre a sua coragem, se torne autónomo e que evolua para um melhor bem-estar físico, psicológico e social, sendo a relação de ajuda fundamental para que os cuidados de enfermagem sejam verdadeiramente eficazes.

Diagnóstico de Enfermagem: Risco de Infecção relacionado com lesões disseminadas

A infecção é uma das principais e mais graves complicações do doente com Síndrome de Stevens-Johnson, sendo que a sepsis constitui a principal causa de morte nestes doentes. A perda da barreira cutânea provocada pela descamação da epiderme facilita a invasão microbiana de origem endógena e exógena. Apesar da derme inicialmente intata ela é facilmente penetrável pelos microrganismos que crescem livremente no exsudato e na epiderme necrótica. Também a necessidade de colocação de dispositivos invasivos como cateteres venosos centrais, para reposição hídrica, sondas vesicais por avaliação do débito urinário, retenções urinárias, desconforto e dor na micção devido a lesões da mucosa genital, predis põem estes doentes a adquirir uma infecção em consequência dos cuidados prestados (CABRAL et al, 2004).

No caso concreto, apresentando a nossa doente um quadro de lesões cutâneas eruptivo-descamativas em cerca de 50% da superfície corporal, dispersas por todo o corpo, sobretudo a nível das mãos e pés em que apresentava placas de descamação, apresentando ainda atingimento das mucosas: oral, ocular e genital e tendo presente a

definição de Risco como potencialidade com as características específica: possibilidade de perda ou problema, problema que é esperado com uma certa probabilidade, potencial para um estado negativo e de infecção definida como processo patológico com as características específicas: invasão do corpo por microrganismos patogênicos que se reproduzem e multiplicam, causando doença por lesão celular local, secreção de toxinas ou reação antigénio-anticorpo (CIPE) tornou-se primordial levantar o diagnóstico de enfermagem Risco de Infecção e instituir medidas de controlo de infecção.

O enfermeiro no desempenho das suas funções e de acordo com o artº 83 do CDE referente ao direito ao cuidado, assume o dever de co-responsabilizar-se pelo atendimento do indivíduo em tempo útil de forma a não haver atrasos no diagnósticos da doenças e respetivo tratamento, sendo que neste caso ao proceder-se à avaliação da doente, constatou-se que a mesma possuía um conjunto de fatores, tais como: as lesões cutâneas extensas, a possibilidade de necessidade de dispositivos invasivos como cateteres venosos e sondas vesicais, bem como a sua patologia de base, que a predispunham a adquirir uma infecção, o que possibilitou definir um conjunto de intervenções com vista à recuperação da doente sem adquirir infecção. Por outro lado infecções secundárias devem ser identificadas para que possam ser tratadas o mais precocemente possível (BULISANI et al, 2006), sendo por isso fundamental uma monitorização permanente dos sinais e sintomas de infecção.

Ainda de acordo com o art 88º do CDE, o enfermeiro procura em todo o ato profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever de procurar adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa.

É também competência específica do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica “ Maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infecção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas”, sendo a prevenção e controlo da infecção associada aos cuidados um dos enunciados dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em pessoas em situação crítica.

Tornou-se por este motivo extremamente pertinente formular o referido diagnóstico. Sendo dever do enfermeiro de cuidados gerais cumprir as normas de prevenção e controlo de infecção existentes no seu serviço e instituição aquando da prestação de cuidados de modo a reduzir o risco de infecção, devendo para isso manter

uma atualização contínua dos seus conhecimentos, através da procura de recomendações emanadas por entidades nacionais e internacionais, e por outro lado dever do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica implementar, cumprir e fazer cumprir essas mesmas normas e recomendações.

Assim, no sentido de prevenir a infeção cruzada é fundamental a manutenção de um ambiente seguro, definido como espaço no qual as pessoas (visitas, doentes e profissionais) não correm risco de infeção ou outros riscos. O controlo do ambiente e a sua relação com o risco de infeção depende de diversas variáveis nomeadamente do comportamento dos profissionais, sendo que a transmissão cruzada induzida pelos profissionais e pelas suas práticas assume-se como preponderante no aparecimento de infeções (DGS, 2007).

No sentido da prevenção da colonização microbiana das áreas expostas, devem ser implementadas medidas de prevenção e controlo de infeção como: isolamento de proteção da doente (quarto individual de pressão positiva) utilização de técnica asséptica nos cuidados às lesões, utilização de roupa esterilizada, uma vez que doente está em método exposto, promoção de boas práticas de cuidados unto de outros profissionais, reforço do cumprimento das precauções básicas como: higienização das mãos, uso racional das barreiras protetoras, controlo ambiental (DGS, 2007) pelos profissionais que prestam cuidados à doente.

2 - REFLEXÃO

A doente no momento de entrada pediu que não se contasse ao companheiro que era portadora de HIV. O desconhecimento do diagnóstico por parte do companheiro e a possibilidade de transmissão de doença contagiosa por omissão, com consequente perigo para a saúde e vida de terceiros gerou desconforto e revolta originado pelo conflito de interesses e de deveres daí resultante e a dificuldade em o solucionar.

Duas das competências comuns do Enfermeiro Especialista inserem-se no domínio da responsabilidade, profissional, ética e legal:

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

- Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais”(Ordem dos Enfermeiros, 2011:8649).

Neste contexto iremos procurar refletir à luz da ética, deontologia e Direito.

Ética, Deontologia e Direito

De uma forma sucinta, na tentativa de contextualizar e aumentar a compreensão da nossa reflexão, importa dizer que o exercício profissional dos enfermeiros centra-se numa relação interpessoal, entre o enfermeiro e o Outro (pessoa, grupo ou comunidade), tomando por foco de atenção a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue, ao longo de todo o ciclo vital, na saúde e doença (OE,2003b). O ideal moral de enfermagem, segundo Watson, é o cuidar, que visa proteger, aumentar e preservar a dignidade humana, não circunscrevendo assim as intervenções de enfermagem a uma situação de doença ou de uma necessidade humana específica (Nunes, 2004).

O agir do enfermeiro envolve várias dimensões, entre elas a dimensão ético-deontológica. A dimensão ética guia a atividade do enfermeiro a favor do bem presumido do Outro, tendo em conta que as decisões tomadas afetam significativamente a vida das pessoas, e que tem como fundamento a preocupação pela defesa da dignidade humana. Esta implica sabedoria prática, na avaliação dos riscos e na escolha em contexto de incerteza, não bastando conformidade técnica e científica, necessitando de raciocínio, consciência e competência de julgamento (Nunes, 2004:17).

Noutra dimensão deparamo-nos com a deontologia, alicerçada em princípios éticos estabelecidos e no Direito. Esta refere-se a um conjunto de *“regras que indicam como deverá alguém comportar-se na qualidade de membro de um determinado corpo social”*. A sua preocupação é a correcção da acção, estando ligada a normas de conduta, procurando definir as boas práticas, tendo em conta as características próprias da profissão (OE, 2003a). O Código Deontológico dos Enfermeiros está enquadrado no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (EOE), publicado pela Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro que procedeu à primeira alteração do EOE aprovada pelo Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de Abril. A deontologia em Enfermagem Portuguesa constitui-se assim como um documento do domínio jurídico.

Ao longo da reflexão é feita também uma abordagem ao Direito. Segundo Melo (1998: 171), O Direito *“regula coercivamente a actividade humana em razão do bem*

comum”. A norma jurídica visa garantir e favorecer o “*bem comum através de regras que tornam possível os indivíduos e aos grupos exercerem os seus direitos e os seus deveres, na mais varias áreas da vida social*”, englobando princípios jurídicos do Direito Constitucional, Civil e Penal.

Análise do problema

A questão central deste dilema prende-se como facto se os enfermeiros devem falar ou manter-se em silêncio quando o doente com HIV não quer dizer a verdade ao parceiro sexual, existindo risco de transmissão de doença contagiosa?

Na esfera da Saúde, a informação apresenta contornos de especial suscetibilidade, dado o impacto que tem na vida das pessoas a quem diz respeito – pelo seu conteúdo, pela responsabilidade quanto à sua produção, guarda e partilha, e ainda pelas tomadas de decisão que conduzem às intervenções de Enfermagem. (Trindade, 2010)

Neste sentido surge o sigilo profissional que diz respeito à informação de saúde recolhida e produzida no contexto de cuidados e resulta da necessidade que os profissionais têm necessidade de aceder e conhecer determinados detalhes da vida das pessoas, no sentido de planearem a melhor resposta em termos de cuidados de saúde. A recolha de dados é feita de acordo com o que as pessoas nos transmitem e apenas aquela que elas nos pretendem fornecer. A decisão de fornecer a dados a seu respeito, é individual, livre, concretizando o autogoverno sobre si e a expressão da autonomia pessoal. A transmissão de informação acerca de si, é feita através de uma relação com o profissional de saúde que assenta na confiança. A confiança assume-se como garantia de guarda de segredo, “*como uma base ética essencial à recolha de dados de saúde em geral e de Enfermagem em particular*” (OE, 2010: 1-2).

A Declaração Universal dos Direitos do Homem estabelece como condição do reconhecimento da dignidade humana e direito inalienável no artigo 12º: “*Ninguém sofrerá intromissões arbitrárias na sua vida privada, na sua família, no seu domicílio ou na sua correspondência, nem ataques à sua honra e reputação. Contra tais intromissões ou ataques toda a pessoa tem direito a protecção da lei.*” (AR1978: 490).

Como fundamento jurídico do sigilo profissional, encontramos o direito à reserva da intimidade da vida privada, inscrita como direito fundamental no n.º 1 do artigo 26.º na nossa Lei Fundamental (AR:2005a). O Código Civil, preconiza também, apesar de hierarquicamente ser inferior à Constituição, no artigo 80.º, na alínea 1 que

“todos devem guardar reserva quanto à intimidade da vida privada de outrem “e na alínea 2 que “a extensão da reserva é definida conforme a natureza do caso e a condição das pessoas” (Pereira, 2010:19). A Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina, ratificada para o Direito Português, estabelece também o direito à vida privada no artigo 10º, alínea 1):” Qualquer pessoa tem direito ao respeito da sua vida privada no que toca a informações relacionadas com a sua saúde” (AR, 2001:28).

É o respeito por esta reserva sobre a intimidade do Outro que fundamenta a existência de um dever de sigilo, a que se tem acesso por via do exercício profissional, que de outra forma, não seria conhecida. O dever de sigilo emerge dos princípios éticos da profissão, inscritos no artigo 78º do Código Deontológico (AR, 2009: 6547). Este artigo defende que *“as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro”..*

Juridicamente, no artigo 4º da Lei nº12/2005, sobre tratamento de informação este estabelece na alínea 1 que *“os responsáveis pelo tratamento da informação de saúde devem tomar as providências adequadas à protecção da sua confidencialidade, garantindo a segurança das instalações e equipamentos, o controlo no acesso à informação, bem como o reforço do dever de sigilo e da educação deontológica de todos os profissionais.” (AR, 2005b:607).*

A salvaguarda do sigilo é expressa através do artigo 85º, em que menciona que o enfermeiro está obrigado a guardar segredo profissional sobre toda e qualquer informação que toma conhecimento no exercício da sua profissão, assumindo o dever de:

a) Considerar confidencial toda a informação acerca do destinatário de cuidados e da família, qualquer que seja a fonte;

b) Partilhar a informação pertinente só com aqueles que estão implicados no plano terapêutico, usando como critérios orientadores o bem -estar, a segurança física, emocional e social do indivíduo e família, assim como os seus direitos;

c) Divulgar informação confidencial acerca do indivíduo e família só nas situações previstas na lei, devendo, para tal efeito, recorrer a aconselhamento deontológico e jurídico;

d) Manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação ou controlo da qualidade de cuidados” (AR, 2009: 6548)

Ora uma das questões que coloca com o informar o companheiro do HIV é partilha de informação, que pode constituir uma violação da a confidencialidade e confiança em nós depositada. A OE (2003a: 82) aborda o sigilo sob duas perspetivas: a Privacidade, que define como a *“garantia da limitação do acesso às informações de uma dada pessoa, à sua intimidade e preservação do seu anonimato”*, e a Confidencialidade, como sendo a *“garantia do resguardo das informações dadas em confiança e a proteção contra a sua revelação não autorizada”*.

A partilha de informação pressupõe dividir com alguém algo que não é nosso, uma informação sobre outro, da qual se tomou conhecimento através do próprio, de um familiar, do processo ou de outro profissional. O que conjugado com o direito à confidencialidade e o princípio da autonomia *“reforça a ideia que o próprio deve decidir a ideia que próprio deve decidir, sempre que possível, sobre aquilo que da informação, pode ser partilhado”* (OE 2003a:83).

A quebra de sigilo ou a partilha sem o consentimento do utente/doente pode constituir uma violação do artigo 86º do Código Deontológico, o respeito pela intimidade, que, *“atendendo aos sentimentos de pudor e interioridade inerentes à pessoa, o enfermeiro assume o dever de respeitar a intimidade da pessoa e protegê-la de ingerência na sua vida privada e na da sua família”* (Assembleia da República, 2009: 6548).

De acordo com o Parecer do Conselho Jurisdicional nº 194 / 2010 *“qualquer pessoa ou entidade, para além do titular da informação, é considerado terceiro face à relação de cuidado de Enfermagem e não tem qualquer direito a receber informação de saúde de outros”* (Ordem dos Enfermeiros, 2010b:4).

O Parecer CJ nº8/2008 refere que o cliente competente deve poder decidir *“quais as informações que quer manter sob o seu exclusivo controlo e quais quer comunicar a familiares, amigos ou à própria sociedade decidindo, quando, onde, a quem e em que condições sejam reveladas”*. (OE, 2008:1-2).

No Direito e na Deontologia, a violação dos deveres pressupõe sanções, mas do posto de vista ético, o mesmo não acontece. Na deontologia as sanções são da responsabilidade da OE , no Direito dos tribunais. A sanção legal da violação do segredo é expressa no artigo 195º do Código Penal, que preconiza *“quem, sem consentimento, revelar segredo alheio de que tenha tomado conhecimento em razão do*

seu estado, ofício, emprego, profissão ou arte é punido com pena de prisão até um ano ou com pena de multa até 240 dias” (Priberam, 2007a: 50).

Os enfermeiros sabendo do diagnóstico do HIV e a doente expressar que não quer que o companheiro não sabe tenha conhecimento do diagnóstico do HIV, estamos claramente perante uma possibilidade de quebra de sigilo. Por outro lado levanta-se outra questão deverá –se guardar sigilo, existindo risco de transmissão de doença contagiosa, perigo para a saúde e vida de terceiros?

Do ponto de vista jurídico direito à vida aparece consagrado no artigo 24º da Constituição da República Portuguesa, sendo referido na alínea 1 que “a vida humana é inviolável”. Outro dos artigos relevantes da Constituição é o 25º preconizando na alínea 1 “a integridade moral e física das pessoas é inviolável” (AR 2005a: 7). Já o Código Penal, refere que a propagação de doença é punível, segundo o artigo 283º quem: “Propagar doença contagiosa”...”e criar deste modo perigo para a vida ou perigo grave para a integridade física de outrem é punido com pena de prisão de 1 a 8 anos (Verbo Jurídico, 2008: 98).

Ora a alínea c) do Dever de Sigilo, artigo 85º do EOE, coloca-nos uma exceção a este dever *“divulgar informação confidencial acerca do indivíduo e família só nas situações previstas na lei”*. Importa fazer nessas situações uma reflexão sobre a eticidade da conduta que coloca em confronto a violação do segredo e a proteção do outro, do interesse público e do bem comum. Os limites do dever do sigilo jogam-se com o direito individual e coletivo, tratando-se de confrontar valores que não são considerados do mesmo valor. Admite-se que é um dever com limites, uma vez que o direito do próprio tem necessariamente uma circunstância própria (O.E.,2003a:83).

O enfermeiro deve efetuar uma correta apreciação de todos os fatores presentes aquando da sua tomada de decisão. Partindo do pressuposto que o profissional deve ter sempre presente que deve agir de modo a não causar o mal, ou seja, respeitando o princípio da não maleficência só deve divulgar a informação quando necessária que esteja prevista na lei.

O critério estabelecido para a quebra de sigilo é então a defesa de valores superiores, todavia esta decisão não se afigura de fácil. A alínea c) do artigo 85º do Dever de Sigilo refere o enfermeiro deve recorrer a aconselhamento deontológico e jurídico para ultrapassar os limites deste dever. A 29 de Maio de 2010 foi aprovada em Assembleia Geral da OE o Regulamento do aconselhamento ético e deontológico no âmbito do dever de sigilo que explicita as regras e os princípios do aconselhamento.

Segundo este, “o enfermeiro deve obter o devido aconselhamento jurídico e deontológico da OE sempre que seja suscitada a questão da divulgação de informação confidencial, cujo conhecimento tenha advindo do exercício profissional ou por causa dele, em situações em que esteja em causa a compressão dos direitos de personalidade do titular das informações em face da proteção e garantia de outros direitos e interesses ou de bens jurídicos tutelados pelo ordenamento jurídico” (OE, 2010^a:11112).

Segundo o Parecer CJ-194 / 2010, na decisão de quebrar segredo o enfermeiro “o enfermeiro após obter aconselhamento, é livre de decidir divulgação da informação e assume, em exclusivo, a responsabilidade pela sua decisão (Ordem dos Enfermeiros, 2010b:5).

O REPE no artigo 8º salienta que os enfermeiros no exercício das suas funções, *“deverão adoptar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos.”* (OE, 1998:4).

O Conselho Nacional Ético para as Ciências da Vida (CNECV) no parecer 32/CNECV/ 2000 sobre o sigilo médico, num caso similar e numa perspetiva ética refere que:

- “a vida tem prioridade como valor, e a sua salvaguarda é o dever ético primordial, ao qual todos os outros se devem subordinar;”
- “uma comunicação direta e confidencial a uma pessoa para salvaguarda da sua vida não pode ser considerada como ato de dar publicidade a um determinado facto;”
- “as ações para salvaguarda da vida humana não podem ser consideradas violadoras de qualquer obrigação menor, pelo que se entende não haver aqui ofensa ética, nem sequer, de um ponto de vista ético, violação de um dever de sigilo.”(CNECV, 2000: 2)

No mesmo parecer o CNECV, deixa anda as seguintes recomendações, que nos podem ajudar no nosso caso:

- Deve-se continuar a envidar todos os esforços para rapidamente persuadir o doente da obrigação grave que sobre ele impende de comunicar à sua mulher a seropositividade que apresenta e os riscos da sua transmissão. Se necessário, explicar-lhe que, nestas circunstâncias específicas de perigo próximo para a

saúde e vida de terceiros, as normas éticas de respeito pela legitimidade e pela vida desses terceiros justificam a comunicação em causa.

- Se, mesmo assim, não conseguir persuadir o doente, a médica deve informá-lo que irá cumprir a sua obrigação de comunicar à mulher a seropositividade do seu marido e os riscos da sua transmissão, o que não pressupõe, neste caso, quebra do sigilo médico.
- Esta comunicação é indispensável para que a mulher do doente possa fazer os testes de diagnóstico e iniciar tratamento, caso já tenha sido infetada.

Outra das questões que podemos colocar, é o número de pessoas com legitimidade para saber a verdade. Como é difícil saber, se, comunicando a seropositividade ao companheiro, caso a doente não o queira fazer, se acautelam os riscos de transmissão a outras pessoas, mas sendo sempre certo que, então, aquele fica na posse duma verdade cuja revelação não é consentida.

Em suma este dilema ético é de alguma delicadeza. A situação ideal será sempre a de colocar nas mãos do detentor da realidade e da verdade a faculdade de a dizer, ou seja, de criar todas as condições ao doente para que este se sinta apoiado, informado e livre o suficiente para dizer a verdade (RUEFF, 2004). Sabendo-se, que por vezes, a verdadeira cadeia é constituída pelo estigma, possibilidade de abandono, medo de isolamento, vergonha e incompreensão (RUEFF, 2004).

Os enfermeiros podem e devem desempenhar um importante papel pedagógico, a relação enfermeiro-doente pode constituir um suporte afetivo precioso para o melhoramento das condições de revelação da verdade e o dever de segredo ser uma garantia de melhor integração na doença, na diferença, na luta pela vida, tanto no hospital como na sociedade.

No caso de persistir o risco para a saúde e vida de terceiros, transmissão de doença o enfermeiro deverá obter o devido aconselhamento jurídico e deontológico da OE, para possibilidade de quebra de sigilo.

3– CONCLUSÃO

A análise de uma situação no âmbito de Supervisão de Cuidados permitiu-nos uma reflexão sobre os cuidados a prestar e processo de decisão. Para tal foi importante a forma como foi feito e os métodos escolhidos. Um dos métodos foi ser apoiado num modelo conceptual e daí tirarmos as vantagens da aplicação de um modelo. Segundo BENTO (2007), os modelos conceptuais, pretendem servir de guia, orientar a prática, a formação e investigação em enfermagem, proporcionam conhecimentos para melhorar a prática mediante a descrição, explicitação, predição e controle de fenómenos.

Paralelamente nesta análise recorreremos ao processo de Enfermagem utilizando a CIPE, que constitui uma forma de orientação do processo de raciocínio e ajuda na adoção de uma filosofia de cuidados que vá de encontro às necessidades dos nossos clientes. O pensamento crítico norteou cada uma das etapas deste processo, começando pela capacidade de identificar os problemas de saúde.

De acordo com DEODATO (2010) o cuidado em Enfermagem materializa-se em atos que derivam de decisões com fundamento de diversa natureza. Nesta perspetiva outro dos alicerces do nosso trabalho foi a procura dos princípios científicos, normas técnicas que justificam as nossas opções na tomada de decisão; a identificação de fundamentos éticos, jurídicos, deontológicos que legitimam as escolhas que fazemos, o que exigiu de nós uma reflexão que habitualmente não costumamos ter.

Esta metodologia levada a cabo em supervisão além da reflexão dos cuidados prestados permitiu-nos clarificar e estruturar a forma como tomamos as decisões e os princípios que as sustentam, tornando-se um modelo para a resolução de problemas futuro.

Neste processo foi crucial e bastante profícua a orientação e discussão em grupo da situação que selecionamos, permitiu-nos ultrapassar dificuldades, obter várias perspetivas, contributos e sugestões que enriqueceram a reflexão levada a cabo.

Tendo em que o Enfermeiro Especialista é o “enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas, os processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis

elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção”(OE, 2011:8648). Este trabalho acaba por fazer todo o sentido e ser imprescindível com vista ao desenvolvimento do nosso julgamento clínico e tomada de decisão nos diversos domínios das competências comuns e competências específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica.

BIBLIOGRAFIA

ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA (1978). Lei nº 57/78 de 9 de Março: Declaração Universal dos Direitos do Homem. *Diário da República*, 1ª Série A, 489-493

ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA (2001). Convenção para a proteção dos direitos do homem e da dignidade do ser humano face às aplicações da biologia e da medicina: convenção sobre os direitos do homem e a biomedicina. *Diário da República*, 1.ª série, nº2, 14-36

ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA (2005a). Constituição da República Portuguesa: VII Revisão Constitucional [2005]. Acedido a 7 de Dezembro de 2011 em <http://www.parlamento.pt/Legislacao/Documents/constpt2005.pdf>

ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA (2005b). Lei n.º 12/2005 de 26 de Janeiro: Informação genética pessoal e informação de saúde, *Diário da República*, 1ª série, nº18, 606-611

ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA (2007). Lei nº 59/2007 de 4 de Setembro: Vigésima terceira alteração ao Código Penal, aprovado pelo Decreto -Lei n.º 400/82, de 23 de Setembro. *Diário da República*, 1.ª série, nº 170, 6181- 6258

ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA (2009). Lei nº111/2009 de 16 de Setembro: Procede à primeira alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei nº104/98, de 21 de Abril, *Diário da República*, 1.ª série, nº 180, 6528-6550

BENTO, M. (2007) Cuidados e formação em Enfermagem que identidade. Lisboa: Fim de Século Edições

BULISANI, A et al (2006, Julho-setembro). Síndrome de Stevens-Johnson e Necrólise Epidérmica Tóxica em Medicina Intensiva. *In Revista Brasileira de Terapia Intensiva*,

3, 292-297. Acedido a 15 de Junho de 2012 em <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v18n3/v18n3a12.pdf>

CABRAL, L. et al. (2004). Necrólise Epidérmica Tóxica (Síndrome de Lyell) Uma patologia para as Unidades de Queimados. In *Acta Médica Portuguesa*, 17, 129-140. Acedido a 15 de Junho de 2012 em <http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2004-17/2/129-140.pdf>

CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA (2000). Parecer 32/CNECV/2000: sigilo médico. Acedido a 1 Julho de 2012 em http://www.cneqv.pt/admin/files/data/docs/1273057546_P032_SigiloMedico.pdf

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

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE (2007). Plano Nacional Controlo de Infecção. Acedido a 15 de Junho de 2012 em <http://www.dgs.pt/ms/3/default.aspx?pl=&id=5514&access=0>

INTERNACIONAL COUNCIL OF NURSES (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: versão 2.0*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

LAZURE, H. (1994). *Viver a relação de ajuda: abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira*. Lisboa: Lusodidacta

MELO, H. (1998) – O biodireito, in: NUNES, Rui; SERRÃO, Daniel (coord.) – *Ética em Cuidados de Saúde*, Porto, Porto Editora Lda, pp.171-182 ;

NUNES, L. (2004, Julho). Configurando a relação bioética e ética de enfermagem. *Ordem dos Enfermeiros*, 13, 7-10

ORDEM DOS ENFERMEIROS (1998). Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro: Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei

nº 104/98 de 21 de Abril. Acedido a 7 de Dezembro de 2011 em <http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2003a). *Código Deontológico do Enfermeiro: anotações e comentários*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2003b). *Competências do Enfermeiro de cuidados gerais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 7 de Dezembro de 2011 em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CompetenciasEnfCG.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2007). Enunciado de Posição 02/07: Consentimento informado. Acedido a 7 de Dezembro de 2011 em <http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao15Mar2007.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2008). Parecer CJ – 8/2008: Informações telefónicas a familiares de utentes. Acedido a 7 de Dezembro de 2011 em http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/CJ_Documentos/Parecer8_2008_%20informacoes_telefonicas.pdf

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010a). Regulamento do aconselhamento ético e deontológico no âmbito do dever de sigilo. Acedido a 10 de Dezembro de 2011 em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_DeverSigilo_AG%2029Maio2010_VCorrecta_21Jun2010.pdf

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010). Parecer CJ-194 / 2010: Segurança da Informação em Saúde e Sigilo Profissional em Enfermagem. Acedido a 7 de Dezembro de 2011 em http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/CJ_Documentos/Parecer%20%20194%20%20seguran%C3%A7a%20da%20informa%C3%A7%C3%A3o%20em%20sa%C3%BAde.pdf

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2011a). Regulamento nº122/2011: Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. *Diário da República*, 2.ª série, nº35

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2011b). Regulamento nº124/2011:Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica. *Diário da República*, 2.^a série, nº35

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

PEREIRA, J. (2010). *Código Civil: actualizado até Lei n.º 103/2009 de 11 de Setembro*. Verbo Jurídico. Acedido a 7 de Dezembro de 2011 em <http://www.verbojuridico.com/download/codigocivil2010.pdf>

PRIBERAM (2007b). Código de processo penal, pelo Decreto-Lei 78/87 de 17 de Fevereiro, republicado pelo Decreto-Lei 48/2007 de 29 de Agosto aprovado. Acedido a 7 de Dezembro de 2011 <http://www.legix.pt/docs/PPP.pdf>

RUEFF, M. (2004). Segredo médico e VIH/SIDA: perspectiva ético-jurídica. *Acta Méd Port*, 17, 451-464 .

VERBO JURIDICO (2008). Código Penal, redação resultante das alterações introduzidas pela Lei 59/2007 de 4 de Setembro e Lei nº 61/2008 de 31 de Outubro. Acedido a 1 Julho de 2012 em http://www.fap.pt/fotos/gca/codigopenal2009-v1_8934351494e91862733eac.pdf

TRINDADE, A. (2010). Informação em saúde: perspectiva deontológica. In *Ordem dos Enfermeiros*, 34, 29-31. X Seminário de ética: Segurança de Informação, Lisboa;

WATSON, J. (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar, uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.

APÊNDICE XXXI – Artigo para publicação

Titulo: Projeto de Intervenção em Serviço: Intervenções de Enfermagem na prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde em doentes com catéter vesical

Autores:

Rodrigues, Pedro; Enfermeiro, Mestrando do 1º Curso de Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal

Monteiro, Elsa; Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Docente do 1º Curso de Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal

RESUMO

No decorrer do 1º Curso de Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC), da Escola Superior de Saúde (ESS) do Instituto Politécnico de Setúbal (IPS), desenvolveu-se um conjunto de estágios, facilitadores de novas aprendizagens de cuidados, numa Comissão de Controlo de Infecção (CCI) do Hospital X, suportados pelos conteúdos teóricos lecionados no âmbito do curso referido. Durante os estágios foi elaborado um Projeto de Intervenção em Serviço (PIS) com o título "Intervenções de Enfermagem na prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) em doentes com catéter vesical".

Este projeto apoiou-se numa metodologia de projeto que partia da identificação de uma oportunidade/ problema para a seguir elaborar um mapa descritivo da realidade onde se definiam os problemas quantitativamente e qualitativamente, para posteriormente delinear-se objetivos e planearam-se intervenções. Os passos seguintes envolviam a execução e a avaliação das atividades com vista à resolução de problemas.

Neste contexto surge este artigo que apresenta o trabalho de projeto, onde é abordado o percurso teórico e reflexivo do desenvolvido.

Palavras-chave – Infecção Urinária Associada à cateterização Vesical (IUACV), auditoria, formação, bundle,

ABSTRACT

During the 1st Masters Course in Medical Surgical, of School of Health Sciences, of Polytechnic Institute of Setúbal, was developed a set of stages, facilitating new learning care in a Control Committee Infection of the hospital X, supported by theoretical concepts taught in the course referred. During stages was prepared a Project of Intervention in Service with the title "Nursing Interventions for preventing infections associated with health care in patients with bladder catheter"

The project methodology relied on a methodology that stemmed from the identification of an opportunity / problem to the following prepare a descriptive map of reality where the problems were defined quantitatively and qualitatively, to be subsequently outlined goals and planned interventions. The next steps involved the implementation and evaluation of activities with a view to solving problems.

In this context arises this article, that presents the design work, where is discussed the theoretical and reflective route developed.

Keywords - Catheter Associated Urinary Tract Infection (CAUTI), audit, training, bundle

INTRODUÇÃO

No âmbito do aprofundamento /aquisição de competências do Enfermeiro Especialista, no 1º Curso de Mestrado de EMC da ESS do IPS, ocorreram três estágios, sequenciais e realizados, todos eles num mesmo serviço/unidade de cuidados.

Estes estágios, que se iniciaram a 26 de Setembro de 2011 e terminaram a 11 de Julho de 2012, com um total 272 h, pressupunham o desenvolvimento de um PIS.

Este decorreu, de acordo com a metodologia de projeto que consiste num “plano de trabalho que se organiza fundamentalmente para resolver/estudar um problema e que preocupa os intervenientes que o iram realizar” (Ferrito et al, 2010). Neste caso, segundo a mesma autora, além de uma investigação sustentada de determinado problema, pressupõe a intervenção para a resolução eficaz desse mesmo problema, dividindo-se em várias etapas: diagnóstico de situação, definição de objetivos, planeamento, execução, avaliação e a disseminação de resultados.

O local escolhido para realização do PIS foi a CCI do Hospital X, pois segundo a Direção Geral de Saúde (DGS, 2008:9) tem como missão “implementar nas unidades de saúde uma cultura de segurança, de modo a que a prevenção e controlo da IACS seja vista como parte integrante das atividades diárias dos profissionais, contribuindo para a qualidade dos cuidados e para a segurança do doente”, o que nos fazia acreditar que com o desenvolvimento de um estágio numa unidade como esta poderíamos desenvolver as competências comuns dos Enfermeiros Especialistas (EE) e a competência K.3 do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica (EEPSC) definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2011a, 2011b).

O tema escolhido para o PIS incidiu “Intervenções de enfermagem na prevenção das IACS em doentes com catéter vesical do Hospital X, que iremos agora explicar a forma como este decorreu e de acordo com as etapas que envolvem a metodologia do projeto.

DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

A primeira etapa do projeto, o diagnóstico de situação, visava a elaboração de um mapa cognitivo sobre uma situação-problema identificada, levando em conta a realidade dos serviços e instituições e permitindo elaborar um projeto que fosse de encontro a necessidades reais e tinha um papel justificativo das atividades planeadas (Ferrito et al, 2010).

Entre as razões de escolha do tema para o PIS desenvolvido, inclui-se o facto de as IACS, como refere Burke (2003) serem hoje a complicação mais frequente nos

doentes internados no hospital. Uma taxa elevada de IACS evidencia uma má qualidade na prestação de cuidados de saúde e têm um impacto elevado nos doentes. Dados do Relatório de Inquérito de Prevalência de Infecção demonstravam que os doentes têm risco acrescido de contrair uma IACS pela presença de dispositivos invasivos, por exemplo a taxa IACS em doentes sem catéter vesical era de 1,2 % e com catéter vesical é de 7,9% (DGS, 2010).

Tendo em conta os dados do Relatório de Vigilância Epidemiológica (VE) das Bacteriologias Positivas para Microorganismos Multirresistentes (MOMR) do ano de 2009 do Hospital X disponíveis na CCI e não publicados, indicavam que o tipo de infecção/colonização ativa mais frequente dizia respeito à infecção das vias respiratórias inferiores, com uma taxa de prevalência de 53,77%, seguindo-se a infecção urinária (IU) sintomática com uma taxa de 18,97%. Os serviços que tiveram maior número de infecções/colonizações ativas foram dois serviços de Medicina (um com uma taxa de 20,44% e outro com 17,68%) seguindo-se a UCIP com uma taxa de 12,89%. Em termos de taxa de prevalência de infecção, a UCIP apresentava uma taxa de 20,95%.

Por outro lado, após entrevista não estruturada com a enfermeira responsável da CCI, concluiu-se que a grelha de auditoria sobre “Práticas de prevenção sobre a IUACV” existente no Hospital X se encontrava desatualizada e relativamente ainda à UCIP da Instituição supracitada consta no relatório de VE das bacteriologias positivas para MOMR que:

- Os doentes que tiveram um episódio de IU estavam todos submetidos a cateterização vesical e a média de dias de cateterização vesical era de 37,6 dias;
- Em 2009 a taxa de IUACV, situava-se nos 1,2 %;
- A taxa de infecção por MOMR era de 9,97% em 2009 e 10,30% em 2010;
- A IU correspondia a 5,71% em 2009 e 11,5% em 2010, do total de infecções\colonizações por MOMR;
- Dos doentes infetados com MOMR , 10,25% em 2009 e 17,64% 2010 em 2010 foram vítimas de uma IUACV.

Pelo exposto definimos como problema: IUACV em doentes do Hospital X, e ficou acordado que o 1º serviço a necessitar de intervenção seria a UCIP quer por limitações temporais, quer por este ser o serviço onde exercemos funções como enfermeiros.

No sentido de observarmos as práticas da equipa de enfermagem relativamente à prevenção da IUACV construímos uma grelha de observação baseada em 29 itens, que por sua vez teve como base as recomendações emanadas pelo Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC, 2009), a norma II/2009 do Centro Hospitalar (recomendações para a prevenção da IUACV) e modelo de auditoria do Infection Control Nurses Association (ICNA, 2004). Após termos procedido ao pedido de autorização para a aplicação da mesma à Direção de Enfermagem (DE), aplicamo-la no período de 20 de Dezembro de 2011 a 25 de Janeiro de 2012.

Ao fim de 20 observações calculamos os scores de qualidade/ cumprimento das medidas e consideramos, em consonância com o (ICNA, 2004), que um score menor que 75% seria classificado como cumprimento mínimo das recomendações, entre 76 a 84% como cumprimento parcial e 85% como cumprimento das recomendações. Os critérios de observação foram agrupados por categorias.

Em termos de resultado, obteve-se um cumprimento mínimo das recomendações, com uma média de 71,57%. Na análise dos scores por categorias, obteve-se um cumprimento mínimo das recomendações nas categorias: "manutenção do catéter" com 59, 17%, "inserção do catéter vesical" com 64%, "despejo dos sacos de drenagem" com 71,25%.

Numa análise mais pormenorizada a todos os itens observados destacaram-se em termos de inconformidades com um cumprimento mínimo das recomendações: a contaminação do sistema de drenagem durante a irrigação vesical (16,7%); a falta de higienização das mãos em diversos momentos (10%); a escolha do catéter vesical não contempla o menor calibre possível (57,9%); a ausência de campo esterilizado (40%); a fixação do catéter vesical (0%); o saco de drenagem em contacto com o chão (55%) e a manutenção da técnica asséptica durante a inserção (70%), neste item se consideramos a falta de higiene das mãos antes como componente essencial para a técnica asséptica o cumprimento mínimo situa-se nos 10%.

No sentido de auscultar a equipa de enfermagem da UCIP relativamente à temática em estudo e após pedido de autorização para aplicar o questionário à DE, os mesmos foram então aplicados no período de 1 a 10 de Janeiro de 2012, tendo em conta todas as questões éticas inerentes a este tipo de estudo.

Do tratamento de dados (através do programa SPSS12 e Excel) concluímos que:

- 68,2 % da equipa enfermagem referia conhecer as recomendações da CCI para a prevenção da IUACV;
- 36,4% dos elementos que constituíam a amostra responderam que nunca assistiram a uma formação relacionada com IUACV após começar a trabalhar, o mesmo número referiu que fez uma formação na área há mais de 2 anos e 27,3% há menos de 2 anos. Quanto ao local da formação, 57,1% responderam que foi no centro de formação do hospital; 21,4% que foi através da formação em serviço; 7,1% numa Escola de Enfermagem e 14,2% elementos fizeram formação em dois sítios. A referir que a formação em serviço é global e não se reporta apenas à UCIP;
- 77,3 % não conhece as taxas de IACS;
- 22,7% dos enfermeiros não tem em conta métodos alternativos à cateterização vesical de acordo com a situação clínica do doente;
- 54,5 % dos inquiridos respondeu que faz uma avaliação diária da necessidade de manutenção do catéter vesical e 45,5 % refere que esta só ocorre após alta, na enfermaria;
- 81,8% dos enfermeiros responderam que realizam a troca dos catéter vesical por indicação clínica, obstrução, comprometimento do sistema ou recomendações do fabricante e 18,2% responderam que o fazem por rotina ou intervalos fixos.

De seguida foi aplicada também uma FMEA (failure mode and effects analysis), que segundo Hughes (2008) é uma ferramenta da qualidade e uma técnica de avaliação utilizada para identificar e eliminar falhas conhecidas e/ou potenciais, problemas e erros de um sistema, projeto, processo e /ou serviço antes que eles ocorram.

Deste modo, foram consideradas três etapas: avaliação do uso e da indicação para cateterização e manutenção; inserção do catéter vesical e manutenção do catéter urinário e sistema de drenagem. Entre as potenciais falhas em cada etapa

destacamos: ausência de indicação clínica para a cateterização vesical; falta de análise regular quanto à necessidade clínica de manter a algália; falta de análise na escolha do cateter vesical tendo em conta o sexo; troca de catéteres vesicais feita por rotina ou intervalos fixo; ausência da higienização das mãos antes e depois da inserção e cuidados na manutenção do catéter; quebra na técnica asséptica durante a inserção; o catéter não é fixo; quebra na assepsia no sistema; saco de drenagem em contacto com o chão; saco da urina não é esvaziado regularmente ou quando está a meio da sua capacidade.

No sentido de priorizar as ações corretivas a desenvolver no âmbito da FMEA foi calculado o nível prioridade de risco (NPR), sobressaindo a manutenção do catéter vesical e sistema de drenagem com uma classificação de 486; a inserção do catéter vesical com 210 e a avaliação do uso e da indicação para algaliação e com 160.

O HICPAC (2009) nas recomendações que emitiu acerca da prevenção da IUACV, considera como determinante na redução das taxas de infeção:

- a implementação de um programa de melhoria da qualidade ou estratégias para o uso de catéteres vesicais e redução do risco das IUACV;
- fornecimento e implementação de guidelines baseadas na evidência que se dirigem ao uso do catéter, inserção e manutenção;
- assegurar que os profissionais de saúde que lidam com os catéteres lhes seja dada formação periódica em relação a técnicas e procedimentos sobre a inserção, manutenção e remoção da algália, complicações urinárias, alternativas, feedback de auditorias realizadas;
- assegurar que o material necessário para a realização de algaliação com técnica asséptica está disponível;

Em consonância com a evidência científica a partir daqui foram determinadas prioridades e traçados objetivos centrados na resolução do problema. Ferrito et al (2010) refere que a fase de definição de objetivos assume-se como uma representação antecipadora das ações a realizar, permitindo eleger métodos e apontar para os resultados que se pretendem alcançar.

Neste sentido enumeramos como problemas parcelares: incumprimento das recomendações da CCI para a prevenção da IUACV; níveis de formação diferentes na equipa de enfermagem no que respeita à prevenção da IUACV e grelha de auditoria na área da prevenção da IUACV desatualizada. Assim como prioridades identificámos: elaborar bundle para a prevenção da IUACV, formar a equipa de enfermagem do Hospital X relativamente à temática em estudo e atualizar a grelha de auditoria.

O que nos permitiu enunciar como objetivo geral “divulgar medidas de boas práticas em controlo de infeção no âmbito dos catéteres vesicais de modo a contribuir para a segurança e qualidade dos cuidados prestados aos doentes com catéteres vesicais” e como objetivos específicos: criar bundle de atitudes que possam ajudar a prevenir a IUACV; formar / treinar a equipa de enfermagem relativamente às medidas de prevenção da IUACV e desenvolver competências técnicas/científicas na área da auditoria.

PLANEAMENTO

Na fase subsequente da metodologia, o planeamento, elaborámos um plano detalhado do projeto, tendo em conta os objetivos propostos. Para tal foram definidas as atividades/estratégias a realizar consoante os objetivos específicos, calendarizadas as atividades através de um cronograma, identificados os profissionais do serviço com quem era necessário articular as intervenções, identificados os recursos humanos e

materiais necessários, realizada uma previsão dos constrangimento possíveis e formas de os contornar, orçamentados os custos possíveis com os recursos humanos e materiais necessários e traçados indicadores de avaliação.

EXECUÇÃO

Ferrito et al (2010: 26) referem que a execução materializa a realização, do que foi planeado. Partindo para uma análise individual dos objetivos específicos, o primeiro passo realizado em todos foi a pesquisa bibliográfica como fundamento para as atividades realizadas. No objetivo "criar bundle de atitudes que possam ajudar a prevenir a IUACV", iniciamos por uma revisão sistemática da literatura. Para tal definimos as seguintes palavras chave: catheter-associated urinary tract infections (CAUTI), prevenção da IU associada à algaliação ou cateterização vesical, guidelines e recomendações. De seguida estabelecemos como critérios de seleção: guidelines na área de prevenção da IUACV recentes, que as medidas se encontrassem categorizadas de acordo com o nível de evidência, fossem explícitas quanto ao processo e métodos de revisão sistemática.

Como adjuvante à seleção das recomendações encontradas recorreremos à metodologia ADAPTE (ADAPTE Collaboration,2007).No final foram apuradas três guidelines, o passo seguinte foi a avaliação das mesmas quanto à qualidade, conteúdo, consistência e aplicabilidade com vista a rejeição total ou parcial ou seleção da(s) guideline(s) que pudessem sustentar a bundle. Para tal foi solicitado aos três orientadores, na qualidade de peritos, que o fizessem através do instrumento Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation (AGREE II, AGREE Next Steps Consortium,2009) tendo sido selecionada guideline do HICPAC (2009).

Assim, tendo em conta as condições a verificar na construção de uma bundle de Resar, Griffin, Haraden & Nolan (2012), a revisão da literatura, recomendações prioritárias dos peritos e níveis de evidência do HICPAC (2009), contexto do hospital, dados da auditoria, consulta informal dos peritos/orientadores foi criada a seguinte bundle:

- Realizar cateterização vesical apenas quando apropriado e remover o catéter assim que possível. (Categoria IB)
- Inserir catéteres vesicais usando técnica asséptica e material estéril (campo com buraco, compressas, luvas, solução salina ou água destilada, lubrificante, sistema de drenagem fechado e catéter vesical). (Categoria IB)
- Manter um sistema de drenagem fechado, continuamente e estéril. (Categoria IB)
- Higienizar as mãos (antes e depois da inserção do catéter vesical, da manipulação do catéter vesical ou local). (Categoria IB)
- Manter fluxo urinário desobstruído (saco coletor posicionado abaixo da bexiga e acima do chão e despejado regularmente com recurso a recipiente limpo e individualizado, evitando a contaminação do sistema e salpicos; catéter e tubo de drenagem sem dobras). (Categoria IB)

No objetivo" Formar / treinar a equipa de enfermagem do Hospital X, relativamente às medidas de prevenção da IUACV" a execução deste objetivo foi através de uma ação de formação, que decorreu na UCIP, dado que foi o serviço onde se fez o diagnóstico de situação e havia maior prevalência das taxas de infeção.

As atividades planeadas e executadas neste objetivo englobaram a elaboração do plano da sessão de formação; construção de diapositivos para apresentação com recurso a Power Point; discussão com os enfermeiros orientadores acerca do plano da

sessão de formação e slides; realização de alterações do plano da sessão e slides; marcação/divulgação da ação de formação; requisição dos meios necessários (sala, projetor e folhas de avaliação); apresentação da ação de formação e avaliação da mesma.

No objetivo “Desenvolver competências técnicas/científicas na área da auditoria” como guia orientador estiveram as orientações do NICE (2002) quanto ao processo de auditoria.

Procedemos então à construção de uma grelha de auditoria, utilizámos então para a elaboração dos itens de avaliação a guideline do HICPAC (2009) e para avaliação dos dados colhidos, optou-se por seguir o modelo de auditoria instituída no Hospital X, que corresponde ao modelo de auditoria do ICNA (2004).

AVALIAÇÃO

Ferritos et al (2010: 26) definem a avaliação como “a verificação da consecução dos objetivos definidos inicialmente”.

Em termos de avaliação do realizado, as atividades planeadas e indicadores de avaliação, no geral foram maioritariamente atingidos, ficaram pendentes a validação/aprovação da bundle e da grelha de auditoria pelo núcleo executivo da CCI, consequentemente não foi possível iniciar a intervenção noutros serviços. Entre as questões que tiveram influência no desenrolar do programado esteve o próprio planeamento das atividades para a prossecução do mesmo associado a dificuldades na escolha do método mais adequado para a criação da bundle, dúvidas acerca da metodologia ADAPTE e AGREEII e não se ter tido em conta a disponibilidade /tempo de resposta dos peritos.

Torna-se importante referir que a criação da bundle ou grelha de auditoria, foi apenas o início, para serem eficazes pressupõe divulgação, compromisso e empenhamento da equipa na redução da IUACV, monitorização e feedback do cumprimento de trabalho. Aqui perspetiva-se obrigatoriedade de continuidade para estas medidas atingirem os seus propósitos.

CONCLUSÃO

Ao desenvolvermos um PIS no âmbito do problema: “IUACV do Hospital X”, pensamos ter conseguido despertar atenções e direcionar olhares para esta área e iniciado um projeto mais global a nível do Hospital.

O PIS constitui-se como um método direcionado, justificado e contextualizado para atuar na melhoria dos cuidados aos doentes submetido à cateterização vesical. A bundle, a formação e a grelha de auditoria realizadas no âmbito do PIS foram atividades por nós realizadas que podem contribuir para a redução das IUACV e que nos permitiu contribuir para a “gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes” tendo em conta que o projeto representou uma maneira de atuar “proativamente promovendo a envolvimento adequada ao bem -estar e gerindo o risco”(OE, 2011a:8651).

Por último permitiu-nos ir de encontro às competências comuns do EE e competência específica do EEPSC K.3 (OE, 2011a, 2011b).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADAPTE Collaboration (2007). Manual for Guideline Adaptation : version 1Acedido a 7 de Fevereiro de 2012 em www.adapte.org
- AGREE Next Steps Consortium (2009). *The AGREE II Instrument* . 1Acedido a 7 de Fevereiro de 2012 em <http://www.agreetrust.org>.
- Burke, J. (2003). Infection control: a problem for patient safety. In *New England Journal of Medicine*, 348, 651-656. Acedido em 29 de Novembro de 2011 em <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMhpr020557>
- Direção Geral de Saúde [DGS] (2008). Programa nacional de prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde: Manual de operacionalização. Acedido em 29 de Novembro de 2011 em http://www.arslvt.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/SPublica/Controlo%20Infeccao/SP_ManualdeOperacionalizacao.pdf
- Direção Geral de Saúde [DGS] (2010). Relatório Inquérito de Prevalência de Infeção 2010: Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde. Acedido em 29 de Novembro de 2011 em <http://www.dgs.pt/ms/3/pagina.aspx?codigoms=5514&back=1&codigono=00020034A>
AAAAAAAAAAAAAAAA
- Ferrito, C.; Ruivo, A.; Andrade, C. ; Dias, T., Fernandes, C, Gonçalves et al (2010), Janeiro – Março). Metodologia de Projeto: coletânea descritiva de etapas. Percursos, 15, 1-35
- Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee [HICPAC](2009). Guideline for prevention of catheter-associated urinary tract infections 2009 . Acedido em 29 de Novembro de 2011 em http://www.cdc.gov/hicpac/cauti/001_cauti.html
- Hughes, R. (2008). Tools and Strategies for Quality Improvement and Patient Safety. In Hughes (2008) *Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses*. Rockville : Agency for Healthcare Research and Quality (volume 3 p 1-38)
- Infection Control Nurses Association [ICNA] (2004). Audit Tools for monitoring infection control standarts. Acedido em 29 de Novembro de 2011 em http://www.inicc.org/guias/audit_tools_acute.pdf

- National Institute for clinical Excellence [NICE] (2002). Principles for best practice in clinical audit. Acedido em 29 de Novembro de 2011 em <http://www.nice.org.uk/media/796/23/BestPracticeClinicalAudit.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2011a). Regulamento nº122/2011:Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. *Diário da República*, 2.ª série, nº35, 8648-8653
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2011b). Regulamento nº124/2011:Regulamento das Competências Especificas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica. *Diário da República*, 2.ª série, nº35, 8656-8657
- Resar, R.; Griffin, F.; Haraden , C.; Nolan, T.(2012). Using Care Bundles to Improve Health Care Quality. Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2012. Acedido em 29 de Novembro em www.IHI.org.