



Cristina Maria **Relatório de Trabalho de Projeto**
Alves Ribeiro

**“Procedimentos de Enfermagem da
Cateterização Venosa Periférica na
Prevenção das Infecções Associadas aos
Cuidados de Saúde”**

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

Julho, 2016



Cristina Maria **Relatório de Trabalho de Projeto**
Alves Ribeiro

**“Procedimentos de Enfermagem da
Cateterização Venosa Periférica na
Prevenção das Infecções Associadas aos
Cuidados de Saúde”**

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

Setúbal, Julho de 2016

DECLARAÇÕES

Declaro que este Relatório de 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, Cristina Maria Alves Ribeiro

Setúbal, ___ de _____ de _____

Declaro que este Relatório de Trabalho de Projeto se encontra finalizado e em condições de ser apreciado pelo júri a designar.

A orientadora, Elsa Monteiro

Setúbal, ___ de _____ de _____

*Aqueles que passam por nós não vão sós
não nos deixam sós
deixam um pouco de si
levam um pouco de nós...*

(Antoine de Saint-Exupéry)

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer...

... antes de mais à minha querida avó Maria José, pelos seus pedidos divinos, que sempre acreditou serem facilitadores de todo este processo!

... aos meus pais, Adelina e Jorge, que apesar da distância sempre me incentivaram na concretização desta etapa!

... à docente Enfermeira Especialista e Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica Elsa Monteiro e à minha orientadora, Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica A.M. pela sua colaboração na orientação e acompanhamento!

... aos meus colegas, que me facilitaram as trocas de turnos, para que a comparência nas aulas fosse mais frequente!

... aos meus amigos, pela amizade, apoio e motivação demonstradas nos momentos de desânimo neste percurso e pela sua compreensão nos períodos ausentes!

... à Tânia, Lena e Sara, pela força transmitida e pelos momentos de gargalhadas a caminho do *“Nosso Restaurante”*!

.... por último à pessoa que mais me acompanhou nesta caminhada, que esteve sempre ao meu lado e que me ajudou tantas vezes a ultrapassar as dificuldades sentidas e os obstáculos imprevistos, sem nunca me deixar desistir desta jornada! A ti Flávio, o meu enorme obrigado, tenho a certeza que sem a tua presença e auxílio tudo seria mais difícil!

A todos vós, o meu SINCERO OBRIGADO!

RESUMO

Este relatório traduz o caminho percorrido e as aprendizagens adquiridas ao longo dos estágios decorridos no Serviço de Especialidades Médicas de um Centro Hospitalar, no âmbito do Curso de 4ª Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, da qual resultou este trabalho de projeto. O documento retrata o desenvolvimento do Projeto de Intervenção em Serviço (PIS) e do Projeto de Aprendizagem Clínica (PAC), para além de expor uma reflexão crítica do desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC), das competências específicas do enfermeiro especialista em EMC em pessoa em situação crítica e/ou crónica e paliativa e das competências de Mestre em EMC.

Ao longo dos estágios efetuados, e com base na Metodologia de Projeto, efetivamos o PIS em que, através da aplicação de grelhas de observação de procedimentos e da construção da *Failure Mode and Effects Analysis*, reconhecemos que a problemática incidia na falta de uniformização pela equipa de enfermagem no manuseamento dos cateteres venosos periféricos (CVP), de forma a prevenir as infeções associadas aos cuidados de saúde. A Metodologia de Projeto é composta pelas fases de diagnóstico de situação, planeamento, execução, avaliação e divulgação dos resultados, e o trabalho desenvolvido nestas fases resultou na elaboração de um procedimento setorial relativo à inserção, fixação e manutenção do CVP no cliente.

No âmbito do PAC, e com o objetivo de adquirirmos as competências específicas do enfermeiro especialista em EMC em pessoa em situação crítica e/ou crónica e paliativa, foi elaborado um artigo subjacente à temática da conspiração do silêncio e foram desenvolvidos estágios de observação no Serviço de Cuidados Intensivos e na Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos do Centro Hospitalar. A concretização destas atividades proporcionou oportunidades de formação e aprendizagem que aplicamos na prática diária de prestação de cuidados.

Este relatório contempla ainda uma reflexão do desenvolvimento das competências de Mestre em EMC e de que forma os aportes teóricos obtidos ao longo do curso contribuíram para a sua aquisição.

Palavras-chave: Enfermagem Médico-Cirúrgica, Metodologia de Trabalho de Projeto, Competências, Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde, Cateter Venoso Periférico e Intervenções de Enfermagem.

ABSTRACT

This report reflects the progress made and the acquired knowledge along the stages occurred in a Medical Specialities Service at a Hospital, under the 4th Master Course in Medical-Surgical Nursing at the Health Superior School of the Polytechnic Institute of Setúbal, which led to this project work. The document portrays the development of the Intervention Project in Service (IPS) and the Clinical Learning Project (CLP), besides exposing as well a critical reflection of the common skills development of a specialist nurse in Medical-Surgical Nursing (MSN), of the specific skills of the specialist nurse in MSN on a person in a critical situation and/ or chronic and palliative and of master's skills in MSN.

Along the stages and based on the Project Methodology, we applied the IPS in which, through the application of procedures observation grids and the construction of the Failure Mode and Effects Analysis, we recognized that the problem concerned on the lack of the nursing team standardization, handling the peripheral venous catheters (PVC), to prevent infections associated with healthcares. The Project Methodology is composed by the phases of situation diagnosis, planning, execution, evaluation and results divulgation. The developed work during this stages has resulted on the elaboration of a sectorial procedure concerning the insertion, fixation and maintenance of CVP on the patient.

Under the CLP and in order to acquire the specific skills of a specialist nurse in MSN dealing with a person in a critical and/ or chronical and palliative situation, it was developed an article underlying the conspiracy of silence theme, and observation stages were developed at the Intensive Care Service with the Intra-Hospital Support Team in Palliative Caring of the Hospital Center. The implementation of these procedures, provided training and learning opportunities that we apply in care daily practice.

This report also includes a reflection about the skills development of a master in MSN and in which way the theoretical contributions obtained along the course contributed to its acquisition.

Keywords: Medical-Surgical Nursing, Project Methodology Work, Skills, Infections Associated to Healthcare, Peripheral Venous Catheter and Nursing Interventions.

LISTA DE SIGLAS

CDC – *Centers for Disease Control and Prevention*

CH – Centro Hospitalar

CHS – Centro Hospitalar de Setúbal

CVP – Cateter Venoso Periférico

DGS – Direção Geral de Saúde

DL – Decreto-Lei

EIHSCP – Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

ESS/IPS – Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal

EUA – Estados Unidos da América

EV – Endovenosa

FMEA – *Failure Mode and Effects Analysis*

GCLCIPRA – Grupo Coordenador Local de Controlo de Infeção e Prevenção da Resistência
aos Antimicrobianos

HICPAC – *Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee*

IACS – Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde

IH – Infeção Hospitalar

IN – Infeção Nosocomial

IP – Inquérito de Prevalência

IPR – Índice de Probabilidade de Risco

MS – Ministério da Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAC – Projeto de Aprendizagem Clínica

PIS – Projeto de Intervenção em Serviço

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SEM – Serviço de Especialidades Médicas

SCI – Serviço de Cuidados Intensivos

UC – Unidade Curricular

VE – Vigilância Epidemiológica

LISTA DE ABREVIATURAS

Enf.^a – Enfermeira

n.º – Número

p. – Página

Sr.^a – Senhora

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	13
1. ENQUADRAMENTO CONCEITUAL	17
1.1 ENFERMAGEM ATUAL	17
1.2 QUALIDADE DOS CUIDADOS DE SAÚDE	19
1.3 TEORIA DE ENFERMAGEM DE FAYE GLENN ABDELLAH	23
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	29
2.1 MARCOS NA HISTÓRIA DAS INFECÇÕES	29
2.2 INFECÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE	31
2.3 CATETERES VENOSOS PERIFÉRICOS	32
2.4 INFECÇÕES ASSOCIADAS AOS CATETERES VENOSOS PERIFÉRICOS	33
3. PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO	41
3.1 DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO	42
3.2 PLANEAMENTO	50
3.3 EXECUÇÃO	65
3.4 AVALIAÇÃO	66
3.5 DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS	69
4. PROJETO DE APRENDIZAGEM CLÍNICA	71
4.1 DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO	71
4.2 PLANEAMENTO	74
4.3 EXECUÇÃO/AVALIAÇÃO	77
5. ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA ADQUIRIDAS	87
5.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	87
5.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA	97
5.3 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÓNICA E PALIATIVA	105
6. ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA	111
CONCLUSÃO	122
REFERÊNCIAS	128

[ANEXOS]	140
ANEXO I – <i>Autorização para utilização de dados relativos ao Inquérito de Prevalência da Infecção no Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.</i>	141
ANEXO II – <i>Autorização cedida pela autora para utilização da grelha de observações.</i>	142
ANEXO III – <i>Autorização para implementação do projeto de intervenção em serviço no Serviço de Especialidades Médicas do Centro Hospitalar.</i>	143
ANEXO IV – <i>Certificado de participação no III Congresso Internacional de Enfermagem Médico-Cirúrgica.</i>	144
ANEXO V – <i>Declaração de presença na formação intitulada: “Morte Cerebral, Morte do Tronco Cerebral, Morte do Indivíduo”, desenvolvida pelo Serviço de Formação do Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.</i>	146
ANEXO VI – <i>Declaração de presença na formação intitulada: “Transporte do Doente Crítico”, desenvolvida pelo Serviço de Formação do Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.</i>	147
ANEXO VII – <i>Declaração da participação no Curso de Trauma e no Curso de Suporte Avançado de Vida, desenvolvidos pelo Instituto Politécnico de Setúbal.</i>	148
ANEXO VIII – <i>Declaração da participação no Exercício Setlog, organizado pelo Serviço Municipal de Proteção Civil e Bombeiros de Setúbal.</i>	150
ANEXO IX – <i>Declaração de frequência no Curso de Formação Contínua Obrigatória, desenvolvido pelo Serviço de Formação do Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.</i>	151
[APÊNDICES]	152
APÊNDICE I – <i>Pedido de autorização para utilização de dados relativos ao inquérito de prevalência da infecção do Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.</i>	153
APÊNDICE II – <i>Grelha aplicada para observação das intervenções de enfermagem relativas à cateterização venosa periférica.</i>	154
APÊNDICE III – <i>Pedido de autorização para implementação do Projeto de Intervenção em Serviço.</i>	159
APÊNDICE IV – <i>Folha do consentimento livre e esclarecido.</i>	160
APÊNDICE V – <i>Informação à equipa de enfermagem do primeiro período de observações.</i>	161
APÊNDICE VI – <i>Tratamento de dados obtidos através da primeira aplicação da grelha de observações.</i>	162
APÊNDICE VII – <i>Failure Mode and Effects Analysis.</i>	188
APÊNDICE VIII – <i>Ficha de Diagnóstico de Situação do Projeto de Intervenção em Serviço.</i>	191

APÊNDICE IX – <i>Ficha de Planeamento do Projeto de Intervenção em Serviço.</i>	198
APÊNDICE X – <i>“Procedimento de Inserção, Fixação e Manutenção do CVP”.</i>	208
APÊNDICE XI – <i>Informação à equipa de enfermagem do segundo período de observações.</i>	227
APÊNDICE XII – <i>Diapositivos da Sessão de Formação.</i>	228
APÊNDICE XIII – <i>Plano da Sessão de Formação.</i>	236
APÊNDICE XIV – <i>Cartaz de divulgação da Sessão de Formação e Convites fornecidos aos Enfermeiros.</i>	239
APÊNDICE XV – <i>Documento comprovativo de leitura do procedimento de inserção, fixação e manutenção do CVP.</i>	241
APÊNDICE XVI – <i>Avaliação da sessão de formação.</i>	242
APÊNDICE XVII – <i>Tratamento de dados obtidos através da segunda aplicação da grelha de observações.</i>	258
APÊNDICE XVIII – <i>Artigo relativo ao Projeto de Intervenção em Serviço.</i>	283
APÊNDICE XIX – <i>Ficha de planeamento do Projeto de Aprendizagem Clínica.</i>	298
APÊNDICE XX – <i>Relatório do estágio de observação efetuado no Serviço de Cuidados Intensivos do Centro Hospitalar.</i>	304
APÊNDICE XXI – <i>Manual orientador do simulacro de incêndio realizado no Serviço de Neurologia do Centro Hospitalar.</i>	321
APÊNDICE XXII – <i>Artigo alusivo à “Conspiração do Silêncio”.</i>	331
APÊNDICE XXIII – <i>Relatório do estágio de observação efetuado na Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos do Centro Hospitalar.</i>	341

INTRODUÇÃO

A realização do presente Relatório de Trabalho de Projeto reflete o percurso efetuado no âmbito do Curso de 4º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal (ESS/IPS) e pretende ser objeto de discussão pública, para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

O Decreto-Lei (DL) n.º 115/2013 de 7 de Agosto refere que o ciclo de estudos necessário ao grau de mestre enquadrado no ensino politécnico deve certificar a aquisição pelo estudante de uma especialização de natureza profissional. O artigo 20.º do mesmo documento, menciona ainda que o ciclo de estudos conducente ao grau de mestre integra *um curso de especialização, constituído por um conjunto organizado de unidades curriculares, denominado curso de mestrado (...) e uma dissertação de natureza científica ou um trabalho de projeto, originais e especialmente realizados para este fim, ou um estágio de natureza profissional objeto de relatório final (...)* (DL, 2013, p.4762).

O relatório apresenta-se como um documento escrito pelo estudante no final de um semestre, onde é efetuado uma síntese do trabalho desenvolvido, sendo também *um documento que descreve em detalhe um trabalho técnico, como uma experiência científica ou a implementação de uma tecnologia* (Vasconcelos, 2009, p.1).

O texto exposto no relatório deverá ser conciso, claro e direto como tal, este relatório pretende espelhar de forma exata as aprendizagens desenvolvidas durante os estágios curriculares realizados e contemplados no plano de estudos do Curso de 4º Mestrado em EMC da ESS/ IPS, desde a observação, à análise e à posterior reflexão, que tiveram lugar no Serviço de Especialidades Médicas (SEM) de um Centro Hospitalar (CH). Os estágios dividiram-se em I, II e III e decorrem no período de 16 de Março de 2015 e 30 Janeiro de 2016, num total de 864 horas, em que 376 horas corresponderam ao tempo do estudante em contacto de estágio e as restantes 488 horas equivaleram ao trabalho do estudante e à presença na escola para avaliação dos estágios. Ambos os estágios foram orientados pela enfermeira A. M., Enfermeira Especialista em EMC, que exerce funções no serviço onde decorreram os mesmos, e sob a supervisão da Professora Elsa Monteiro, Mestre e Especialista em EMC.

A realização dos estágios foram encaminhados para o desenvolvimento do PIS, que refletiu uma problemática no âmbito da EMC identificada no serviço onde estes decorreram, e execução do PAC, que permitiu a aquisição e o desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista em EMC e das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica e da pessoa em situação crónica e paliativa.

O PIS foi desenvolvido de acordo com a metodologia de projeto, sendo esta definida como, *uma metodologia ligada à investigação, centrada na resolução de problemas (...) através dela, adquirem-se capacidades e competências de características pessoais pela elaboração e concretização do (s) projecto (s) numa situação real* (Guerra, 1994 in Ruivo, *et al.*, 2010, p.3).

O principal objetivo da metodologia projeto é a resolução de problemas de uma situação real, desta forma a metodologia assume-se como uma ponte entre a teoria e a prática, uma vez que se suporta no conhecimento teórico para o aplicar na prática. Já as fases que compõem a metodologia de projeto são, a elaboração de um diagnóstico de situação com a definição dos objetivos, a planificação das atividades, a execução das atividades planeadas, a avaliação das atividades implementadas e por último a divulgação dos resultados (Ruivo, *et al.*, 2010).

Os estágios I e II permitiram-nos identificar a problemática no âmbito da EMC existente no SEM, que consistia na falta de uniformização pela equipa de enfermagem no procedimento de inserção, fixação e manutenção do CVP no cliente, de forma a prevenir as Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS). No decorrer do estágio III, tivemos a possibilidade de implementar as estratégias definidas nos estágios anteriores para minimizar o problema identificado e realizar a avaliação de todo o processo.

Sabemos que a utilização do CVP se tornou um equipamento indispensável nas instituições de saúde para a administração de terapêutica Endovenosa (EV) aos clientes, constituindo assim um aspeto primordial no tratamento deste, exigindo competência e responsabilidade do enfermeiro que executa o procedimento. É por isso primordial que as intervenções de enfermagem relacionadas com o desenvolvimento desta técnica sejam as mais indicadas de forma a reduzir as IACS potencializadas pela presença destes dispositivos nos clientes.

O elaboração do PAC teve igualmente por base a metodologia de projeto e o seu desenvolvimento abarca um conjunto de estratégias e atividades desenvolvidas nos estágios e orientadas por enfermeiros especialistas, que possibilitaram a aquisição das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica e as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa.

Com a redação deste relatório pretendemos que ele transmita os momentos de aprendizagens vivenciados enquanto estudantes em contexto de estágio e as atividades realizadas no âmbito das competências científica, técnica e humana, que nos permitiram desenvolver o processo de aquisição das competências comuns do enfermeiro especialista, as

competências específicas do enfermeiro especialista em EMC e as competências de Mestre em EMC.

Perante o exposto, estabelecemos como objetivos para este documento:

- Apresentar o enquadramento concetual e teórico que conduziu o nosso trabalho;
- Explicitar o desenvolvimento do PIS, através da análise das etapas que constituem a Metodologia de Projeto;
- Expor o desenvolvimento do PAC, através da análise das etapas que constituem a Metodologia de Projeto;
- Efetuar uma análise crítica-reflexiva das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em EMC;
- Analisar a aquisição das competências de Mestre em EMC.

O presente relatório encontra-se organizado em sete partes distintas. Na primeira parte surge o Enquadramento Concetual, onde apresentamos de uma forma sumária o percurso da enfermagem, definimos o conceito da qualidade nos cuidados e realizamos ainda uma abordagem à Teoria de Faye Glenn Abdellah, cujos princípios serviram de suporte tanto ao desenvolvimento do relatório, nomeadamente ao PIS e PAC, como à execução dos estágios. Na segunda parte do trabalho é apresentado o Enquadramento Teórico, onde se definem conceitos implícitos na cateterização venosa periférica e que nos ajudam a compreender melhor o presente relatório. Neste capítulo fazemos também alusão à problemática das IACS e apresentamos as diretrizes emanadas pelo Programa Nacional de Prevenção e Controlo das IACS relativas às recomendações para a prevenção das infeções associadas à presença de dispositivos intravasculares nos clientes. A terceira parte consiste no desenvolvimento do PIS, onde abordamos a sua definição e as fases que o compõem segundo a Metodologia de Projeto (diagnóstico de situação, planeamento, execução, avaliação e divulgação dos resultados), cuja temática incide nas intervenções de enfermagem no decorrer do procedimento de cateterização venosa periférica no cliente de forma a prevenir as IACS. Na quarta parte do relatório expomos o diagnóstico de situação, planeamento, execução e avaliação respeitante ao PAC, sendo este realizado com a finalidade de adquirirmos as competências específicas do enfermeiro especialista em EMC no âmbito da pessoa em situação crítica e/ou crónica e paliativa. Neste capítulo fazemos também uma descrição crítica-reflexiva das intervenções realizadas para aquisição dessas competências. A quinta parte é composta por uma análise acerca das atividades desenvolvidas no decorrer dos estágios para

aquisição das competências do enfermeiro especialista em EMC. Na sexta parte encontra-se a descrição e análise das competências de Mestre em EMC adquiridas ao longo deste curso de mestrado. Por fim, e na sétima parte é apresentada a conclusão, onde fazemos uma avaliação dos objetivos delineados, salientamos os contributos da realização do trabalho de projeto nas aprendizagens alcançadas, tanto a nível pessoal, como a nível profissional, e de que forma as mesmas resultaram em processos de melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos clientes. Neste capítulo fazemos ainda uma breve referência às dificuldades sentidas e aos aspetos facilitadores deste longo percurso, assim como às perspetivas futuras enquanto enfermeiros especialistas em EMC.

A elaboração deste documento baseia-se no novo acordo ortográfico português, à exceção das citações, em que mantemos o texto original dos autores, e o mesmo encontra-se referenciado segundo a Norma Portuguesa 405. A sua redação segue as indicações do Guia de Curso do 1º, 2º e 3º Semestres do Departamento de Enfermagem da ESS/IPS, do Guia Orientador dos Estágios 2º e 3º Semestres do Departamento de Enfermagem da ESS/IPS e do Guia de Fundamentos, Enquadramento e Roteiro Normativo do Trabalho de Mestrado, do Departamento de Enfermagem da ESS/IPS.

1. ENQUADRAMENTO CONCETUAL

O termo “concretizar” refere-se a *um processo, a uma forma ordenada de formular ideias, de as documentar em torno de um assunto preciso, com vista a chegar a uma concepção clara e organizada do objecto de estudo* (Fortin, 1999, p. 39). Assim, o enquadramento concetual tem como objetivo fornecer respostas aos problemas identificados através da aquisição de variados conhecimentos que serão abordados no projeto ou estudos desenvolvidos.

Neste primeiro capítulo apresentamos o enquadramento concetual em que se baseou o nosso trabalho ao longo deste percurso. Nele descrevemos de forma sumária o percurso da enfermagem, o conceito de qualidade de cuidados em saúde, a certificação das competências e a individualização das especialidades e por último abordamos a teoria de enfermagem que conduziu o desenvolvimento do nosso trabalho.

1.1 ENFERMAGEM ATUAL

Collière (1999, p. 25) coloca a seguinte questão: *A compreensão do mundo actual exige o conhecimento da História? Não se, fechado sobre si mesmo, esse passado for apenas reconstituído, como um objecto exótico. A perspectiva muda se esse passado for analisado e confrontado com o tempo presente, a fim de identificar sobrevivência e rupturas.*

Todos os seres vivos precisam de alguém que cuide deles, o ser humano não é exceção porque precisa de cuidados para viver. É fácil entender que sempre que exista vida, existam cuidados a serem prestados para que a vida se possa manter (Collière, 1999).

Nunes (2003) é da mesma opinião, ao referir que a enfermagem é tão antiga como a existência da humanidade.

A origem da enfermagem moderna remonta à segunda metade do século XIX, com Florence Nightingale, onde a promoção da saúde e a prevenção da doença já eram elementos chave da sua conceção (Fortin, 1999). Ao longo das décadas e com marcos importantes no seu percurso a enfermagem foi evoluindo até à realidade em que a conhecemos atualmente.

Em Portugal, o exercício da profissão de enfermagem organizada remonta a finais do século XIX, mas é a partir da segunda metade do século XX que se tem assistido ao seu desenvolvimento, numa prática profissional cada vez mais complexa, diferenciada e exigente (Ordem dos Enfermeiros, 2010a).

O DL n.º 305/81, relativo ao Diploma da Carreira de Enfermagem veio consagrar uma carreira única para todos os enfermeiros e definiu cinco categorias profissionais, entre as quais a de enfermeiro especialista (OE, 2010a).

Mais tarde, o DL n.º 437/91 de 8 de Novembro, veio definir uma nova Carreira da Enfermagem, estabelecendo que os enfermeiros passariam a ter três áreas de atuação: prestação de cuidados, gestão e assessoria (OE, 2010a).

No nosso país, só em 1996 é que foram consagrados pela primeira vez em lei, os direitos e deveres do enfermeiro, através da criação do Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de Setembro, que definia os princípios gerais respeitantes ao exercício profissional dos enfermeiros, este documento intitulava-se, Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE).

O referido documento, (...) *clarificava conceitos, procede à caracterização dos 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 (...)* (OE, 2015 p. 97).

Segundo o REPE, a profissão de enfermagem foi definida pelo artigo 4.º do capítulo

II como, (...) a profissão que, na área da saúde, tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou cliente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível (OE, 2015, p.99).

Dois anos mais tarde, em 1998 o DL n.º 104/98 de 21 de Abril, veio estabelecer a criação da OE, com o intuito de regulamentar e fiscalizar o exercício profissional da enfermagem em Portugal.

Segundo o Estatuto da OE, artigo n.º 1, a OE, *é a associação pública representativa dos enfermeiros inscritos com habilitação académica e profissional legalmente exigida para o exercício da respectiva profissão* (OE, 2015, p. 15).

Finalmente em 2009, pela Lei n.º 111/09 de 16 de Setembro era publicado o Estatuto da OE, que consagrava o Código Deontológico dos Enfermeiros, em que o cumprimento das normas deontológicas definiam, *em primeiro lugar o comportamento que a comunidade espera de nós e têm sempre por referência o cuidado que é devido a cada cidadão, no respeito pelos seus direitos e necessidades* (Germano, et al., 2003, p. 14).

A evolução da sociedade tornou-a cada vez mais exigente na procura da satisfação das suas necessidades de saúde. A enfermagem é uma profissão que presta cuidados ao seres humanos como vimos anteriormente, desta forma é também afetada pela sucessiva evolução

científica e técnica verificada na área da saúde, sendo essencial uma atualização constante por parte dos enfermeiros. Para dar resposta à variedade de situações que os enfermeiros se deparam diariamente, eles necessitam de adquirir e consolidar determinadas competências, com a finalidade de prestar cuidados de segurança e qualidade aos clientes (OE, 2012).

1.2 QUALIDADE DOS CUIDADOS DE SAÚDE

O ato de cuidar é intrínseco ao ser humano, ele torna-se indispensável à manutenção da vida humana, estando sempre presente entre nós desde os tempos mais remotos. A premissa que, *garantir a continuidade da vida do grupo e da espécie tendo em conta o que é indispensável para garantir as funções vitais (...)*, está presente desde o início da história da humanidade (Collière, 1999, p. 28).

Foi nos últimos vinte anos que a palavra “qualidade” passou a ser incluída nas conversas do quotidiano das pessoas do ocidente. Os termos de “qualidade de vida”, “qualidade dos alimentos”, “qualidade do ensino”, entre outras, eram facilmente utilizados em estudos desenvolvidos na época, sendo também por esta altura que a qualidade na área da saúde teve uma evolução significativa (Abreu, 2003).

Na opinião de Mezomo (2001, p. 72-73) a qualidade em saúde, *deve ser entendida como uma extensão da própria missão da organização, que é a de atender e exceder as necessidades e expectativas de seus clientes*. O autor acrescenta ainda que a qualidade na saúde *implica também a explicitação e incorporação dos direitos fundamentais da pessoa humana que devem ser garantidos e preservados em sua integridade*. Quer isto dizer, que a organização implícita deverá reconhecer e respeitar a dignidade, o valor e a saúde da pessoa.

Segundo o Plano Nacional de Saúde 2011-2016, emitido pela Direção Geral de Saúde (DGS), a qualidade em saúde é definida como, *a prestação de cuidados de saúde acessíveis e equitativos, com um nível profissional óptimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação do cidadão. Implica ainda, a adequação dos cuidados de saúde às necessidades e expectativas do cidadão e o melhor desempenho possível* (DGS, 2013a, p. 2).

Cada vez mais as instituições de saúde estão empenhadas e reúnem esforços para que os enfermeiros prestem cuidados aos clientes de elevada qualidade que vão de encontro à superação das suas necessidades. Contudo, e lembrando que estes profissionais trabalham em equipas multidisciplinares, eles devem também desenvolver estratégias de garantia de qualidade ao cliente enquanto elementos de uma equipa, para que todos eles respondam da

mesma maneira às necessidades dos clientes, prestando desta forma cuidados e serviços de qualidade (Sale, 2000).

Para a OE (2001, p. 6), *a qualidade em saúde é tarefa multiprofissional e tem um contexto de aplicação local. (...). Claramente nem a qualidade em saúde se obtém apenas com o exercício profissional dos enfermeiros, nem o exercício profissional dos enfermeiros pode ser negligenciado, ou deixado invisível, nos esforços para obter qualidade em saúde.*

A qualidade em saúde pressupõe cuidar com qualidade, mas o que realmente constitui a alta qualidade é o identificar e o reconhecer as situações que careçam de resposta às necessidades dos clientes. No âmbito da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde, tem-se associado a designação de “prática baseada na evidência”, que significa não só fazer as coisas de forma eficaz e com elevados padrões, mas acima e tudo significa “fazer bem as coisas certas” (Craig e Smyth, 2004).

Para Hesbeen (2001, p. 42), *cuidar da pessoa, constitui um todo coerente indivisível no qual todos os componentes se interligam, se interrelacionam e no qual o que é importante e o que é secundário depende da percepção da própria pessoa cuidada e em função do sentido que esse todo faz para a singularidade da sua vida.*

Na opinião do mesmo autor, a designação de qualidade é entendida como a excelência, o que há de melhor, ou ainda a perfeição nos cuidados prestados em que, *uma prática de cuidados de qualidade é aquela que faz sentido para a situação que a pessoa está a viver e que tem como perspectiva, que ele, bem como os que a rodeiam alcancem a saúde* (Hesbeen 2001, p. 52).

Desta forma, e com a finalidade de melhorar a qualidade dos cuidados em saúde, em 2001, são definidos os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem pela OE. Neste documento estão descritos o enquadramento concetual e os enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros.

Os enunciados descritivos *visam explicitar a natureza e englobar os diferentes aspectos do mandato social da profissão de enfermagem. Pretende-se que estes venham a constituir-se num instrumento importante que ajude a precisar o papel do enfermeiro junto dos clientes, dos outros profissionais, do público e dos políticos* (OE, 2001, p. 13). Foram definidas seis categorias de enunciados descritivos que abrangem a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a readaptação funcional e a organização dos cuidados de enfermagem (OE, 2001).

No ano de 2003 a OE, criou um documento que define o perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais, reestruturado pela OE em 2012, num novo documento, em que a apresentação em domínios das 96 competências foi reorganizada, foram mantidas todas

as competências definidas mas reagruparam-se numa nova estrutura. Estes domínios das competências são três e serão apresentados de seguida (OE, 2012).

No **domínio da responsabilidade profissional, ética e legal**, estão incluídos as competências relativas ao desenvolvimento de uma prática profissional com responsabilidade e o exercício desta, de acordo com os quadros éticos, deontológicos e jurídicos. No **domínio da prestação e gestão de cuidados**, estão abrangidas as competências relativas à atuação de acordo com os fundamentos da prestação e gestão de cuidados, a contribuição para a promoção da saúde, a utilização do processo de enfermagem, o estabelecimento de comunicação e relações interpessoais eficazes, a promoção de um ambiente seguro, a promoção de cuidados de saúde interprofissionais e a delegação e supervisionamento de tarefas. O último domínio diz respeito ao **desenvolvimento profissional**, em que estão incluídas as competências de contribuição para a valorização profissional, a contribuição para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem e o desenvolvimento dos processos de formação contínua (OE, 2012).

Em 2009 a OE concebe um documento que define o Modelo de Desenvolvimento Profissional que constitui, *uma nova resposta para os desafios emergentes em termos de regulação e de desenvolvimento profissional* (OE, 2009, p. 1). Este modelo tem como bases fundamentais o Sistema de Certificação de Competências e o Sistema de Individualização das Especialidades.

O Sistema de Certificação de Competências está relacionado com a atribuição por parte da OE de um título profissional de enfermeiro ou enfermeiro especialista quando esta reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem ao indivíduo, à família e à comunidade, nos três níveis de prevenção (OE, 2009).

O Sistema de Individualização de Especialidades permite individualizar as diferentes áreas de especialização de enfermagem através da construção de referenciais de competências do enfermeiro especialista. Este sistema permite também criar condições para o desenvolvimento de novas especialidades de enfermagem de acordo com os diferentes alvos de intervenção dos processos de resposta em saúde (OE, 2009). Destas especialidades faz parte a Especialidade em EMC, que inclui os cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica e os cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crónica e paliativa.

Em 2010 a OE emitiu um documento que continha o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, e um ano depois em 2011 a OE define o Regulamento das Competências

Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa.

Em Outubro de 2011, a OE aprova o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, proposto pelo Colégio da Especialidade de EMC. Este documento constitui um referencial para a prestação de cuidados especializados do enfermeiro especialista à pessoa em situação crítica. Os enunciados descritivos dos cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica incluem sete categorias referentes aos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, que são: a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o auto cuidado, a readaptação funcional, a organização dos cuidados especializados e a prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados (OE, 2011a).

Mais tarde em Janeiro de 2014, a OE veio apresentar uma Proposta de Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa, proposto pelo Colégio da Especialidade de EMC. Este documento, à semelhança do anterior deverá servir de referencial para a prestação de cuidados especializados do enfermeiro especialista à pessoa em situação crónica e paliativa. Os enunciados descritivos dos cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crónica e paliativa incluem cinco categorias referentes aos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem que são: a satisfação do cliente e família, promoção da qualidade de vida, bem-estar e alívio do sofrimento, a prevenção de complicações, a (re) adaptação funcional às perdas sucessivas e a organização dos cuidados de enfermagem especializados (OE, 2014).

Por tudo o que foi descrito anteriormente, terminamos este subcapítulo acentuando que um dos principais indicadores da qualidade nos cuidados de saúde, é a satisfação do cliente, também reconhecida pelo OE e descrito da seguinte maneira numa das categorias dos enunciados descritivos da qualidade nos cuidados de enfermagem, *na procura permanente da excelência profissional, o enfermeiro persegue os mais elevados níveis de satisfação dos clientes* (OE, 2001, p. 13-14).

É na procura desta satisfação constante dos clientes que damos início ao subcapítulo seguinte, onde abordamos uma filosofia de cuidados compostos por problemas e competências (vinte e um problemas de enfermagem), centrados unicamente nos clientes e possíveis de serem identificados pelos enfermeiros com o propósito final que visa a sua resolução.

1.3 TEORIA DE ENFERMAGEM DE FAYE GLENN ABDELLAH

O pensamento sobre a natureza da enfermagem não é recente. Já em 1958, Florence Nightingale escreveu um livro intitulado *Notes on Nursing*, e apesar de ser escrito no século XIX, algumas das suas perspetivas são adequadas ao mundo atual (Roper, Logan e Tierney, 2001).

Este documento é considerado o início do desenvolvimento da teoria e do pensamento teórico na enfermagem, uma vez que apresenta a primeira teoria de enfermagem que dá ênfase à manipulação do ambiente em prol do benefício do cliente (Hickman, 2000).

Por esta altura as pessoas consideravam a enfermagem como resultado de várias tarefas desenvolvidas pelos enfermeiros. Nesta representação de tarefas o processo de raciocínio, conhecimento e atitudes necessários e desenvolvidos antes, durante e após a realização de uma tarefa não era valorizado (Roper, Logan e Tierney, 1995).

Com o passar dos anos foram desenvolvidos os modelos conceituais de enfermagem, que permitiram identificar os conceitos principais que se consideram ser únicos na enfermagem, e ainda reconhecer que o conhecimento é essencial para fundamentar a prática de enfermagem (Roper, Logan e Tierney, 2001).

Ainda a propósito da perspetiva de Florence Nightingale, sobre a enfermagem *o desenvolvimento da teoria de enfermagem evoluiu rapidamente nas últimas quatro décadas, o que levou, finalmente, ao reconhecimento da enfermagem como disciplina académica com um considerável corpo de conhecimentos* (Tomey e Alligood, 2004, p.5).

Fawcett (1984) *cit. in* Roper, Logan e Tierney (1995, p.13), está de acordo com o pensamento anterior e *considera que o desenvolvimento dos modelos conceituais e a classificação dos mesmos como tal foi um avanço importante nesta disciplina*. Esta autora acrescenta que os modelos conceituais procuram uniformizar conceitos da prática de enfermagem, que até aí eram compreendidos de forma individual, tendo em conta a interpretação que cada um fazia das suas decisões e ações (Roper, Logan e Tierney, 1995).

Foi durante o último século que a enfermagem foi reconhecida como uma disciplina académica e uma profissão, tendo contribuído para esse reconhecimento a concretização da enfermagem durante esse período, contribuindo de forma positiva para o seu desempenho. Sendo a teoria utilizada muito importante, tanto para a enfermagem como disciplina, como enquanto profissão (Tomey e Alligood, 2004).

A teoria de enfermagem é constituída por um grupo de conceitos relacionados entre si e que provêm dos modelos de enfermagem. As teorias de grande alcance são mais abstratas

e mais abrangentes, já as teorias de médio alcance são o nível menos abstrato do conhecimento teórico, tendo um foco de interesse mais limitado (Tomey e Alligood, 2004).

Segundo Hickman (2000, p. 11), *a unidade básica na linguagem do pensamento teórico é o conceito.*

Webster (1991) *cit. in* Hickman (2000, p. 11) define o conceito como, *algo concebido na mente – um pensamento ou uma noção. Os conceitos são palavras que representam a realidade e facilitam a nossa capacidade de comunicação sobre ela.* Os conceitos podem ser empíricos, se são observados pelo mundo real e abstratos se não forem observáveis.

Para compreender uma teoria é importante conhecer as definições dos conceitos utilizados, desta forma a enfermagem baseia-se em quatro conceitos principais, a pessoa, a saúde, o ambiente e a enfermagem. Estes conceitos reunidos formam o metaparadigma da enfermagem e este identifica o conteúdo de uma disciplina. No caso do metaparadigma da enfermagem, cada um dos quatro conceitos é apresentado como uma abstração (Hickman, 2000).

Kerlinger (1973) *cit. in* Hickman (2000, p. 12) define a teoria como, *um conjunto de conceitos inter-relacionados, definições e proposições que apresentam uma forma sistemática de ver os factos/eventos, pela especificação das relações entre as variáveis, com a finalidade de explicar e prever o facto/evento.* Já Meleis (1991) *cit. in* Hickman (2000, p. 12) define a teoria como, *(...) uma conceitualização articulada e comunicada da realidade inventada ou descoberta (fenómeno central e relacionamentos) na enfermagem com a finalidade de descrever, explicar, prever ou prescrever o cuidado de enfermagem.* A definição desta teoria acrescenta a importância da comunicação na teoria de enfermagem e a finalidade da prescrição em enfermagem.

As teorias são compostas por conceitos e proposições, sendo estas últimas que explicam a forma como se relacionam os conceitos (Hickman, 2000).

Na opinião de Barnum (1994) *cit. in* Hickman (2000), uma teoria de enfermagem só está completa quando contém contexto (ambiente onde o ato de enfermagem se desenrola), conteúdo (assunto da teoria) e processo (método de atuar do enfermeiro ao usar a teoria).

As teorias podem ser distinguidas por níveis ou por categorias. Quando nos referimos ao nível de uma teoria focamos o âmbito ou a variação dos fenómenos aos quais ela se aplica. Quando abordamos as categorias de uma teoria referimo-nos aos quatro tipos de categorias às quais as teorias podem pertencer, que são as categorias de necessidades/problemas, interação, sistemas e campo de energia (Hickman, 2000).

Por forma a orientar o nosso percurso nos estágios I, II e III e o desenvolvimento do PIS, escolhemos a Teoria de Faye Glenn Abdellah, centrada nos vinte e um problemas de

enfermagem, já que esta teoria se encontra incluída na categoria de necessidades/problemas, uma vez que a teórica dá ênfase às necessidades e aos problemas apresentados pelos clientes, e procura resolvê-los com base no processo de enfermagem.

Como já referimos anteriormente, as *Notes on Nursing de Nightingale* apresentam a primeira teoria de enfermagem, tendo sido um trabalho que orientou a prática da enfermagem por mais de 100 anos. Faye Abdellah, juntamente com outros teóricos, foram formandos das primeiras concetualizações teóricas da ciência da enfermagem ao frequentarem programas educacionais de graduação, desenvolvidos pelo *Teachers College* da Universidade de Columbia nos anos 50 (Falco, 2000).

Abdellah percebeu que para a enfermagem obter o estatuto e autonomia profissional necessitava de conquistar uma base sólida de conhecimentos. Para a autora, a enfermagem precisava de se aproximar de uma filosofia de cuidados alargados e centrados no cliente (Tomey e Alligood, 2004).

Escolhemos a teoria centrada nos problemas de Faye Gleen Abdellah, como suporte ao trabalho desenvolvido, uma vez que Abdellah *descreveu a enfermagem como uma ação para indivíduos, famílias e, portanto para a sociedade* (Falco, 2000, p. 119).

De acordo com teórica, *a enfermagem é baseada na arte e na ciência moldada nas atitudes, na competência intelectual e nas habilidades técnicas individuais da enfermeira (...), e a sua teoria de enfermagem afirma que, a enfermagem é o uso do método de solução de problemas com os problemas-chave de enfermagem relacionados às necessidades de saúde das pessoas* (Falco, 2000, p. 119-120).

Abdellah define a saúde como um modelo dinâmico de funcionamento, que integra a presença contínua de uma interação de forças internas e externas, que resulta no uso adequado dos recursos necessários, servindo para minimizar as vulnerabilidades. O enfoque deve ser colocado na prevenção e na reabilitação, tendo como meta a atingir o bem-estar para toda a vida. O enfermeiro ao desempenhar as ações de enfermagem contribui para que o cliente adquira um estado de saúde, mas para desempenhar essas ações ele deve identificar as faltas ou as deficiências relativas à saúde que o cliente apresenta, desta forma elas constituem as necessidades de saúde do cliente (Falco, 2000).

A teórica refere que estas necessidades de saúde do cliente podem ser tratadas como problemas, sendo que estes problemas apresentados pelo cliente são uma condição suportada por ele ou pela sua família e que o enfermeiro através do desempenho das suas funções profissionais pode ajudar a resolver (Tomey e Alligood, 2004). O uso do termo “problemas de enfermagem” por esta teórica tem vindo a ser substituído pela designação de “funções de

enfermagem”, já que a orientação é mais centrada na enfermagem do que no cliente (Falco, 2000).

Para que se realizem as ações de enfermagem de qualidade, os enfermeiros deverão ser capazes de identificar os problemas de enfermagem, quer os mais evidentes, como os mais encobertos. O processo de identificação desses problemas inclui a identificação do problema, a seleção de dados, a formulação das hipóteses, a experimentação e a revisão das hipóteses, se necessário (Tomey e Alligood, 2004). Algumas das etapas descritas coincidem com as etapas do processo de enfermagem, nomeadamente, a investigação, o diagnóstico, o planeamento, a implementação e a avaliação (Falco, 2000).

O elemento decisivo na Teoria de Abdellah centra-se na correta identificação dos problemas de enfermagem, e estes podem ser classificados em três categorias principais: as necessidades físicas, sociológicas e emocionais do cliente, o tipo de relações interpessoais entre o enfermeiro e o cliente e os elementos comuns de cuidados ao cliente (Falco, 2000).

Após a realização de diversas pesquisas e estudos, foram identificados 21 grupos de problemas, que constituem os 21 problemas de enfermagem de Abdellah e que são:

1. Manter boa higiene e conforto físico;
2. Promover a atividade ideal: exercício, repouso e sono;
3. Promover a segurança através da prevenção de acidentes, ferimentos ou outros traumatismos e através da prevenção da disseminação da infeção;
4. Manter a boa mecânica do corpo e prevenir e corrigir as deformidades;
5. Facilitar a manutenção de um suprimento de oxigénio para todas as células do corpo;
6. Facilitar a manutenção da nutrição de todas as células do corpo;
7. Facilitar a manutenção da eliminação;
8. Facilitar a manutenção do equilíbrio hídrico e eletrólito;
9. Reconhecer as reações fisiológicas do corpo às condições da doença – patológicas, fisiológicas e compensatórias;
10. Facilitar a manutenção dos mecanismos e das funções reguladoras;
11. Facilitar a manutenção da função sensorial;
12. Identificar e aceitar as expressões positivas e negativas, os sentimentos e as reações;
13. Identificar e aceitar o inter-relacionamento de emoções e doenças orgânicas;
14. Facilitar a manutenção efetiva da comunicação verbal e não-verbal;
15. Promover o desenvolvimento de relacionamentos interpessoais produtivos;
16. Facilitar o progresso em direção à obtenção de metas espirituais pessoais;
17. Criar e/ou manter um ambiente terapêutico;

18. Facilitar a consciencialização de si mesmo como indivíduo com necessidades físicas, emocionais e de desenvolvimento variadas;
19. Aceitar as metas ideais possíveis à luz das limitações físicas e emocionais;
20. Usar os recursos comunitários como um auxílio na resolução dos problemas que surgem com a doença;
21. Compreender o papel dos problemas sociais como fatores influentes no caso de doença (Falco, 2000).

A teórica não especifica de forma clara os conceitos de pessoa, saúde, ambiente e enfermagem, necessários à compreensão de uma teoria como foi descrito anteriormente. Ela considera o indivíduo/pessoa, como recetores das ações de enfermagem, sem negligenciar as suas crenças ou pressupostos sobre a sua natureza, considera a saúde como a finalidade das ações de enfermagem, a sociedade/ambiente são incluídos no planeamento da saúde nos níveis locais, nacionais e internacionais, e por último a enfermagem é contemplada nos vinte e um problemas referidos atrás, e servem para orientar os cuidados de enfermagem e promover o uso do julgamento da enfermagem (Falco, 2000).

Perante o descrito podemos salientar que Abdellah foca a sua teoria no cuidar, nas necessidades do cliente segundo os problemas de enfermagem identificados e ao delinear quais são estes problemas ela direciona as funções do enfermeiro no sentido da sua resolução.

De todos os problemas de enfermagem identificados pela teórica, verificámos que o ponto 3, **“Promover a segurança através da prevenção de acidentes, ferimentos ou outros traumatismos e através da prevenção da disseminação da infeção”**, se encontra relacionado com o nosso PIS. Uma vez que o mesmo se centra no âmbito do controlo de infeção, mais propriamente nos procedimentos de inserção, fixação e manutenção do CVP, de forma a prevenir as IACS, desta forma decidimos utilizar esta teoria, visto que a mesma dá ênfase aos aspetos científicos da enfermagem centrando-se nas ações de enfermagem dirigidas aos outros e não depende dos comportamentos demonstrados pelos clientes.

Acreditamos que a informação obtida através da exposição teórica abordada nos subcapítulos apresentados anteriormente, e que compõem o enquadramento concetual, é uma mais-valia para a compreensão do projeto em análise. Inicialmente abordamos a origem da profissão de enfermagem e os documentos que servem não só para a definir, mas também para clarificar conceitos que lhe estão associados, como é o caso da qualidade dos cuidados em saúde. Posteriormente, e para atingirmos a desejada qualidade nos cuidados prestados com vista à satisfação do cliente, expusemos um conjunto de problemas que na opinião Abdellah

servem como guia orientador do enfermeiro na identificação e resolução dos problemas presentes nos clientes.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste segundo capítulo abordamos o enquadramento teórico em que se baseou o nosso trabalho e que orientou o desenvolvimento do mesmo. Este capítulo é formado pela definição e explicação de conceitos que nos ajudam a compreender melhor o presente relatório. O capítulo é constituído pelos subcapítulos: marcos na história das infeções, infeções associadas aos cuidados de saúde, cateteres venosos periféricos e infeções associadas aos cateteres venosos periféricos.

2.1 MARCOS NA HISTÓRIA DAS INFEÇÕES

Hoje em dia, a utilização do termo de Infeção Hospitalar (IH) ou Infeção Nosocomial (IN), tornou-se uma prática comum nas unidades de prestação de cuidados de saúde. Esta designação na atualidade é utilizada não só por profissionais de saúde, mas também, e cada vez mais por aqueles que procuram cuidados de saúde seguros e de qualidade.

Foi com Francastorius, médico italiano de Verona, que na Idade Média se iniciaram as suspeitas que haveria alguma coisa que pudesse transmitir doenças de uma pessoa para outra. No seu livro *De Contagione*, o autor fez referência às doenças epidémicas, ao contágio das doenças e mencionou ainda que as doenças surgiam através de microorganismos que podiam ser transmitidos de pessoa a pessoa. Em 1546, Francastorius defendeu a teoria de que certas doenças se transmitem através de corpúsculos e descreveu também o mecanismo de transmissão das doenças infecciosas (Fontana, 2006).

Entre 1300 e 1650 com o período do Renascimento, surgiu a imprensa e associado a ela foram publicados e difundidos vários livros sobre as doenças existentes. Por esta altura estudava-se também a varíola e a escarlatina e no século XVIII que já se pensava em maneiras de evitar a propagação de doenças, em que os clientes eram restritos a certos hospitais e triados consoante o seu diagnóstico, tais como a febre de tifoide e a tuberculose. Estes hospitais eram locais que possuíam condições de higiene muito precárias, o que possibilitava a transmissão de microorganismos entre os clientes (Fontana, 2006).

O avanço dos estudos sobre a microbiologia e sobre as infeções foram decorrendo e em 1794, Jonh Hunder associou as infeções a processos inflamatórios, através do desenvolvimento de um método experimental. Mas foi no decorrer do século XIX, que importantes contribuições foram dadas ao estudo das infeções hospitalares e da epidemiologia, através das descobertas efetuadas no campo da microbiologia importantes para a prevenção das infeções hospitalares (Fontana, 2006).

Na opinião de Martins (2001, p. 3), *desde que existem os hospitais existem as infecções hospitalares*. As questões relacionadas com a infeção hospitalar começaram a ter enfoque pelos profissionais de saúde na primeira metade do século XIX (Martins, 2001).

Foi Ignaz Phillip Semmelweis, um obstetra húngaro, que em 1847 publicou um trabalho que veio confirmar a transmissão de doenças intra-hospitalares através das mãos contaminadas como fonte de transmissão de doenças e preconizou a lavagem das mãos com uma solução clorada antes de cada cliente observado (Martins, 2001).

A invenção das luvas cirúrgicas no final do século XIX e início do século XX é outra importante contribuição para a prevenção das infeções (Fontana, 2006).

A participação da enfermeira Florence Nightingale, em 1863 foi notória na prevenção das infeções, através da padronização dos procedimentos de enfermagem, relacionados com o cliente e o ambiente, dando enfoque às questões relacionadas com a higiene e a limpeza dos hospitais, que até esse momento eram negligenciados, com a finalidade de diminuir os riscos associados à infeção hospitalar (Martins, 2001).

O aparecimento dos antimicrobianos feitos por Paul Ehrlich em 1910 e simultaneamente a evolução da tecnologia e o seu aperfeiçoamento trouxeram vários benefícios e tornaram-se no século XX, revolucionários no tratamento das infeções (Fontana, 2006).

Passadas quatro décadas, em 1950 surgem estirpes de *staphylococcus* resistentes à penicilina, anteriormente descoberta por Fleming em 1942, o que provocou um aumento da incidência das IH, causando elevadas taxas de mortalidade (Martins, 2001).

Em 1946 foram criados os *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) nos Estados Unidos da América (EUA), que recomendavam a vigilância epidemiológica das IH de forma rotineira em todos os hospitais, com a finalidade de obter dados epidemiológicos para implementar medidas de controle.

Em 1958 a *American Hospital Association*, recomenda a vigilância das IH e a criação das comissões de controlo de infeção nos hospitais (Martins, 2001).

Em 1959 cria-se a primeira comissão de controlo de infeção na Inglaterra e foi também nomeada a primeira enfermeira de controlo de infeção (Silva, 2013).

Na década de 1960, o uso indiscriminado de antibióticos fomentou o aparecimento de estirpes resistentes a esses antibióticos e o papel da enfermagem na Vigilância Epidemiológica (VE) tornou-se mais visível. Em 1965 nos EUA, assistiu-se pela primeira vez ao pagamento que um hospital foi obrigado a pagar, por uma indemnização a um cliente por danos sofridos por este em consequência de uma IH (Martins, 2001).

Os CDC durante a década de 60 emitiram várias normas e recomendações relativas à IH, e na década de 70 estudos feitos demonstravam que a VE proposta pelos CDC fosse realizada por enfermeiros de controlo de infeção, com formação e treino especializado nesta área (Silva, 2013). Nesta altura, foi também recomendado pelos CDC que existisse um enfermeiro de controlo de infeção a tempo inteiro, por cada 250 camas ocupadas nos hospitais (Martins, 2001).

Este enfermeiro deteria a responsabilidade de garantir o cumprimento do programa de controlo de infeção estabelecido para cada instituição de saúde, através da articulação com elementos de outros serviços ou unidades de saúde. Este profissional especializado, teria também a função de intervir junto de clientes e respetivas famílias com base em resultados laboratoriais existentes e dados relevantes para cada situação de controlo de infeção (Wilson, 2003).

Com a criação e o aperfeiçoamento das comissões de controlo de infeção por todo o mundo, associado ao desenvolvimento de múltiplas campanhas e estratégias emancipadas, quer pelos CDC quer pela Organização Mundial de Saúde (OMS), o controlo de infeção passou a fazer parte da política de segurança dos clientes, integrando a área da qualidade dos cuidados.

2.2 INFEÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE

Uma IH é uma infeção adquirida no hospital por um cliente que foi internado por outra complicação que não essa infeção. Esta infeção é também caracterizada por ocorrer num cliente internado numa instituição de saúde e que não estava presente no momento da admissão deste. Estão também incluídas nestas infeções, as infeções adquiridas pelos profissionais de saúde no decorrer da sua atividade profissional (Ministério da Saúde, 2007).

Atualmente a designação de IH ou IN tem vindo a ser substituída pela denominação de IACS. As IACS podem ser causadas por diversos microrganismos como as bactérias, vírus, fungos e parasitas. No entanto são as bactérias e os fungos que constituem os princípios responsáveis pelas IACS. Estes microrganismos encontram-se nas instituições de saúde, mais propriamente no local de prestação de cuidados ao cliente, designado o ambiente envolvente do cliente, mas também nos próprios clientes, fazendo parte da flora de cada indivíduo (Franco, 2010).

O risco de transmissão de microrganismos envolve contacto físico direto entre os profissionais de saúde e os clientes, desta forma, está presente em todos os momentos da

prestação de cuidados, especialmente em clientes imunodeprimidos ou com presença de dispositivos invasivos (Franco, 2010).

Taxas de incidência e prevalência das IACS relatam que atualmente a nível mundial, estima-se que mais de 1,4 milhões de clientes sofrem infeções adquiridas em instituições de saúde. Nos EUA entre 5 a 10% dos clientes admitidos em hospitais desenvolve uma IACS, causando diretamente cerca de 100000 mortes por ano (Dias, 2010).

Os estudos de prevalência relativos às IACS e realizados no nosso país identificaram como taxas de prevalência a presença de dispositivos invasivos nos clientes, entre eles inclui-se o CVP (Pina, Silva e Ferreira, 2010).

Nos nossos dias as IACS acarretam um acréscimo na morbilidade e mortalidade nos clientes, custos económicos adicionais para as instituições de saúde, sofrimento físico e emocional para o cliente e suas famílias, integrando um indicador de qualidade dos cuidados prestados. As *guidelines* emancipadas internacionalmente, no âmbito da prestação de cuidados de saúde, constituem uma mais-valia para os profissionais de saúde e deverão servir como conduta no seu comportamento no ambiente de prestação de cuidados ao cliente (Dias, 2010).

2.3 CATETERES VENOSOS PERIFÉRICOS

A Terapia Endovenosa teve inicio com o médico William Harvey, com a sua descoberta da circulação sanguínea. O conhecimento dos vasos sanguíneos e a utilização da terapêutica EV remonta à época de Galileu, na tentativa de reposição da volémia a combatentes nos períodos das guerras, sendo na década de 40 que o cateter vascular foi introduzido nos hospitais (Phillips, 2001). Desde essa altura, muitas foram as pessoas que contribuíram para o desenvolvimento deste procedimento e o aperfeiçoaram ao longo dos tempos, para o utilizarmos tal como o conhecemos hoje em dia.

O avançar dos anos, a par do avanço tecnológico, resultou num aumento de administração de terapêutica por via EV, sendo esta a via de eleição, relativamente à via oral ou intramuscular, pelo aumento de eficácia da terapêutica administrada no organismo, devido ao rápido efeito de concentração e absorção deste, mas também porque existem determinados medicamentos que só podem ser administrados por esta via (Phillips, 2001).

A punção venosa periférica é um procedimento invasivo que consiste em puncionar uma veia num cliente, através do rompimento da pele, pela transposição das suas camadas, com o auxílio de vários tipos de dispositivos, como *butterfly*, cateteres ou ainda através de uma agulha conectada a uma seringa. Assim, torna-se fácil perceber que se trata de um

procedimento invasivo, que exige do profissional que o realiza (maioritariamente o enfermeiro), a adoção da técnica asséptica no desenrolar do mesmo (Marteleto *et al.*, 2010).

Atualmente os CVP fazem parte indispensável do equipamento clínico utilizado nas instituições de saúde para administração de terapêutica EV, transfusão de hemoderivados, fornecimento de um suporte nutricional e sempre que é necessário o acesso direto à corrente sanguínea ao cliente. Esta via pode ser utilizada em situações urgentes como não urgentes, já que está comprovado a sua viabilidade na administração de terapêutica EV nas situações de paragem cardiorrespiratória nos clientes (Carlotti, 2012).

Nos EUA anualmente, são utilizados cerca de 150 milhões de dispositivos intravasculares em hospitais e clínicas, sendo que os mais utilizados são os CVP (Maki, 1992, *cit. in* Phillips, 2001).

A administração de terapêutica EV constitui assim um aspeto essencial no tratamento do cliente, exigindo do enfermeiro competência e responsabilidade no procedimento executado. Esta responsabilidade do enfermeiro deverá estar presente durante todas as fases do procedimento, quando avalia e seleciona o cateter vascular, quando explica o procedimento ao cliente, durante o desenvolvimento da técnica de inserção do cateter no cliente e quando vigia a perfusão da medicação (Elkin, Perry e Potter, 2005).

Wilson (2003) refere que, mais de 60% dos clientes hospitalizados recebem terapêutica EV, desta maneira os CVP e a própria terapêutica administrada por eles, estão muitas vezes associados ao desenvolvimento de complicações infecciosas, quer localmente ou sistémica, sendo que as infeções mais importantes relacionadas com o CVP são as da corrente sanguínea, devendo os enfermeiros estar despertos para estas situações.

A correta manutenção do local de inserção do CVP poderá prevenir ou minimizar essas complicações, desta forma e para que exista um bom resultado da administração de medicação por via EV, existem alguns fatores que não deverão ser negligenciados, como a preparação do cliente para a técnica, a seleção da veia, a seleção do cateter adequado e a sua correta inserção (Elkin, Perry e Potter, 2005).

2.4 INFEÇÕES ASSOCIADAS AOS CATETERES VENOSOS PERIFÉRICOS

A colocação de um CVP para administração de terapêutica EV, é um dos procedimentos invasivos mais frequentes da prática diária em meio hospitalar. Tendo em conta a frequência de vezes que estes dispositivos são utilizados, torna-se importante que as

intervenções de enfermagem associadas a esta sucessiva manipulação sejam as mais adequadas, com a finalidade de prevenir a infecção (MS, 2013).

Segundo Pose *et al.* (2005), referido por Augusto (2013, p. 22), *a complicação vascular mais frequente nos clientes punccionados com cateteres venosos periféricos (CVP) é a Flebite e aproximadamente 25% a 35% que têm em perfusão terapia endovenosa desenvolvem flebites.*

Em ambiente hospitalar, a flebite é uma das complicações mais frequentes nos clientes e está associada ao desenvolvimento de um processo inflamatório da camada íntima das veias causado por irritação mecânica, química ou infecções bacterianas, cuja sintomatologia passa pela dor, edema, rubor e calor à palpação do local (Magerote *et al.*, 2011).

Segundo o mesmo autor, os fatores que poderão levar ao desenvolvimento das flebites ainda não é conclusivo, contudo existem alguns que podem aumentar o risco do seu progresso como: o material e o calibre do CVP, o tempo de permanência do CVP, o local de punção e a terapêutica EV administrada ao cliente. Martins *et al.*, (2008) vêm acrescentar a estes fatores de risco, a técnica e a assepsia utilizada na inserção do CVP, assim como a prévia e a correta higienização das mãos do profissional que insere o cateter ou o manuseia, além de fatores relacionados com o cliente, como a idade e presença de patologias associadas.

A presença de flebite num cliente aumenta o risco de infecção e o dispositivo deverá ser removido de imediato. Contudo, estas situações nem sempre são fáceis de diagnosticar (Elkin, Perry e Potter, 2005).

Têm sido várias as recomendações publicadas sobre os procedimentos invasivos e estratégias de implementação de boas práticas, com o objetivo de reduzir a incidência das infecções associadas a esses procedimentos e aos dispositivos intravasculares. A OMS, emitiu em 2006, um conjunto de recomendações “Prevenção da Infecção Nosocomial Associadas a Dispositivos Intravasculares”, que foram elaboradas por um grupo de trabalhos multidisciplinar, com base nas recomendações emanadas pelos *Centers for Disease Control and Prevention - Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee, United States* (CDC – HICPAC, USA) (MS, 2006). Entre estas recomendações, encontram-se as que são relativas à cateterização venosa periférica e incluem a técnica de inserção do CVP (normas de assepsia), locais de inserção, tipos de pensos utilizados na fixação do CVP ao cliente, inspeção diária do local de inserção e a troca dos materiais utilizados rotineiramente (Martins, 2001).

De seguida abordaremos de forma sumária, os princípios a reter na cateterização venosa periférica.

Lavagem das mãos

Os enfermeiros envolvidos na inserção e manutenção dos CVP deverão ser detentores de conhecimento e competências para dar resposta aos protocolos relacionados com a otimização do CVP de forma a prevenir as infeções. A prevenção tem início nos conhecimentos relacionados com as técnicas para controlar as infeções. Essas técnicas incluem entre outras, o procedimento adequado da lavagem das mãos e o conhecimento daquilo que está contaminado, limpo, desinfetado e esterilizado (Phillips, 2001).

A inserção de um CVP num cliente prevê um conjunto de medidas que os enfermeiros deverão realizar previamente, com o objetivo de prevenir complicações como já foi referido anteriormente. Entre essas medidas encontra-se a higienização das mãos do profissional (Oliveira e Parreira, 2010).

As mãos dos profissionais de saúde são consideradas o veículo mais comum para a transmissão de microrganismos de cliente para cliente, estando muitas vezes implicadas na via de transmissão de surtos de infeção, sendo a higiene das mãos essencial para remover os microrganismos (Wilson, 2003).

O procedimento da higiene das mãos faz parte das precauções básicas do controlo de infeção, na norma emanado pela DGS, “Precauções Básicas do Controlo da Infeção” (DGS, 2013b). A higienização eficaz das mãos, utilizando preferencialmente soluções contendo antisséptico, como é exemplo a Solução Antisséptica de Base Alcoólica, deverá preceder sempre procedimentos que visam o contacto com sangue, como é o caso da inserção do CVP, devendo ser também efetuada sempre que se preveja o contacto com o CVP ou com os dispositivos de administração de terapêutica (Phillips, 2001).

A higiene correta das mãos, utilizando as soluções adequadas e cumprindo os tempos de lavagem indicados para cada produto, reduzem o risco de transmissão de microrganismos entre enfermeiros e clientes (DGS, 2013b).

A DGS preconiza ainda que todos os profissionais de saúde usem luvas limpas sempre que seja previsível o contacto com sangue, contudo a sua utilização não deverá substituir nunca a higienização das mãos. Como tal, recomenda-se a utilização de luvas limpas previamente à inserção do CVP.

Preparação da pele

Sendo a pele a camada protetora do corpo, ela constituiu uma das fontes de infeção primárias relacionadas com o cateter, pela possibilidade de desenvolvimento de uma infeção no local de inserção do CVP, quando o dispositivo entra na pele (Wilson, 2003).

A técnica de cateterização de uma veia periférica consiste na introdução de um cateter numa veia periférica e preparado para esse fim. Esta técnica poderá introduzir na veia bactérias que estão presentes na própria pele do cliente, que poderão ser do próprio (resultante da sua flora), ou das mãos do profissional que está a executar a técnica.

A preparação da pele tem como finalidade remover as bactérias, prevenindo a possível colonização microbiana. Após a seleção da veia a punccionar, a limpeza do local deverá ser à base de cloro-hexidina, com movimentos circulares, no sentido proximal para o distal, deixando a área desinfetada secar completamente. Após esta desinfecção não se deverá voltar a tocar no local a punccionar pois existe o risco de contaminação do mesmo (Carlotti, 2012).

Wilson (2003, p. 238), com base num estudo desenvolvido por Maki *et al.*, (1991) aponta que, *a limpeza da zona de punção com clo-hexidina antes da inserção de um cateter central arterial está associado a uma taxa de infeção inferior à da limpeza com iodopovidona a 10% ou com álcool a 70%.*

Mendonça *et al.*, (2010) defende que o álcool a 70° tem sido utilizado como desinfetante da pele na punção periférica, a sua utilização justifica-se pelo seu baixo custo e pela boa eficácia neste procedimento. O álcool a 70° é o desinfetante que usualmente se encontra nos serviços de internamento para utilização na desinfecção da pele na cateterização venosa periférica, contudo a sua utilização já está a ser abandonada para dar lugar a um desinfetante que contenha na sua composição cloro-hexidina.

Inserção do cateter venoso periférico

A finalidade da colocação do CVP já foi descrita anteriormente, e o resultado da sua inserção centra-se na minimização das complicações que decorrem da administração da terapêutica EV e do desconforto para o cliente. Existem vários tipos de cateteres periféricos, que permitem um rápido acesso à rede venosa do cliente.

Após a seleção da veia a punccionar e sua desinfecção, insere-se o cateter escolhido na veia, com o bisel voltado para cima, formando um ângulo entre 5°-30°. Quando o cateter se introduz na veia provoca um refluxo de sangue, este facto comprova que a agulha e o cateter de plástico se encontram no lúmen da veia, nesta fase avança-se com o cateter na direção da veia e retira-se simultaneamente a agulha da veia. O garrote é removido do cliente quando o cateter estiver totalmente introduzido na veia (Carlotti, 2012).

Depois da inserção do CVP é necessário confirmar se este se encontra permeável, para tal injeta-se soro fisiológico através dele, observando possíveis alterações da pele, como

rubor, edema, tumefação, extravasamento de líquido em redor do local de inserção do CVP ou desconforto manifestado pelo cliente (Carlotti, 2012).

Posteriormente à inserção do CVP no cliente é muito importante que este fique bem fixado para não existir o risco de ele se mover, já que esta situação poderá arrastar microrganismos para dentro da ferida, provocada pela inserção do cateter na pele e aumentar o risco de flebite (Wilson, 2003).

Pensos utilizados na fixação do cateter venoso periférico

O método utilizado para proteger o local de inserção do CVP é o penso, mas o que verifica nos serviços de saúde é que não existe um consenso entre os profissionais de saúde sobre o tipo de penso mais eficaz a ser utilizado nestas situações (Wilson, 2003).

A finalidade de utilizar um penso de fixação no local de inserção do CVP é prevenir o trauma no local de inserção no vaso sanguíneo e prevenir a contaminação da ferida provocada pela inserção do CVP (Phillips, 2001). A acrescentar a estas razões, Silva e Zanetti (2004) apontam como complicação da não utilização do penso de fixação, o deslocamento do CVP do sítio onde foi inserido.

Hoje em dia a oferta existente no mercado de pensos para fixação de CVP é vasta e os materiais mais utilizados para fixação dos CVP são os adesivos, os pensos de gaze estéril e as películas transparentes (Silva e Zanetti, 2004).

Os adesivos são utilizados para fixar o CVP, através de várias técnicas de fixação. Contudo, estudos realizados com clientes que possuíam esta forma de fixação verificaram que 42,3% apresentavam pelo menos uma manifestação de trauma vascular. A acrescentar a estas razões, é de salientar que este tipo de adesivo não é esterilizado e a sua manipulação poderá ocasionar a contaminação da técnica (Silva e Zanetti, 2004).

Os pensos de gaze esterilizada não protegem o local da humidade, nem permitem uma visualização fácil do local de inserção do CVP. Importa acima de tudo, que a escolha do penso pelo profissional que executa a técnica seja um penso esterilizado, pelas razões apontadas atrás, e que o mesmo permita uma visualização do local de inserção do CVP, sem que para isso seja necessário retirar o penso. Existem pensos com películas transparentes que permitem visualizar o local de inserção e assim detetar sinais precoces de flebite. Este tipo de penso permite também que o cliente faça a sua higiene, sem haver um risco acrescido de humidade do penso, uma vez que ele é impermeável, nem de descolamento deste (Wilson, 2003).

Na impossibilidade de colocar um penso esterilizado no local de inserção do CVP, o princípio a seguir deverá ser o de minimizar o risco de desenvolvimento de infecção, desta forma poderá ser utilizado uma compressa esterilizada por cima do cateter e utilizar adesivo para a fixar à pele do cliente (Elkin, Perry e Potter, 2005). Esta modalidade de penso requer uma atenção mais frequente, uma vez que deverá ser substituído sempre que se encontrar húmido.

As recomendações emanadas pelos CDC relativamente a este item são que os pensos devem ser substituídos quando o CVP é removido, ou substituído ou quando o penso se encontra descolado, húmido ou com repasse. Esta entidade aponta ainda que, em clientes com sudorese intensa os pensos devem ser substituídos frequentemente (CDC, 2011). Os CDC não recomendam a troca rotineira dos pensos de fixação do CVP, mas indicam que se o penso utilizado não permitir visualizar o local de inserção do cateter este deverá ser removido diariamente com aplicação de um novo penso.

Substituição do CVP

Wilson (2003), baseando-se em Elliot (1988), refere que o tempo que um CVP está colocado é provavelmente um dos fatores mais importantes que influenciam o risco de infecção, já que quanto mais tempo um CVP estiver colocado, maior é a probabilidade do cliente desenvolver uma infecção. O autor refere que se verifica um aumento do número de flebites e de colonização do CVP quando estes são mantidos por mais de 72h.

O CDC (2011), alarga o tempo da permanência do CVP e recomenda que a substituição dos CVP e a rotação do local de inserção a cada 72-96h. Esta entidade preconiza ainda, que se deverá remover o CVP colocado numa situação de emergência e inserir um novo CVP num local diferente dentro de 48h. Os cateteres pediátricos não deverão ser substituídos rotineiramente, exceto se houver indicação clínica para tal.

Manuseamento dos CVP

Nas instituições de saúde é usual a administração de terapêutica EV por um sistema fechado em clientes que já possuem um acesso venoso.

A manipulação asséptica da extremidade exterior do CVP e dos pontos de conexão ao CVP é fundamental para prevenir a contaminação do CVP e possível infecção, já que a contaminação se dá principalmente por meio das mãos do profissional que manuseia o CVP durante a conexão e desconexão do sistema ou do uso inadequado das torneiras (Martins *et al.*, 2008). Desta forma, durante a administração de terapêutica EV, e sempre que é necessário

manipular o orifício do cateter ou dispositivos com acesso ao mesmo (torneiras), é essencial manter a técnica asséptica nas intervenções realizadas (Phillips, 2001). Para isso o local deverá ser limpo com uma solução desinfetante e só depois disso utilizado para administração de terapêutica (Mendonça *et al.*, 2010).

Substituição dos sistemas de administração de fluidos

A substituição regular dos sistemas de administração de terapêutica EV é também essencial para prevenir a contaminação dos CVP.

Vários estudos demonstram que estes devem ser substituídos a cada 72h da sua colocação no cliente. Importa salientar que existe determinada terapêutica EV que pode potencializar o desenvolvimento de microrganismos, nestas situações os sistemas de administração de fluidos deverão ser substituídos com maior frequência (Pratt *et al.*, 2001 *cit. in* Wilson, 2003).

Os CDC (2011) recomendam substituir os sistemas de administração de fluidos, incluindo torneiras e prolongadores a cada 72h, exceto se existir outra indicação clínica. Já relativamente aos sistemas utilizados na administração de sangue, derivados do sangue ou emulsões lipídicas, indica que devam ser substituídos dentro das 24h após o início da infusão.

Pequenos prolongamentos conectados ao CVP deverão ser substituídos sempre que um novo CVP é inserido no cliente (CDC, 2011).

Vigilância

No que respeita à vigilância dos clientes com CVP, nomeadamente nos seus locais de inserção, os CDC já nos tinham recomendado que essa vigilância deveria ser feita diariamente em locais sem possibilidade de observar o local de inserção do CVP. Oliveira e Parreira (2010) reforçam esta ideia afirmando que esta vigilância deverá ser diária e deverá ser feita se possível recorrendo a instrumentos com base em Escalas de Avaliação de Flebites.

Registos informáticos

Os registos de enfermagem são parte integrante do nosso trabalho diário. O *software* utilizado no CH é o *SClinico*, e os registos de enfermagem são realizados com base no Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem e na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem.

As intervenções de enfermagem relacionadas com a cateterização venosa periférica não são exceção e deverão ser registadas no processo do cliente. Torna-se importante registar

a data de inserção do CVP, o local de inserção do CVP, o calibre do CVP, o tipo de CVP e a terapêutica EV administrada (Elkin, Perry e Potter, 2005). Associado aos registos de enfermagem relativos ao CVP, é também importante selecionar as intervenções de enfermagem adequadas a esta atitude terapêutica da cateterização venosa periférica como sejam, a troca do cateter e a troca dos sistemas de perfusão.

Terminamos este capítulo relembrando que as consequências das IACS constituem uma realidade que não deve ser indiferente a cada um de nós, pelo contrário, devemos estar cada vez mais atentos, tendo em conta as implicações que estas infeções podem trazer para os clientes e suas famílias (Franco, 2010). Contudo, o que se verifica frequentemente é que os enfermeiros independentemente do seu nível de formação realizam intervenções não recomendadas quando inserem um CVP, podendo conduzir a complicações decorrentes da presença destes no cliente (Oliveira e Parreira, 2010).

Elkin, Perry e Potter (2005) são da opinião que os enfermeiros deveriam guiar a sua conduta profissional com base em normas e procedimentos em vigor na instituição relativamente à terapêutica EV. Mendonça *et al.*, (2010) concorda ao referir que, dada a complexidade dos procedimentos relativos ao CVP cada serviço deveria elaborar protocolos sobre esta temática, apresentá-los, implementá-los e avaliá-los de forma periódica. O autor acrescenta ainda que é da responsabilidade do enfermeiro a construção desses protocolos, respeitando os princípios éticos e bioéticos da profissão.

3. PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO

O PIS foi desenvolvido no decorrer dos estágios I, II e III realizados no SEM, de um CH tendo por base o contexto profissional, e foi elaborado de acordo com a metodologia de projeto, através da identificação de uma problemática clínica de enfermagem Médico-Cirúrgica presente no serviço onde decorreram os respetivos estágios.

Para Leite, Malpique e Santos (1993, p. 15), *um autêntico projecto, encontra sempre o seu ponto de partida no impulso do aluno. O projecto supõe a visão de um fim. Implica uma previsão de consequências que resultariam da acção que se introduz no impulso inicial. Sendo que a previsão destas consequências, exige a observação objectiva das condições e das circunstâncias.*

A metodologia de projeto é definida como um *conjunto de operações explícitas que permitem produzir uma representação antecipada e finalizante de um processo de transformação do real* (Guerra, 1994 cit. in Ruivo et al., 2010, p. 3) ou seja, permite conduzir a uma previsão de mudança. É também, *uma metodologia ligada à investigação, centrada na resolução de problemas. Através dela, adquirem-se capacidades e competências de características pessoais pela elaboração e concretização do (s) projecto (s) numa situação real* (Guerra, 1994 cit. in Ruivo et al., 2010, p. 3).

Na opinião de Leite, Malpique e Santos (1993, p. 86), o trabalho de projeto *é uma actividade de índole investigativa, através da qual se consegue produzir conhecimento, ao mesmo tempo que se poderão alterar formas de estar relativas a problemas reais que se procuram estudar, sobre os quais se esboça, pelo menos, uma tentativa de intervenção com vista à sua resolução.* Os autores reforçam a ideia referindo que, *O trabalho de projecto é centrado no estudo de problemas no seu contexto social* (Leite, Malpique e Santos, 2001, p. 77).

Ruivo et al., (2010, p. 5) vem acrescentar que, *o trabalho de projeto é uma metodologia reflexiva, pois é baseada e sustentada pela investigação, de uma forma sistemática, controlada e participativa, que visa identificar problemas e resolve-los através de ações práticas.*

O principal objetivo da metodologia projeto é a resolução de problemas de uma situação real desta forma, a metodologia assume-se como uma ponte entre a teoria e a prática, uma vez que se suporta no conhecimento teórico para o aplicar na prática (Ruivo et al., 2010).

Segundo Ruivo et al. (2010, p. 4), a metodologia projeto, *é um método que permite ao investigador compreender melhor a realidade da população que é afectada pelo problema em questão, o que permite também uma melhor planificação e uma acção mais directa e dirigida para transformar e melhorar essa realidade. Isto confere ao*

projecto uma característica investigativa e produtora de conhecimento para os intervenientes.

A metodologia de projeto é composta por diferentes fases, da qual fazem parte: a elaboração de um diagnóstico de situação com a definição dos objetivos, a planificação das atividades, a execução das atividades planeadas, a avaliação da atividades implementadas e por último a divulgação dos resultados (Ruivo *et al.*, 2010).

De seguida serão apresentadas todas estas fases, que foram concretizadas no decurso dos estágios I, II e III.

3.1 DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

Iniciámos o desenvolvimento do PIS com a primeira etapa da metodologia de projeto, a realização do diagnóstico de situação, que foi efetuado no decorrer do estágio I, no período de 16 de Março a 20 de Abril de 2015 no SEM de um CH.

Para Ruivo *et al.* (2010, p. 10), *o diagnóstico de situação, visa a elaboração de um mapa cognitivo sobre a situação-problema identificada, ou seja, elaborar um modelo descritivo da realidade sobre a qual se pretende actuar e mudar.*

Segundo Brissos *cit. in* Ruivo *et al.* (2010, p. 10), *o diagnóstico de situação deve corresponder às necessidades de saúde das populações (...) e o projeto deverá ter como objetivo final, a satisfação das necessidades identificadas, de forma a que, por um lado, o mesmo se resolva ou minimize os problemas de saúde identificados, ou, por outro lado, optimize ou aumente a eficácia dos serviços prestados à população.*

O diagnóstico de situação é uma etapa do PIS e caracteriza-se por ser um processo contínuo, que permite uma caracterização permanente da situação, com atualizações frequentes. Deverá ser realizado num determinado período de tempo, de forma a possibilitar uma ação corretiva em tempo útil e suficientemente aprofundado, por forma a permitir a implementação de medidas realizáveis (Ruivo, *et al.*, 2010).

As IACS são adquiridas por clientes ou profissionais, durante o internamento hospitalar ou em qualquer outra instituição, em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados (MS, 2008).

A inserção do CVP para administração de terapêutica EV é uma prática diária em ambiente hospitalar, exigindo por parte dos enfermeiros competências na realização desta técnica. Pelo facto de ser um procedimento invasivo a sua inserção, fixação e manuseamento poderá resultar numa IACS, com implicância para o cliente, uma vez que os clientes

portadores de CVP têm um risco aumentado de desenvolverem complicações infecciosas, comparativamente com os que não os possuem (MS, 2008).

Tendo em conta o número de vezes que estes dispositivos são utilizados, torna-se importante que as intervenções de enfermagem associadas a esta sucessiva manipulação sejam as mais adequadas, com a finalidade de prevenir a infeção.

Durante a realização do estágio I, verificámos que existia falta de uniformização por parte da equipa de enfermagem nos procedimentos relativos à inserção, fixação e manutenção do CVP, de forma a prevenir as IACS. Constatamos também que as intervenções de enfermagem associadas ao desenvolvimento da técnica da cateterização venosa periférica não estavam a ser exercidas com o que é preconizado pelos CDC, o que poderá levar ao desenvolvimento de infeções associados a estes dispositivos.

Pela informação colhida durante o estágio I, constatámos que o SEM não possuía um procedimento de enfermagem alusivo à cateterização venosa periférica e então concordámos que seria importante realizarmos um procedimento referente à inserção e manuseamento do CVP nos clientes internados no SEM.

A escolha do tema surge do facto de ser uma área de interesse ao grupo, e também por sermos elementos dinamizadores do Grupo Coordenador Local de Controlo de Infeção e Prevenção da Resistência aos Antimicrobianos (GCLCIPRA) e desta forma, temos presente que a prevenção das IACS deverá ser alvo dos nossos cuidados diários.

Uma infeção nosocomial ou infeção hospitalar define-se como: *Uma infeção adquirida no hospital por um cliente que foi internado por outra razão que não essa infeção (1). Uma infeção que ocorre num cliente internado num hospital, ou noutra instituição de saúde, e que não estava presente, nem em incubação, à data da admissão. Estão incluídas as infeções adquiridas no hospital que se detectam após a alta, assim como infeções ocupacionais nos profissionais de saúde (2)* (MS, 2002, p. 7).

A designação de IN ou IH tem vindo a ser substituída por uma designação mais abrangente, as IACS, já que estas evidenciam um fenómeno que não se restringe apenas ao meio hospitalar, mas também a outras unidades de saúde (agudos, reabilitação, ambulatório e domicílio) (MS, 2008). Apesar das IACS não serem uma problemática desconhecida, já que estão presentes quer em países desenvolvidos, como em desenvolvimento, elas assumem uma importância cada vez maior, quer no nosso país, quer no mundo, sendo reconhecida como uma causa de morbilidade e mortalidade, levando a um aumento dos recursos de saúde, quer hospitalares quer da comunidade (Franco, 2010).

O aumento do risco de desenvolvimento de uma infeção poderá ser justificado pelo aumento da esperança de vida das pessoas, pelo aumento das doenças crónicas nos clientes internados, pelo crescimento da tecnologia cada vez mais invasiva, levando consecutivamente à realização de procedimentos mais invasivos de diagnóstico e terapêutico e também pelo crescente número de clientes a realizar terapêuticas imunossupressoras (MS, 2007).

Em Portugal foi realizado um Inquérito de Prevalência (IP) da Infeção, relativo ao ano de 2009, integrado no Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde, que concluiu que a taxa de prevalência da IN era de 11,7% em 9,8% dos clientes, num total de 221011 participantes no estudo. Fatores como a idade dos clientes e o tempo de permanência destes no hospital, foram apontados como taxas de prevalência, e como principais fatores extrínsecos foram identificados a presença de dispositivos invasivos nos clientes (Pina, Silva e Ferreira, 2010).

O IP de Infeção adquirida no Hospital e Uso de Antimicrobianos de 2012, realizado em Portugal, concluiu que a presença de dispositivos invasivos é um fator de risco das IACS, já que foram identificadas 170 IACS, que correspondem a uma taxa de prevalência de 0,9 %. Dos clientes que participaram no estudo, 8,8% (1593) tinham um cateter venoso central e 66,1% dos clientes (11989) possuíam um CVP (MS, 2013).

Após efetuarmos um pedido de autorização para utilização dos dados do IP referente ao ano de 2012 realizado no Centro Hospitalar de Setúbal (CHS) E.P.E., à Sr.^a Enfermeira Diretora do CHS (Apêndice I), e depois de este ter sido diferido (Anexo I), constatámos que, dos 214 clientes que participaram no IP foi assinalada a presença de uma ou mais infeções em 29 clientes, que corresponde a uma prevalência de clientes com IACS de 13,6%, já que foram registadas neste estudo 32 IACS em 29 clientes. Como fatores de riscos associados ao desenvolvimento das IACS foram assinalados entre outros, o tempo de internamento e a utilização de dispositivos invasivos nos clientes, tendo sido verificado que dos 28 clientes que possuíam cateter venoso central, 11 destes apresentavam IACS, que perfaz uma prevalência de 39,3%, e dos 130 clientes que possuíam CVP, 19 destes apresentavam uma IACS, que perfaz uma prevalência de 14,6% (CHS, 2013).

Pelos estudos apresentados anteriormente, inferimos que a cateterização venosa periférica poderá estar associada ao desenvolvimento de IACS, alvo que tem sido objeto de preocupação.

Sendo a colocação de um CVP para administração de terapêutica EV um dos procedimentos invasivos mais frequentes da prática diária em meio hospitalar (MS, 2013), e tendo em conta a frequência de vezes que estes dispositivos são utilizados, torna-se

importante que as intervenções de enfermagem associadas a esta sucessiva manipulação sejam as mais adequadas, com a finalidade de prevenir a infeção pois, em 2006 a DGS, emitiu um conjunto de recomendações, “Prevenção da Infeção Nosocomial Associadas a Dispositivos Intravasculares”, que foram elaboradas por um grupo de trabalho multidisciplinar, com base nas recomendações emanadas pelos CDC – HICPAC, USA. Este documento tem como objetivos abordar os aspetos epidemiológicos, relativos à infeção associada à colocação, manutenção e substituição dos dispositivos intravasculares, patogénese, fatores de risco, critérios de diagnóstico e salientar as medidas de prevenção e controlo dessa infeção (MS, 2006). Entre estas recomendações, encontram-se as que são relativas à cateterização venosa periférica.

Com o intuito de verificar a pertinência deste projeto de intervenção, foi realizada uma entrevista não estruturada à enfermeira chefe do serviço, à enfermeira orientadora, e à enfermeira do GCLCIPRA, que consideraram o tema pertinente. Para Fortin (2009, p. 375), *a entrevista é um modo de comunicação verbal que se estabelece entre duas pessoas, isto é, um entrevistador e um respondente.*

Optou-se por realizar uma entrevista não estruturada, já que o objetivo da aplicação da entrevista era formular as questões de forma livre, não seguindo nenhum questionário ou guião predefinido (Vilelas, 2009).

Após conhecermos a opinião dos inquiridos relativamente ao tema, era também importante obter dados acerca desta temática fornecidos pela equipa de enfermagem, que é quem mais realiza o procedimento. Utilizou-se então outro instrumento de colheita de dados, que foi a grelha de observações (Apêndice II), este instrumento foi escolhido com a intenção de conhecer o comportamento das pessoas de forma a obter os dados sobre a problemática em estudo (Fortin, 2009).

Esta grelha de observação foi elaborada por nós, com base noutra pré-existente, e utilizada também com essa finalidade e após ter sido obtido consentimento para a sua utilização por parte da autora da mesma (Anexo II). A grelha de observação era constituída por duas partes. A primeira parte tinha como objetivo recolher informações relativas às intervenções de enfermagem através da observação das intervenções dos enfermeiros durante a cateterização venosa periférica em momentos distintos: antes, durante e após a inserção do CVP, incluindo os registos de enfermagem no *software SClínico*, da técnica realizada. A segunda parte da grelha incidiu na observação da manutenção do CVP.

No dia 14/04/2015, foi realizado um pedido de autorização (Apêndice III) para implementação do PIS à Sr.^a Enfermeira Diretora do CH, através do Serviço de Formação do

CH, tendo sido redigido um documento no qual se descrevia sumariamente o problema identificado (Ficha de Definição do Problema). Juntamente a este documento englobaram-se também os pareceres favoráveis da Enfermeira Chefe e Diretor Clínico do SEM para a realização do PIS. Foi ainda enviada a grelha de observação e o consentimento livre e esclarecido (Apêndice IV).

No dia 27/04/2015, recebemos a autorização para a realização do PIS por parte da Sr.^a Enfermeira Diretora do CH (Anexo III). Após obtermos o consentimento livre e esclarecido por parte da equipa de enfermagem, que decorreu entre o dia 29 de Abril de 2015 e o dia 6 de Maio de 2015, no dia 12 de Maio de 2015 os participantes foram informados por correio eletrónico que o período de observações decorreria entre o dia 13 e 21 de Maio 2015 (Apêndice V).

Para a aplicação da grelha de observação construída por nós como já foi referido, não se impunha que fosse feito um pré teste à mesma. Contudo, e para verificar se os itens sujeitos a observação estariam bem definidos e não conduziriam a respostas ambíguas (Sim, Não e Não Aplicável), e ainda para conferir que estes permitiam a recolha da informação pretendida, foram entregues grelhas de observação a três enfermeiros com formação diferenciada nesta área, Enfermeira Orientadora, Enfermeira do GCLCIPRA e Enfermeiro Elemento Ligação do SEM ao GCLCIPRA, que não mostraram qualquer dúvida no preenchimento da grelha.

O tratamento de dados foi realizado através do programa Microsoft Office Excel 2013[®] (Apêndice VI).

Com a aplicação deste instrumento de colheita de dados constatámos que a equipa de enfermagem não tem presente uma filosofia uniforme referente aos cuidados de enfermagem no que respeita ao manuseamento do CVP. Da observação e da análise efetuada aos resultados obtidos foi-nos possível concluir que, os princípios de assepsia preconizados pelas recomendações internacionais relativos à cateterização venosa periférica não estão a ser cumpridos pela maioria dos enfermeiros.

Verificámos que a higienização das mãos por parte dos profissionais de saúde antes da inserção do CVP, na sua maioria (77%), não está a ser realizada. Relativamente à assepsia da pele no local de punção do cliente, constatámos que o desinfetante aconselhado não foi utilizado, correspondendo a 67% das observações efetuadas, verificámos também, que na maioria das observações (89%) não foram utilizadas compressas esterilizadas na realização deste procedimento e o princípio da técnica “*no touch*”, não foi utilizado em 56% das ocasiões.

Relativamente à aplicação da grelha de observação na **inserção do CVP**, averiguámos que não existia homogeneidade por parte dos profissionais de saúde na escolha

do penso preconizado para a fixação do CVP ao cliente já que, grande parte dos enfermeiros optou pela utilização de pensos não esterilizados, variando entre o adesivo castanho (83%) e o adesivo hipoalérgico não tecido (56%). Verificámos ainda que em apenas 33% das observações se utilizou adesivo esterilizado.

Quanto à mudança do dispositivo de perfusão quando é colocado um novo CVP, constatámos que não existe consenso por parte dos profissionais de saúde, tendo-se verificado que em 82% das situações o dispositivo de perfusão não foi substituído. No que diz respeito à identificação do novo dispositivo de perfusão com a data em que foi colocado no cliente, constatou-se que, em nenhuma ocasião os dispositivos de perfusão foram identificados com a data de colocação, o que perfaz 100% de inconformidade neste item.

Verificámos também que os registos de enfermagem realizados após a cateterização venosa periférica não estão a ser efetuados no seu todo. Em 78% das situações em que ele foi realizado, verificaram-se falhas relativas às intervenções relacionadas com o seu registo. O registo da data de colocação do CVP foi efetuado em 29% das observações, o registo calibre do cateter, foi efetuado 36% das vezes e o registo do local anatómico do cateter por efetuado 21% das situações.

Constatámos também que os registos das intervenções associadas à troca do CVP e à troca do dispositivo de perfusão, também não estão a ser efetuadas com que é recomendado pelos CDC já que, em apenas 14% das situações a intervenção da otimização do CVP foi bem planeada e nenhuma vez (100%) a intervenção associada à troca do CVP ou à troca do dispositivo de perfusão foi bem planeada.

Relativamente à aplicação da grelha de observação na **manutenção do CVP**, constatámos que em 56% das observações o penso de fixação do CVP se encontrava descolado. Verificámos também que do total de observações efetuadas, 56% das situações o penso de fixação do CVP se encontrava húmido ou com repasse.

Por último, e ainda relativamente à manutenção do CVP, no que respeita aos registos de enfermagem no *software SClínico*, relativos à inserção do CVP no cliente, verificou-se que do total de observações efetuadas, 19% delas não continham o registo do CVP no sistema informático e nas restantes 81%, o registo do procedimento estava a ser efetuado em que, 31% incluíam a data de inserção do CVP, 17% incluíam o registo do calibre do cateter inserido e 38% apresentavam o local anatómico do cliente onde foi inserido o CVP.

No que diz respeito às intervenções associadas com a troca do CVP no cliente verificou-se que estas estavam a ser realizadas poucas vezes (3%), assim como as intervenções

associadas à troca do dispositivo de perfusão, que nunca chegaram a ser efetuadas corretamente e que corresponde a 100% de inconformidade neste item.

Ainda no decorrer da fase de diagnóstico, e de forma a verificar a exequibilidade do projeto em estudo e identificar as áreas que necessitavam de intervenção mais urgente, construímos uma *Failure Mode and Effects Analysis* (FMEA) (Apêndice VII). A FMEA é um método que permite detetar e eliminar problemas potenciais e eliminar os pontos fracos de um projeto, minimizando o risco de falhas a valores aceitáveis (Aguiar e Salomon, 2007).

Uma das primeiras referências a este método de análise foi nos anos cinquenta e foi associado a um procedimento militar, estendendo-se posteriormente a sua utilização à indústria aeroespacial, automóvel e eletrónica nas décadas seguintes (Silva, Fonseca e Brito, 2006). Na opinião dos autores referidos atrás, existem dois tipos de FMEA, a FMEA de projeto, aplicada durante a fase de conceção e desenvolvimento de um projeto, com a finalidade de melhorar as características do produto ou analisar a sua conceção e a FMEA de processo, aplicada durante a fase de execução do PIS, com o intuito de reduzir as falhas e otimizar os processos (Silva, Fonseca e Brito, 2006).

O uso da FMEA tem por base a utilização de um formulário, composto por colunas, onde se reúnem os modos potenciais de falhas, os efeitos, as causas e as ações corretivas. Associado a estas colunas encontram-se ainda o *ranking* de gravidade dos efeitos do modo de falha (G), o *ranking* da probabilidade (O) e a detetabilidade de cada modo de falha (D). O valor numérico atribuído a cada um destes itens varia entre 1 e 10, e através da sua multiplicação é possível determinarmos o Índice de Probabilidade de Risco (IPR) ($IPR = G \times O \times D$).

O resultado desta multiplicação permite comprovar o risco de falha, possibilitando-nos conhecer quais as ações prioritárias a desenvolver para minimizar os seus efeitos (Silva, Fonseca e Brito, 2006).

Através da construção da FMEA foram analisadas quatro áreas distintas, a inserção do CVP, a fixação do CVP, o manuseamento do CVP e os registos de enfermagem associados à cateterização venosa periférica.

Dos dados obtidos, de seguida destacamos as etapas com os IPR mais elevados, que carecem de uma intervenção prioritária.

Nas intervenções de enfermagem relativas à inserção do CVP destacou-se:

- A não higienização das mãos (IPR=560);
- Ausência de desinfeção da pele com álcool a 70°, ou desinfetante com cloro-hexidina (IPR=400);

- Ausência da técnica “*no touch*” (IPR=360).

Já nas intervenções de enfermagem relacionadas com a fixação do CVP destacou-se:

- Não aplicação de penso esterilizado no orifício de inserção do cateter (IPR=162);
- Não utilização de compressas esterilizadas na desinfeção da pele (IPR=180);
- Não utilização de um novo dispositivo de perfusão (IPR=400).

Por último no que respeita ao manuseamento do CVP destacamos:

- Falha na troca dos cateteres às 72-96 horas (IPR=500);
- Falha na troca dos dispositivos de perfusão às 72 horas (IPR=500);
- Falha na substituição do penso quando este se encontra descolado (IPR=256);
- Falha na substituição do penso quando este se encontra húmido ou com repasse (IPR=256).

A prioridade de intervenção varia de acordo com o valor de IPR, e esta deverá ser dirigida para as etapas onde este valor é superior a 100.

Por tudo o que foi exposto e com base nas informações reunidas constatámos que, existe falta de conformidade por parte da equipa de enfermagem no procedimento de inserção, fixação e manutenção do CVP de forma a minimizar as IACS.

Assim, e tendo em conta que o nosso problema inicial incidia na “Falta de uniformização pela equipa de enfermagem no procedimento de inserção, fixação e manutenção do CVP, de forma a prevenir as IACS”, foram identificados os seguintes problemas parcelares:

- Falta de documentos orientadores relativos à inserção, fixação e manutenção do CVP;
- Carência de formação acerca do procedimento de inserção, fixação e manutenção da cateterização venosa periférica;
- Registos de enfermagem inadequados/inexistentes.

Para Ruivo *et al.*, (2010, p. 18), *os objectivos apontam resultados que se pretende alcançar, podendo incluir diferentes níveis que vão desde o geral ao mais específico.*

Os objetivos gerais são definidos por Mão de Ferro *cit. in* Ruivo *et al.*, (2010, p. 18), *como enunciados de intenções que descrevem os resultados esperados. Ou seja, fornecem-nos indicações acerca daquilo que o formando deverá ser capaz de fazer após o seu percurso formativo.* Por sua vez os objetivos específicos são definidos por Ruivo *et al.*, (2010, p. 18), *como indicadores de conhecimento e aptidões que os formandos devem adquirir ao longo do seu processo formativo, sendo o resultado da subdivisão de um objectivo geral mais vasto, em aprendizagens mais elementares.*

Após a análise de todas as informações obtidas com o desenvolvimento do diagnóstico de situação, definiu-se como **objetivo geral** do PIS:

- Uniformizar os cuidados de enfermagem ao cliente submetido à cateterização venosa periférica, internado no SEM.

Delineámos ainda como **objetivos específicos** do PIS:

- Elaborar um procedimento setorial alusivo à cateterização venosa periférica e respetiva grelha de verificação;
- Formar a equipa enfermagem relativamente à prevenção das IACS na cateterização venosa periférica.

Por fim, e com base na informação reunida, estabelecemos as seguintes prioridades de intervenção:

- Realizar o procedimento de enfermagem alusivo à cateterização venosa periférica;
- Formar a equipa de enfermagem, com base no procedimento realizado;
- Validar junto da equipa de enfermagem o procedimento elaborado.

Todas estas informações encontram-se descritas num documento elaborado durante o estágio I, e que constitui o diagnóstico de situação do PIS (Apêndice VIII).

3.2 PLANEAMENTO

A fase de planeamento do PIS foi desenvolvida no decorrer do Estágio II, que decorreu entre no período de 21 de Abril e 11 de Julho de 2015 no SEM do CH.

O planeamento é uma das fases da metodologia de projeto e para Miguel (2006), *cit. in* Ruivo *et al.* (2010, p. 20) é a fase em que, *é elaborado um plano detalhado do projeto cobrindo as várias vertentes da gestão: engenharia do software, calendarização das actividades, recursos necessários, risco e qualidade.* Hunger *cit. in* Ruivo *et al.* (2010, p. 20) acrescenta a esta fase, *o levantamento dos recursos, bem como as limitações condicionantes do próprio trabalho (...), sendo também, definidas as actividades a desenvolver pelos diferentes elementos do grupo e ainda, definidos os métodos e a técnica de pesquisa bem como o respectivo cronograma.*

As atividades, estratégias e meios fazem parte do planeamento, e a sua escolha e utilização deverá ser baseada nos objetivos definidos para o PIS. As atividades são componentes do trabalho e desenvolvem-se no decorrer do projeto. Cada atividade tem definido um tempo estimado e custos esperados com a sua concretização. As estratégias referem-se à utilização dos meios definidos no planeamento com o objetivo de utilizar de forma eficaz os recursos, sobretudo a capacidade de aplicar a tarefa de forma correta. Os

meios dizem respeito aos recursos necessários para a realização das atividades do projeto (Ruivo *et al.*, 2010).

Para atingirmos os objetivos específicos a que nos propusemos, delineámos atividades/estratégias, enunciámos os recursos humanos e materiais necessários, definimos os indicadores de avaliação, construámos o cronograma de atividades e expusemos a previsão dos constrangimentos, assim como a forma de os ultrapassar.

O primeiro objetivo específico delineado foi **“Elaborar um procedimento setorial alusivo à cateterização venosa periférica e respetiva grelha de verificação do procedimento”**. De forma, para atingir este objetivo foram planeadas as seguintes atividades/estratégias:

- Realização de pesquisa bibliográfica relativa a:
 - IACS
 - Infecções associadas ao CVP;
 - Recomendações existentes sobre esta temática;
 - Recomendações existentes para a prevenção das IACS;
 - Recomendações relativas à inserção e otimização do CVP;
 - Procedimentos já existentes na instituição de saúde relacionados com a temática;
 - Modelo utilizado pela instituição de saúde para a elaboração de procedimentos.
- Elaboração do procedimento relativo aos cuidados de enfermagem na inserção, fixação e manutenção do CVP;
- Discussão do procedimento de enfermagem com a enfermeira chefe do serviço, enfermeira orientadora e a docente;
- Reformulação do procedimento, se necessário;
- Pedido de parecer ao GCLCIPRA para validação do procedimento;
- Reformulação do procedimento, se necessário;
- Apresentação do procedimento à equipa de enfermagem através da realização de uma sessão de formação;
- Implementação do procedimento relativo aos cuidados de enfermagem na inserção, fixação e manutenção do CVP nos clientes do SEM;
- Realização de pedido de autorização ao GCLCIPRA para implementação do procedimento no CH;
- Realização de pesquisa bibliográfica sobre a construção de grelhas de auditorias;

- Elaboração da “Grelha de Verificação”;
- Apresentação e discussão do documento elaborado com a enfermeira chefe do serviço, enfermeira orientadora e a docente de referência;
- Reformulação da “Grelha de Verificação”, caso seja necessário;
- Pedido de parecer ao GCLCIPRA do CH para validação da “Grelha de Verificação”;
- Reformulação da “Grelha de Verificação”, caso seja necessário;
- Apresentação da “Grelha de Verificação”, à equipa de enfermagem através de uma sessão de formação;
- Validação da “Grelha de Verificação” junto da equipa de enfermagem do SEM durante 15 dias;
- Tratamento dos dados obtidos;
- Apresentação e divulgação dos resultados à equipa de enfermagem do SEM.

Os recursos humanos e materiais necessários para o desenvolvimento destas atividades são:

- Recursos humanos:
 - Enfermeira orientadora do estágio
 - Docente de referência
 - Enfermeira chefe do serviço
 - Enfermeiras do GCLCIPRA
- Recursos materiais:
 - Material bibliográfico (livros, revistas, artigos...)
 - Computador
 - Impressora
 - Papel

Como indicadores de avaliação deste objetivo específico estabelecemos a criação do “Procedimento de inserção, fixação e manutenção do CVP”, a elaboração da “Grelha de Verificação” do cumprimento do procedimento e pretendemos ainda que, 75% da equipa de enfermagem conheça o procedimento de enfermagem sobre a cateterização venosa periférica e adote boas práticas no manuseamento do CVP.

Por forma a atingir o segundo objetivo específico, **“Formar a equipa de enfermagem relativamente à prevenção das Infecções Associadas aos Cuidados de**

Saúde, na cateterização venosa periférica”, foram planeadas as seguintes atividades/estratégias:

- Realização de pesquisa bibliográfica relativa a:
 - IACS;
 - Infecções associadas ao CVP;
 - Manuseamento dos CVP;
 - Registos da inserção do CVP no sistema informático *SClínico*;
- Seleção de conteúdos;
- Elaboração de um conjunto de diapositivos sobre a cateterização venosa periférica e os resultados das observações realizadas acerca desta temática;
- Elaboração do plano de formação;
- Apresentação e discussão da sessão de formação com a enfermeira chefe do serviço, a enfermeira orientadora de estágio e a docente de referência;
- Reformulação da ação de formação caso seja necessário;
- Marcação da sessão de formação;
- Divulgação da formação (passagem de turno, elaboração de um cartaz que será afixado no serviço e envio de mensagem por correio eletrónico para a equipa de enfermagem do serviço);
- Apresentação da sessão de formação;
- Avaliação da sessão de formação.

Os recursos humanos e materiais necessários para o desenvolvimento destas atividades são:

- Recursos humanos:
 - Enfermeira orientadora do estágio
 - Docente de referência
 - Enfermeira chefe do serviço
 - Enfermeiras do GCLCIPRA
 - Enfermeiro responsável pela formação em serviço do SEM
 - Equipa Enfermagem do SEM
- Recursos materiais:
 - Material bibliográfico (livros, revistas, artigos...)
 - Computador

- Projetor
- Impressora
- Papel
- Instalações para a apresentação da sessão de formação

Como indicadores de avaliação deste objetivo específico iremos construir o plano da sessão de formação, os diapositivos apresentados na sessão de formação e a avaliação dos enfermeiros que assistirem à formação. Pretendemos com estas atividades formar 100% da equipa de enfermagem do SEM.

Como pudemos constatar, o desenvolvimento deste projeto envolve a interligação de vários profissionais de saúde. A enfermeira orientadora foi a responsável pela orientação ao longo deste processo. A docente de referência foi uma mais-valia, a sua experiência e sugestões expostas permitiram o desenvolvimento deste projeto. Após constatação que a elaboração deste procedimento de enfermagem era fundamental no SEM, a enfermeira chefe do serviço tornou-se um elemento essencial neste projeto, através da promoção do PIS junto da equipa de enfermagem. A colaboração do enfermeiro responsável pela formação permitiu a divulgação da formação, a marcação das instalações onde a formação de iria realizar, assim como a requisição do material necessário para o desenvolvimento da mesma, tendo desta forma sido também uma mais-valia neste processo. As enfermeiras do GCLCIPRA contribuíram através de sugestões fornecidas ao longo da concretização deste projeto.

Para a implementação deste projeto não se previam custos associados com recursos humanos para a instituição onde o projeto iria ser desenvolvido. Os recursos materiais necessários ficaram a cargo dos intervenientes do projeto.

Relativamente aos constrangimentos possíveis durante a realização do PIS e nomeadamente no que respeita à equipa de enfermagem, foram identificados a resistência à mudança por parte da mesma, e como forma de a ultrapassar sugerimos a motivação da equipa de enfermagem, explicando a necessidade de alterar comportamentos. Outro constrangimento previsto é a falta de adesão por parte da equipa de enfermagem à sessão de formação desta forma, pretendíamos motivar a equipa de enfermagem, marcar atempadamente a sessão de formação, agendar a sessão de formação de maneira que não coincida com dias férias, feriados e dias festivos e por último divulgar a sessão de formação. Outro dos constrangimentos possíveis era a dificuldade de formar a equipa de enfermagem pelo grande número de elementos existentes no serviço, para isso sugerimos replicar a sessão

de formação e fornecer os diapositivos apresentados na sessão formação por correio eletrónico a todos os enfermeiros do serviço.

No que respeita aos materiais necessários para o desenvolvimento deste processo o constrangimento previsto era a falta de sala e/ou material para a sessão de formação, desta forma projetamos marcar a sala de sessão da formação atempadamente, requisitar o projetor atempadamente, assim como imprimir material de apoio para os formandos.

Por último, e outro constrangimento previsto era a demora no tempo de homologação do “Procedimento de Inserção, Fixação e Manutenção do CVP” por parte do Gabinete da Qualidade do CH. Para isso, pretendemos submeter para validação o procedimento o mais atempadamente possível a esse serviço.

Durante esta etapa de planeamento foi elaborado um cronograma que diz respeito à calendarização das atividades/estratégias descritas anteriormente e que é apresentado seguidamente.

Terminamos este subcapítulo salvaguardando que, tendo em conta que o desenvolvimento do cronograma se realiza ao longo do projeto, poderá ser necessário efetuar algumas alterações dos períodos estabelecidos (Ruivo *et al.*, 2010).

O planeamento do PIS poderá ser consultado seguidamente.

Estudante: Cristina Maria Alves Ribeiro	Orientador: A.M. Docente: E.M.
Instituição: Centro Hospitalar (CH)	Serviço: Especialidades Médicas (SEM)
Título do Projeto: Procedimento relativo à inserção e manuseamento do cateter venoso periférico (CVP) nos clientes internados no Serviço de Especialidades Médicas (SEM).	
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>OBJETIVO GERAL</u>	
<ul style="list-style-type: none">• Uniformizar os cuidados de enfermagem sobre o procedimento de cateterização venosa periférica pela equipa de enfermagem do SEM.	
<u>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</u>	
<ul style="list-style-type: none">• Elaborar um procedimento setorial alusivo à cateterização venosa periférica e respetiva grelha de verificação do procedimento.• Formar a equipa de enfermagem relativamente à prevenção das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS), na cateterização venosa periférica.	
Identificação dos profissionais do serviço com quem vai articular a intervenção (chefia direta, orientador, outros elementos da equipa, outros profissionais, outros serviços)	
<ul style="list-style-type: none">• Enfermeira Chefe do SEM (Enf^a M.B.• Enfermeira Orientadora (Enf^a A.M.)• Docente E.M.• Enfermeiro responsável pela formação em serviço do SEM• Enfermeiras do Grupo Coordenador Local de Controlo de Infecção e Prevenção da Resistência aos Antimicrobianos (GCLCIPRA)• Equipa de Enfermagem do SEM• Diretor do SEM• Conselho de Administração	
Data: ____ / ____ / ____ Assinatura: _____	

Objetivos Específicos	Atividades/Estratégias a desenvolver	Recursos			Indicadores de Avaliação
		Humanos	Materiais	Tempo	
<p>Elaborar um procedimento de serviço alusivo à cateterização venosa periférica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de pesquisa bibliográfica relativa a: <ul style="list-style-type: none"> - IACS - Infecções associadas ao CVP; - Recomendações existentes sobre esta temática; - Recomendações existentes para a prevenção destas infeções; - Recomendações relativas à inserção e otimização do CVP; - Procedimentos já existentes na instituição de saúde relacionados com a temática; - Modelo utilizado pela instituição para a elaboração de procedimentos sectoriais. • Elaboração do procedimento “Cuidados de Enfermagem na inserção, fixação e manutenção do CVP nos clientes do SEM” • Discussão do procedimento de enfermagem com Enf.^a Chefe do serviço, Enf.^a Orientadora e a docente; • Reformulação do procedimento, se necessário; • Pedido de parecer ao GCLCIPRA para validação 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermeira Orientadora do estágio • Docente • Enfermeira Chefe do SEM • Enfermeiras do GCLCIPRA • Enfermeiro responsável pela Formação em Serviço do SEM • Conselho de Administração 	<ul style="list-style-type: none"> • Material bibliográfico (livros, revistas, artigos...) • Computador • Impressora • Papel 		<ul style="list-style-type: none"> • Procedimento “Cuidados de Enfermagem na inserção, fixação e manutenção do CPV nos clientes do SEM”. • Que 75% da equipa de enfermagem conheça o procedimento de enfermagem sobre a cateterização venosa periférica.

<p>Formar a equipa enfermagem relativamente à prevenção das IACS na cateterização venosa periférica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reformulação da “Grelha de Verificação”, caso seja necessário; • Apresentação da “Grelha de Verificação”, à equipa de enfermagem através de uma sessão de formação; • Realização de pesquisa bibliográfica relativa à auditoria em enfermagem; • Validação da “Grelha de Verificação” junto da equipa de enfermagem do SEM durante 15 dias; • Tratamento dos dados obtidos; • Apresentação e divulgação dos resultados à equipa de enfermagem do SEM. <ul style="list-style-type: none"> • Realização de pesquisa bibliográfica relativa a: <ul style="list-style-type: none"> - IACS; - Infecções associadas ao CVP; - Manuseamento dos CVP; - Registos do CVP no sistema informático <i>SClinico</i> • Seleção dos conteúdos; • Elaboração de um conjunto de diapositivos sobre a cateterização venosa periférica e os resultados 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermeiro responsável pela Formação em Serviço do SEM • Equipa de Enfermagem do SEM <ul style="list-style-type: none"> • Enfermeira Orientadora do estágio • Docente • Enfermeira Chefe do Serviço 			<ul style="list-style-type: none"> • Que 75% da equipa de enfermagem adote boas práticas, na inserção e manuseamento do CVP.
---	---	--	--	--	---

	<p>das observações realizadas acerca desta temática;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elaboração do plano de formação; • Apresentação e discussão da sessão de formação com a Enf.^a Chefe do serviço, a Enf.^a orientadora de estágio e a docente; • Reformulação da ação de formação caso seja necessário; • Marcação da sessão de formação; • Divulgação da formação (passagem de turno, criação de um cartaz que será afixado no serviço e envio de mensagem por correio eletrónico para a equipa de enfermagem do serviço); • Apresentação da sessão de formação; • Avaliação da sessão de formação. 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermeiras do GCLCIPRA • Enfermeiro responsável pela Formação em Serviço do SEM • Equipa Enfermagem do SEM 	<ul style="list-style-type: none"> • Material bibliográfico (livros, revistas, artigos...) • Computador • Projetor • Impressora • Papel • Sala 	<ul style="list-style-type: none"> • Plano da sessão de formação • Diapositivos apresentados na sessão de formação • Avaliação dos enfermeiros que assistirem à formação <p>Meta: Formar 100% da equipa de enfermagem do SEM</p>
--	--	---	--	--

Cronograma:		Ano 2015/2016				
Atividades/ Estratégias a desenvolver	Data	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro
		Elaborar um procedimento de serviço alusivo á cateterização venosa periférica.				
<ul style="list-style-type: none"> • Pesquisa bibliográfica relativa à temática. 						
<ul style="list-style-type: none"> • Elaboração do procedimento “Cuidados de enfermagem na inserção, fixação e manutenção do CVP, nos clientes do SEM”. 						
<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação e discussão do procedimento de enfermagem com a Enf.^a Chefe do serviço, Enf.^a orientadora e docente. 						
<ul style="list-style-type: none"> • Reformulação do procedimento, se necessário. 						
<ul style="list-style-type: none"> • Pedido de parecer ao GCLCIPRA do CH para validação do procedimento. 						
<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação do procedimento à equipa de enfermagem, através de uma sessão de formação. 						
<ul style="list-style-type: none"> • Implementação do procedimento “Cuidados de enfermagem na inserção, fixação e manutenção do CVP, nos clientes do SEM”. 						
<ul style="list-style-type: none"> • Realização do pedido de autorização ao Gabinete da Qualidade para implementação do procedimento no CH. 						
Elaborar uma “Grelha de Verificação” do cumprimento do procedimento.						
<ul style="list-style-type: none"> • Pesquisa bibliográfica relativa à construção grelhas de auditoria. 						
<ul style="list-style-type: none"> • Elaboração da “Grelha de Verificação”. 						
<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação e discussão do documento elaborado a Enf.^a Chefe do serviço, Enf.^a orientadora e docente. 						
<ul style="list-style-type: none"> • Reformulação da “Grelha de Verificação”, caso seja necessário. 						

Atividades/ Estratégias a desenvolver	Data	Ano 2015/2016				
		Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro
<ul style="list-style-type: none"> Pedido de parecer ao GCLCIPRA do CH para validação da “Grelha de Verificação”. 						
<ul style="list-style-type: none"> Reformulação da “Grelha de Verificação”, caso seja necessário. 						
<ul style="list-style-type: none"> Apresentação e disponibilização da “Grelha de Verificação”, à equipa de enfermagem, através de uma sessão de formação. 						
Formar a equipa de enfermagem relativamente à prevenção das IACS na cateterização venosa periférica.						
<ul style="list-style-type: none"> Pesquisa bibliográfica, relativa à temática. 						
<ul style="list-style-type: none"> Seleção dos conteúdos. 						
<ul style="list-style-type: none"> Elaboração de um conjunto de diapositivos sobre a cateterização venosa periférica e os resultados das observações realizadas acerca do tema. 						
<ul style="list-style-type: none"> Elaboração do plano de formação. 						
<ul style="list-style-type: none"> Apresentação e discussão da sessão de formação com a Enf.^a Chefe do serviço, Enf.^a orientadora e docente. 						
<ul style="list-style-type: none"> Reformulação da sessão de formação, caso seja necessário. 						
<ul style="list-style-type: none"> Marcação da sessão de formação. 						
<ul style="list-style-type: none"> Divulgação da sessão de formação. 						
<ul style="list-style-type: none"> Apresentação da sessão de formação. 						
<ul style="list-style-type: none"> Avaliação da sessão de formação. 						

Atividades/ Estratégias a desenvolver	Data	Ano 2015/2016				
		Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro
Validação da “Grelha de Verificação” elaborada.						
<ul style="list-style-type: none"> • Pesquisa bibliográfica relativa à auditoria em enfermagem. 						
<ul style="list-style-type: none"> • Validação da “Grelha de Verificação”, junto da equipa de enfermagem do SEM durante 15 dias. 						
<ul style="list-style-type: none"> • Tratamento dos dados obtidos. 						
<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação e divulgação dos resultados à equipa de enfermagem do SEM. 						
<p>Orçamento: <u>Recursos Humanos:</u> Sem custos para a Instituição. Sem custos com os profissionais, já que os intervenientes no projeto são funcionários da instituição.</p> <p><u>Recursos Materiais:</u> Impressão de material para sessão formação: +/- 20€ Sem outros custos associados.</p>						

Previsão dos constrangimentos e forma de os ultrapassar:

- **Constrangimento:** Resistência à mudança por parte da equipa de enfermagem.
Solução: Motivar a equipa de enfermagem, explicando a necessidade de alterar comportamentos;
- **Constrangimento:** Falha de sala e/ou material para a sessão de formação.
Solução: Marcar sala de sessão da formação atempadamente;
Requisitar projetor atempadamente;
Imprimir material de apoio para os formandos atempadamente.
- **Constrangimento:** Falta de adesão por parte da equipa de enfermagem à sessão de formação.
Solução: Motivar a equipa de enfermagem;
Marcar atempadamente a sessão de formação;
Agendar a sessão de formação, de maneira que não coincida com dias férias, feriados e dias festivos;
Divulgar a sessão.
- **Constrangimento:** Dificuldade de formar a equipa de enfermagem pelo grande número de elementos existentes no serviço;
Solução: Replicar a sessão de formação;
Fornecer os diapositivos apresentados na sessão formação por correio eletrónico a todos os enfermeiros do serviço.
- **Constrangimento:** Demora no tempo de homologação do procedimento de enfermagem sobre os cuidados de enfermagem na cateterização venosa periférica, por parte do Gabinete de Qualidade do CH.
Solução: Submeter para validação o procedimento de enfermagem sobre os cuidados de enfermagem na cateterização venosa periférica atempadamente ao Gabinete da Qualidade do CH.

3.3 EXECUÇÃO

A fase de execução do PIS foi desenvolvida no decorrer do estágio III, que foi realizado no período de 24 de Setembro de 2015 a 30 de Janeiro de 2016 no SEM de um CH.

Para Castro *et al.* (1993), *cit. in* Ruivo *et al.* (2010, p. 23), nesta fase *é necessária a procura de dados, informações e documentos que contribuam para a resolução do problema selecionado, segundo a divisão de tarefas e a gestão do tempo previamente estabelecidos.*

A etapa da fase de execução é a terceira etapa da metodologia de projeto e resulta da concretização de todo aquilo que foi delineado na fase de planeamento (Ruivo *et al.*, 2010). Na nossa opinião esta fase foi uma das mais importantes e desafiadora, uma vez que permitiu colocar em prática as ações planeadas na fase anterior, tornando-nos motivados na resolução da problemática identificada na fase de diagnóstico da situação.

O primeiro objetivo específico traçado era elaborar um procedimento setorial alusivo à cateterização venosa periférica e a respetiva grelha de verificação do procedimento. Uma das atividades desenvolvidas para cumprir o objetivo definido foi a realização de uma pesquisa bibliográfica relativa à temática em estudo, assim como à construção das grelhas de auditoria do procedimento para que a informação disponível no procedimento fosse a mais atual possível.

Depois de reunirmos a informação necessária, efetuamos o “Procedimento de inserção, fixação e manutenção do CVP” (Apêndice X), que foi discutido com enfermeira chefe do SEM, enfermeira orientadora e docente, e reformulado de acordo com as sugestões apresentadas.

Apesar de na fase de planeamento apenas termos delineado a elaboração de um anexo do procedimento que constava da grelha de verificação do mesmo (Grelha de Auditoria), quando terminamos a sua elaboração, reconhecemos que seria benéfico criar um cartaz ilustrativo do procedimento, para que mais rapidamente os profissionais conseguissem obter informações da técnica correta de cateterização venosa periférica. Este cartaz pode ser consultado no apêndice X.

Posteriormente foi pedido parecer ao GCLCIPRA para validação do procedimento, de forma a ser apresentado à equipa de enfermagem do SEM, através da realização de uma sessão de formação.

Após a divulgação do procedimento à equipa de enfermagem e da averiguação da ausência de dúvidas no seu cumprimento, o procedimento foi implementado no SEM, tendo também sido realizado pedido ao Gabinete da Qualidade através do GCLCIPRA para a sua

implementação no CH. Outras das estratégias definidas para dar resposta a este objetivo consistia na validação deste procedimento, junto da equipa de enfermagem do SEM durante 15 dias. Para tal, no dia 29 de Dezembro de 2015, os enfermeiros participantes foram informados por correio eletrónico que o período de observações relativas às intervenções associadas à cateterização venosa periférica iria decorrer entre o dia 1 a 15 de Janeiro de 2016 (Apêndice XI).

O segundo objetivo específico consistia em formar a equipa enfermagem relativamente à prevenção das IACS, durante a cateterização venosa periférica. Por forma a dar resposta a este objetivo, e após ser efetuada pesquisa bibliográfica relativa ao tema em análise, foram elaborados um conjunto de diapositivos acerca dos cuidados de enfermagem na cateterização venosa periférica (Apêndice XII) e o respetivo plano da sessão de formação (Apêndice XIII).

A sessão de formação tinha como objetivos lembrar conceitos/definições relativos à cateterização venosa periférica, apresentar o procedimento referente à inserção, fixação e manutenção do CVP nos clientes internados no SEM e uniformizar os cuidados de enfermagem respeitantes à manipulação do CVP.

O conjunto de diapositivos a serem apresentados na sessão de formação foi discutido com a enfermeira chefe do serviço, a enfermeira orientadora de estágio e a docente, e sujeitos às alterações aconselhadas.

Por último foi agendada a sessão de formação (23 de Novembro de 2015) tendo o cuidado de verificar que este dia não coincidissem com ausências dos elementos da equipa de enfermagem do serviço, relativas a férias, baixas, entre outras.

A divulgação da sessão de formação foi efetuada através da afixação de um cartaz no serviço, (Apêndice XIV), e de forma a promover uma maior adesão pela equipa de enfermagem na sessão de formação foram entregues convites aos enfermeiros para a participação na mesma (Apêndice XIV).

3.4 AVALIAÇÃO

Após o desenvolvimento de um projeto é primordial que este seja avaliado, esta avaliação deverá ser integral de forma a avaliar o projeto no seu todo implicando também a avaliação dos objetivos definidos na fase de diagnóstico de situação do projeto (Ruivo *et al.*, 2010).

Desta forma, torna-se importante avaliar se as estratégias e as atividades delineadas para atingir os objetivos a que nos propusemos foram satisfatórias para atingir os mesmos.

Relembrando, o primeiro objetivo específico deste projeto consistia em elaborar um procedimento setorial alusivo à cateterização venosa periférica e respetiva grelha de verificação do procedimento. Consideramos que este objetivo foi atingido uma vez que, elaboramos o procedimento a que nos propusemos e a equipa de enfermagem do SEM teve conhecimento da sua existência através da sessão de formação em que o mesmo foi apresentado.

Outra razão que justifica uma avaliação positiva deste objetivo é o facto de que a elaboração deste procedimento passou a fazer parte dos procedimentos setoriais daquele serviço desde o dia 23 de Novembro de 2016, data da realização da sessão de formação. O mesmo foi também aprovado pelo GCLCIPRA para se tornar procedimento comum a todo o CH, tendo já sido homologado pelo Gabinete da Qualidade do CH.

O segundo objetivo específico deste projeto constava em formar a equipa enfermagem relativamente à prevenção das IACS durante a cateterização venosa periférica. Concordamos que este objetivo foi atingido em parte, uma vez que todas as atividades e estratégias definidas para atingir o mesmo foram realizadas com sucesso. O plano da sessão de formação e os diapositivos elaborados foram revistos pela docente e aprovados por esta para apresentação na sessão de formação.

Os indicadores de avaliação a que nos propusemos na fase de planeamento para a concretização deste objetivo consistia em que 100% da equipa de enfermagem tivesse formação acerca do procedimento de enfermagem alusivo à cateterização venosa periférica, contudo esses valores ficaram um pouco abaixo do planeado, uma vez que só 48% da equipa de enfermagem ficou a conhecer este procedimento na fase da execução, através como já foi referido da realização da sessão de formação. Para colmatar estes valores, e para possibilitar que toda a equipa de enfermagem tivesse conhecimento dos conteúdos transmitidos na formação, delineamos como estratégia a elaboração de um documento de leitura (Apêndice XV), neste caso se tratou do “Procedimento de inserção, fixação e manutenção do CVP”, que ficou no SEM como documento de consulta.

Apesar do número reduzido de enfermeiros (48%) que assistiram à sessão de formação, a sua avaliação da mesma foi bastante favorável uma vez que, relativamente à utilidade do tema, objetivos da ação e conteúdos/estrutura da ação eles foram avaliados em muito bom pela totalidade dos formandos (100%) que assistiram à sessão de formação. No

que respeita à apreciação global da sessão de formação pelos formandos, ela foi avaliada em bom por 10% dos formandos e em muito bom por 90% dos formandos. No item referente ao impacto da formação no desempenho profissional, todos os formandos (100%), consideraram que a realização da sessão de formação teria impacto positivo no seu desempenho diário. Os dados relativos à avaliação da sessão de formação efetuada pelos formandos podem ser visualizados em pormenor no apêndice XVI.

Estes resultados permitem-nos constatar que a sessão de formação foi considerada uma mais-valia na melhoria dos cuidados de enfermagem, uma vez que desde a realização da sessão de formação, em que a equipa de enfermagem teve conhecimento do procedimento elaborado, verificamos uma melhoria no desenvolvimento da técnica de cateterização venosa periférica com a finalidade de minimizar as infeções associadas ao desenvolvimento deste procedimento.

Outras das atividades desenvolvidas na fase de execução para dar resposta aos objetivos delineados foi a validação do “Procedimento de Inserção, Fixação e Manutenção do CVP”, junto da equipa de enfermagem do SEM durante 15 dias. Para tal, durante este período foram efetuadas observações relativas ao desenvolvimento da técnica de inserção, fixação e manuseamento do CVP. As grelhas de observação utilizadas foram as mesmas que haviam sido usadas no estágio I para identificar o diagnóstico de situação (Apêndice II), o tratamento de dados relativo a estas observações consta no apêndice XVII.

Se efetuarmos uma comparação de alguns itens relativos às observações antes da sessão de formação e após a sessão de formação verificamos que, relativamente à higienização das mãos do profissional antes de procedimentos assépticos, apenas 23% dos enfermeiros a realizou, tendo o valor aumentado para 53% após a realização da formação. No que respeita à utilização da técnica “*no touch*”, constatamos que 44% dos enfermeiros a exerce, e após a realização da sessão de formação este valor elevou-se para 93%, desta forma é possível minimizar a contaminação daquele local de punção.

Outro item que mereceu a nossa atenção na análise dos resultados das observações foi a utilização ou não de pensos esterilizados para fixação do CVP ao cliente. Nas primeiras observações efetuadas verificamos que estes pensos eram usados em minoria, representando 33% das observações. Após a realização da sessão de formação este valor subiu ligeiramente para 46%. Pela comparação dos dados constatamos que não ainda não existe uma uniformidade por parte dos enfermeiros na escolha do penso utilizado para fixar o CVP ao cliente, contudo torna-se importante salientar que durante o período das segundas observações houve uma rotura de *stock* dos pensos esterilizados transparentes, o que poderá

ter contribuído para uma menor adesão dos enfermeiros na primeira escolha do penso na fixação do CVP ao cliente.

Os registos de enfermagem do procedimento desenvolvido também foram alvo de observações, e no que concerne ao registo deste procedimento, verificamos que ainda nem todos os enfermeiros fazem o registo do CVP, resultando em 78% nas primeiras observações e 73% nas segundas observações. Quanto às intervenções associadas a esta técnica, verificamos que 29% dos enfermeiros lhe associa a data do procedimento, 36% dos enfermeiros lhe associa o calibre do cateter inserido e 21% dos enfermeiros lhe associa o local anatómico onde foi inserido o CVP no cliente. Relativamente ao mesmo item de averiguação, nas segundas observações constatou-se que 82% dos enfermeiros lhe associa a data do procedimento, 55% dos enfermeiros lhe associa o calibre do cateter inserido e 36% dos enfermeiros lhe associa o local anatómico onde foi inserido o CVP no cliente. Analisando estes valores verificamos que após a sessão de formação os registos de enfermagem tornaram-se mais completos e de acordo com o que é preconizado.

Quanto às intervenções relacionadas com a troca do CVP, nas primeiras observações efetuadas em nenhuma das observações (100%) elas estavam a ser bem estabelecidas. Nas segundas observações houve uma ligeira melhoria dos registos relativos à troca de CVP, esta intervenção foi definida de forma correta 36% das vezes. Quanto às observações efetuadas das intervenções relacionadas com a troca do dispositivo de perfusão, a sua verificação não foi possível, uma vez que houve uma atualização do sistema informático utilizado para efetuar os registos de enfermagem no CH e a intervenção da troca dos dispositivos de perfusão no período em que foram realizadas as segundas observações não constava no conjunto de intervenções associadas à técnica da cateterização venosa periférica.

Por tudo aquilo que foi exposto anteriormente, podemos concluir que ainda não existe uma uniformidade por parte da equipa de enfermagem no cumprimento do procedimento realizado, contudo verificamos que após a realização da sessão de formação os profissionais têm desenvolvido um esforço para cumprir as diretrizes apresentadas, este facto pode ser comprovado pelo aumento das intervenções conformes, relacionadas com a técnica da cateterização venosa periférica consoante o que está preconizado no procedimento.

3.5 DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

A divulgação dos resultados obtidos após a implementação de um projeto, constitui a última etapa da metodologia de projeto e é para Ruivo *et al.* (2010, p. 31), *uma fase importante*

(...), na medida em que dá a conhecer à população em geral e outras entidades a pertinência do projecto e o caminho percorrido na resolução de um determinado problema.

A implementação da metodologia de projeto na área da saúde como forma de resolução de uma problemática existente torna-se muito importante uma vez que vai permitir capacitar o profissional de saúde através do contato com conhecimento científico numa determinada área/assunto, com a finalidade de melhorar os cuidados prestados ao cliente. Por outro lado o próprio cliente toma conhecimento dos esforços realizados para existir uma melhoria nos cuidados que lhe são prestados, e as informações recolhidas poderão ainda servir de exemplo para outros serviços (Ruivo, *et al.*, 2010).

Existem várias formas e meios de divulgar os resultados obtidos com o desenvolvimento de um projeto, alguns deles são as reuniões, as conferências, a apresentação num congresso/seminário, a construção de artigo, pósteres, folheto, a realização de um relatório, entre outros (Ruivo, *et al.*, 2010). Desta forma, a realização deste relatório constitui uma forma de divulgação do nosso PIS, uma vez que a *elaboração deste relatório constitui, um aspeto fundamental na transmissão de informação* (Schiefer *et al.*, 2006, *cit. in* Ruivo *et al.*, 2010, p. 32).

Durante este processo foram desenvolvidas outras atividades que também serviram para divulgar o PIS, como a elaboração do “Procedimento de inserção, fixação e manutenção do CVP”, o planeamento e a execução da sessão de formação aos enfermeiros do SEM, a realização das observações no período de validação do procedimento e posteriormente o tratamento dos dados resultantes dessas observações. Todas estas atividades constituíram formas de difundir este projeto, porém e para que a divulgação dos resultados deste projeto de tornem mais visíveis e sirvam como meio de alterações de comportamentos por parte dos enfermeiros, elaboramos um artigo no âmbito da temática do PIS, que pode ser consultado no apêndice XVIII.

4. PROJETO DE APRENDIZAGEM CLÍNICA

Este capítulo refere-se ao PAC, que foi realizado no decorrer dos estágios I, II e III com o intuito de adquirir e aprofundar as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica e/ou em situação crónica e paliativa, para tal propomo-nos a desenvolver estágios de observação em serviços/unidades, em que o seu campo de intervenção se encontre mais direcionado para a aquisição das competências específicas do enfermeiro especialista em EMC, que serão apresentadas mais à frente.

O capítulo é composto por quatro partes, inicialmente foi realizado a fase do diagnóstico de situação, posteriormente a fase de planeamento, a que se seguiu a fase de execução e por fim a avaliação.

4.1 DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

Durante a concretização dos estágios I e II, que decorreram no período compreendido entre 16 de Março e 11 de Julho de 2015, foi realizado o diagnóstico de situação que permitiu a elaboração deste PAC.

Estes estágios permitiram iniciar a aquisição das competências do enfermeiro especialista em EMC, quer as competências comuns como as competências específicas. Contudo, o trabalho desenvolvido durante este período não foi suficiente para aprofundar e solidificar todas as competências exigidas.

Desta forma definimos como **objetivo geral** do PAC:

- Adquirir e Aprofundar as Competências Específicas dos Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica e da Pessoa em Situação Crónica e Paliativa.

As competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica são:

- K1 – Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
- K2 – Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação;
- K3 – Maximiza a intervenção e controlo de infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas (OE, 2010b).

A elaboração do PIS permitiria o desenvolvimento da competência K3 desta forma, a mesma não seria incluída no planeamento do PAC, uma vez que já foi incluída no planeamento do PIS.

Relativamente à competência K1, durante a realização do estágio I e II, desenvolvemos atividades, e participámos em formações cuja temática se inseria na aquisição desta competência, porém e com a finalidade de tornar a aquisição desta competência mais sólida, no estágio III propusemo-nos realizar um estágio de opção no Serviço de Cuidados Intensivos (SCI) do CH.

A Medicina Intensiva é uma área diferenciada e multidisciplinar das ciências médicas, que aborda especificamente a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de doentes em condições fisiopatológicas que ameaçam ou apresentam falência de uma ou mais funções vitais, mas que são potencialmente reversíveis (DGS, 2003, p. 5).

A escolha deste local de estágio emergiu do interesse em compreender a continuidade dos cuidados a clientes que ali são internados por alterações da sua condição clínica, e que com alguma frequência são provenientes do serviço onde exercemos funções.

Torna-se fácil perceber que a pessoa que carece deste tipo de serviços e cuidados é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica (DL, 2011, p. 8656).

Os Serviços ou Unidades de Cuidados Intensivos são assim locais capacitados e qualificados para abordar de forma global, integrada e multidisciplinar, clientes em estado grave, instáveis, com patologias complexas e com elevado grau de risco de vida. Estes serviços e unidades suportam, previnem e revertem falências orgânicas nos clientes com implicações vitais para o próprio.

Quanto à competência K2, no decurso do estágio I e II participamos em algumas atividades no campo de ação desta competência e assistimos também a formações cuja temática se inseria na aquisição desta competência, contudo e para solidificar a sua aquisição, no estágio III propusemo-nos colaborar na participação de um simulacro de incêndio no Serviço de Neurologia do CH, juntamente com colegas do Curso de Mestrado em EMC, enfermeiros especialistas em EMC e o gestor de risco geral do SEM, que desempenham funções no serviço onde irá decorrer o simulacro.

Todos os dias, algures no mundo ocorrem catástrofes com impacto dramático sobre os indivíduos, famílias e comunidades. A presença de um incêndio numa casa familiar ou numa instituição de saúde pode devastar a comunidade e sua qualidade de vida das pessoas pode ficar ameaçada.

Segundo o *International Council of Nurses* não existe uma única definição consensual de desastre, mas todas abordam os conceitos de destruição generalizada do ambiente, da economia, das infraestruturas sociais e de cuidados de saúde, bem como a perda de vidas, sobrecarregando a capacidade dos indivíduos e da comunidade para responder, usando os seus próprios recursos.

Uma das definições de catástrofe que o *International Council of Nurses* nos apresenta é a da OMS de 2007 e do *International Strategy for Disaster Reduction* (2004), em que *a interrupção grave do funcionamento de uma comunidade ou uma sociedade causando perdas humanas, materiais, económicas ou ambientais, generalizadas, que excedem a capacidade da comunidade ou sociedade afetada para fazer face, utilizando os seus próprios recursos* (International Council of Nurses, 2009, p. 3).

A mesma entidade releva a importância dos enfermeiros numa situação de catástrofe, porque possuem o conhecimento, as competências e as habilidades necessárias para apoiar os esforços humanitários e contribuem positivamente na resposta a catástrofes. No entanto, os desafios enfrentados para lidar com a complexidade das catástrofes exigem que, (...) *cada enfermeiro adquira uma base de conhecimentos e um conjunto mínimo de competências que lhe permita planear e responder a um desastre de uma forma atempada e adequada* (Veenema, 2007 cit. in International Council of Nurses, 2009 p. 6).

A realização deste simulacro surge da necessidade do CH testar a eficácia do seu Plano de Emergência Interno, relativo à atuação das equipas de emergência, a prontidão de resposta das equipas de emergências perante uma situação de evacuação parcial, a adequabilidade dos meios e infraestruturas existentes e o grau de eficácia das equipas de emergência. Neste contexto fará sentido que os enfermeiros desenvolvam as competências necessárias para liderar a resposta a situações de catástrofe multi-vítima, como tal, foi neste sentido que surgiu o interesse e a possibilidade de colaborarmos no desenvolvimento deste simulacro de incêndio, possibilitando a aquisição da competência K2.

Das competências específicas fazem também parte, as que são relativas à pessoa em situação crónica e paliativa, que são:

- L5 – Cuida de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida;
- L6 – Estabelece relação terapêutica com pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte (OE, 2011b).

Durante o estágio I e II tivemos a possibilidade de lidar de perto com pessoas com doença crónica incapacitante e terminal e seus familiares. Tivemos ainda a oportunidade de assistir a formações no âmbito desta competência, mas por forma a aprofundar o desenvolvimento destas competências propusemo-nos a realizar um estágio de observação durante o decorrer do estágio III na Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) do CH, juntamente com dois colegas do Curso de Mestrado em EMC, assim como elaborar um artigo cuja temática abrangesse estas unidades de competências, decidindo-nos pela temática da conspiração do silêncio.

Atualmente nos ambientes de prestação de cuidados deparamo-nos frequentemente com situações em que a procura da cura da doença prevalece sob a constatação da impossibilidade de tratamento curativo. Assim, e num ambiente onde predomina a cura da doença, o que atualmente se verifica é que fatores como, o aumento da longevidade e acréscimo das doenças crónicas e progressivas não permitem o tratamento dos clientes, e muitas vezes o objetivo de cura é substituído por cuidados que proporcionem a melhor qualidade de vida possível aos clientes e sua família.

É desta forma que se definem os cuidados paliativos, como cuidados prestados aos clientes que não respondem de forma positiva aos tratamentos que tinham como finalidade a sua cura, e se centram no controlo dos sinais e sintomas decorrentes do diagnóstico e manifestados pelos clientes no decorrer do seu estado de doença (Silva e Sudigursky, 2008).

Existem várias tipologias de serviços de Cuidados Paliativos, que prestam cuidados aos clientes em regime de internamento ou no domicílio, abarcando várias situações e diagnósticos. A EIHSCP é um dos exemplos de serviços de Cuidados Paliativos, em que os cuidados prestados são dirigidos a clientes internados, em hospitais ou outras unidades de internamento e em consulta.

Pelo fato de no serviço onde exercermos funções serem internados clientes que carecem de Cuidados Paliativos, e ainda com o intuito de conhecermos com mais pormenor o trabalho desenvolvido pela EIHSCP do CH não só no acompanhamento dos clientes em regime de internamento, como a continuidade de cuidados fornecida aos clientes e famílias em ambulatório, justificou a nossa escolha na realização deste estágio de observação.

4.2 PLANEAMENTO

Uma vez que as competências específicas do enfermeiro especialista em EMC têm diferentes áreas de intervenção, (a pessoa em situação crítica e a pessoa em situação crónica e

paliativa), ao longo do desenvolvimento deste PAC foram planeadas diferentes estratégias a serem desenvolvidas no decorrer do estágio III, com o objetivo de adquirir essas mesmas competências.

Tendo presente a competência K1 e as suas unidades de competência, propusemos realizar um estágio de observação no 3º semestre no SCI do CH. As estratégias definidas para alcançar esse objetivo passaram por conhecer o funcionamento e a dinâmica deste serviço e a maneira como ele se interliga com os outros serviços.

Pretendíamos também com a realização deste estágio tornar mais sólidos os conhecimentos na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, identificando focos de instabilidade precocemente de forma a responder o mais antecipadamente possível às suas necessidades, assim como a aquisição de conhecimentos nos cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à pessoa a vivenciar processos de saúde/doença crítica e/ou falência orgânica.

Esperávamos que o desenvolvimento do estágio fosse uma mais-valia na aquisição de conhecimentos sobre o bem-estar físico, psicossocial e espiritual na resposta às necessidades da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, mas também sobre protocolos terapêuticos complexos utilizados neste serviço, assim como responder de forma assertiva a processos de dor, através do conhecimento de escalas de avaliação da dor, construídas para este tipo de clientes.

Ao longo do decurso do nosso estágio, ambicionamos participar numa “Conferência Familiar”, com o intuito de adquirir e solidificar conhecimentos na temática na comunicação interpessoal que fundamenta a relação de terapêutica com a família, face à situação de alta complexidade do seu familiar.

Do levantamento de necessidades formativas realizadas pelo gestor de risco geral do SEM, detetou-se a necessidade de desenvolvimento de um simulacro de incêndio no Serviço de Neurologia do CH, com a finalidade avaliar a capacidade de resposta da equipa multidisciplinar do serviço e a eficácia dos acessos e circuitos existentes no serviço de acordo com o Plano de Emergência Interno do CH.

Desde modo, e relativamente à competência K2, propusemo-nos a colaborar na realização deste exercício juntamente com colegas do Curso de Mestrado em EMC, enfermeiros especialistas em EMC e gestor de risco Geral do SEM, que desempenham funções no serviço onde irá decorrer o simulacro. As estratégias estabelecidas para a aquisição desta competência passam pela nossa colaboração no planeamento e implementação deste exercício.

Previamente à realização deste simulacro, projetamos efetuar uma pesquisa bibliográfica acerca dos planos e princípios de atuação em situações de catástrofe, e do plano distrital e nacional para a catástrofe e emergência. Foram também planeadas um conjunto de atividades incluídas na implementação deste exercício, como a discussão dos cenários com o enfermeiro responsável pela Comissão de Gestão do Risco, a definição de planos e estratégias a implementar no simulacro, a elaboração das ações a desenvolver no simulacro de incêndio, passando pela realização do exercício e pela identificação de medidas corretivas nas inconformidades da atuação.

As estratégias estabelecidas para a aquisição das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa (L5 e L6), vão ser definidas em simultâneo, uma vez que as atividades a que propomos são semelhantes.

Desta forma, e com intuito de atingirmos estas competências perspetivamos juntamente com dois colegas do Curso de Mestrado em EMC, a elaboração de um artigo, cuja temática abrangesse a competência em análise, e como foi referido na fase de diagnóstico de situação optamos pelo tema da conspiração do silêncio.

As atividades desenvolvidas para a elaboração deste artigo, passaram pela pesquisa bibliográfica sobre a comunicação, o direito do cliente à informação e as barreiras no acesso à informação. Por último o artigo seria apresentado e sujeito a discussão por parte da docente orientadora, e seria efetuada a sua reformulação caso seja necessário. Por fim, previa-se a entrega do artigo ao Serviço de Formação do CH para possível divulgação do mesmo.

A acrescentar à aquisição destas competências específicas, propusemo-nos também realizar um estágio de observação no decorrer do 3º semestre numa EIHSCP. Com o desenvolvimento deste estágio, ambicionamos a aquisição de conhecimentos ao nível da dinâmica de uma unidade desta tipologia e do tipo de clientes que são referenciados à mesma. Pretendíamos igualmente conhecer as intervenções de enfermagem prestadas junto de pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, cuidadores e seus familiares, reconhecer as necessidades de satisfação da pessoa com doença crónica, incapacitante e terminal, cuidadores e seus familiares, por forma a proporcionar o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida, assim como perceber a articulação efetuada entre profissionais de saúde e os familiares no sentido de otimizar os resultados na satisfação das suas necessidades.

Esperamos juntamente entender a importância que a relação terapêutica estabelecida entre enfermeiros e clientes, cuidadores e familiares influencia os mecanismos de adaptação às situações de perda, compreender as parcerias terapêuticas utilizadas com a pessoa com doença crónica incapacitante, cuidadores e família, assim como conhecer as metas estabelecidas e as

necessidades de satisfação demonstradas pela pessoa e família na situação em fim de vida, nomeadamente as de apoio espiritual.

O documento elaborado que resume o planeamento do PAC, encontra-se no apêndice XIX.

4.3 EXECUÇÃO/AVALIAÇÃO

Durante esta fase da metodologia de projeto vamos apresentar as atividades e estratégias desenvolvidas para atingir os objetivos delineados na fase anterior com a finalidade de adquirir/aprofundar as competências específicas dos enfermeiros especialistas em enfermagem em pessoa em situação crítica e da pessoa em situação crónica e paliativa, nomeadamente K1, K2, L5 e L6.

Para adquirir a competência K1 tínhamos planeado como objetivo realizar um estágio de observação durante o 3º semestre no SCI do CH. Desta forma, a realização deste estágio permitiu-nos ter uma ideia mais real de um serviço com tantas especificidades, nomeadamente a sua dinâmica, a sua ligação com os outros serviços/unidades e ainda o funcionamento da Equipa de Emergência Médica Interna sediada naquele serviço.

Segundo o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são definidos como *cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afectadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total* (OE, 2010b, p.1).

Atualmente, as constantes alterações a vários níveis que ocorrem no mundo são uma realidade presente entre nós, que por sua vez exigem que os serviços de saúde se atualizem constantemente face a essas alterações. Esta condição requer que os profissionais de saúde se adequem às novas tecnologias, permitindo o desenvolvimento de um trabalho diferenciado junto dos clientes, ou seja as necessidades manifestadas muitas vezes pelos clientes condicionam que os profissionais de saúde adquiram novas competências face a essa necessidade (Camelo *et al.*, 2013).

Os SCI caracterizam-se por constarem de um ambiente especializado de prestação de cuidados a clientes críticos ou em falência multiorgânica, exige competências dos profissionais e também uma boa coordenação entre toda a equipa, para que a atuação prestada seja a mais adequada utilizando o mínimo tempo possível, por forma a proporcionar a melhor qualidade de vida possível aos clientes. Desta forma, a possibilidade de identificar riscos de instabilidade

precocemente no cliente são uma mais-valia na resposta atempada às necessidades identificadas.

A realização deste estágio possibilitou-nos solidificar conhecimentos relativos a protocolos terapêuticos utilizados com frequência neste serviço, e com menos regularidade no serviço onde desempenhamos funções, são exemplos a “Norma de Orientação Clínica de Insulinoterapia em Ambiente Hospitalar” e o “Procedimento para Nutrição Entérica no Cliente Crítico”. Conhecer estes protocolos permitiu-nos reconhecer a importância da sua aplicação não só em clientes críticos, mas a todos os outros que careçam de alimentação entérica, uma vez que o risco do cliente desenvolver hipoglicémias ou hiperglicemias é mais diminuto e quando acontece ele é detetado precocemente.

Outro dos protocolos a que tivemos acesso foi o “Protocolo da Prevenção da Pneumonia Associado ao Ventilador”. A pneumonia associada à ventilação mecânica é uma das mais frequentes causas de infeção nosocomial nas Unidades de Cuidados Intensivos, resultando numa elevada morbidade e mortalidade para o cliente e elevados custos de saúde para as instituições. Este protocolo tem como objetivo minimizar a ocorrência de infeções em clientes com ventilação mecânica invasiva.

Grande parte dos clientes internados na SCI são clientes sedados e com ventilação invasiva, esta realidade condiciona o conhecimento da dor do cliente através da utilização das escalas numéricas, desta forma torna-se fundamental a utilização de uma escala comportamental de avaliação da intensidade de dor neste tipo de clientes.

A origem da dor de clientes internados em Serviços ou Unidades de Cuidados Intensivos pode ser justificado por inúmeras razões. Os cuidados de enfermagem e médicos a que os clientes estão sujeitos diariamente como os procedimentos invasivos, cirurgias e a presença de dispositivos intravasculares são focos de dor nos clientes internados (Batalha *et al.*, 2013).

A presença de dor neste tipo de clientes é reconhecida pelos profissionais de saúde, contudo a sua importância ainda é menosprezada por alguns profissionais. Avaliar a dor num cliente crítico que está maioritariamente do tempo sedado e ventilado, com incapacidade de verbalizar a sua dor, torna-se um desafio para os profissionais de saúde, na procura de instrumentos que se possam adequar àquela situação (Batalha *et al.*, 2013).

A escala *Behavioural Pains Scale - Intubated Patient*, foi a primeira escala criada e a mais utilizada para avaliar a dor em clientes entubados, incapazes desta forma de avaliarem a sua dor.

A realização deste estágio de observação do SCI do CH levou-nos a conhecer esta escala comportamental de dor utilizada pelos profissionais de saúde e que permite conhecer a dor do cliente através da avaliação de três critérios (expressão facial, movimentos dos membros superiores e adaptação à ventilação mecânica), sendo composta por vários itens em cada critério. Um conhecimento adequado da intensidade de dor do cliente, permite ao enfermeiro gerir e garantir as intervenções necessárias para o controle da dor do cliente, sejam elas farmacológicas ou não farmacológicas.

Muitas vezes os cuidados de enfermagem prestados aos clientes que estão a vivenciar uma situação crítica e em risco de morte iminente, são cuidados e procedimentos dotados de grande nível de tecnicidade, gerando sentimentos de ansiedade tanto no cliente e família como nos enfermeiros que prestam esses cuidados (Galinha de Sá, Botelho e Henriques, 2015).

A família perante uma situação complexa vivenciada pelo cliente, frequentemente desencadeia episódios de ansiedade, incerteza quanto ao futuro e instabilidade emocional, o que motiva situações de *stress* no seu meio. A experimentação destes sentimentos e a sua necessidade de apoio nestes momentos são muitas vezes vistas como não prioritárias quando comparadas com as prioridades do cliente em contexto crítico. Contudo, são os enfermeiros os profissionais de saúde que mais devem valorizar esses sentimentos e intervir com respostas adequadas às necessidades demonstradas pela família, uma vez que são eles que de forma mais presencial estabelecem uma relação entre o cliente e a família no decurso da sua atividade profissional (Galinha de Sá, Botelho e Henriques, 2015).

No decorrer do estágio de observação no SCI do CH reconhecemos o cuidado que não só os enfermeiros, mas toda a equipa de saúde tem na envolvência da família nos contextos complexos de estado de saúde/doença vivenciados pelo seu familiar. Apesar de durante o período definido de estágio não termos tido a oportunidade de assistir a nenhuma Conferência Familiar (*Family Meeting*) realizada naquele serviço, reconhecemos a preocupação dos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) em se reunirem previamente à primeira visita com os familiares dos clientes, com a finalidade de esclarecer dúvidas e permitir que os familiares exponham os seus medos e anseios associados ao processo de saúde do seu familiar, desta forma os familiares ficam com um conhecimento abrangente de todo o processo, diminuindo a ansiedade associada a estes momentos. Durante esta conferência é também fornecido aos familiares o Folheto de Acolhimento do SCI, este folheto serve para informar os familiares do funcionamento desta unidade e as regras para os visitantes, assim como regras de boas práticas de higiene, de forma a minimizar o risco de infeção. O acolhimento torna-se

assim essencial para o diálogo entre profissionais de saúde, clientes e familiares ou pessoa significativa.

No final da realização deste estágio de observação foi projetado como indicador de avaliação, a elaboração de um relatório do mesmo, onde constam as aprendizagens por nós desenvolvidas no contexto do mesmo e que pode ser consultado no apêndice XX.

Para dar resposta à competência K2, o objetivo estabelecido na fase de planeamento constava em participar num exercício de simulacro de incêndio no Serviço de Neurologia do CH, juntamente com colegas do Curso de Mestrado em EMC, enfermeiros especialistas em EMC e gestor de risco geral do SEM.

As estratégias estabelecidas para a aquisição desta competência passavam pela nossa colaboração no planeamento e implementação deste exercício, contudo para que o nosso contributo na execução deste exercício fosse rentável era conveniente que nos inteirássemos de diversos conceitos presentes em situações de catástrofe e emergência multi-vítima, que são definidos seguidamente:

Acidente grave - um acontecimento inusitado com efeitos relativamente limitados no tempo e no espaço, suscetível de atingir as pessoas e outros seres vivos, os bens ou o ambiente (Lei n.º 800/15, p. 5316).

Catástrofe - 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 (Lei n.º 80/15, p. 5316).

Emergência - é a situação resultante da agressão sofrida por um indivíduo por parte de um qualquer factor, que lhe origina a perda de saúde, brusca e violenta e que afectando-lhe, ou podendo potencialmente afectar-lhe, algum órgão vital, se não for imediatamente assistido, porá em grave risco a sua vida (Leiva, 2005, cit. in Andrade, 2009, p. 25).

Plano de Emergência - conjunto normalizado de acções reportadas a uma área concreta, cuja aplicação permite resolver uma situação de catástrofe, no menor espaço de tempo e com o menor dano possíveis (Atienza, 2006 cit. in Andrade, 2009, p. 25).

Plano de Emergência Hospitalar - é o conjunto de acções a realizar ordenadamente para dar resposta a uma situação catastrófica em que o hospital se veja envolvido. Esta situação poderá ocorrer fora da área do hospital, sem o afectar directamente, definindo-se então como emergência externa; ou pode atingi-lo directamente, e nesse caso trata-se de uma emergência interna. O Plano de Emergência é constituído por dois documentos: o Plano de Emergência Externo (PEE) e o Plano de Emergência Interno (PEI) (Atienza, 2006 cit. in Andrade, 2009, p. 25).

O Plano de Emergência Interno é constituído por um conjunto de normas ativas em permanente atualização consoante os resultados obtidos através dos exercícios implementados. A sua elaboração prende-se com a necessidade de se planearem de forma coordenada um conjunto de regras a seguir numa situação de emergência (Serviço de Utilização Comum dos Hospitais, 2007).

Desta forma os objetivos de um plano de emergência interno são:

- Conhecimento dos riscos potenciais existentes;
- Planificação das ações a desenvolver;
- Treino adequado do pessoal interveniente em situações de emergência;
- Intervenção mais rápida e eficiente;
- Acionamento de meios complementares;
- Salvaguarda de valores e bens existentes.

O Plano de Emergência Interno de uma instituição sistematiza os órgãos que o constituem e as ações a desenvolver pelos seus intervenientes para os diferentes sinistros, como por exemplo incêndio, explosão, sismo, inundação, entre outros (Serviço de Utilização Comum dos Hospitais, 2007).

Neste caso concreto a realização deste simulacro tinha por base um incêndio desencadeado num serviço de internamento. Da participação neste exercício, juntamente com a enfermeira responsável pela Comissão de Gestão do Risco, o enfermeiro Gestor de Risco Geral do serviço onde desempenhamos funções e outros enfermeiros especialistas em EMC, salienta-se a elaboração de um documento onde constavam algumas orientações acerca do tipo de simulacro a ser realizado, nomeadamente objetivos do exercício, os meios intervenientes e as diretrizes da execução do mesmo (Apêndice XXI).

Outras atividades desenvolvidas no contexto da realização do simulacro passaram pelo planeamento de planos e estratégias a implementar no simulacro, elaboração de ações a desenvolver no exercício, escolha dos figurantes, preparação dos cenários e por fim a realização do simulacro de incêndio.

A execução deste simulacro levou-nos a conhecer de forma mais pormenorizada o Plano de Emergência Interno do CH, capacitou-nos a fornecer respostas mais adequadas em situações de catástrofe, permitiu-nos avaliar a capacidade de resposta da equipa multidisciplinar do serviço e a eficácia dos acessos e circuitos existentes no serviço de acordo com o estabelecido no plano de emergência interno do CH, mas também solidificar os conhecimentos relacionados com a temática da emergência e da catástrofe, compreender os

planos e princípios de atuação em situações de catástrofe, priorizar as ações a desenvolver numa situação de catástrofe ou emergência, avaliar a articulação e eficácia da equipa e por fim identificar medidas corretivas nas inconformidades da atuação.

O desenvolvimento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa (L5 e L6), à semelhança do que foi planeado, decidiu-se pela sua descrição em conjunto, já que as atividades a que nos propusemos foram idênticas.

Relembramos que um dos objetivos estabelecido para atingirmos estas competências era juntamente com dois colegas do Curso de Mestrado em EMC, a elaboração de um artigo, relativo à conspiração do silêncio.

Atualmente e por variadas razões a conspiração do silêncio ainda é uma realidade presente nas instituições de saúde e surge como uma barreira à comunicação entre os profissionais de saúde, a família e o cliente, com graves implicações para todos, especialmente para o cliente que é privado da informação que lhe pertence.

O acesso à informação sobre o processo de saúde/doença é um direito indiscutível do cliente e um dever do profissional de saúde, tanto do ponto de vista ético como legal, contudo esta exatidão não significa que a comunicação de más notícias seja um processo simples, ela é difícil e geradora de *stress* tanto para o cliente e família, como para os profissionais de saúde que o fazem.

O silêncio como forma de comunicar, é também ele uma ferramenta útil, mas quando a sua utilização significa um processo de comunicação comprometido, surgindo contra a vontade do cliente e privando-o da informação que lhe é devido, estamos perante uma conspiração do silêncio.

Bermejo *et al.* (2012, p. 2), apresenta como definição mais comumente aceite para conspiração do silêncio, *o acordo implícito ou explícito, por parte de familiares, amigos e/ou profissionais, de alterar a informação que se dá ao cliente com o fim de lhe ocultar o diagnóstico e/ou prognóstico, e/ou a gravidade da situação.*

Lugo e Coca (2008), afirmam que a conspiração do silêncio só se desenvolve se não se tiver em consideração os desejos de informação do cliente, mas quando é o próprio cliente que recusa saber, não se pode falar em conspiração do silêncio.

Os argumentos utilizados pelos familiares para que não seja dada informação considerada como danosa ao cliente passam pela necessidade de o proteger, pela crença de que a informação não trará nada de positivo num cliente já suficientemente magoado pela situação, e que informar só adicionaria mais ansiedade (Bermejo *et al.*, 2012, Barbero, 2006).

O papel difícil da família num contexto de doença com diagnóstico difícil ou prognóstico grave, é sublinhado por Lugo e Coca (2008), tendo esta que enfrentar a sua própria angústia e dor, prover o apoio emocional e cuidado físico ao cliente sem esquecer a manutenção do funcionamento quotidiano. Neste sentido, também Lotra (2007, p. 11) escreve relativamente aos medos da família, (...) *a família muitas vezes nega ao cliente a informação com o objetivo de protegê-lo, porque de algum modo consideram que assim não serão obrigados a falar acerca da doença e sua progressão que veem como destrutiva.*

Mas a conspiração do silêncio passa também pela dificuldade dos profissionais de saúde em dar más notícias e gerir as consequências desta transmissão de informação. Pereira (2008, p.78) em relação à transmissão de más notícias afirma que, *os profissionais de saúde, para além de planejar e gerir estes momentos, também têm de gerir os seus próprios medos e estar preparados para aceitar as naturais hostilidades do doente e família.*

Pelo exposto anteriormente, torna-se óbvio que os clientes têm direito a ser informados sobre a sua situação de saúde e os enfermeiros têm o dever de lhes transmitir essa informação, utilizando para isso competências adquiridas ou a adquirir, para que a conspiração do silêncio seja cada vez menos uma realidade nos contextos de cuidados de saúde.

Após a realização de pesquisa bibliográfica em bases de informação científica e credível e relativa a vários temas subjacentes à conspiração do silêncio das quais destacamos, a comunicação, o direito do cliente à informação e as barreiras no acesso à informação, elaboramos o artigo a que nos propusemos, e que pode ser consultado na íntegra no apêndice XXII.

Após a elaboração do artigo, este foi apresentado e discutido com a docente e reformulado de acordo com as alterações sugeridas, posteriormente ele foi apresentado ao Serviço de Formação do CH para possível divulgação, com o intuito de incentivar os enfermeiros a se tornarem elementos promotores da mudança desta realidade, devendo para isso preservarem a dignidade e autonomia do cliente ao longo do exercício da sua profissão. A elaboração deste artigo permitiu que na nossa praxis diária aplicasse-mos os princípios adquiridos com a sua conceção.

A acrescentar à aquisição destas competências específicas, na fase de planeamento o segundo objetivo delineado constava da realização um estágio de observação no decorrer do 3º semestre na EIHSCP do CH.

A realização deste estágio permitiu-nos conhecer a dinâmica desta equipa, a sua constituição, a forma como ela se interliga com os outros serviços do CH e o tipo de clientes que acompanha. No final deste estágio foi realizado um relatório como indicador de avaliação,

que retrata de forma mais detalhada a nossa experiência e as aprendizagens alcançadas enquanto alunos naquela EIHSCP (Apêndice XXIII).

Os Cuidados Paliativos foram definidos pela OMS em 2002, como *uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável com prognóstico limitado, e/ou doença grave (que ameaça a vida), e suas famílias, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce, avaliação adequada e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, como a dor, mas também dos psicossociais e espirituais* (Associação Nacional de Cuidados Paliativos, 2006).

A OMS acrescenta que os Cuidados Paliativos devem ser introduzidos na vida do cliente e família o mais rapidamente possível, agindo em articulação com outros serviços para que a perspetiva curativa e paliativa sejam desenvolvidas em simultâneo ao longo do processo de doença do cliente, e não sejam apenas aplicados nos últimos momentos da vida destes (Sapeta, 2011).

A Lei n.º 52/12 de 5 de Setembro cria a Lei de Bases dos Cuidados Paliativos, esta lei consagra o direito e regula o acesso dos cidadãos aos Cuidados Paliativos, define e responsabiliza o Estado nesta matéria e cria a Rede Nacional de Cuidados Paliativos a funcionar sob o Ministério da Saúde.

Esta Lei considera os Cuidados Paliativos, como *cuidados ativos, coordenados e globais, prestados por unidades ou equipas específicas, em internamento ou no domicílio, a doentes em situação em sofrimento decorrente de doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva, assim como às suas famílias, com o principal objetivo de promover o seu bem-estar e a sua qualidade de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, com base na identificação precoce e no tratamento rigoroso da dor e outros problemas físicos, mas também psicossociais e espirituais*. Para além disso estes cuidados devem, *respeitar a autonomia, a vontade, a individualidade, a dignidade da pessoa humana e a inviolabilidade da vida humana* (Lei n.º 52/12, p. 5119-5120).

Os Cuidados Paliativos podem ser prestados em instalações e internamento próprios que se designam por Unidades de Cuidados Paliativos ou por Equipas de Suporte de Cuidados Paliativos. As Equipas de Suporte são equipas móveis, sem lugares de internamento dedicados mas que acompanham, de forma estruturada e diferenciada, os clientes que requerem cuidados paliativos, quer no internamento, quer no domicílio.

Assim, os Cuidados Paliativos podem ser organizados segundo diferentes tipologias sendo a EIHSCP um desses tipos.

Esta EIHSCP onde foi realizado o estágio de observação funciona em regime de consulta, num espaço físico do CH onde médico e enfermeiro recebem o cliente e sua família

e junto deles estabelecem em conjunto um guia de tratamento que vá de encontro às necessidades do cliente. Desta forma, a EIHS CP dá apoio a clientes e seus familiares em que a sintomatologia e a intensidade de cuidados requerem Cuidados Paliativos diferenciados, que não podem ser prestados no domicílio mas que também não requerem, nesta fase, critérios de admissão numa Unidade de Cuidados Paliativos. Esta equipa coopera com os profissionais de saúde nos diversos serviços do CH, no sentido de estabelecerem um mapa de cuidados especializado para cada cliente, para além de realizarem também o acompanhamento dos clientes e familiares em consulta, com a finalidade de darem resposta às necessidades manifestadas por estes, como o alívio da sintomatologia decorrente da doença, encaminhamento para apoio social e avaliação do desgaste familiar, entre outras funções.

Foi durante a realização deste estágio, e no decorrer das consultas que tivemos a oportunidade de conhecer a “Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton”, uma vez que ela é utilizada frequentemente na consulta de cuidados paliativos, através da sua aplicação aos clientes.

O termo paliativo provém do latim *pallium*, que significa manto ou capa. Ou seja, os sintomas manifestados pelos clientes em cuidados paliativos, são ocultos por tratamentos que suprimem essa sintomatologia, com a finalidade de promover o conforto do cliente (Twycross, 2003).

Para Costa e Antunes (2012, p. 63), *os sintomas constituem a razão das principais queixas de qualquer doente*. Desta forma, não se justifica avançar com cuidados de enfermagem em que se baseia a prática de cuidados paliativos, se os sintomas apresentados pelos clientes não estiverem controlados.

A “Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton”, trata-se de um instrumento de avaliação composto por nove itens, associados a sintomas físicos e psicológicos (dor, cansaço, náusea, depressão, ansiedade, sonolência, apetite, sensação de bem-estar e falta de ar), que podem ser expressos pelos clientes com doença crónica, com o objetivo de após o conhecimento da sua sintomatologia lhes sejam facultados alternativas de tratamentos, ou medidas que diminuam ou anulem os sintomas demonstrados.

Estas consultas permitem igualmente um melhor esclarecimento a clientes e familiares do diagnóstico e alternativas de tratamentos que diminuam os sintomas associados ao mesmo, de forma a minimizar o sofrimento do cliente, potencializando a sua qualidade de vida, conforto e bem-estar. Outras das atividades desenvolvidas por esta equipa prende-se com o acompanhamento telefónico, que estes profissionais fazem aos clientes. Este seguimento tem como finalidade conhecer o estado de saúde do cliente, nomeadamente

sintomas desencadeados pelo diagnóstico e adaptação à medicação instituída, entre outros. Consideramos esta atividade bastante importante, pois permite que clientes que não careçam de um seguimento tão regular em consulta, não deixem de ser acompanhados por esta equipa.

Pelo fato de trabalharmos num serviço de internamento com clientes portadores de diversas patologias e muitas vezes em fase final da sua doença, este estágio permitiu-nos perceber que a criação de uma relação terapêutica com o cliente, família e cuidadores, facilita a adaptação às perdas e à morte. Este processo é mais simples quando se tem um conhecimento mais precoce do cliente e família e mais aprofundado da situação vivenciada, pois o enfermeiro ao estabelecer uma relação terapêutica prévia com estes clientes e família, mais facilmente e de forma mais eficaz, consegue responder aos seus pedidos, influenciando desta forma os mecanismos de adaptação ao processo de luto e às situações de perda e morte. Este pensamento vai ao encontro à opinião da teórica escolhida para conduzir este projeto, já que para Abdellah, a enfermagem fundamenta-se na resolução de problemas de enfermagem relacionados com as necessidades identificadas nos clientes, e a sua finalidade centra-se no bem-estar do cliente (Falco, 2000).

Com o desenvolvimento destas atividades acreditamos ter adquirido as competências específicas do enfermeiro especialista em EMC.

5. ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA ADQUIRIDAS

Para Nunes (2007, p. 18-19), *considera-se a competência profissional a combinação de conhecimento, de saber-fazer, experiências e comportamentos, exercidos num contexto preciso. São aptidões e características pessoais que contribuem para se atingir um desempenho de nível elevado.*

Segundo o REPE, *o enfermeiro especialista é o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade* (OE, 2015, p. 99).

Com base no Regulamento n.º 122 de 2011, relativo ao Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, *a definição das competências do enfermeiro especialista é coerente com os domínios considerados na definição de competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais, isto é, o conjunto de competências clínicas especializadas, decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais* (Regulamento n.º 122/11, p. 8648).

Neste capítulo é efetuada uma apresentação e reflexão do desenvolvimento da aquisição das competências comuns do enfermeiro especialista e uma exposição da aquisição das competências específicas do enfermeiro especialista em EMC, adquiridas com a realização dos estágios I, II e III.

5.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Seja qual for a área de especialidade, todos os enfermeiros especialistas partilham de um grupo de domínios, consideradas competências comuns – a actuação do enfermeiro especialista inclui competências aplicáveis em ambientes de cuidados primários, secundários e terciários, em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde. Também envolve as dimensões da educação dos clientes, e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança e inclui a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante que permita avançar e melhorar a prática da enfermagem (Regulamento n.º 122/2011, p. 8648).

Como já referimos anteriormente, o conjunto das competências específicas decorre do aprofundamento dos domínios de competências dos enfermeiros de cuidados gerais, e incluem a **responsabilidade profissional, ética e legal, a melhoria contínua da qualidade, a gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais** (Regulamento n.º 122/2011).

De seguida irem-mos abordar cada um destes domínios.

A – Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

A1 – Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção.

Iniciamos a abordagem deste domínio, com a definição do conceito de responsabilidade, que para Nunes, 2006 *cit. in* Deodato 2008, p. 34, *se refere aos actos e às respectivas consequências*. No que respeita ao sentido etimológico da palavra responsabilidade, ela está relacionada com a capacidade, obrigação e compromisso (Deodato, 2008).

A responsabilidade profissional dos enfermeiros é salientada com no artigo 99.º dos princípios gerais do Código Deontológico do Enfermeiro ao referir que, *um dos princípios orientadores da atividade dos enfermeiros é a responsabilidade inerente ao papel assumido perante a sociedade* (Lei n.º 156/2015, p. 8102).

Convém aqui ressaltar que esta responsabilidade assumida pelos enfermeiros relativa ao plano ético tem na sua base a relação de cuidados constituída, podendo esta estar presente na prestação de cuidados aos indivíduos ou no desenvolvimento de várias atividades que comportem essa prestação de cuidados (atividades de gestão, formação, investigação, ...) (Deodato, 2008).

Os contributos da Unidade Curricular (UC) Filosofia, Bioética e Direito em Enfermagem, lecionada no 1º semestre, foram bastante proveitosos para desenvolver este domínio de competência, através da aquisição de conhecimentos teóricos relativos à ética, à bioética e ao direito, e a sua aplicação na enfermagem.

O desenvolvimento do PIS contribuiu também para a aquisição desta competência, uma vez que na fase de diagnóstico de situação houve necessidade de formalizar um pedido de autorização ao Conselho de Administração do CH nomeadamente à direção de enfermagem, para obtenção de parecer para implementação do mesmo. No documento elaborado, constavam os objetivos do PIS, e o pedido de autorização para aplicação de uma grelha de observação aos procedimentos relacionados com a inserção e manutenção dos CVP, executados pelos enfermeiros do SEM (Apêndice III).

Juntamente a este documento seguiram em anexo, a referida grelha de observação a ser aplicada e o consentimento livre e esclarecido, que seria entregue numa data prévia ao período de observações. A folha de consentimento livre e esclarecido, continha os objetivos do PIS, salvaguardava as questões éticas e deontológicas, garantia a confidencialidade dos dados e informava que a participação neste estudo era voluntária, existindo sempre a possibilidade de o participante abandonar o mesmo, sem que daí adviessem quaisquer dados (Apêndice IV).

O consentimento livre e esclarecido é acautelado pelo artigo 105.º do Código Deontológico do Enfermeiro, *no respeito pelo direito à autodeterminação, o enfermeiro assume o dever de respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado* (Lei n.º 156/2015, p. 8103).

Fazendo a análise do artigo 106.º do Código Deontológico do Enfermeiro, *o enfermeiro, obrigado a guardar segredo profissional sobre o que toma conhecimento no exercício da sua profissão, assume o dever de manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação ou controlo da qualidade de cuidados* (Lei n.º 156/2015, p. 8103).

Esta premissa foi cumprida, uma vez que as grelhas utilizadas para realizar o registo das observações eram anónimas, de forma a respeitar o anonimato e a confidencialidade das informações colhidas.

O aporte teórico lecionado no Módulo Questões Éticas Emergentes em Cuidados Complexos, que integrava a UC Enfermagem Médico-Cirúrgica II, permitiu-nos igualmente o desenvolvimento desta competência, na medida em que abordou questões éticas presentes em ambientes complexos de cuidados, tendo sido selecionado o “Erro Terapêutico”. Neste módulo elaboramos um algoritmo que tinha como ponto de partida este dilema ético, com o propósito de nos guiar na tomada de decisão de enfermagem.

Também a elaboração do artigo juntamente com outros colegas do Curso de 4º Mestrado em EMC, no decorrer do estágio III, alusivo ao tema da Conspiração do Silêncio, vai ao encontro deste domínio de competência. Pois ao informarmos o cliente de algo que tem por direito, estamos a cumprir o nosso dever não o privando da informação que lhe pertence.

A2 – Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Ao elaborarmos o diagnóstico de situação do PIS, foi-nos possível verificar que não existia uniformidade nos procedimentos de inserção, fixação e manutenção do CVP, o que poderá conduzir a más práticas de enfermagem e ao desenvolvimento de infeções associados à

colocação destes dispositivos nos clientes. O desenvolvimento do PIS, que teve como finalidade a elaboração de um procedimento relativo à inserção, fixação e manutenção do CVP nos clientes internados no SEM, visa a uniformização dos cuidados de enfermagem relativos à otimização do CVP, desta forma, este documento irá promover a melhoria da qualidade na prestação de cuidados aos clientes que possuem um CVP, através da adoção de medidas adequadas que visem a prevenção e controlo da infeção.

Reforçamos a aquisição deste domínio de competência, com o descritivo no artigo 109.º do Código Deontológico do Enfermeiro ao referir que, *o enfermeiro procura, em todo o ato profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever de assegurar, por todos os meios ao seu alcance, as condições de trabalho que permitam exercer a profissão com dignidade e autonomia (...)* (Lei n.º 156/2015, p. 8103).

A finalidade da elaboração do procedimento é diminuir as intervenções de enfermagem que possam desencadear infeções associadas à presença dos CVP nos clientes, com o intuito da equipa de enfermagem adotar medidas que minimizem essas práticas de risco.

B – Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

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

Segundo o artigo 109.º do Código Deontológico do Enfermeiro, *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* (Lei n.º 156/2015, p. 8103).

O desenvolvimento do PIS, nomeadamente com a elaboração de um procedimento relativo aos cuidados de enfermagem na inserção, fixação e manutenção do CVP, tornou-se uma ferramenta de melhoria da qualidade, ao permitir uma prática de cuidados baseados em evidência científica, dirigida ao cliente com base nas suas necessidades e na qualidade dos cuidados prestados, neste caso, relacionados com a prevenção e controlo de infeção.

Durante a fase de diagnóstico, ao reunirmos com a enfermeira chefe do SEM, enfermeira orientadora, enfermeira do GCLCIPRA e os enfermeiros dinamizadores da comissão de controlo de infeção, consciencializarmo-nos que a problemática associada à falta de uniformização pela equipa de enfermagem no manuseamento do CVP, por forma a minimizar o risco de infeção associados a estes, não era apenas uma inquietação só nossa, mas sim uma preocupação comum a estes elementos.

Já na fase de planeamento do projeto reunimos com os enfermeiros referidos anteriormente, com o intuito de os manter informados acerca dos objetivos do PIS e as estratégias definidas para os alcançarmos. Estas reuniões serviram também para promover parcerias que facilitassem a promoção e divulgação do projeto, junto da equipa de enfermagem.

Ainda relativamente ao PIS, e já na fase de execução, a realização da sessão de formação alusiva aos “Cuidados de enfermagem na inserção, fixação e manutenção do CVP”, à equipa de enfermeiros do SEM permitiu apresentar e disponibilizar o procedimento elaborado, de forma a igualar os cuidados de enfermagem associados ao manuseamento do CVP, e desta forma melhorar a qualidade dos cuidados prestados aos clientes. Uma vez que nem todos os enfermeiros tiveram a possibilidade de estar presentes da apresentação do procedimento em sessão de formação, este foi disponibilizado como documento de leitura no SEM por um período de 30 dias.

Consideramos que o desenvolvimento do PAC foi também vantajoso para a aquisição desta competência. Pois ao detetarmos necessidades de formação e aprendizagens no âmbito da pessoa em situação crítica e/ou crónica e paliativa, e posteriormente ao efetuarmos estágios de observação nos serviços que melhor permitissem a aquisição destes conhecimentos (EIHSCP e SCI), agimos como elementos promotores na melhoria da qualidade nos cuidados de enfermagem a clientes com estas especificidades.

B2 – Concebe, gere e colabora em programas de melhoria da qualidade.

Segundo o artigo 9.º do REPE, *os enfermeiros concebem, realizam, promovem e participam em trabalhos de investigação que visem o progresso da enfermagem em particular e da saúde em geral* (OE, 2015, p. 103).

Com base no Código Deontológico do Enfermeiro, artigo 109.º, *o enfermeiro procura, em todo o ato profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever de manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas* (Lei n.º 156/2015, p. 8103).

Após a autorização cedida pela Enf.^a Diretora do CH (Anexo III), foram efetuadas as observações dos procedimentos relacionados com a cateterização venosa periférica através da utilização da grelha de observações construída para o efeito. Os resultados obtidos com a aplicação deste instrumento permitiram verificar que existe falta de coerência por parte da equipa de enfermagem na técnica de inserção, fixação e manutenção do CVP, de forma a

prevenir as IACS. Estes dados sustentam a importância de intervir rapidamente no âmbito desta temática.

Uma das estratégias definidas para solucionar o problema identificado, foi elaborar um procedimento setorial alusivo ao tema, que inserisse as intervenções de enfermagem desta técnica e que servisse de apoio à equipa de enfermagem. Juntamente à elaboração do procedimento construímos uma grelha de verificação do cumprimento do procedimento, tendo este sido validado com a equipa de enfermagem do serviço que terá como objetivo avaliar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados. Dos resultados obtidos com a aplicação desta grelha admitimos ser possível identificar oportunidades de melhoria, através da implementação de programas de melhoria contínua da qualidade e com o desenvolvimento de novas estratégias que vão ao encontro das lacunas encontradas.

Foi baseando-nos novamente no Código Deontológico do Enfermeiro, nomeadamente no artigo 109.º que após a aplicação da grelha de observação, utilizamos outro instrumento de gestão, a FMEA abordada na UC Gestão de Processos Recursos, uma vez que, *o enfermeiro procura, em todo o ato profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever de, analisar regularmente o trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude* (Lei n.º 156/2015, p. 8103).

A FMEA é um método que permite detetar e eliminar problemas potenciais e eliminar os pontos fracos de um projeto, minimizando o risco de falhas a valores aceitáveis. Esta ferramenta permitiu avaliar quais as áreas que mereciam uma maior e mais rápida intervenção da nossa parte, face às falhas identificadas.

B3 – Cria e mantém um ambiente terapêutica seguro.

Na prestação dos cuidados de enfermagem a implementação de um clima de segurança e de gestão do risco é primordial para promover um ambiente seguro.

A estatística mostra-nos que pelo menos 10% dos clientes admitidos nos estabelecimentos hospitalares vão sofrer danos decorrentes da prestação de cuidados de saúde, sendo da responsabilidade de cada profissional evitar que isso aconteça (Lage, 2010).

Para tal, as organizações de saúde devem desenvolver uma cultura de segurança que promova um ambiente seguro, para que a prestação de cuidados e as atividades estejam focados na melhoria da fiabilidade e da segurança dos cuidados prestados ao cliente.

A cateterização venosa periférica num cliente, para administração de terapêutica EV é um procedimento invasivo constante em ambiente hospitalar, e uma vez que esta poderá

estar associada ao desenvolvimento de IACS tem sido objeto de preocupação pelas entidades competentes. Tendo em conta, que não existe nenhum documento setorial que oriente os cuidados de enfermagem relacionados com esta técnica, torna-se essencial a elaboração de um procedimento acerca desta temática que seja uniforme e baseado em dados científicos, com fim último de permitir a melhoria dos cuidados.

O desenvolvimento do PIS permitiu não só a elaboração do procedimento relativo à inserção e manutenção do CVP nos clientes internados no SEM, bem como abordar o tipo de registos de enfermagem que resultam da realização desta técnica. Dos resultados obtidos com a aplicação da grelha de observação verificou-se que os registos de enfermagem da técnica realizada também mereciam a nossa atenção, desta forma foram igualmente definidas intervenções de enfermagem associadas aos registos e que farão parte do procedimento.

Consideramos que ao desenvolvermos um projeto na área do controlo de infeção, com base nos resultados obtidos na fase de diagnóstico de situação do PIS pelas observações efetuadas às intervenções de enfermagem relacionadas com o desenvolvimento da técnica de cateterização venosa periférica, estamos a implementar programas de melhoria de qualidade por forma a possibilitar a presença de um ambiente terapêutico seguro.

Salientamos ainda neste domínio a participação num simulacro de incêndio no Serviço de Neurologia do CH, no decorrer do estágio III. Relembramos que o objetivo do Plano de Emergência Interno assegura a capacidade de intervenção da própria instituição a que diz respeito, no sentido de reduzir a níveis muito baixos as consequências que advêm das situações de risco que evoluíram para sinistros, como foi o caso deste simulacro de incêndio (Serviço de Utilização Comum dos Hospitais, 2007). Desta forma, a execução deste exercício permitiu avaliar a capacidade de resposta da equipa multidisciplinar do serviço e a eficácia dos acessos e circuitos existentes no serviço de acordo com o Plano de Emergência Interno da instituição, de forma a minimizar os riscos associados ao exercício, promovendo o bem-estar do cliente, mesmo em situações mais adversas.

Para terminar a análise deste domínio de competência queremos realçar os contributos teóricos adquiridos com a participação na formação “Transporte do Doente Crítico”, desenvolvida pelo Serviço de Formação do CHS. A presença nesta formação possibilitou o contato com determinadas realidades que podem estar presentes durante o transporte de um cliente crítico, e para o qual não estávamos tão despertos, mas que poderão ser fundamentais para o sucesso daquele transporte, podendo interferir com a presença ou ausência de um ambiente terapêutico seguro.

C – Domínio da Gestão dos Cuidados

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

C2 – Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados.

A descrição das estratégias desenvolvidas para a aquisição destas competências vai ser efetuada em conjunto, uma vez que elas se interligam e as estratégias definidas se igualavam.

O desenvolvimento do PIS permitiu em muito desenvolver estes domínios de competência, na medida em que a elaboração do procedimento de enfermagem e a criação dos respetivos anexos, compostos pela grelha de auditoria do procedimento e de um cartaz ilustrativo do mesmo, atende à própria gestão dos cuidados ao cliente.

Inicialmente este procedimento tornou-se setorial no SEM, e para isso contamos com o apoio da enfermeira chefe do SEM e da enfermeira orientadora, que junto da equipa de enfermagem divulgaram o mesmo. Esta parceria estabelecida com alguns elementos do serviço permitiu que este projeto fosse também aceite pela restante equipa.

De acordo com o artigo 9.º do REPE, *os enfermeiros contribuem, no exercício da sua atividade na área da gestão, investigação e docência, formação e assessoria, para a melhoria e evolução da prestação de cuidados de enfermagem, nomeadamente avaliando e propondo os recursos humanos necessários para a prestação de cuidados de enfermagem, estabelecendo normas e critérios de atuação (...), e propondo protocolos e sistemas de informação adequados para a prestação de cuidados* (OE, 2015, p. 103).

Durante a realização dos estágios I, II e III tivemos a oportunidade de ser orientados por um elemento da equipa de enfermagem que assume as funções de chefia do serviço na ausência da enfermeira chefe. Assim, foi-nos possível acompanhar o orientador nas funções relacionadas com a gestão e com a tomada de decisão, assim como verificar de forma mais conscienciosa as tarefas inerentes à gestão do serviço, nomeadamente a requisição de material ao armazém (clínico) e à farmácia (não clínico), pedido de reparação de materiais danificados e formalização de pedidos por via eletrónica.

Ainda relativamente ao nível da gestão e num serviço que funciona em sistema de *rolleman*, a ausência de um elemento condiciona os rácios entre enfermeiro e cliente, tornando-se necessário repor o elemento em falta, através da mobilidade de profissionais, o que por vezes não é fácil, condicionando pedidos de turnos extraordinários. Por isso tivemos a oportunidade de lidar de perto com este tipo de situações, que são inesperadas, mas que requerem uma coordenação eficaz.

Segundo o artigo 109.º do Código Deontológico do Enfermeiro, *o enfermeiro procura, em todo o ato profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever de garantir e assegurar a continuidade dos cuidados das atividades que delegar, assumindo a responsabilidade pelos mesmos* (Lei n.º 156/2015, p. 8103). Assim sendo, e tendo em conta que somos o segundo elemento na equipa, assumimos várias vezes o papel de chefe de equipa, e as tarefas que daí advenham, como por exemplo a distribuição dos clientes, com base na sua situação de saúde/doença e o seu grau de dependência, a gestão das visitas numa situação de conflito, aquisição de material em falta, entre outros, com a finalidade de utilizar os recursos de forma eficiente visando a otimização da qualidade dos cuidados.

Para a aquisição desta competência foi também útil o trabalho desenvolvido com outros colegas do Curso de Mestrado em EMC durante o 3º Semestre, no Módulo Supervisão de Cuidados, inserida na UC Enfermagem Médico-Cirúrgica II. Este trabalho baseou-se numa análise de um caso clínico vivenciado em contexto profissional tendo por base o processo de enfermagem e a tomada de decisão de enfermagem sob o ponto de vista ético e deontológico, o seu objetivo consistiu na análise descritiva e reflexiva sobre o caso clínico, com base nas competências do enfermeiro especialista em EMC.

A realização deste trabalho permitiu-nos justificar a nossa tomada de decisão em variados contextos, neste caso tratava-se de uma situação complexa, visando preservar a dignidade e a autonomia dos clientes como essência do exercício da enfermagem, possibilitando também o envolvimento da família no processo de saúde do seu familiar.

D – Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.

O artigo 99.º do Código Deontológico do Enfermeiro salienta que, *são valores universais a observar na relação profissional a competência e o aperfeiçoamento profissional e são princípios orientadores da atividade dos enfermeiros a excelência do exercício da profissão (...)* (Lei n.º 156/2015, p. 8102).

O artigo 109.º do mesmo documento diz-nos que, *o enfermeiro procura, em todo o ato profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever de manter a atualização contínua dos seus conhecimentos (...), sem esquecer a formação permanente (...)* (Lei n.º 156/2015, p. 8103).

À luz do que foi citado, consideramos que esta competência está em permanente construção dado que, na nossa praxis os desafios que nos são propostos diariamente conduzem à necessidade um aperfeiçoamento contínuo das nossas práticas de cuidados.

O artigo 109.º do Código Deontológico do Enfermeiro remetem-nos para a excelência do exercício da profissão e para a atualização contínua dos conhecimentos, e estas só podem ser conseguidos através da formação contínua por parte dos enfermeiros.

Com base no Memorando sobre Aprendizagens ao Longo da Vida, podemos afirmar que existem três tipos de aprendizagem: a aprendizagem formal, a aprendizagem não formal e a aprendizagem informal. A aprendizagem formal decorre em instituições de ensino e leva a aquisição de diplomas (formação académica), a aprendizagem não formal pode ocorrer nas instituições de saúde na forma de formação em serviço, é centrada na organização ou serviço, em que o objetivo é a resolução de problemas e aquisição de competências pela equipa, já a aprendizagem informal resulta do decorrer da vida de cada um, não exigindo uma vontade individual para ser desenvolvida (Comissão das Comunidades Europeias, 2000).

A nossa vida profissional é modelada pela procura do autoconhecimento e assertividade. A inscrição neste curso demonstra a necessidade de desenvolvimento e de aquisição de novos saberes.

Durante a realização do estágio I, II e III foram vários os subsídios alcançados nas diversas formações assistidas. Entre estas, e pelo fato de trabalharmos num serviço que integra a valência de oncologia e associada a esta, clientes em estado terminal, salientamos a participação no III Congresso de EMC (Anexo IV), mais concretamente o trabalho apresentado pela Professora Doutora A.P.S. intitulado “Gestão de cuidados em situação de fim de vida”. Esta conferência permitiu-nos uma reflexão acerca dos cuidados paliativos em Portugal, nomeadamente a forma como os clientes em fim de vida são tratados em instituições não diferenciadas, a escassez de uma rede de suporte que dê resposta ao número de clientes referenciados e por outro lado a necessidade de referenciar atempadamente os clientes às Unidade de Cuidados Paliativos.

Como futuros enfermeiros especialistas a participação nessas formações serviram para solidificar e adquirir novos conhecimentos e naturalmente modificar comportamentos, não só os individuais, mas também os da equipa da qual fazemos parte.

D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

A construção do PIS foi baseada numa área do nosso interesse e apesar de sermos elementos dinamizadores do GCLCIPRA, sempre foi do nosso anseio aprofundar os conhecimentos na temática da cateterização venosa periférica, com vista à melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao cliente.

O desenvolvimento do PIS incluiu várias fases, na fase do diagnóstico de situação e após a aplicação das grelhas de observação verificou-se a necessidade de formar a equipa de enfermagem relativamente à otimização do CVP. Desta forma, na fase de execução elaboramos o procedimento relativo à inserção, fixação e manutenção do CVP nos clientes internados no SEM com o objetivo de colmatar esta necessidade. Para a concretização deste procedimento efetuamos uma pesquisa bibliográfica de documentos orientadores nacionais e internacionais, assim como de artigos científicos que suportassem o procedimento elaborado.

Ainda na fase de execução do PIS realizamos uma sessão de formação à equipa de enfermagem do SEM com a finalidade de apresentar e divulgar o procedimento elaborado.

Durante o desenvolvimento do PAC, mais precisamente na fase de execução, o empenho do grupo em realizar um estágio de observação no SCI e na EIHS CP do CH, demonstra determinação na aquisição de novas aprendizagens, por forma a basear os nossos cuidados em sólidos modelos de conhecimentos, possibilitando uma prestação de cuidados mais diferenciada consoante o tipo de cliente que estamos a cuidar.

Desta forma consideramos termos agido como elementos dinamizadores da incorporação de novos conhecimentos, promovendo o desenvolvimento da prática de cuidados especializada entre os enfermeiros do SEM.

5.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

O preâmbulo do regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica diz-nos que, *a pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica* (OE, 2010b, p. 1).

Os cuidados de enfermagem prestados à pessoa nesta situação são *cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como*

resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total terapêutica (OE, 2010b, p. 1).

Uma das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica é:

K1 – Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.

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, o enfermeiro especialista mobiliza conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística (OE, 2010b, p. 3).

Um dos subsídios para a aquisição desta competência, é a nossa experiência profissional, uma vez que trabalhamos num serviço de internamento que integra uma unidade de clientes agudos, com patologias vasculares (Unidade de Acidente Vascular Cerebral). Ao trabalharmos num serviço com esta valência, depararmo-nos frequentemente com clientes em situações emergentes, que exigem a prestação de cuidados imediatos de acordo com este tipo de patologia e desta forma, torna-se fundamental identificar precocemente focos de instabilidade nestes clientes e ter uma boa coordenação entre toda a equipa, para que a atuação prestada seja a mais adequada, utilizando o mínimo tempo possível, por forma a proporcionar a melhor qualidade de vida possível aos clientes.

A maioria dos clientes que integram esta unidade como já referimos, são clientes em fase aguda de uma patologia vascular, especificamente clientes com Acidente Vascular Cerebral. Quando estes clientes desenvolvem esta patologia, existem um conjunto de cuidados urgentes a serem prestados, nomeadamente a aplicação de diversos protocolos terapêuticos como é o caso da administração da terapêutica trombolítica, que exige do enfermeiro o conhecimento deste protocolo, desde a administração do fármaco, vigilância hemodinâmica e possíveis efeitos secundários ou complicações associadas ao procedimento. Após o cliente ter terminado o tratamento a que foi submetido, temos a preocupação de esclarecer a família acerca da situação clínica do seu familiar, de forma a minimizar o impacto da mesma aquando da visita ao cliente.

Torna-se também importante realçar que muitas vezes estes clientes pela sua situação de doença desencadeiam condições de instabilidade hemodinâmica que resultam em situações emergentes de cuidados, como a paragem cardiorrespiratória. Nestas situações conseguimos fazer uma gestão eficaz da situação, diagnosticando precocemente as complicações e implementando respostas apropriadas a estas complicações, através da monitorização e avaliação das mesmas.

Na continuidade da aquisição da competência K1 e durante a realização dos estágios I, II e III, participamos em ações de formação cuja temática se inseria na aquisição desta competência que passamos a descrever.

No decorrer do estágio I e II, a participação como formandos no “III Congresso Internacional de EMC”, onde foi abordada a complexidade e imprevisibilidade nos clientes em situação crítica, foi muito gratificante para a aquisição desta competência (Anexo IV). Dos trabalhos apresentados salientamos a “Manutenção do dador de órgãos: estado de arte”, a “Colheita de órgãos na Paragem Cardiorrespiratória irreversível”, “A pessoa em falência orgânica”, e a “Transplantação: novas possibilidades e desafios”, uma vez que serviram para solidificar os conhecimentos acerca desta temática, através do contato com experiências praticadas noutras instituições de saúde, nomeadamente a abordagem à família do cliente potencial dador de órgãos e os aspetos que podem ser melhorados nos serviços para possibilitar que possam existir mais dadores de órgãos, permitindo desta forma que cada vez mais pessoas recebam o órgão essencial, aumentando a sua qualidade de vida.

Para a aquisição desta competência foram também uteis os contributos teóricos obtidos no Módulo Intervenções de Enfermagem ao Cliente com Dor, lecionada na UC Enfermagem Médico-Cirúrgica I no decorrer do 2º Semestre, onde compreendemos a dor como um processo complexo para os clientes e abordamos intervenções de enfermagem que minimizem ou anulem esse fenómeno.

No decorrer da nossa atividade profissional o controlo da dor nos clientes nunca foi descurado, tendo feito parte integrante dos nossos cuidados de saúde diários.

Segundo o Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor, *a dor aguda é um sintoma limitado no tempo, que pode e deve ser controlado. A dor crónica, ao persistir para além da cura da lesão que lhe deu origem ou na impossibilidade de objetivação de lesão, deve ser encarada não como um sintoma mas antes como uma doença por si só (...)* (DGS, 2013c, p. 1).

Um dos princípios orientadores deste plano é a dor como 5.º sinal vital, em que, *a dor representa um sinal de alarme vital para a integridade do indivíduo e fundamental para o diagnóstico e monitorização de inúmeras patologias, mas não deve ser causa de sofrimento desnecessário. A avaliação e registo sistemático da intensidade da dor constituem uma norma de boa prática clínica que deve ser observada em todas as instituições de saúde (...)* (DGS, 2013c, p. 3).

Sabemos que a presença de dor agrava a situação clínica e interfere com a qualidade de vida da pessoa, desta forma fizemos uma gestão diferenciada da dor e do bem-estar do cliente a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica para tal,

avaliamos e monitorizamos a dor, com base em escalas adequadas ao seu estado de saúde/doença, e proporcionamos medidas farmacológicas e não farmacológicas para alívio da mesma.

Ainda relativamente à temática da dor e da sua avaliação junto do cliente, durante a realização do estágio III tivemos a oportunidade de conhecer uma escala comportamental de avaliação da dor em clientes não comunicantes, visto a mesma estar a ser aplicada na Unidade de Acidente Vascular Cerebral, por uma colega do Curso de Mestrado em EMC. Esta escala é denominada de “Escala de *Doloplus 2*”, e baseia-se na avaliação da dor do cliente através da contabilização dos 10 itens de avaliação da escala, em que a sua cotação é baseada essencialmente nos itens somáticos do cliente (repercussões somáticas, repercussões psicomotoras e repercussões psicossociais). Esta escala torna-se um meio subjetivo para avaliar a dor dos clientes através da observação dos seus comportamentos. Uma das sequelas do cliente com patologia vascular aguda poderá ser a afasia, assim o conhecimento da aplicabilidade da “Escala de *Doloplus 2*” foi uma mais-valia no conhecimento da dor do cliente, ao permitir o desenvolvimento de intervenções de enfermagem de combate à dor, possibilitando uma individualidade de cuidados a este nível.

Por forma a tornar a aquisição desta competência mais sólida, efetuamos um estágio de observação no 3º Semestre no SCI do CH.

E ainda relativamente à avaliação da dor em clientes não comunicantes, a realização deste estágio permitiu-nos conhecer outra escala comportamental de avaliação da dor em clientes sedados e com ventilação invasiva. Estas particulares nos clientes condicionam o conhecimento da dor do cliente através da utilização das escalas numéricas, desta forma torna-se fundamental a utilização de uma escala comportamental de avaliação da intensidade de dor neste tipo de clientes. Este estágio levou-nos a conhecer a escala comportamental de dor utilizada neste serviço, a *Behavioural Pains Scale*, que permite conhecer a dor do cliente através da avaliação de três critérios (expressão facial, movimentos dos membros superiores e adaptação à ventilação mecânica), sendo composta por vários itens em cada critério. Um conhecimento adequado da intensidade de dor do cliente, permite ao enfermeiro gerir e garantir as intervenções necessárias para o controle da dor do cliente, sejam elas farmacológicas ou não farmacológicas.

A participação como formandos na Comunicação Livre subordinada ao tema, “Conferência Familiar na Unidade de Cuidados Intensivos do Centro Hospitalar de Setúbal E.P.E. – Hospital de São Bernardo”, promovida pelo III Congresso Internacional de EMC, serviu para percebermos a importância da receção da família no primeiro contato com os

clientes em situação crítica. Sendo a designação de *Family Meeting* o termo utilizado para definir este momento, onde o médico e o enfermeiro se reúnem com os familiares dos clientes com o objetivo de esclarecer dúvidas e permitir que os familiares exponham os seus medos e ansiedades, facilitando uma gestão dos seus sentimentos por forma a minimizar a instalação de uma crise no seio da família.

Outras das atividades desenvolvidas durante o estágio III para aquisição desta competência, foi a participação como formandos, na formação “Morte Cerebral, Morte do Tronco, Morte do Indivíduo”, desenvolvida pelo serviço de formação do CHS. Nesta formação foi apresentada a realidade deste hospital relativamente à colheita de órgãos e foi também salientado a importância da comissão existente no hospital responsável por esta área, assim como o trabalho realizado pela mesma (Anexo V).

A participação como formandos na formação “Transporte do Doente Crítico”, desenvolvida pelo serviço de formação do CHS, foi também útil na obtenção desta competência (Anexo VI). Nesta formação foi apresentado as implicações no transporte de um cliente em situação crítica para outra instituição de saúde, desde o momento que o médico decide transferir o cliente até ao momento de chegada da equipa que transporta o cliente novamente ao hospital de origem. É com alguma frequência que é necessário efetuar o acompanhamento de clientes internados no serviço onde desempenhamos funções para outros hospitais, na sua maioria para realização de exames, desta forma, a participação na referida formação permitiu-nos a consolidação e aquisição de conhecimentos nesta área.

Por últimos queremos realçar os contributos teóricos obtidos no Módulo Intervenções de Enfermagem a Clientes em Situação de Urgência, integrado na UC Enfermagem Médico-Cirúrgica II e lecionado no 3º Semestre deste Curso, na sedimentação da aquisição da competência em análise. A comparência nessas aulas e a frequência nos Cursos de Trauma e Suporte Avançado de Vida permitiu-nos desenvolver competências ao nível do diagnóstico e planeamento de situações urgentes/emergentes, de forma a proporcionar cuidados mais diferenciados aos clientes nestas condições (Anexo VII).

Outras das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica é:

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

Intervém na concepção 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, 2010b, p. 4).

Segundo os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica, a catástrofe é *um acidente ou uma série de acidentes graves, susceptíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afectando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional* (OE, 2011a, p. 2). O mesmo documento refere ainda que a emergência multi-vítima, *envolve um número de vítimas suficientemente elevado para alterar o normal funcionamento dos serviços de emergência e a prática dos cuidados de saúde* (OE, 2011a, p. 2).

Para o desenvolvimento desta competência, foi-nos útil a participação como técnicos da equipa de saúde num simulacro desenvolvido a nível distrital, pela proteção civil e bombeiros, que decorreu em Azeitão, intitulado “SETLOG 2015 – Azeitão”, durante a realização do estágio II (Anexo VIII). Esta atividade, permitiu-nos reconhecer enquanto técnicos da equipa de saúde e elementos de uma equipa multidisciplinar, a urgência de respostas atempadas às necessidades de saúde evidenciadas pelas vítimas numa situação de emergência e/ou catástrofe.

A participação nesta atividade incluiu o conhecimento dos planos e os princípios de atuação em situações de emergência a catástrofe, tendo passado pelo acolhimento às vítimas de um simulacro e o posteriormente o seu encaminhamento. Durante este exercício participámos também num simulacro de derrocada de um edifício num cenário de multi-vítimas, onde obtivemos conhecimentos da triagem de vítimas de catástrofe, com base no modelo START (*Simple Triage and Rapid Treatment*).

No âmbito da aquisição desta competência, foi também útil a participação como formandos na formação contínua desenvolvida pelo Serviço de Formação do CHS, intitulada “Plano de Emergência Interno” (Anexo IX) e a participação no III Congresso Internacional de EMC, onde assistimos às conferências de “Gestão de cuidados em situação de emergência”, “Eventos adversos e cultura de segurança”, e “Implementação e desenvolvimento de projetos para a segurança” (Anexo IV). Ambas as formações proporcionaram a atualização de conhecimentos nesta temática, o contato com outras experiências praticadas noutras instituições de saúde e possibilitou-nos ainda perceber a articulação das várias entidades responsáveis na resposta a situações de catástrofe e a necessidade de conhecer os planos e os princípios de atuação nestas situações.

Para a obtenção desta competência queremos também fazer referência a um trabalho desenvolvido no Módulo Enquadramento Concetual de Enfermagem Médico-Cirúrgica

integrada na UC Enfermagem Médico-Cirúrgica I e lecionada no 2º Semestre deste Curso. A elaboração deste trabalho baseou-se numa análise do documento *“International Council of Nurses Framework of Disaster Nursing Competencies”* e teve como objetivo a realização de uma análise descritiva e reflexiva das competências definidas pelo *International Council of Nurses* para a Enfermagem na Catástrofe. A elaboração deste trabalho permitiu-nos conhecer o modelo do *continuum* de gestão de uma catástrofe, conhecer as competências definidas pelo *International Council of Nurses* na enfermagem de catástrofe e perceber a responsabilidade de cada um de nós em se envolver na sua aplicação, de forma a contribuir para a sua implementação na nossa prática diária como enfermeiros, reconhecendo o nosso papel nas diferentes fases da catástrofe, mitigando os efeitos de eventuais catástrofes.

Por último e ainda no âmbito desta competência queremos realçar o trabalho desenvolvido no estágio III, nomeadamente na participação do planeamento de um exercício de simulacro de incêndio no Serviço de Neurologia do CH. A execução deste simulacro permitiu-nos avaliar a capacidade de resposta da equipa multidisciplinar do serviço relativamente ao Plano de Emergência Interno definido para a instituição e também solidificar os conhecimentos relacionados com a temática da emergência e da catástrofe.

Para terminar este subcapítulo resta-nos abordar a competência **K3 - 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.**

Considerando o risco de infeção face aos múltiplos contextos de actuação, 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, responde eficazmente na prevenção e controlo de infeção (OE, 2010b, p. 4).

Como enfermeiros empenhados em desempenhar boas práticas de cuidados ao cliente internado, visando a qualidade dos cuidados prestados e a sua satisfação, deparamo-nos diariamente com situações em que esta competência está presente na prestação de cuidados.

Por forma a atingirmos esta competência salientamos o fato de sermos elementos de ligação do SEM ao GCLCIPRA, esta função traduz-se em parte, pela preocupação constante da prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde, pelos meios de transmissão das infeções, pela preocupação com a higienização das mãos dos profissionais de saúde, entre outras temas que surgem na área do controlo de infeção.

A participação como formandos na formação contínua desenvolvida pelo Serviço de Formação do CHS, intitulada “Precauções Básicas de Controlo de Infecção”, foi uma mais-valia para a aquisição desta competência, uma vez que nos permitiu solidificar conhecimentos já alcançados o obter novos saberes, nomeadamente novas normas emancipadas pela DGS (Anexo IX).

No entanto, grande parte da aquisição desta competência foi obtida com a realização do PIS, já que este foi desenvolvido no âmbito do controlo de infeção.

No decorrer dos estágios I e II foi realizado o diagnóstico de situação, que nos permitiu identificar quais as necessidades existentes no serviço, e presentes na área da prevenção e controlo de infeção que careceriam de uma intervenção, com a finalidade de melhorar a qualidade dos cuidados prestados. O problema identificado incidia na falta de uniformização pela equipa de enfermagem no procedimento de inserção, fixação e manutenção do CVP, de forma a prevenir as IACS.

Na fase de planeamento foram implementadas estratégias no serviço com o objetivo de uniformizar os cuidados de enfermagem prestado aos clientes submetidos à cateterização venosa periférica.

Na fase de execução do PIS posemos em prática todas as atividades e estratégias definidas na fase de planeamento que consistiram na elaboração de um procedimento de enfermagem alusivo à cateterização venosa periférica e na realização de uma sessão de formação à equipa de enfermagem do SEM para divulgação do respetivo procedimento.

Acreditamos que aumentamos as nossas capacidades de liderança no desenvolvimento de procedimentos na área do controlo de infeção, nomeadamente na prevenção das IACS ao realizarmos, implementarmos e validarmos o procedimento relativo à inserção, fixação e manutenção do CVP no que concerne aos cuidados de enfermagem, mas também ao elaborarmos um conjunto de dispositivos e posteriormente ao efetuarmos a sua apresentação numa sessão de formação à equipa multidisciplinar do SEM.

A elaboração da grelha de verificação de cumprimento do procedimento realizado e posteriormente a sua validação junto dos profissionais de saúde, permitiu-nos monitorizar e avaliar a adesão destes às medidas incluídas no procedimento, e consequentemente promover se necessário novas medidas de prevenção das infeções.

O desenvolvimento deste PIS possibilitou-nos a obtenção desta competência através da aquisição de conhecimentos mais aprofundados, pela pesquisa bibliográfica efetuada em torno da temática em desenvolvimento, nomeadamente as infeções hospitalares, o plano nacional de controlo de infeção, as comissões de controlo de infeção das instituições de saúde,

o regulamento, as políticas de implementação, as atividades desenvolvidas e o seu envolvimento com os restantes serviços.

5.3 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÓNICA E PALIATIVA

O preâmbulo do regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em pessoa em situação crónica e paliativa, relembra-nos que, *a área de especialização em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e paliativa toma por alvo de intervenção a Pessoa com doença crónica incapacitante e terminal, ao longo do ciclo da vida e o eixo organizador é dirigido aos projectos de saúde da pessoa com doença crónica incapacitante e terminal, bem como aos cuidadores, à sua família e ao seu grupo social de pertença, preservando a sua dignidade, maximizando a sua qualidade de vida e diminuindo o sofrimento, sempre em colaboração com a restante equipa interdisciplinar* (OE, 2011b, p. 1).

Nos últimos anos temos assistido a um envelhecimento da população portuguesa, que se manifesta pela existência de uma população mais idosa, estando também associado ao aumento das doenças oncológicas, respiratórias, cardíacas e doenças degenerativas do sistema nervoso central. Este fato tem vindo a contribuir para a existência de um conjunto de doenças sintomáticas para os clientes, tornando-os clientes crónicos com um elevado grau de dependência. Estes clientes requerem que os enfermeiros estejam devidamente capacitados para prestar cuidados adequados à sua situação de doença (OE, 2014).

A doença crónica é assim um termo abrangente, utilizado para incluir doenças prolongadas, associadas a incapacidade, geralmente de progressão lenta e que carecem de adaptação nos mais diversos níveis, físico, familiar, social, psicológico, emocional e espiritual (OE, 2011a).

No ano de 2002, a OMS, definiu os cuidados paliativos como, *uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos clientes e suas famílias, que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e com prognóstico limitado através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, como a dor, mas também dos psicossociais e espirituais* (Associação Nacional de Cuidados Paliativos, 2006, p. 2-3).

Uma das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa é:

L5 – Cuida de pessoa com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida.

Identifica as necessidades de intervenção especializadas a pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal. Concebe, implementa e avalia os planos de cuidados, numa abordagem abrangente, compreensiva, uma avaliação holística da saúde do indivíduo e da satisfação das suas necessidades, recursos, objetivos e desejos, com vista a preservar a sua Dignidade, a maximizar a sua qualidade de vida e a diminuir o seu sofrimento (OE, 2011b, p. 3).

Relembramos, que segundo o REPE, a profissão de enfermagem (...), *tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou cliente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado (...)* (OE, 2015, p. 99). Nesta definição de enfermagem encontram-se incluídas não só as pessoas que ao longo do seu ciclo vital carecem de cuidados de enfermagem, mas também a respetiva família.

Damos início à abordagem da aquisição desta competência salientando a nossa experiência profissional e as formações a que assistimos no âmbito da “Gestão de cuidados em fim de vida” e “Cuidados paliativos domiciliários na comunidade” (Anexo IV).

Desempenhamos funções de enfermagem num serviço que integra clientes do foro médico, onde a maior parte destes são portadores de patologias crónicas, em contexto de cuidados paliativos.

Na opinião de Silva (2006, p. 82), *a finalidade dos cuidados de enfermagem é percebida no sentido de promover a aquisição, a manutenção ou a restauração da independência máxima de cada indivíduo na realização das suas actividades de vida, em qualquer fase do ciclo vital, e no final do ciclo vital, ajudá-lo a morrer com dignidade.*

Temos conhecimento que no nosso país a área dos Cuidados Paliativos tem evoluído de forma muito lenta, e que por outro lado, se tem assistido a um aumento do envelhecimento da população portuguesa portadora de doenças crónicas.

Embora a filosofia dos Cuidados Paliativos esteja cada vez mais divulgada e existam cada vez mais profissionais de saúde com formação específica nesta área, continua a verificar-se a escassez, quer de estruturas físicas como de equipas diferenciadas para prestar cuidados paliativos, o que contribui que muitos clientes continuem a ser internados, acabando por

morrer em instituições de saúde que não são as mais apropriadas para lhes oferecer quer a eles, quer à sua família respostas adequadas às suas necessidades (Sapeta, 2011).

Como já referimos, trabalhamos num serviço que nos permite a prestação direta de cuidados diários ao cliente e familiares nestas condições de saúde/doença. Desta forma, a preocupação com a satisfação do bem-estar do cliente e seus familiares é um cuidado constante.

Destacamos também os contributos teóricos obtidos no Módulo Cuidados ao Cliente em Fim de Vida, integrado na UC Enfermagem Médico-Cirúrgica II e lecionado no 3º semestre deste curso, na aquisição da competência em análise. Os conhecimentos obtidos neste módulo permitiram-nos identificar as principais necessidades do cliente terminal, sua família e cuidadores, de forma a estabelecer as intervenções de enfermagem que vão de encontro à satisfação das necessidades identificadas.

Durante o estágio III, a realização do estágio de observação na EIHS CP do CH, foi também vantajosa na sedimentação da competência em análise. A comparência neste local de estágio possibilitou-nos perceber o trabalho desempenhado por esta equipa na satisfação das necessidades dos clientes em fase terminal, seus familiares e cuidadores, que em regime de consulta de ambulatório, como no apoio aos profissionais de saúde de todos os serviços do CH.

A realização dos estágios I, II e III permitiu-nos lidar de perto com este tipo de clientes e suas famílias, desta forma procuramos diariamente avaliar e diagnosticar as suas necessidades, quer sejam elas físicas, psicológicas, emocionais, espirituais, sociofamiliares ou a outro nível.

Após esta avaliação, realizamos as intervenções que permitiram a completa ou a possível satisfação dessas necessidades, de forma a excluir fatores que possam ser desencadeadores de sintomas e potencializadores de sofrimento no cliente. Todas estas intervenções centraram-se na preservação da dignidade do cliente com doença terminal, com a finalidade de diminuir o seu sofrimento, respeitando a sua vontade, e passaram pelo alívio dos sintomas, com aplicação de terapias farmacológicas e não farmacológicas e pela procura do conforto e qualidade de vida.

A qualidade de vida foi definida por Twycross (2003, p. 19) como (...) *aquilo que a pessoa considera como tal (...), existe boa qualidade de vida quando as aspirações de um indivíduo são atingidas e preenchidas pela sua situação actual.* Desta forma procuramos junto do cliente e família, obter informações que nos permitissem aumentar o grau de satisfação do cliente.

A outra competência específica do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa é:

L6 – Estabelece relação terapêutica com pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte.

Optimiza resultados de Cuidados Paliativos para indivíduos com doença crónica incapacitantes e terminal, cuidadores e seus familiares, com necessidades complexas de cuidados, através da construção de um clima de confiança, um sentimento de solidariedade e de capacitação que vai além do desempenho de tarefas de cuidar. Esta relação terapêutica deve ser facilitada por limites mutuamente acordados, é passível de ser desenvolvida em curtos espaços de tempo, assim como adaptável a diversos contextos (OE, 2011b, p. 4).

Temos consciência que quando um membro da família é internado, esta sofre mudanças importantes na sua estrutura, a sua rotina e estilos de vida ficam alterados e sentimentos como a angústia, o medo, as incertezas do tratamento e do prognóstico do seu familiar estão presentes no seu quotidiano, podendo gerar sentimentos de revolta e consequentemente levar à instalação de uma crise.

Na opinião de Silva (2003), a presença da família deve ser promovida durante a hospitalização de um cliente no decorrer da prestação de cuidados, uma vez que ela está não só a proporcionar momentos de conforto e bem-estar ao seu ente, mas também a fazê-lo sentir-se único para aquela família.

Iniciamos a abordagem desta competência pelos contributos teóricos obtidos no Módulo Cuidados em Situação de Crise: Cliente e Família, integrada na UC Enfermagem Médico-Cirúrgica I e lecionada no 2º Semestre deste Curso. Das aprendizagens adquiridas destacamos as intervenções planeadas numa situação de crise do cliente ou sua família.

A crise é definida por Bolander (1998, p. 345), como *um fenómeno esporádico que interrompe a nossa existência de forma dramática. (...) é um momento decisivo, ou de viragem, uma situação na qual mudanças de acontecimentos e decisões determinam até que ponto é que os resultados são bons ou maus.*

Passar pelo internamento de um familiar pode desenvolver uma situação de crise no seio da família.

Para Silva (2006, p. 44), *não existe uma definição consensual de família, existindo muitos tipos de família (...) mas, em termos gerais, concebe-se a família como duas ou mais pessoas unidas por laços afectivos de proximidade e partilha, que se identificam a si próprias como fazendo parte da família.* Desta

forma, torna-se importante conhecer aquela família e o impacto que o estado de saúde/doença do seu familiar poderá provocar no seio da mesma.

A essência dos Cuidados Paliativos passa pela relação estabelecida entre os profissionais de saúde, o cliente e a sua família. Confrontar a família com a morte de um familiar não é fácil, e por isso o seu apoio é parte integrante dos Cuidados Paliativos (Twycross, 2003).

No decorrer do estágio III a realização do estágio de observação numa EIHS CP do CH, contribuiu em muito para a aquisição desta competência. Consideramos que o acompanhamento dos clientes, seus familiares e cuidadores pela EIHS CP e durante um período de tempo, permite promover parcerias terapêuticas com a pessoa com doença crónica incapacitante e terminal e seus familiares.

As questões religiosas e a espiritualidade do cliente e família estão também presentes nesta unidade de competência e mereceram preocupação da nossa parte.

Destacamos assim os contributos teóricos que o Módulo Cuidados Espiritualidade e Cuidados de Enfermagem, integrado na UC Enfermagem Médico-Cirúrgica II, teve na solidificação da aquisição desta competência. Atualmente, a sociedade está rodeada de tecnologia cada vez mais avançada e a nossa maior preocupação centra-se nos cuidados físicos, descuidando-nos muitas vezes dos aspetos espirituais quando prestamos cuidados de enfermagem aos clientes.

A espiritualidade é definida por Bolander (1998, p. 1822) *como o princípio da que impregna todo o ser humano nas suas dimensões físicas, emocionais, intelectuais, morais, éticas e volitivas (o poder de escolher e tomar decisões (...)).* Desta forma, o cuidado espiritual *inclui não só o cuidar de ou acerca dos utentes, mas também a ajudá-los a encontrar um significado nas experiências da vida, tais como em situações de crise e sofrimento.*

Para que o enfermeiro reconheça as necessidades espirituais de um cliente, ele necessita de alargar os cuidados prestados para além das necessidades físicas do cliente e entrar nas necessidades espirituais, só desta forma é que o enfermeiro intervém de forma eficaz na resolução das necessidades do cliente, prestando-lhe cuidados holísticos (Bolander, 1998).

As aprendizagens adquiridas com a frequência nestas aulas serviram para que, enquanto enfermeiros de um serviço com clientes em estado terminal ficasse-mos mais despertos para a satisfação das necessidades espirituais demonstradas por estes e nem sempre reconhecidas por nós. Essas necessidades *focalizam-se na descoberta de um significado e de um objecto para a vida, para a doença e para as situações da vida (...)* (Bolander, 1998, p. 1825).

O processo de luto e de perda de familiares não é simples, ao estabelecermos uma relação terapêutica prévia com clientes e famílias que se encontrem a vivenciar este processo, torna-se uma mais-valia, pois ao conhecermos as suas necessidades, inquietações e anseios, mais facilmente e de forma mais eficaz, conseguimos possibilitar a sua resolução e auxiliar o processo de adaptação às perda e à morte.

O luto e a perda de alguém são parte integrante da vida, contudo depararmo-nos com o fim da vida de um familiar ou pessoa próxima é uma das perdas mais difíceis que o ser humano pode experimentar (Phipps, Sands e Marek, 2003).

Na opinião de Bolander (1998), a perda diz respeito à ausência de um objeto ou pessoa importante na vida do indivíduo, ou seja a perda está relacionada com a ligação que o indivíduo tinha com o objeto perdido. Já o luto é o processo que se segue depois da perda de algo ou alguém, significativo para o indivíduo e representa uma adaptação e reorganização da vida após a perda.

Perante uma situação de perda o enfermeiro deverá junto do cliente avaliar o sentido de perda que esta a ser vivida, o contexto desta situação e a orientação cultural e religiosa do cliente, mantendo sempre uma avaliação contínua do conforto do cliente e das necessidades dos familiares. O objetivo desta avaliação passa por conhecer o processo que o cliente e família estão a vivenciar, para que as nossas intervenções sejam as mais adequadas e possam suprimir as necessidades manifestadas por estes. Das variadas intervenções de enfermagem, salientamos a presença, a escuta, a possibilidade do cliente e família exprimir os seus sentimentos e partilhar as suas emoções.

Acreditamos que ao aplicarmos estas intervenções estamos a promover a autonomia do cliente e da família nos processos de morte e luto.

6. ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

O último capítulo deste relatório retrata a aquisição das competências de Mestre em EMC, para tal iremos fazer uma descrição reflexiva da análise do trabalho desenvolvido ao longo deste curso para obtenção das mesmas.

O DL n.º 115 de 7 de Agosto de 2013 preconiza que *no ensino politécnico, o ciclo de estudos conducente ao grau de mestre deve assegurar, predominantemente, a aquisição pelo estudante de uma especialização de natureza profissional* (DL, n.º 151/13, p. 4762).

De acordo com o mesmo documento, o grau de mestre é concedido aos que demonstrem: *possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que, sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1º ciclo, os desenvolva e aprofunde (...), Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas (...), Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes (...), Competências que lhe permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo* (DL n.º 151/13, p. 4760-4761).

Os contributos conquistados com o percurso percorrido ao longo deste Curso de Mestrado em EMC, os trabalhos desenvolvidos inerentes ao curso (PIS e PAC), os estágios efetuados e a prestação de cuidados de enfermagem a clientes em situação crítica e/ou crónica e paliativa tornaram-se subsídios lucrativos na aquisição das competências subjacentes ao grau de Mestre em EMC e que passaremos a descrever.

- **Demonstra competências clínicas específicas na conceção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem.**

A descrição da competência em análise vai ao encontro das etapas presentes no processo de enfermagem de um cliente. Este processo carece de uma avaliação integral e holística das necessidades do cliente, família e meio onde este se insere, com a finalidade de formular diagnósticos de enfermagem adequados àquela condição e intervenções de enfermagem que suprimam as necessidades identificadas. A este processo junta-se ainda a avaliação do mesmo, que garante se os resultados obtidos com a implementação das intervenções de enfermagem definidas foram as necessárias para obter os resultados esperados no início do processo. Se o mesmo não acontecer e pelo fato do processo de enfermagem não

ser estanque, os diagnósticos de enfermagem e respetivas intervenções deverão ser redefinidas para que os resultados obtidos vão ao encontro dos resultados esperados.

O desenvolvimento do PIS permitiu igualmente dar resposta a esta competência uma vez que as ferramentas utilizadas para definir o diagnóstico de situação (entrevistas, grelhas de observação e FMEA), permitiram identificar e explicar a problemática presente no SEM, que consistia na falta de uniformização pela equipa de enfermagem no procedimento relacionado com a manutenção do CVP de forma a prevenir as IACS. A fase seguinte à formulação do diagnóstico de situação foi a fase de planeamento, nesta fase elaboramos um conjunto de atividades e estratégias que foram ao encontro dos objetivos específicos delineados na fase de diagnóstico de situação. Na fase de execução elaboramos o procedimento de enfermagem relativo à inserção, fixação e manutenção do CVP no cliente internado no SEM, e os respetivos anexos, compostos pela grelha de auditoria do procedimento e cartaz ilustrativo do procedimento, e realizamos também uma sessão de formação à equipa de enfermagem do SEM com a finalidade de dar a conhecer o procedimento elaborado. Na fase da avaliação, e através dos indicadores de avaliação estabelecidos na fase de planeamento avaliou-se se as estratégias e as atividades delineadas para atingir os objetivos a que nos propusemos, foram satisfatórias para ir de encontro aos mesmos.

O PIS foi elaborado de acordo com a Metodologia de Trabalho de Projeto que, segundo Ruivo *et al.* (2010, p. 3) *tem como objetivo principal centrar-se na resolução de problemas e, através dela, adquirem-se capacidades e competências de características pessoais pela elaboração e concretização de projetos numa situação real.* A sua realização permitiu que fossem desenvolvidas competências clínicas específicas na conceção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem.

O artigo 9.º do REPE diz-nos que, *os enfermeiros contribuem, no exercício da sua atividade na área de gestão, investigação, (...) para a melhoria e evolução da prestação dos cuidados de enfermagem, nomeadamente (...) estabelecendo normas e critérios de atuação (...), propondo protocolos e sistemas de informação adequados para a prestação dos cuidados* (OE, 2015, p.103).

Desta forma consideramos que a elaboração do PIS foi ao encontro do que se encontra definido no documento anterior, relativas às intervenções dos enfermeiros.

Para a aquisição desta competência foram igualmente importantes os contributos teóricos lecionados no decorrer do Curso Mestrado em EMC que passamos a descrever. O Módulo Segurança e Gestão do Risco nos Cuidados de Enfermagem, lecionada no 1º Semestre, foi-nos útil ao nível da análise e reflexão da temática da segurança do cliente e família no contexto dos cuidados de enfermagem e na identificação de potenciais fatores de risco no ambiente de prestação de cuidados. Os aportes teóricos obtidos neste módulo

serviram para consolidarmos conhecimentos para que no nosso dia-a-dia, consigamos prestar cuidados de enfermagem a clientes e família com base numa tomada de decisão segura.

O Módulo Cuidados em Situação de Crise: Cliente e Família, lecionada no 2º Semestre deste curso, serviu para adquirirmos ferramentas que nos permitam fazer uma avaliação holística do cliente e família que estão a vivenciar contextos complexos do seu processo de saúde/doença, de forma a planear as intervenções de enfermagem mais adequadas àquela situação.

Durante o 3º Semestre, no Módulo Supervisão de Cuidados desenvolvemos um trabalho baseado na análise de um caso clínico, vivenciado em contexto profissional, do ponto de vista ético, jurídico e legal para o qual mobilizámos os aportes adquiridos nos Módulos Questões Éticas Emergentes em Cuidados Complexos, Ética em Enfermagem, Direito em Enfermagem e Análise do Código Deontológico, seguindo-se a construção de um plano de cuidados com base na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. O plano de cuidados foi então baseado nessa classificação, e a sua composição incluía a formulação dos diagnósticos de enfermagem, constituídos por focos e juízos, os resultados esperados, as intervenções de enfermagem estabelecidas e os resultados de enfermagem obtidos. A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem baseia-se numa linguagem unificada da enfermagem, e possui uma terminologia funcional para a sua prática, desta forma a sua utilização neste trabalho permitiu-nos refletir sobre a utilização deste instrumento na continuidade dos cuidados prestados entre os profissionais de enfermagem.

- **Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências ao longo da vida e em complemento às adquiridas.**

O artigo 109.º do Código Deontológico do Enfermeiro relembra-nos que a competência e aperfeiçoamento profissional deverão ser valores presentes na relação profissional (Lei n.º 156/15). Como tal, consideramos que a frequência no Curso de Mestrado em EMC comprovou a necessidade de auto formação ao nível do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Estas aprendizagens foram sustentadas pelo pensamento crítico e reflexivo de inúmeras situações vivenciadas durante a prestação de cuidados e a sua aquisição permitiram-nos basear a prática clínica em conhecimentos atualizados numa prática especializada.

O desenvolvimento do PIS e do PAC por sua vez, possibilitaram reconhecer as nossas necessidades de formação quer pessoais como profissionais, através da identificação de uma problemática existente na prática clínica e na mobilização de um conjunto de

conhecimentos e competências adquiridas em contextos distintos, (estágios de observação na EIHSCP e SCI), que facultaram a concretização dos objetivos estabelecidos na fase de diagnóstico de situação. Esta autoformação pode ser considerada componente essencial no desenvolvimento e vai de encontro ao legislado no artigo 99.º do Código Deontológico do Enfermeiro em que, *são princípios orientadores da atividade dos enfermeiros a excelência do exercício na profissão em geral e na relação com outros profissionais* (Lei n.º 156/15, p. 8102).

Relativamente ao desenvolvimento das competências profissionais, Boterf (2003, p. 11), refere que *o profissional reconhecido como competente é aquele que sabe agir com competência*. Quer isto dizer que há necessidade de distinguir os recursos e a ação que mobiliza esses recursos, ou seja, as competências profissionais adquiridas com base nos recursos deverão desencadear atividades e comportamentos por parte das profissionais adequadas a cada situação. Desta forma e segundo o mesmo autor, *o saber agir deve ser distinguido do saber-fazer* (Boterf, 2003, p. 12).

O desenvolvimento profissional é uma das competências do enfermeiro de cuidados gerais, evidenciando desta forma a importância concedida à formação contínua na carreira de enfermagem, permitindo ao máximo a excelência do exercício da profissão (OE, 2012).

Relativamente à formação contínua em enfermagem, Hesbeen (2000, p. 19) afirma que esta, *... não pode, (...) limitar-se à sua formação inicial, e prolonga-se no desenvolvimento permanente das competências dos vários profissionais*, que vai de encontro ao artigo 109.º do Código Deontológico do Enfermeiro que afirma que, *o enfermeiro procura, em todo o ato profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever de manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas* (Lei n.º 156/15, p. 8103).

Assim, a formação contínua realiza-se ao longo da vida, é um instrumento de mudança e constitui uma variável no desenvolvimento do ser humano, com o objetivo de melhorar a qualidade dos cuidados prestados. Nunes (2007, p. 6) acrescenta que a aprendizagem ao longo da vida *... abrange uma perspectiva que vai do berço ao leito de morte, reconhecendo que a aprendizagem ocorre em todas as fases da vida, sob formas diferentes e numa variedade de arenas*. Desta forma, a aprendizagem é um processo contínuo com a finalidade de adquirir conhecimentos, em que a vontade e a motivação individual são os principais fatores para que o processo se desenvolva (Comissão das Comunidades Europeias, 2000).

Na fase de execução do PIS ao desenvolvermos e apresentarmos à equipa de enfermagem do SEM uma sessão de formação alusiva à problemática identificada, procuramos colmatar uma falha existente ao nível da prestação de cuidados de saúde ao cliente desta forma, tornamo-nos elementos motivadores da mudança e igualmente agentes facilitadores da

aprendizagem e da aquisição de competências profissionais, de acordo o preconizado nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, *são elementos importantes face à organização dos cuidados de enfermagem (...) a existência de uma política de formação continua para enfermeiros, promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade* (OE, 2001, p.18). O profissional de saúde ao saber mobilizar em contexto profissional os conhecimentos e habilidades adquiridas torna-se um profissional competente, que sabe agir numa determinada situação (Boterf, 2003).

A pesquisa bibliográfica efetuada para elaborar o procedimento de inserção, fixação e manutenção do CVP e a realização dos estágios destinados para este curso foram igualmente facilitadores da aquisição da competência em análise. Durante a sua realização tivemos a oportunidade de frequentar algumas sessões de formação, como por exemplo, “Avaliação da dor em clientes não comunicantes” e de efetuarmos estágios de observação em serviços mais diferenciados que o serviço onde desempenhamos funções (EIHSCP e SCI), esta experiência permitiu aumentar os conhecimentos em áreas que não tínhamos tanto contato, e serviram para favorecer as nossas aprendizagens e competências profissionais, possibilitando uma melhoria da prestação de cuidados a este tipo de clientes. Relembramos que, *no âmbito do exercício profissional, o enfermeiro distingue-se pela formação e experiência que lhe permite compreender e respeitar os outros numa perspectiva multicultural, num quadro onde procura abster-se de juízos de valor relativamente à pessoa cliente dos cuidados de enfermagem* (OE, 2001, p.10).

- **Integra equipas de desenvolvimento multidisciplinar de forma proativa.**

Trabalhamos diariamente com clientes e famílias que procuram nos nossos cuidados respostas que satisfaçam as suas necessidades sejam elas físicas, psicológicas, emocionais ou a noutro nível. Ao trabalharmos em equipas multidisciplinares torna-se fácil compreender que para fornecermos essas respostas, temos que delinear estratégias com base no trabalho e nas competências de cada interveniente, para proporcionar a melhor qualidade de vida ao cliente e família que solicita o nosso auxílio.

O artigo 112.º do Código Deontológico do Enfermeiro diz-nos que como membro da equipa de saúde o enfermeiro assume o dever de *trabalhar em articulação com os restantes profissionais de saúde e integrar a equipa de saúde, em qualquer serviço em que trabalhe, colaborando, com a responsabilidade que lhe é própria, nas decisões sobre a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento e recuperação, promovendo a qualidade dos serviços* (Lei n.º 156/15, p. 8104).

Desempenhamos a nossa atividade profissional num serviço de internamento e integramos uma equipa de quatro elementos, onde assumimos o papel de segundo elemento dessa equipa, contudo em diversos turnos assumimos a chefia da mesma. Nestas condições

trabalhamos em conjunto com os restantes elementos da equipa multidisciplinar, estamos atentos a eventuais situações problemáticas que possam surgir no seio da equipa, e agimos de forma a proporcionar um clima de bem-estar entre os elementos, com o intuito de promover a qualidade nos cuidados prestados ao cliente e sua família.

A saúde pode ser considerada uma área onde uma equipa multidisciplinar desempenha variadas tarefas, sem que com isso seja negligenciado o exercício profissional, de cada elemento que a compõem (Nunes, Amaral e Gonçalves, 2005). Perante isto podemos afirmar que a qualidade em saúde resulta de uma tarefa multidisciplinar, composta pelo trabalho desempenhado por cada elemento que constitui a equipa multidisciplinar.

Para Nunes, Amaral e Gonçalves (2005), o trabalho em equipa enfatiza o desenvolvimento das competências profissionais de cada elemento que faz parte da equipa, possibilita a capacidade de problematizar e refletir e admite o debate de assuntos em conjunto.

Segundo os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, *o exercício profissional dos enfermeiros insere-se num contexto de atuação multiprofissional. Assim distinguem-se dois tipos de intervenções de enfermagem: as iniciadas por outros técnicos de saúde da equipa (intervenções interdependentes) (...) e as iniciadas pela prescrição do enfermeiro (Intervenções autónomas)* (OE, 2001, p.11). Desta forma consideramos que o desenvolvimento do PIS nos permitiu adquirir esta competência, pois ao identificarmos no seio da equipa de enfermagem, a falta de uniformização na técnica de cateterização venosa periférica de forma a minimizar as IACS e a necessidade formativa neste âmbito, mobilizamos a experiência adquirida na prática diária e o conhecimento obtido através da pesquisa bibliográfica efetuada para realizar o procedimento de inserção, fixação e manutenção do CVP, e atuamos junto da equipa de enfermagem como profissionais proativos da mesma, na busca pela qualidade dos cuidados prestados. Enquanto autores deste PIS, colaboramos também com outros profissionais de saúde na prevenção das IACS no meio hospitalar.

O desenvolvimento do PIS foi de encontro ao artigo 109.º do Código Deontológico do Enfermeiro em que o enfermeiro procura, em todo o ato profissional, *a excelência do exercício, assumindo o dever de analisar regularmente o trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude, procurar adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa e garantir a qualidade e assegurar a continuidade dos cuidados das atividades que delegar, assumindo a responsabilidade pelos mesmos* (Lei n.º 156/15, p. 8103).

Pela exposição efetuada concluímos que o nosso PIS permitiu a resolução de um problema identificado na equipa de enfermagem através da aplicação dos conhecimentos e

competências adquiridas na nossa área de especialização, neste caso específico relativa à competência K3 - 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.

Neste âmbito, consideramos também importante que o enfermeiro conheça conceitos, fundamentos e teorias da enfermagem e os aplique nos diversos campos de intervenção. A teoria de enfermagem é constituída por um grupo de conceitos relacionados entre si e que provêm dos modelos de enfermagem. Escolhemos a teórica de enfermagem Faye Glenn Abdellah, centrada nos vinte e um problemas de enfermagem para orientar o desenvolvimento do PIS. Esta teórica dá ênfase à identificação das necessidades e dos problemas que os clientes apresentam, e procura resolvê-los com base no processo de enfermagem (Tomey e Alligood, 2004).

- **Aja no desenvolvimento da tomada de decisão e raciocínio conducentes à construção e aplicação de argumentos rigorosos.**

A enfermagem está enquadrada num contexto profissional exigente, complexo, em que a tomada de decisão em enfermagem apesar de trazer autonomia na prestação de cuidados acarreta também uma enorme responsabilidade para o enfermeiro.

A profissão de enfermagem assume no nosso país uma autonomia no seu exercício quando comparada com outras profissões em que, *os actos profissionais decorrem de um processo de tomada de decisão que o enfermeiro percorre, com base num raciocínio crítico fundamentado em premissas de natureza científica, técnica, ética, deontológica e jurídica* (Deodato, 2008, p. 27).

Benner (2001) considera a aquisição de competências essencial para um bom processo de tomada de decisão perante um problema surgido. As competências necessárias para a excelência dos cuidados prestados, surgem quando se adquire experiência profissional.

Os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem dizem-nos que, (...) *a tomada de decisão do enfermeiro que orienta o exercício profissional autónomo implica uma abordagem sistémica e sistemática. Assim sendo, identifica as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa, planeando intervenções de forma a evitar riscos, detetar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados* (OE, 2001, p. 12).

Iniciamos a análise da aquisição desta competência pela concretização do PIS, uma vez que através da metodologia de projeto conseguimos identificar o problema existente, seleccionar atividades e estratégias que anulassem ou diminuíssem esse mesmo problema e por fim colocar as intervenções em prática na fase da execução. De maneira a dar resposta a este

projeto efetuamos pesquisa bibliográfica, elaboramos o procedimento de enfermagem e realizamos uma sessão de formação à equipa de enfermagem alusiva à problemática existente, de forma a minimizar os efeitos da mesma. Ou seja, selecionamos as estratégias que pensámos serem as mais adequadas à resolução do problema identificado. Consideramos que com o desenvolvimento deste trabalho agimos como elementos dinamizadores e promotores de aprendizagens, uma vez que baseamos a nossa prática em padrões sólidos de conhecimentos, uma vez que *no processo da tomada de decisão em enfermagem e na fase de implementação das intervenções, o enfermeiro incorpora os resultados da investigação na sua prática* (OE, 2001, p. 12).

A elaboração do “Procedimento de Inserção, Fixação e Manutenção do CVP”, tornou-se um documento orientador de boas práticas nos cuidados de enfermagem, que permitiu a melhoria contínua da qualidade, tal como é preconizado nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, *reconhece-se que a produção de guias orientadores de boa prática de cuidados de enfermagem baseados na evidência empírica constitui uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade no exercício profissional dos enfermeiros* (OE, 2001, p. 12).

Relativamente aos aspetos éticos e deontológicos, consideramos que ao longo do desenvolvimento do PIS e do PAC e no decorrer dos estágios tivemos a preocupação de respeitar esses princípios e pautamos as nossas intervenções com base no enquadramento legal da nossa profissão, são exemplos o REPE, o Código Deontológico do Enfermeiro, as Competências do enfermeiro de cuidados gerais, as Competências do enfermeiro especialista em EMC, entre outros documentos orientadores da nossa atividade profissional.

Salientamos também os contributos teóricos lecionados no Módulo Supervisão de Cuidados, integrada na UC Enfermagem Médico-Cirúrgica para aquisição da competência em análise, particularmente o trabalho desenvolvido neste módulo, que consistia numa análise clínica de uma situação vivenciada em contexto profissional. Esta análise tinha por base o processo de enfermagem e a tomada de decisão de enfermagem sob o ponto de vista ético e deontológico, desta forma foi-nos possível mobilizar os conhecimentos adquiridos ao longo do curso e justificar a nossa tomada de decisão como enfermeiros especialistas em EMC. Desta forma, fomos de encontro ao legislado Código Deontológico do Enfermeiro, nomeadamente no artigo 109.º (Da excelência do exercício) e no artigo 110.º (Da humanização dos cuidados), uma vez que possível manter elevados níveis de cuidados prestados ao cliente preservando a sua dignidade e a autonomia, como essência do exercício da enfermagem, proporcionado um ambiente favorável ao desenvolvimento do cliente, possibilitando igualmente o envolvimento da família no processo de saúde facilitando a gestão de conflitos de forma positiva.

- **Inicia, contribui para e/ou sustenta investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência.**

A realização do PIS e do PAC, com base na metodologia de projeto tornaram-se processos importantes na melhoria dos cuidados prestados aos clientes internados no SEM e a sua elaboração foi igualmente benéfica na aquisição da competência em estudo.

Fortin refere-se à investigação científica como *um processo que permite resolver problemas ligados ao conhecimento dos fenómenos do mundo real no qual nós vivemos* (1999, p. 15).

Remetendo-nos ao PIS, e especificamente à sua fase de diagnóstico de situação, através da aplicação das grelhas de observação, foi-nos possível confirmar a problemática existente no SEM ao nível da técnica de cateterização venosa periférica e da prevenção das IACS associadas ao desenvolvimento desse procedimento de enfermagem, e desde cedo reconhecemos a pertinência deste projeto ao nível da melhoria dos cuidados prestados no âmbito da prática especializada aos clientes neste serviço.

Os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem relembra-nos que, *a produção de guias orientadores da boa prática de cuidados de enfermagem baseados na evidência empírica constitui uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros* (OE, 2001, p. 12). A isto acrescenta-se a o disposto no artigo 9.º do REPE, em que os enfermeiros *participam na elaboração e concretização de protocolos referentes a normas e critérios para administração de tratamentos ou medicamentos* (OE, 2015, p. 103).

Neste âmbito, e após definirmos o problema existente, efetuamos uma pesquisa bibliográfica em base fidedignas de informação relativas à cateterização venosa periférica e elaboramos o “Procedimento de Inserção, Fixação e Manutenção do CVP”. Ao elaborarmos este procedimento implementámos resultados de investigação efetuada e servimo-nos da evidência existente para a resolução do problema identificado, possibilitando a melhoria contínua da qualidade nesta área não só na prática clínica, mas não menos importante ao nível dos registos de enfermagem do procedimento efetuado.

Para tornarmos o procedimento por nós elaborado mais visível, e para que todos os enfermeiros do SEM tivessem conhecimento da sua existência, realizamos uma sessão de formação à equipa de enfermagem para divulgação do mesmo.

Relativamente à formação em serviço, Hesbeen (2000), considera que ela deverá facultar a aquisição de novos conhecimentos e o domínio de novas práticas, com a finalidade de proporcionar ao profissional o desenvolvimento do seu trabalho numa base mais refletida e

mais aperfeiçoada. A autora acrescenta ainda que a formação é uma componente fundamental da qualidade dos cuidados.

Assim, consideramos que tanto a elaboração do “Procedimento de inserção, fixação e manutenção do CVP”, como a execução da respetiva sessão de formação foram processos que possibilitaram criar oportunidades de melhoria nos cuidados prestados ao cliente no âmbito da cateterização venosa periférica, em que perviamente foram usadas capacidades de investigação para posteriormente se fazer evoluir a prática clínica.

Terminamos a descrição da aquisição desta competência, realçando que o trabalho projeto desenvolvido foi ao encontro da opinião de Rosswurn e Larrabee, (1999), já que salientam que no ambiente de prestação de cuidados aos clientes, os profissionais de saúde não podem apenas limitar o trabalho desenvolvido à experiência adquirida ou às opiniões não fundamentadas, eles devem questionar frequentemente as suas práticas diárias, e se necessário, devem empenhar-se na sua formação, realizar pesquisas atuais e avaliar de forma crítica os resultados dessas investigações. Deste trabalho deverá emergir evidências relevantes no contexto de prestação de cuidados.

- **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.**

A aprendizagem desta competência é justificada pelo desenvolvimento do trabalho projeto e pode ser comprovada com a elaboração deste relatório. Enquanto enfermeiros e no âmbito da nossa atividade temos a responsabilidade de atualizar e desenvolver os nossos conhecimentos científicos e técnicos de forma a melhorar a prestação de cuidados prestados aos clientes, proporcionando a sua qualidade de vida com respeito pela sua vida e dignidade humana.

A metodologia de projeto consiste numa investigação centrada num problema real identificado no contexto de prestação de cuidados, e na implementação de estratégias e atividades direcionadas para a resolução da problemática existente. A esta metodologia está associada trabalho de pesquisa, análise e a resolução dos problemas, sendo promotora de uma prática fundamentada e baseada na evidência (Ruivo *et al.*, 2010).

Na fase de diagnóstico de situação do PIS quando aplicamos as grelhas de observação relativas às intervenções dos enfermeiros do SEM, durante a cateterização venosa

periférica, constatamos que não existia uma uniformidade na técnica de inserção, fixação e manutenção do CVP de forma a minimizar as IACS.

Pensamos que ao elaborarmos o “Procedimento de Inserção, Fixação e Manutenção do CVP”, e posteriormente ao desenvolvermos uma sessão de formação à equipa de enfermagem neste âmbito, fomos audazes proporcionando o aumento das capacidades, aprendizagens e competências dos enfermeiros, ou seja estabelecemos uma dinâmica entre a teoria e a prática, já que nos baseamos na teoria adquirida para fundamentar a prática desenvolvida de forma a melhorar os cuidados prestados aos clientes. Consolidamos esta ideia, com Ruivo *et al.*, (2010, p. 3) ao afirmar que, *a metodologia constitui-se assim como uma ponte entre a teoria e a prática, uma vez que o seu suporte é o conhecimento teórico para posteriormente ser aplicado na prática.*

Também no desenvolvimento do PAC, nomeadamente na fase de diagnóstico de situação, detetamos a necessidade de efetuarmos estágios de observação em serviços que nos permitissem adquirir as competências específicas do enfermeiro especialista em EMC. Desta forma, e na fase de execução do PAC consideramos que a realização desses estágios de observação (SCI e EIHSCP), a execução de atividades resultantes do mesmo, a elaboração do artigo “Conspiração do Silêncio”, a participação no Simulacro de Incêndio no Serviço de Neurologia do SEM e a execução dos respetivos relatórios de estágios foi benéfica, já que nos foi possível adquirir novos conhecimentos, possibilitando-nos prestar cuidados e oferecer respostas mais adequadas aquelas situações.

No que respeita à divulgação dos resultados, o artigo 9.º do REPE diz-nos que, *os enfermeiros concebem, realizam, promovem e participam em trabalhos de investigação, que visem o progresso da enfermagem em particular e da saúde em geral* (OE, 2015, p.103).

Na área da saúde a produção de conhecimento é importante se for acompanhada da transmissão do mesmo, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem assim, torna-se fácil perceber que a divulgação dos resultados obtidos é uma etapa importante de um projeto, uma vez que se dá a conhecer à população a pertinência do projeto desenvolvido e o trajeto percorrido na resolução do problema.

Relativamente ao artigo “Conspiração do Silêncio”, ele encontra-se a ser revisto pelo Serviço de Formação do CH, para publicação na revista editada pela instituição.

Quando ao PIS aqui apresentado realizamos um artigo alusivo ao mesmo, que pode ser consultado no apêndice XVIII, e esperamos que a sua divulgação seja veículo transmissor para a melhoria dos cuidados prestados aos clientes portadores de acesso venoso periférico.

CONCLUSÃO

A elaboração deste relatório é o culminar de uma jornada de formação a que nos propusemos quando decidimos ingressar no Curso de 4º Mestrado em EMC. A formação contínua associada à profissão de enfermagem é uma responsabilidade ética e deontológica que permite o desenvolvimento profissional e que por sua vez conduz à uma melhoria dos cuidados prestados aos clientes e família (OE, 2012).

Esta formação permitiu um crescimento tanto pessoal como profissional através dos diversos componentes que fizeram parte da mesma, como os aportes teóricos obtidos, os estágios efetuados, a pesquisa bibliográfica realizada em diversas áreas exploradas e os trabalhos desenvolvidos nas UC que fizeram parte do plano curricular deste curso.

O presente relatório reflete, através de uma exposição escrita, o percurso efetuado ao longo dos estágios I, II e III, realizados no SEM de um CH, onde prestamos cuidados de enfermagem diários a clientes e famílias em regime de internamento.

Os locais de estágios mostraram-se ser lugares dotados de constantes oportunidades para a obtenção de aprendizagens, tendo contribuído desta forma, tanto para a concretização do PIS e do PAC, como também para o desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista em EMC e das competências específicas do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica e da pessoa em situação crónica e paliativa.

A conceção do relatório previa a escolha de uma teoria de enfermagem que servisse de suporte ao trabalho desenvolvido. Inicialmente verificou-se alguma dificuldade na escolha da teoria considerada a mais adequada, tendo em conta a área em que se insere o PIS. Contudo, esta escolha revelou ser um desafio, e após a realização de alguma pesquisa deparamo-nos com a Teoria de Faye Glenn Abdellah e os seus 21 problemas de enfermagem, que se mostrou ser apropriada, uma vez que na sua opinião o método de resolução dos problemas é a base do seu modelo (Tomey e Alligood, 2004).

A autora descreveu a enfermagem como o desenvolvimento de ações de enfermagem para o indivíduo, a família e a sociedade, dando enfoque à centralização do enfermeiro na resolução dos problemas, direcionando o cliente para a sua saúde (Falco, 2000).

O elemento essencial desta teoria é a correta identificação dos problemas de enfermagem, e como tal, nos 21 problemas de enfermagem identificados, insere-se a promoção da segurança do cliente, através da prevenção da disseminação da infeção. Uma vez que o desenvolvimento do nosso trabalho se centra na prevenção das IACS, associadas ao manuseamento do CVP, consideramos que o uso desta teoria foi uma escolha conveniente

para o desenvolvimento do mesmo. Na opinião de Abdellah, a enfermagem é baseada nas habilidades técnicas individuais do enfermeiro, a sua teoria fundamenta-se na resolução de problemas de enfermagem relacionados com as necessidades identificadas nos clientes e o seu foco deverá ser a prevenção de complicações, possibilitando o bem-estar do cliente (Falco, 2000).

A metodologia de projeto serviu de base ao desenvolvimento do PIS e do PAC, e a sua utilização permitiu-nos adquirir competências no âmbito da investigação, nomeadamente aquando da aplicação das entrevistas, das grelha de observação e da construção da FMEA, ambos instrumentos utilizados na fase de diagnóstico de situação do PIS, e que permitiram identificar o problema geral, que consistia na falta de uniformização pela equipa de enfermagem no procedimento de inserção, fixação e manutenção do CVP no cliente, de forma a minimizar as IACS. Ainda na fase de diagnóstico de situação foram reconhecidos os problemas parcelares que compoñham o problema geral, e que consistiam na falta de documentos orientadores relativos à inserção, fixação e manutenção do CVP no cliente, carência de formação acerca deste procedimento e a presença de registos de enfermagem da técnica de cateterização venosa periférica inadequados ou ausentes.

A cateterização venosa periférica é a forma de administração de terapêutica EV mais utilizada nas instituições de saúde, sendo o enfermeiro o profissional de eleição responsável pelo seu procedimento. Assim sendo, a cateterização venosa periférica tem vindo a assumir cada vez mais importância na prestação de cuidados de saúde, devido à sua vasta utilidade na administração de medicamentos, exigindo do profissional que executa esta técnica competências técnicas e científicas para a desenvolver.

Perante o descrito e tendo conhecimento da situação problemática existente, na fase de planeamento do PIS foram estabelecidas as prioridades de atuação através da definição de atividades/estratégias possíveis para solucionar o problema identificado. Essas prioridades definidas passaram por realizar o procedimento de enfermagem alusivo à cateterização venosa periférica, formar a equipa com base no procedimento realizado e auditar o cumprimento do procedimento.

Na fase de execução do PIS aplicamos as estratégias definidas na fase anterior para culminar a problemática existente, e assim com base numa pesquisa bibliográfica elaboramos o procedimento de inserção, fixação e manutenção do CVP aos clientes internados no SEM do CH. Ainda nesta fase seguiu-se a formação da equipa de enfermagem do SEM, através da apresentação do procedimento elaborado, inicialmente através da realização de uma sessão de formação e posteriormente através da elaboração de um documento de leitura acessível a

todos os enfermeiros do SEM. Por último, efetuamos junto da equipa de enfermagem a auditoria ao cumprimento do procedimento divulgado.

Após a execução de um projeto torna-se importante que este seja avaliado. As avaliações que consideramos positivas deste projeto foi o facto de, a elaboração do procedimento de inserção, fixação e manutenção do CVP integrar um dos procedimentos setoriais do SEM e de o mesmo ter sido aprovado pelo GCLCIPRA para se tornar procedimento transversal a todo o CH. Um aspeto menos positivo que gostaríamos de salientar diz respeito aos indicadores de avaliação a que nos propusemos na fase de planeamento relativamente ao número de enfermeiros que assistissem à sessão de formação, uma vez que estes ficaram um pouco abaixo do planeado. Esta realidade talvez possa ser justificada pela sobrecarga de trabalho a que os profissionais de saúde estão sujeitos, bem como pelo fato desta formação não constar no plano de formação do serviço, o que implicava que o tempo previsto de duração da sessão não fosse contabilizado em horário para cada enfermeiro que assiste-se à mesma. Para colmatar esses valores e para possibilitar que toda e equipa de enfermagem tivesse conhecimento dos conteúdos transmitidos na formação, elaboramos um documento de leitura, como já referimos anteriormente, que neste caso se tratou do procedimento de inserção, fixação e manutenção do CVP, que ficou no SEM como documento de consulta. Apesar da percentagem reduzida de enfermeiros que assistiram à sessão de formação, a sua avaliação da mesma foi bastante positiva em todos os domínios que compunham a folha de avaliação.

A última fase do PIS diz respeito à divulgação dos resultados. A elaboração do procedimento, o planeamento e execução da sessão de formação aos enfermeiros do SEM, a realização das observações no período de validação do procedimento, e posteriormente o seu tratamento dos dados, foram atividades que permitiram difundir este projeto, porém e para que a divulgação dos resultados do mesmo se tornem mais visíveis, sirvam como meio facilitador de aprendizagens, e consequentemente de alterações de comportamentos por parte dos enfermeiros, elaboramos um artigo no âmbito do PIS que pretendemos apresentar ao Serviço de Formação do CH para possível divulgação.

O fato da conceção do PIS assentar na área do controlo de infeção demonstrou ser uma mais-valia para a adoção de boas práticas, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade, promovendo cada vez mais a implementação de um ambiente terapêutico seguro, de forma a prevenir as complicações decorrentes da prestação de cuidados associados à cateterização venosa periférica.

À semelhança do PIS, o PAC foi realizado no decorrer dos estágios I, II e III com o intuito de adquirir e aprofundar as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em EMC, e foi desenvolvido tendo em conta a reflexão acerca da nossa prática profissional diária e da identificação das próprias necessidades de formação no âmbito das competências específicas do enfermeiro especialista em EMC em pessoa em situação crítica e/ou crónica e paliativa. Estas necessidades formativas foram expostas na fase de diagnóstico de situação e na fase de planeamento foram definidas as atividades/estratégias que foram implementadas para suprimir as carências identificadas.

Na fase de execução do PAC foram variadas as ações de formação e conferências assistidas para adquirir essas competências, contudo salientamos três momentos que na nossa opinião foram os mais desafiadores para nós, e por sua vez o que mais nos capacitaram na obtenção das competências específicas do enfermeiro especialista em EMC.

Um dos momentos foi a participação na realização do simulacro de incêndio, que numa fase inicial permitiu obter um conhecimento mais detalhado do Plano de Emergência Interno da instituição onde este exercício decorreu, e posteriormente possibilitou colocar em prática as diretrizes desse documento. Outra das atividades desenvolvidas que merece o nosso destaque foi a elaboração com outros colegas deste curso, de um artigo subjacente à temática da Conspiração do Silêncio. A pesquisa bibliográfica efetuada para a conceção do mesmo, possibilitou a procura de informação no âmbito da comunicação, o direito do cliente à informação e as barreiras no acesso à informação, entre outros temas que por sua vez, facultaram a aquisição de novos conhecimentos nesta área, proporcionando respostas mais credíveis a clientes que se encontrem a vivenciar estas situações. Outros dos momentos que queremos realçar, foi a realização de estágios de observação decorridos no EIHSCP e SCI do CH. A efetivação destes estágios permitiu compreender a especificidade de cuidados e procedimentos, o tipo de respostas fornecidas às necessidades comunicadas e o acompanhamento do cliente e família, que se encontram a vivenciar contextos complexos do seu estado de saúde/doença, quer em situação crítica e/ou crónica e paliativa. Desta forma, a realização destes estágios proporcionaram oportunidades de formação e aprendizagem que aplicamos na nossa prática diária de prestação de cuidados e ao mesmo tempo contribuíram para o desenvolvimento e aquisição das competências específicas do enfermeiro especialista em EMC.

Na última fase do PAC, na fase da avaliação, verificou-se que as estratégias delineadas para aquisição das competências específicas dos enfermeiros especialistas em EMC na fase de planeamento, foram cumpridas com sucesso pois, para além de executarmos as

atividades a que nos propusemos, elaboramos relatórios dos estágios de observação, que se tornaram meios facilitadores de aprendizagem e serviram como elementos avaliativos dos mesmos.

Por último realizamos uma apresentação e reflexão do desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista em EMC, das competências específicas do enfermeiro especialista em EMC e das competências de Mestre em EMC.

Para obter a aquisição destas competências, existiam alguns fatores prévios e facilitadores da mesma, que passamos a descrever. A oportunidade de realizarmos os estágios previstos no plano curricular no serviço onde desempenhamos funções, foi uma mais-valia para detetar rapidamente as problemáticas que mereciam intervenção. Este aspeto foi também facilitador de todo o processo, pois ao termos um conhecimento anterior do serviço e dos colegas, facilitou que estes se envolvessem no projeto e no apoio da implementação do mesmo.

A possibilidade de prestarmos funções num serviço que contempla várias valências médicas designadamente oncologia, nefrologia, neurologia e comportar uma unidade de clientes com patologia vascular aguda (Unidade de Acidente Vascular Cerebral), foi também importante uma vez que, nos permitiu prestar cuidados diferenciados ao cliente e família, consoante o seu processo de saúde/doença e a manifestação da sua sintomatologia e necessidades.

Outas razões que consideramos ter sido vantajosa neste processo, foi fato de sermos elementos dinamizadores do GCLCIPRA no SEM, pois sermos conhecedores da sua constituição e da sua política de intervenção, tornou-se vantajoso nos contributos concedidos por este grupo, particularmente na elaboração das grelhas de observações aplicadas e na elaboração do procedimento efetuado.

O fato de sermos orientados por uma enfermeira especialista em EMC, que também desempenha a sua atividade profissional no serviço onde decorreram os estágios, foi auxiliador desta aprendizagem, ao permitir que através da sua experiência mais facilmente alcançássemos as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em EMC.

Acreditamos que fomos proativos e ampliamos as competências de liderança ao desenvolvermos um conjunto de atividades e intervenções planeadas, particularmente ao elaborarmos um procedimento de enfermagem, que se traduziu na busca da melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao cliente portador de CVP. Esta melhoria da qualidade reflete-se em ganhos em saúde, pois ao minimizarmos as IACS, diminuámos as complicações para o cliente e gastos para as instituições de saúde.

Uma das limitações a salientar diz respeito à apresentação e divulgação dos resultados da validação do procedimento de inserção, fixação e manutenção do CVP, junto à equipa de enfermagem do SEM. Relembramos que esta atividade foi definida para dar resposta ao objetivo da elaboração da grelha de validação do procedimento relativamente ao PIS. Esta divulgação por escassez de tempo previsto para o estágio III não chegou e ser efetuada.

A maioria dos constrangimentos previstos no PIS foram ultrapassados, e neste momento o procedimento elaborado já foi homologado pelo Gabinete de Qualidade do CH como procedimento transversal ao CH e encontra-se disponível para consulta na *intranet* da instituição. Temos consciência que a aplicação deste procedimento vai ao encontro da mudança de práticas dos enfermeiros, mas acreditamos que no futuro e através da realização de auditorias ao cumprimento do mesmo e à posterior divulgação dos resultados, toda a equipa de enfermagem irá adotar mudança de comportamento relativos a esta técnica.

A elaboração deste relatório permitiu descrever as competências adquiridas, enunciar as experiências vivenciadas ao longo das várias etapas e efetuar uma análise das intervenções desenvolvidas ao longo dos estágios I, II e III. A sua conceção tornou-se fundamental para o desenvolvimento quer pessoal como profissional, enquanto futuros enfermeiros especialistas em EMC desta forma, consideramos que os objetivos a que nos propusemos com a elaboração deste documento foram atingidos na íntegra.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABREU, Wilson Correia – **Supervisão, qualidade e Ensinos Clínicos, Que parcerias para a excelência em saúde?** Coimbra: Formasau, 2003. ISBN 972-8485-35-2.
- BENNER, Patrícia – **De Iniciado a Perito.** Coimbra. Quarteto, 2001. ISBN 972-8535-97-X.
- BOLANDER, Verolyn Era – **Enfermagem Fundamental.** Coimbra: Lusodidacta – Sociedade Portuguesa de Material Didáctico, Lda., 1998. ISBN 972-96610-6-5.
- BOTERF, Guy Le – **Desenvolvendo a Competência dos Profissionais.** Porto Alegre: Artmed, 2003. ISBN 85-363-0129-5.
- COLLIÈRE, Marie-Francoise – **Promover a vida.** Lisboa: Lidel, 1999. ISBN 972-757-109-3.
- CRAIG, Jean V.; SMYTH, Rosalind L. – **Prática Baseada na Evidência: Manual para Enfermeiros.** Camarate: Lusociência, 2004. ISBN 972-8383-61-4.
- DEODATO, Sérgio – **Responsabilidade profissional em Enfermagem Valorização da Sociedade.** Coimbra: Edições Almedinda SA, 2008. ISBN 978-972-40-3401-0.
- ELKIN, Martha; PERRY, Anne; POTTER, Patrícia – **Intervenções de enfermagem e procedimentos clínicos.** Loures: Lusociência, 2005. ISBN 972-8383-96-7.
- ESS/IPS – **Fundamentos, Enquadramento e Roteiro Normativo do Trabalho de Mestrado.** Setúbal, 2011.
- ESS/IPS – **Guia de Curso 1º Semestre.** Setúbal, 2014a.
- ESS/IPS – **Guia de Curso 2º Semestre.** Setúbal, 2014b.
- ESS/IPS – **Guia de Curso 3º Semestre.** Setúbal, 2015a.
- ESS/IPS – **Guia Orientador do Estágios 2º e 3º Semestre.** Setúbal, 2015b.
- FALCO, M. Suzanne – Faye Glenn Abdellah *in* GEORGE, Julia B. *et al.* – Teorias de Enfermagem: os fundamentos à prática profissional. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2000. ISBN 85-7307-587-2. P. 119-130.
- FORTIN, Marie-Fabienne – **Fundamentos e etapas do processo de investigação.** Loures: Lusodidacta – Soc. Port. de Material Didáctico, Lda., 2009. ISBN 978-989-8075-18-5.
- FORTIN, Marie-Fabienne – **O Processo de Investigação – da concepção à realização.** Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas Lda., 1999. ISBN 972-8383-10-X.

GERMANO, Ana *et al.* – **Código Deontológico do Enfermeiro: anotações e comentários.** Ordem dos Enfermeiros, 2003.

HESBEEN, Walter – **Cuidar no Hospital: Enquadrar os Cuidados de Enfermagem numa Perspectiva de Cuidar.** Loures: Lusociência, 2000. ISBN 972-8383-11-8.

HESBEEN, Walter – **Qualidade em Enfermagem: pensamento e acção na perspectiva do cuidar.** Camarate. Lusociência – Edições Técnicas e Científicas Lda., 2001. ISBN 972-8383-20-7.

HICHMAN, Janet – Introdução à Teoria de Enfermagem *in* GEORGE, Júlia B. *et al.* – Teorias de Enfermagem: os fundamentos à prática profissional. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2000. ISBN 85-7307-587-2. P. 11-19.

LEITE, Elvira; MALPIQUE, Manuela; SANTOS, Milice – **Trabalho de Projecto: 1. Aprender por Projectos Centrados em Problemas.** Porto: Edições Afrontamento, Lda., 2001. ISBN 972-36-0216-4.

LEITE, Elvira; MALPIQUE, Manuela; SANTOS, Milice – **Trabalho de Projecto: 2. Leituras Comentadas.** Porto: Edições Afrontamento, Lda., 1993. ISBN 972-36-0238-5.

MARTINS, Maria Aparecida – **Manual de Infecção Hospitalar: Epidemiologia, Prevenção e Controle.** Rio de Janeiro: MEDSI, 2001. ISBN 85-7199-256-8.

MEZOMO, João Catarin – **Gestão da Qualidade na Saúde: Princípios Básicos.** Brasil: Editora Manole Ltda., 2001. ISBN 85-204-1263-7.

NUNES, Lucília – **Um Olhar Sobre o Ombro: Enfermagem em Portugal (1881-1998).** Loures: Lusociência, 2003. ISBN 972-8383-30-4.

PEREIRA, Maria – **Comunicação de más notícias em saúde e gestão do luto.** Coimbra: Formasau 2008. ISBN 0978-972-8485-92-4.

PHILLIPS, Lynn Dianne – **Manual de Terapia Intravenosa.** 2º ed. Porto Alegre: Artmod, 2001. ISBN 85-7307-744.

PHIPPS, Wilma; SANDS, Judith; MAREK, Jane – **Enfermagem Médico-cirúrgica: conceitos e prática clínica.** 6.º ed. Camarate: Lusociência, 2003. ISBN 972-8383-65-7.

ROPER, Nancy; LOGAN, Winifred W.; TIERNEY, Alison J. – **Modelo de Enfermagem.** 3ª ed. Alfragide: Editora McGraw-Hill de Portugal, Lda., 1995. ISBN 972-9241-98-8.

ROPER, Nancy; LOGAN, Winifred W.; TIERNEY, Alison J. – **Modelo de Enfermagem Roper – Logan – Tierney**. Lisboa: Climepsi Editores, 2001. ISBN 972-796-013-8.

SALE, Diana – **Garantia da Qualidade nos Cuidados de Saúde: para os profissionais da equipa de saúde**. Lisboa: Principia, 2000. ISBN 972-97457-6-5.

SAPETA, Paula – **Cuidar em fim de vida: o processo de interação enfermeiro-cliente**. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda., 2011. ISBN 978-972-8930-69-1.

SERVIÇO DE UTILIZAÇÃO COMUM DOS HOSPITAIS – **Plano de Emergência Interno: Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E., Hospital de São Bernardo**. 2007. Acessível na Intranet do Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.

SILVA, João – **Quando a vida chegar ao fim**. Camarate: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda., 2006. ISBN 972-8930-25-9.

TOMEY, Ana M.; ALLIGOOD, Martha R. – **Teóricas de Enfermagem e Sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem**. 5º ed. Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda., 2004. ISBN 972-8383-74-6.

TWYXCROSS, Robert – **Cuidados Paliativos**. Lisboa: Climepsi – Sociedade Médico-Psicológica, Lda., 2003. ISBN 972-796-093-6.

VILELAS, José – **Investigação: O processo de Construção do Conhecimento**. Lisboa: Edições Síbaló, Lda., 2009. ISBN 978-972-618-557-4.

WILSON, Jennie – **Controlo de infeção na prática clínica**. Loures: Lusociência, 2003. ISBN 972-8383-57-6.

REFERÊNCIAS ELETRÓNICAS

AGUIAR, Dimas; SALOMON, Valério – Avaliação da prevenção de falhas em processos utilizando métodos de tomada de decisão. *Produção* [Em linha]. Vol. 17, nº3 (2007), p. 512-519 [Consult. em 30 Maio 2015]. Disponível em WWW:<http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/S0103-65132007000300008&pid=S0103-65132007000300008&pdf_path=prod/v17n3/a08v17n3.pdf> ISSN 0103-6513.

ANDRADE, Lúcia (2010) - *Plano de Emergência Externa do Hospital de Santo Espírito de Angra do Heroísmo, Ilha Terceira : Contributos para a Urgência Hospitalar na Região Autónoma dos Açores*. (Tese de Mestrado). [Em linha]. [Consult. em 21 Junho 2016]. Disponível em WWW:

<<http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/26246/2/TESE%20Lcia%20Andrade.pdf>>.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS – Organização de Serviços em Cuidados de Saúde – Recomendações da ANCP. [Em linha]. 2006 [Consult. em 26 Junho 2015]. Disponível em WWW:<http://www.apcp.com.pt/uploads/Recomendacoes_Organizacao_de_Servicos.pdf>.

AUGUSTO, I.C.C.M.F.R. (2013) – *O Cuidado de Enfermagem na Prevenção das Flebites*. (Tese de Mestrado). [Em linha]. [Consult. em 30 Junho 2015]. Disponível em WWW:<<http://repositorio.esenfc.pt/rc/>>.

BARBERO, J. – El derecho del paciente a la información: el arte de comunicar. An.Sist.Sanit.Navar. [Em linha]. Vol. 29, Supl. 3 (2006), p. 19-27. [Consult. em 21 Junho 2016]. Disponível em WWW: <http://scielo.isciii.es/pdf/asina/v29s3/original2.pdf>>. ISSN1137-6627.

BATALHA, Luís; *et al.* – Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão Portuguesa da escala *Behavioral Pain Scale – Intubated Patient* (BPS-IP/PT). Revista de Enfermagem Referência. [Em linha]. III Série, n.º 9 (2013), p. 7-16 [Consult. em 25 Junho 2016]. Disponível em WWW:<<http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/ref/vserIIIIn9/serIIIIn9a01.pdf>>.

BERMEJO, JC; *et al.* – Conspiración del silencio en familiares y pacientes al final de la vida ingresados en una unidade de cuidados paliativos: nível de información y actitudes observadas. Medicina Paliativa. [Em linha]. (2012) [Consult. em 27 Junho de 2016] Disponível em WWW:<http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pident_articulo=90195596&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=337&ty=107&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=337v20n02a90195596pdf001.pdf>.

CAMELO, Silvia; *et al.* – Perfil Profissional de Enfermeiros Atuantes em Unidades de Terapia Intensiva de um Hospital de Ensino. Ciencia e Enfermeria. [Em linha]. Vol. XIX, n.º 3 (2013), p. 51-62 [Consult. em 26 Junho 2016]. Disponível em WWW:<http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v19n3/art_06.pdf> ISSN 0717-2079.

CARLOTTI, Ana Paula – Acesso Vascular. Revista Medicina. [Em linha]. Vol. 45, n.º 2 (2012), p. 208-214 [Consult. em 22 Abril 2015]. Disponível em WWW:<http://revista.fmrp.usp.br/2012/vol45n2/Simp5_Acesso%20Vascular.pdf>.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION – Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections. [Em linha]. 2011. [Consult. em 10 Outubro 2015]. Disponível em WWW:< <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/guidelines/bsi-guidelines-2011.pdf>>.

CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL – Relatório de Prevalência de Infecção HSB – 2012. Comissão de Controlo de Infecção. Setúbal. 2013. Acessível no Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.

COMISSÃO DAS COMUNIDADES EUROPEIAS – Memorando Sobre Aprendizagem ao Longo da Vida. Em [linha]. Bruxelas, 2000. [Consult. em 2 de Julho de 2015] Disponível em WWW:< <https://infoeuropa.euroid.pt/files/database/000033001-000034000/000033814.pdf>>.

>.

COSTA, Maria; ANTUNES, Maria – Avaliação de sintomas em doentes sem perspetiva de cura. Revista de Enfermagem Referência. [Em linha]. III Série, n.º 7 (Julho 2012), p. 63-72 [Consult. em 26 Junho 2016]. Disponível em WWW:<<http://www.index-f.com/referencia/2012pdf/37-063.pdf>>.

DECRETO-LEI n.º 104/98. D.R. I Série A. 93 (1998-04-21) p. 1739-1757. [Em linha]. [Consult. em 5 Julho 2015]. Disponível em WWW:<http://portalcodgdh.min-saude.pt/images/0/0e/DL_104-98.pdf>.

DECRETO-LEI n.º 115/13. D.R. I Série. 151 (2013-08-07) p. 4749-4772. [Em linha]. [Consult. em 4 Abril 2016]. Disponível em WWW:<http://www.a3es.pt/sites/default/files/DL%20115_2013%20GADES.pdf>.

DECRETO-LEI n.º 124/11. D.R. II Série. 35 (2011-02-18) p. 8656-8657. [Em linha]. [Consult. em 18 de Junho 2016] Disponível em WWW:<http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20124_2011_CompeticenciasEspecifEnfPessoaSituacaoCritica.pdf>.

DECRETO-LEI n.º 161/96. D.R. I Série A. 205 (1996-09-04) p. 2959-2962. [Em linha]. [Consult. em 5 Julho 2015]. Disponível em WWW:< http://www.esenfcvpoa.eu/wp-content/uploads/2011/02/Decreto-Lei-161_96.pdf>.

DECRETO-LEI n.º 305/81. D.R. (1981-11-12) [Em linha]. [Consult. em 7 de Julho 2015]. Disponível em WWW:< <http://publicos.pt/documento/id568308/decreto-lei-305/81>>.

DECRETO-LEI n.º 437/91. D.R. I Série A. 257 (1991-11-08) [Em linha]. [Consult. em 7 de Julho 2015]. Disponível em WWW:< http://www.esencvpoa.eu/wp-content/uploads/2011/02/Decreto-Lei_437_91.pdf>.

DIAS, Conceição – Prevenção da Infecção Nosocomial – ponto de vista do especialista. Revista Portuguesa Medicina Interna. [Em linha]. Vol. 17, nº 1 (2010), p. 47-53 [Consult. em 2 Março 2015]. Disponível em WWW:< http://www.spci.pt/Revista/Vol_17/2010331_REV_Mar10_Volume17N1_47a53.pdf>.

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE – Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento. [Em linha]. 2003. [Consult. em 19 Junho 2016]. Disponível em WWW:< <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006185.pdf>> ISBN 972-675-097-0.

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE – Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor (PENPCDor). [Em linha]. 2013c [Consult. em 28 Junho 2015]. Disponível em WWW:< <https://www.dgs.pt/outros-programas-e-projetos/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/plano-estrategico-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-dor-penpcdor.aspx>>.

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE – Plano Nacional de Saúde: 3.3 Eixo Estratégico – Qualidade em Saúde. [Em linha]. 2013a [Consult. em 5 Junho 2015]. Disponível na WWW:< http://pns.dgs.pt/files/2012/02/0024_-_Qualidade_em_Sa%C3%BAde_2013-01-17_.pdf>.

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE – Precauções Básicas do Controlo de Infecção. [Em linha]. 2013b [Consult. em 9 Abril 2015]. Disponível em WWW:< <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0292012-de-28122012-png.aspx>>.

FONTANA, Rosane – As infecções hospitalares e a evolução histórica das infecções. Revista Brasileira de Enfermagem. [Em linha]. Vol. 59, nº 5 (2006), p. 703-706. [Consult. em 29 Março 2015]. Disponível em WWW:< http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/S0034-71672006000500021&pid=S0034-71672006000500021&pdf_path=reben/v59n5/v59n5a21.pdf>.

FRANCO, Luís – Infecção Associada aos Cuidados de Saúde. Enfermeiro. [Em linha]. 2010. [Consult. em 7 Abril 2015]. Disponível em WWW:< http://www.chbargarvio.min-saude.pt/NR/rdonlyres/B85D81E0-0C79-426E-9930-6CED2DFD0F7E/22433/IACS_final.pdf>.

GALINHA DE SÁ, Florinda; BOTELHO, Maria; HENRIQUES, Maria – Cuidar da Família da Pessoa em Situação Crítica: A Experiência do Enfermeiro. Pensar Enfermagem. [Em linha]. Vol. 19, n.º 1 (2015), p. 31-46. [Consult. em 26 Junho 2016]. Disponível em WWW:<http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE_19_1sem2015_31_46.pdf>.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES; WORLD HEALTH ORGANIZATION – ICN Framework of Disaster Nursing Competencies. [Em linha]. 2009. [Consult. em 18 Junho 2016]. Disponível em WWW:<http://www.wpro.who.int/hrh/documents/icn_framework.pdf?ua=1> ISBN 978-92-95-065-79-6.

LAGE, Maria João – Segurança do cliente: da teoria à prática clínica. Revista Portuguesa de Saúde Pública. [Em linha]. Vol. 10 (2010), p. 11-16 [Consult. em 13 Março de 2016]. Disponível em WWW:<[https://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2010/pdf/volume-tematico-seguranca-do-cliente/2-<Seguranca%20do%20cliente_%20da%20teoria%20a%20pratica%20clinica.pdf](https://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2010/pdf/volume-tematico-seguranca-do-cliente/2-<Seguranca%20do%20cliente_%20da%20teoria%20a%20pratica%20clinica.pdf>)>.

LEI n.º 52/12. D.R. I Série. 172 (05-09-2012) p. 5119-5124. [Em linha]. [Consult. em 23 Junho 2016]. Disponível em WWW:<<http://www.apcp.com.pt/uploads/leidebasesdoscp.pdf>>.

LEI n.º 80/15. D.R. I Série. 149 (2015-08-03) p. 5311-5326. [Em linha]. [Consult. em 25 Junho 2016]. Disponível em WWW:<<https://dre.pt/application/conteudo/69927759>>.

LEI n.º 111/09. D.R. I Série. 180 (2009-09-16) p. 6528-6550. [Em linha]. [Consult. em 16 Maio 2015]. Disponível em WWW:<http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Lei_111-09_16_Setembro_EstatutoOE.pdf>.

LEI n.º 156/15. D.R. I Série. 181 (2015-09-15) p. 8059-8105. [Em linha]. [Consult. em 30 Março 2016]. Disponível em WWW:<http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Lei_156_2015_SegundaAlteracaoEstatutoOE_set2015.pdf>.

LOTRA, Vanessa – A conspiração do silêncio nas más notícias: o aparente obstáculo intransponível. Percursos. [Em linha]. N.º6 (Out-Dez 2007), p.10-15 [Consult. em 22 Junho 2016]. Disponível em WWW:<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9127/1/Revista%20Percursos%20n06_Enfermagem%20-%20A%20conspira%C3%A7%C3%A3o%20do%20sil%C3%A2ncio%20nas%20m%C3%A1

[s%20not%C3%ADcias%20-](#)

[%20O%20aparente%20obst%C3%A1culo%20intranspon%C3%ADvel.pdf](#)>.ISSN 1646-5067.

LUGO, Maria e COCA, Maria - El pacto de silêncio en los familiares de los pacientes oncológicos terminales. Psicooncología. [Em linha]. Vol.5, nº1 (2008), p.53-69 [Consult. em 19 Junho 2016]. Disponível em WWW:<<http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0808130053A/15496>>.

MAGEROTE, Nelissa; *et al.* – Associação entre flebite e retirada de cateteres intravenosos periféricos. Texto & Contexto – Enfermagem. [Em linha]. Vol. 20, nº 3 (2011), p. 486-492. [Consult. em 18 Abril 2015]. Disponível em WWW:<http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/S0104-07072011000300009&pid=S0104-07072011000300009&pdf_path=tce/v20n3/09.pdf> ISSN 0104-0707.

MARTELETO, Cristiane; *et al.* – A supervisão no processo de trabalho do enfermeiro: um olhar sobre a punção venosa periférica. Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental online. [Em linha]. Vol. 2, nº 3 (2010), p. 1095-1104. [Consult. em 15 Abril 2015]. Disponível em WWW:<<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo;jsessionid=D53B6CC9401997B226097728A5D89644.dialnet01?codigo=3651550>> ISSN 2175-5361.

MARTINS, Kelly; *et al.* – Adesão às medidas de prevenção e controlo de infecção do acesso vascular periférico pelos profissionais de equipa de enfermagem. Ciência Cuidados e Saúde. [Em linha]. Vol. 7, nº 4 (2008), p. 485-492. [Consult. em 15 Abril 2015]. Disponível em WWW:<<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/6634/3908>>.

MENDONÇA, Katiane; *et al.* – Atuação da enfermagem na prevenção e controlo de infecção de corrente sanguínea relacionada a cateter. Revista de Enfermagem UERJ. [Em linha]. Vol. 19, nº 2 (2010), p. 330-333. [Consult. em 18 Abril 2015]. Disponível na WWW:<<http://www.facenf.uerj.br/v19n2/v19n2a26.pdf>>.

NUNES, Lucília; AMARAL, Manuela; GINÇALVES, Rogério – Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise dos casos. [Em linha]. Ordem Enfermeiros, 2005. [Consult. em 25 Março 2016]. Disponível em WWW:<

http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CodigoDeontologicoEnfermeiro_edicao2005.pdf>.

NUNES, Lucília; *et al.* – Janelas da Aprendizagem ao Longo da Vida. Percursos. [Em linha] Ano 2 n°3 (2007), p.6-22. [Consult. em 2 de Julho de 2015]. Disponível na WWW:<http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Percursos_n3_Jan2007.pdf>. ISSN 1646-5067.

OLIVEIRA, Anabela; PARREIRA, Pedro – Intervenções de enfermagem e flebitis decorrentes de cateteres venosos periféricos. Revisão sistemática da literatura. Revista de Enfermagem Referência. [Em linha]. Vol. III, n° 2 (2010), p. 137-147. [Consult. em 19 Abril 2015]. Disponível em WWW:<<http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn2/serIIIIn2a15.pdf>>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – A profissão. [Em linha]. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. 2010a. [Consult. em 3 Junho. 2015]. Disponível em WWW:<<http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Paginas/AProfissao.aspx>>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Divulgar – Padrões de Qualidade nos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Concetual Enunciados Descritivos. [Em linha]. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. 2001 [Consult. em 5 Junho. 2015]. Disponível na WWW:<<http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Divulgar: Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. [Em linha]. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. 2012 [Consult. em 8 Junho. 2015]. Disponível em WWW:<http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20regulamento%20do%20perfil_VF.pdf>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Modelo de Desenvolvimento Profissional. [Em linha]. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. 2009 [Consult. em 8 Junho. 2015]. Disponível em WWW:<http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/Newsletter_estudante_versao_final_rectificadaII.pdf>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Proposta de Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa. [Em linha]. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. 2014. [Consult. em 10 Junho. 2015]. Disponível em WWW:<

http://www.apcp.com.pt/uploads/oe_propostaregulamentopqcee_pscpaliativaaprovado-net.pdf>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. [Em linha]. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. 2010b. [Consult. em 7 Junho. 2015]. Disponível em WWW:<http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica_aprovadoAG20Nov2010.pdf>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa. [Em linha]. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. 2011b. [Consult. em 7 Junho. 2015]. Disponível em WWW:<http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MCEEMC_RegulamentoCEESituacaoCronicaPaliativa.pdf>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Pessoa em Situação Crítica. [Em linha]. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. 2011a. [Consult. em 8 Junho 2015]. Disponível em WWW:<<http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEEPessoaSituacaoCritica.pdf>>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. [Em linha]. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. 2015 [Consult. em 23 Abril 2016]. Disponível em WWW:<http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_2910_2015_VF_site.pdf>.

PINA, Eliane; SILVA, Goreti; FERREIRA, Etlvina – Relatório - Inquérito de Prevalência de Infecção. Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde. [Em linha]. Direção Geral de Saúde, Lisboa. 2010. [Consult. em 20 Março 2015]. Disponível em WWW:< <https://www.dgs.pt/programa-nacional-de-controlo-da-infeccao/ficheiros-de-upload/relatorio-ip-2010-pdf.aspx> >.

PORTUGAL, Ministério da Saúde - Prevalência de infecção adquirida no hospital e do uso de antimicrobianos nos hospitais portugueses. Departamento da Qualidade em Saúde. Inquérito 2012. [Em linha]. Direção Geral da Saúde, Lisboa. 2013. [Consult. em 22 Março 2015]. Disponível em WWW:< <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/inquerito-de-prevalencia-de-infeccao-adquirida-no-hospital-e-uso-de-antimicrobianos-nos-hospitais-portugueses-inquerito-2012-jpg.aspx>>.

PORTUGAL, Ministério da Saúde - Prevenção de Infecções Adquiridas no hospital - Um Guia Prático. [Em linha]. Direção Geral da Saúde, Lisboa. 2002. [Consultado em 15 de Março 2015]. Disponível em WWW:<<https://www.dgs.pt/paginaRegisto.aspx?back=1&id=12419>>.

PORTUGAL, Ministério da Saúde – Programa nacional de controlo da infeção – recomendações para prevenção da infeção associada aos dispositivos intravasculares. [Em linha]. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, Lisboa. 2006. [Consult. em 17 Março 2015]. Disponível em WWW:<<http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008552.pdf>>.

PORTUGAL, Ministério da Saúde – Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infeção Associada aos Cuidados de Saúde. [Em linha]. Direção Geral da Saúde, Lisboa. 2007. [Consult. em 20 Março 2015]. Disponível em WWW:<<http://www.ulsm.min-saude.pt/ResourcesUser/Documents/CCI/Programa Nacional Controlo Infeccao.pdf>>.

PORTUGAL, Ministério da Saúde - Programa Nacional De Prevenção e Controlo da Infeção Associada Aos Cuidados De Saúde. Manual De Operacionalização. [Em linha]. Direção Geral da Saúde, Lisboa. 2008. [Consult. 15 Março 2015] Disponível em WWW:<http://www1.arslvt.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/SPublica/Controlo%20Infeccao/SP_ManualdeOperacionalizacao.pdf>.

REGULAMENTO n.º 122/11. D.R. II Série. 35 (2011-02-18) [Em linha]. [Consult. em 7 de Julho 2015]. Disponível em WWW:<http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122_2011_CompetenciasComunsEnfEspecialista.pdf>.

ROSSWURM, Mary e LARRABEE, June – A Model for Change to Evidence-Based Practice. Journal Nursing Scholarship. [Em linha]. Vol. 31, nº 4 (1999), p. 317-322. [Consult. em 27 Março 2016]. Disponível em WWW:<http://www.library.armstrong.edu/eres/docs/eres/NURS4445-1_TAGGART/444502tagModelforChange.pdf>.

RUIVO, Maria; *et al.* – Metodologia de Projecto: Colectânia Descritiva de Etapas. Percursos [Em linha]. Nº 15 (2010), p. 1-37. [Consult. em 27 Abril 2015]. Disponível em WWW:<http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf>.

SILVA, Adriana; ZANETTI, Maria – Curativo para fixação de cateter intravenoso periférico: revisão integrada da literatura. Revista Brasileira de Enfermagem. [Em linha]. Vol. 57, nº 2 (2004), p. 233-236. [Consult. em 5 Março 2015]. Disponível em WWW:<<http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n2/a20v57n2.pdf>>.

SILVA, Maria Goreti – Controlo de infeção em Portugal: evolução e atualidade. Revista de Ciências da Saúde da ESSCVP. [Em linha]. Vol. 5, (2013), p. 1-8. [Consult. em 29 Março 2015]. Disponível em WWW:< <file:///C:/Users/Flavio%20Patoleia/Downloads/SS-103-Opini%C3%A3o.pdf>>.

SILVA, Ednamare; SUDIGURSKY, Dora – Concepções sobre cuidados paliativos: revisão bibliográfica. Artigo Revisão. [Em linha]. Vol. 21 n.º 3 (2008), p. 504-508 [Consult. em 19 Junho 2016]. Disponível em WWW:<http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n3/pt_20.pdf>.

SILVA, Sónia; FONSECA, Manuel; BRITO, Jorge – Metodologia FMEA e a sua Aplicação à Construção de Edifícios. Artigos de Revista: Laboratório Nacional de Engenharia Civil. [Em linha]. (2006), p. 1-12. [Consult. em 2 Abril 2015]. Disponível em WWW:<http://www.fep.up.pt/disciplinas/PGI914/Ref_topico3/FMEA_SS_MF_JB_QIC2006.pdf>.

VASCONCELOS, Pedro – Como redigir um relatório de estágio. [Em linha]. (2009) [Consult. em 10 Abril 2016]. Disponível em WWW:<<http://www.dcc.fc.up.pt/estagio/avaliacao/relat.pdf>>.

[ANEXOS]

ANEXO I – Autorização para utilização de dados relativos ao Inquérito de Prevalência da Infecção no Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.

Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.
Exma Sr.ª Enfermeira Diretora
Enfermeira Olga Ferreira

Setúbal, 25 de Maio de 2015

Autorizado
[Redacted]
Enfermeira Directora

Assunto: Pedido de autorização para utilização de dados relativos à Vigilância Epidemiológica e Prevalência da Infecção [Redacted].

Cristina Maria Alves Ribeiro, enfermeira, a exercer funções no Serviço de Especialidades Médicas do Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. - Hospital de São Bernardo, e no âmbito do 4º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, que se encontra a realizar, vem por este meio solicitar a autorização para utilizar dados relativos à prevalência das infeções no referido hospital. Acrescenta que a informação utilizada servirá de suporte ao desenvolvimento de um projeto de intervenção em serviço, relativo aos cuidados de enfermagem no manuseamento dos cateteres venosos periféricos, sob a orientação da Enfermeira [Redacted] Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e da Professora [Redacted] e já autorizado anteriormente (segue em anexo a autorização do projeto). De salientar que a informação utilizada será apenas usada para fins académicos.

Fico ao dispor de qualquer esclarecimento adicional necessário.
Obrigado pela disponibilidade.

Cristina Ribeiro

(Enfª Cristina Ribeiro)
Telemóvel: 964608029
email: tinha-ribeiro@hotmail.com

Elsa Monteiro

(Prof. Elsa Monteiro)
Telefone Escola: 265709300
email: elsa.monteiro@ess.ips.pt

ANEXO II – Autorização cedida pela autora para utilização da grelha de observações.



The screenshot shows an email interface with a pink header bar containing navigation options: Novo, Responder, Excluir, Arquivar, Lixo Eletrónico, Limpar, Mover para, and Categorias. The email subject is 'Re: Pedido Autorização'. The sender is identified as 'Cristina' with a profile picture icon. The email body contains the following text:

Olá colega
É com todo o gosto que concedo autorização para o que me solicitou no mail. Será benvindo tudo o que em conjunto conseguirmos realizar em prol da boa prática dos cuidados de enfermagem.
Resta-me desejar-lhe muitas felicidades.
Cumprimentos.

No dia 28 de abril de 2015 às 02:56, Cristina [redacted] escreveu:
Boa noite [redacted]

O meu nome é Cristina Ribeiro e sou enfermeira no Centro Hospitalar de Setubal.
Neste momento encontro-me a realizar o Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Durante a realização do meu estágio vou desenvolver um projeto relativo aos cuidados de enfermagem associados à inserção e otimização dos cateteres venosos periféricos, com o objetivo de construir um procedimento setorial sobre esta temática.

Venho desta forma, pedir autorização para adaptar o documento "Observação de procedimentos efetuados pelos enfermeiros no cateterismo venoso periférico", utilizada no Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, com o título: "Práticas dos enfermeiros no cateterismo venoso periférico", na construção de uma grelha de observações efetuada por mim e adaptada à minha realidade de prestação de cuidados.

Agradeço o tempo dispendido.
Atenciosamente,

ANEXO III – Autorização para implementação do projeto de intervenção em serviço no Serviço de Especialidades Médicas do Centro Hospitalar.

APRECIÇÃO DE PROJETOS		DESPACHO
ÁREA	Enfermagem <i>“Procedimento relativo à inserção e manuseamento dos cateteres venosos periféricos nos doentes internados no Serviço de Especialidades Médicas”</i>	Autorizado 24.4.15 f
AUTOR (ES)	Cristina Maria Alves Ribeiro/ tininha-ribeiro@hotmail.com /tlm: 964608029	
ENTIDADE ACADÉMICA	Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal <i>Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica</i>	
ORIENTADORES	<input type="text"/>	
SERVIÇO	Especialidades Médicas	
TIPO DE PROJETO	Projeto Intervenção-ação	
RESUMO	Projeto no âmbito da prevenção de Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS), especificamente aos cuidados de enfermagem na inserção e manuseamento de cateteres venosos periféricos. A autora pretende aplicar uma grelha de observação à equipa de enfermagem na prestação de cuidados aos cateteres venosos periféricos por forma a identificar possíveis necessidades de formação. O objetivo geral deste projeto prende-se com a uniformização dos cuidados de enfermagem relativos à cateterização venosa periférica através da elaboração de um procedimento e realização de formação à equipa de enfermagem.	
OBSERVAÇÕES	A autora responsabiliza-se a garantir o cumprimento de todos os procedimentos éticos, inerentes à realização do projeto, nomeadamente no respeito pela confidencialidade e anonimato e no caso específico da aplicação da grelha de observação, o consentimento informado.	
AUTORIZAÇÕES	Projeto autorizado por: <input type="text"/>	
Reunida e analisada a documentação entende-se não existirem razões que impeçam o desenvolvimento do projeto proposto, pelo que se sugere o seu deferimento.		
SGF – Área de Enfermagem		
20/04/2015,		<input type="text"/>

ANEXO IV – *Certificado de participação no III Congresso Internacional de Enfermagem Médico-Cirúrgica.*

III CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA
Gerir a (im)previsibilidade e complexidade

Certificado

Certifica-se que **Cristina Maria Alves Ribeiro**, nascido(a) a 1983-06-13, de nacionalidade Portuguesa, portador(a) do Documento de Identificação nº 12326526, válido até 2018-09-17, participou no **III Congresso Internacional de Enfermagem Médico-Cirúrgica**, que decorreu nos dias 05 e 06 de junho de 2015, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Coimbra, 06 de junho de 2015

A Comissão Organizadora
AEEEMC
Ricardo Almeida

UCPEMC ESEnFC
Maria da Conceição Saraiva da Silva Costa Bento

A Presidente da ESEnFC
Maria da Conceição Saraiva da Silva Costa Bento

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra – Rua 5 de Outubro ou Avenida Bissaya Barreto Apartado 7001 – 3046-851 COIMBRA – NIF 600081383
Certificado nº C005326-154/2015



PROGRAMA

6 de junho
9:00 | COMUNICAÇÕES LIVRES

10:15 | CONFERÊNCIA INICIAL
O ENFERMEIRO ESPECIALISTA NO SISTEMA DE SAÚDE – CUSTO OU INVESTIMENTO?
Presidente da Mesa: *Isabel Fernandes* [Professora, ESEnFC]
Conferencista: *António Amaral* [Professor, ESEnFC]

11:00 | MESA REDONDA
RESULTADOS ASSOCIADOS À PRÁTICA DE ENFERMAGEM
Moderador: *Isabel Moreira* [Professora, ESEnFC]
1) O ENFERMEIRO NO PRE-HOSPITALAR: GANHOS EM SAÚDE
Dulce Silva [Enfermeira, Delegação Centro do INEM]
2) TILGEM DE PRIORIDADES EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA: INDICADORES DE RESULTADO
Ángela Valença [Grupo Português de Triage]
3) CONSULTA DE ENFERMAGEM EM ESTOMATOLOGIA
Dora Neves [Enfermeira, Gabinete de Estomatologia do IPOCFG, Coimbra]
4) CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARES NA COMUNIDADE
Catarina Pazes [Equipa de Suporte em Cuidados Paliativos na Comunidade, IJLS do Baixo Alentejo]

14:30 | CONFERÊNCIA
COLHEITA DE ÓRGÃOS NA PCR IRREVERSÍVEL
Presidente da Mesa: *Luis Sarnados* [Professor, ESEnFC]
1) A ESTRATÉGIA DE ESPANHA
Cristina Vidal Tobar [Organización Nacional de Transplamación, Madrid, Espanha]
2) PERSPECTIVAS E DESAFIOS PARA A IMPLEMENTAÇÃO EM PORTUGAL
Paula Martins [Médico Intensivista no SMI do CHUC]

15:30 | MESA REDONDA
A PESSOA EM FALENCIA ORGÁNICA
Moderador: *Paula Alexandre Ferreira* [Professor, ESEnFC]
1) TRANSPLANTAÇÃO: NOVAS POSSIBILIDADES E DESAFIOS
Fernando Macário [Médico Nefrologista; Presidente da Sociedade Portuguesa de Transplantação]
2) O ENFERMEIRO NA COORDENAÇÃO DO GABINETE DE TRANSPLANTAÇÃO
Fernando Rodrigues [Enfermeiro, Coordenador de Colheita/Transplante]
3) MANUTENÇÃO DO DADOR DE ÓRGÃOS: ESTÁGIO DA ARTE
Fernando Nunes [Coordenador da Unidade de Transplantação Hepática e Pancreática do CHP, Hospital de St. António]
4) ENQUADRAMENTO LEGAL E ÉTICO NA TRANSPLANTAÇÃO
Sérgio Doador [Professor, Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa]

17:00 | CONFERÊNCIA FINAL
A MÚSICA COMO INSTRUMENTO DE CUIDADO, DE BEM-ESTAR E DE QUALIDADE DE VIDA
Presidente da Mesa: *Rui Gonçalves* [Professor, ESEnFC]
Conferencista: *Cristina Gígoate Pérez* [Professor, Universidade de Alcalá de Henares, Espanha]

4 de junho
09:00 - 18:00 | CURSOS
1) Gestão de recursos em situação de crise em urgência/emergência
2) Análise de dados quantitativos com recurso a SPSS®
3) Terapia compressiva como opção terapêutica adjuvante para o controlo da dor
4) Didaxe Periortoneal

14:00 - 18:00 | WORKSHOPS
1) Avaliação e apoio nutricional: terapêutica nutricional na cicatrização
2) Via aérea difícil
3) Electrocardiografia básica
4) Terapias inovadoras no tratamento de feridas
5) Perioperatório
6) Artigos científicos: arte, estratégias e impacto

5 de junho
9:00 | Sessão Solene de Abertura

9:30 | CONFERÊNCIA INICIAL
COMPLEXIDADE E IMPREVISIBILIDADE
Presidente da Mesa: *Maria da Conceição Benito* [Presidente da ESEnFC]
Idália 55 Chaves [Professora, Universidade de Aveiro]
1) PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIA NA COMPLEXIDADE E IMPREVISIBILIDADE
Silvia Garcia Mayor [Professora, Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Málaga, Espanha]

11:00 | MESA REDONDA
FORMAÇÃO E GESTÃO NA COMPLEXIDADE E IMPREVISIBILIDADE
Moderador: *Mª do Céu Carrageiro* [Presidente Conselho Pedagógico ESEnFC]
1) FORMAÇÃO PARA A TOMADA DE DECISÃO A SAF COMO ESTRATÉGIA INOVADORA
Rui Baptista [Professor, ESEnFC] & *Verónica Cavilinho* [Professora, ESEnFC]
2) GESTÃO DE CUIDADOS EM SITUAÇÃO DE RIM DE VIDA
Ana Paula Sapeto [Diretora da Escola Superior de Saúde, IP de Castelo Branco e membro da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos]
3) Plataforma de dados da saúde
Rui Romão [Gestor de Projeto, SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde]

14:00 | COMUNICAÇÕES LIVRES

15:00 | CONFERÊNCIA
EVENTOS ADVERSOS E CULTURA DE SEGURANÇA
Presidente da Mesa: *Isabel Simões* [Professora, ESEnFC]
Conferencista: *Amélia Castilho* [Professora, ESEnFC]

15:45 | MESA REDONDA
IMPLEMENTAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE PROJETOS PARA A SEGURANÇA
Moderador: *Nazaré Cerjejo* [Professora, ESEnFC]
1) PROGRAMA CIRÚRGICA SEGURA EM PORTUGAL
Manuel Valente [Enfermeiro, CHP - Hospital de St.º António, Coordenador Nacional do Programa Cirúrgico Seguro]
2) INFECÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE
Goreti Silva [Direção Geral da Saúde]



Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

ANEXO V – Declaração de presença na formação intitulada: “Morte Cerebral, Morte do Tronco Cerebral, Morte do Indivíduo”, desenvolvida pelo Serviço de Formação do Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.

Centro Hospitalar de Setúbal, EPE
Hospital de São Bernardo
Hospital Ortopédico Sant’Iago do Outão
Serviço de Gestão da Formação
Unidade Formativa Acreditada por Despacho de 03/08/2000 do
Secretário de Estado dos Recursos Humanos e da Modernização

CERTIFICADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL


Certifica-se que **CRISTINA MARIA ALVES RIBEIRO**, natural de **WISEU**, nascido/a a **13-06-1983**, com a nacionalidade **PORTUGUESA**, titular do N.º de Identificação Civil **12326526-6ZY3**, válido até **17-09-2018**, concluiu com aproveitamento o Curso de Formação **Contínua**

MORTE CEREBRAL - MORTE DO TRONCO CEREBRAL - MORTE DO INDIVÍDUO

em **08-04-2015**, com a duração de **4,5** horas.

Setúbal, **07-09-2015**

O (A) Responsável pelo Serviço de Gestão da Formação do Centro Hospitalar de Setúbal, EPE


(Assinatura e selo branco ou carimbo da entidade emitente)

Certificado n.º **101 /2015** de acordo com o modelo publicado na portaria 474/2010 de 8 de julho

ANEXO VI – Declaração de presença na formação intitulada: “Transporte do Doente Crítico”, desenvolvida pelo Serviço de Formação do Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.

Centro Hospitalar de Setúbal, EPE
Hospital de São Bernardo
Hospital Ortopédico Sant'iago do Outão
Serviço de Gestão da Formação
Unidade Formativa Acreditada por Despacho de 03/08/2000 do
Secretário de Estado dos Recursos Humanos e da Modernização

CERTIFICADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL


Certifica-se que **CRISTINA MARIA ALVES RIBEIRO**, natural de **UISEU**, nascido/a a **13-06-1983**, com a nacionalidade **PORTUGUESA**, titular do N.º de Identificação Civil **12326526-6ZY3**, válido até **17-09-2018**, concluiu com aproveitamento o Curso de Formação **Contínua**

TRANSPORTE DO DOENTE CRITICO (AÇÃO 1)

em **18-11-2015**, com a duração de **8** horas.

Setúbal, **20-11-2015**

O (A) Responsável pelo Serviço de Gestão da Formação do Centro Hospitalar de Setúbal, EPE


(Assinatura e selo branco ou carimbo da entidade emitente)

Certificado n.º **887 /2015** de acordo com o modelo publicado na portaria 474/2010 de 8 de julho

ANEXO VII – Declaração da participação no Curso de Trauma e no Curso de Suporte Avançado de Vida, desenvolvidos pelo Instituto Politécnico de Setúbal.



IPS
Instituto Politécnico de Setúbal
Escola Superior de Saúde



CRITICAL ESS
Núcleo de Formação em Emergência
Instituto Politécnico de Setúbal | Escola Superior de Saúde

Curso TRAUMA

Declaração

Para os devidos efeitos, se declara que a **Sra. Cristina Maria Alves Ribeiro**, participou no **Curso TRAUMA** ministrado pelo **Critical ESS** - Núcleo de Formação em Emergência da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, em parceria com os Bombeiros Sapadores de Setúbal, no dia 11 de Dezembro de 2015.

CONTEÚDOS DO CURSO

- Golden Hour
- Estrela da Vida
- Abordagem Inicial e Secundária
- Cinemática
- Choque
- Traumatismo Torácico
- Traumatismo Abdominal
- TCE
- TVM
- Resgate Multi-vítimas

DURAÇÃO: 7 horas



Responsável do *Critical ESS*
Prof. Nuno Oliveira



Responsável do Mestrado ENF. MC
Prof. Doutora Lurdes Martins



Coordenadora do Departamento de Enfermagem
Prof. Doutora Lucília Nunes





Curso de Suporte Avançado de Vida Declaração

CONTEÚDOS DO CURSO

CADEIA DE SOBREVIVÊNCIA
SUPPORTE BÁSICO DE VIDA - DAE
ABORDAGEM DA VIA AÉREA
CAUSAS DE PCR
ALGORITMO SAV
RITMOS DE PERI-PARAGEM
GASOMETRIAS
ORGANIZAÇÃO DA REANIMAÇÃO
EQUIPAS INTRA-HOSPITALARES
SITUAÇÕES ESPECIAIS DE PCR
CUIDADOS PÓS-REANIMAÇÃO
ÉTICA E DEONTOLOGIA EM REANIMAÇÃO

DURAÇÃO: 14 horas

Para os devidos efeitos, se declara que **Sra. Cristina Maria Alves Ribeiro**, participou no **Curso de Suporte Avançado de Vida** ministrado pelo **Critical ESS - Núcleo de Formação em Emergência** da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, nos dias 18 de Dezembro de 2014 e 15 Janeiro 2015.



Responsável do **Critical ESS**
Prof. Nuno Oliveira

Responsável do Mestrado ENF. MC
Prof. Doutora Lurdes Martins

Coordenadora do Departamento de
Enfermagem
Prof. Doutora Lucília Nunes

ANEXO VIII – Declaração da participação no Exercício Setlog, organizado pelo Serviço Municipal de Proteção Civil e Bombeiros de Setúbal.



**Exercício Setlog
Azeitão 2015**

Certificado

Certifica-se que Cristina Ribeiro, participou na
qualidade de Participante, no Exercício Setlog, em 23 e 24 de maio de 2015, organizado
pelo Serviço Municipal de Proteção Civil e Bombeiros de Setúbal.

A Presidente da Câmara Municipal de Setúbal

Maria das Dores Meira
Maria das Dores Meira



ANEXO IX – Declaração de frequência no Curso de Formação Contínua Obrigatória, desenvolvido pelo Serviço de Formação do Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.

Centro Hospitalar de Setúbal, EPE
Hospital de São Bernardo
Hospital Ortopédico Santiago do Outão
Serviço de Gestão da Formação
Unidade Formativa Acreditada por Despacho de 03/08/2000 do
Secretário de Estado dos Recursos Humanos e da Modernização

CERTIFICADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Certifica-se que **CRISTINA MARIA ALVES RIBEIRO**, natural de **UISEU**, nascido/a a **13-06-1983**, com a nacionalidade **PORTUGUESA**, titular do N.º de Identificação Civil **12326526-6ZY3**, válido até **17-09-2018**, concluiu com aproveitamento o Curso de Formação **Contínua Obrigatória**

FORMAÇÃO OBRIGATÓRIA NO ÂMBITO DO PROGRAMA DE ACREDITAÇÃO DA QUALIDADE - 11

em **26-05-2015**, com a duração de **15** horas.

Estrutura Curricular

Unidades de Formação / Módulos / Outras Designações	Horas
Módulo I - Plano de Emergência Interno - CGR	4
Módulo II – Suporte Básico de Vida - SBV	4
Módulo III – Controlo de Infecção - CCI	3
Módulo IV – Saúde e Segurança - SSO	4

Setúbal, **05-10-2015**

O (A) Responsável pelo Serviço de Gestão da Formação do Centro Hospitalar de Setúbal, EPE

(Assinatura e selo branco ou carimbo da entidade emitente)

Certificado n.º **622 /2015** de acordo com o modelo publicado na portaria 474/2010 de 8 de julho

[APÊNDICES]

APÊNDICE I – Pedido de autorização para utilização de dados relativos ao inquérito de prevalência da infeção do Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.

Exma Sr.^a Enfermeira Diretora

Setúbal, 22 de Maio de 2015

Assunto: Pedido de autorização para utilização de dados relativos à Vigilância Epidemiológica e Prevalência da Infeção do

Cristina Maria Alves Ribeiro, enfermeira, a exercer funções no Serviço de Especialidades Médicas do _____, e no âmbito do 4º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, que se encontra a realizar, vem por este meio solicitar a autorização para utilizar dados relativos à prevalência das infeções no referido hospital. Acrescenta que a informação utilizada servirá de suporte ao desenvolvimento de um projeto de intervenção em serviço, relativo aos cuidados de enfermagem no manuseamento dos cateteres venosos periféricos, sob a orientação da Enfermeira _____, Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e da Professora _____, e já autorizado anteriormente (segue em anexo a autorização do projeto). De salientar que a informação utilizada será apenas usada para fins académicos.

Fico ao dispor de qualquer esclarecimento adicional necessário.

Obrigado pela disponibilidade.

(Enf^a Cristina Ribeiro)

Telemóvel: 964608029

email: tininha-ribeiro@hotmail.com

(Prof. _____)

Telefone Escola:

email:

APÊNDICE II – Grelha aplicada para observação das intervenções de enfermagem relativas à cateterização venosa periférica.

Grelha de Observação

A grelha de observação apresentada de seguida foi elaborada pela Enfermeira Cristina Ribeiro, discente do Curso de 4º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde (ESS) do Instituto Politécnico de Setúbal (IPS). O teor da informação obtida com a aplicação deste instrumento de colheita de dados permitirá o desenvolvimento de um projeto de intervenção em serviço sobre os cuidados de enfermagem durante a cateterização venosa periférica, nos clientes internados no Serviço _____, no decorrer dos estágios I,II e III, fazendo parte do plano de estudos do curso referido anteriormente, sob a orientação da Enfermeira _____ e da Professora _____. A grelha de observação será aplicada aos enfermeiros do Serviço Especialidades Médicas e tem como objetivo verificar os cuidados de enfermagem adotados por estes, relativamente aos procedimentos associados à cateterização venosa periférica (inserção, fixação e manuseamento).

Cristina Maria Alves Ribeiro

GRELHA DE REGISTO DE OBSERVAÇÃO DE PROCEDIMENTOS REALIZADOS PELOS ENFERMEIROS DURANTE A CATETERIZAÇÃO VENOSA PERIFÉRICA

Serviço: _____

Observação n.º:

Data: ____/____/_____

1 - PROCEDIMENTOS EFETUADOS NA INSERÇÃO DO CATETER VENOSO PERIFÉRICO	SIM	NÃO	NÃO APLICÁVEL
1.1 - ANTES DA INSERÇÃO DO CATETER VENOSO PERIFÉRICO			
1.1.1 - Preparou todo o material que irá necessitar para a realização do procedimento			
1.1.2 - Higiene das mãos do profissional			
• Lavagem com sabão neutro/líquido.			
• Fricção com solução antisséptica de base alcoólica.			
• Não realizada.			
1.1.3 - Antissepsia do local da punção			
• Álcool etílico a 70°.			
• Solução cutânea à base de cloro-hexidina.			
• Utilizou compressas esterilizadas.			
• Utilizou técnica asséptica na desinfeção da pele (sentido proximal-distal).			
1.2 - DURANTE A INSERÇÃO DO CATETER VENOSO PERIFÉRICO			
• Calçou luvas não esterilizadas imediatamente antes do procedimento.			
• Manuseou o cateter corretamente durante a sua inserção.			
• Utilizou a técnica “no touch”.			
• Avaliou o funcionamento do cateter.			
• Utilizou outro cateter numa nova tentativa.			

2 - PROCEDIMENTOS EFETUADOS NA FIXAÇÃO DO CATETER VENOSO PERIFÉRICO			
2.1 - FIXAÇÃO DO CATETER VENOSO PERIFÉRICO			
2.1.1 - Execução do penso			
• Aplicou adesivo castanho sobre o orifício do cateter.			
• Aplicou adesivo hipoalérgico não tecido sobre o orifício do cateter.			
• Aplicou adesivo hipoalérgico transparente sobre o orifício do cateter.			
• Aplicou penso esterilizado transparente sobre o orifício do cateter.			
• Aplicou penso esterilizado opaco sobre o orifício do cateter.			
• Outro. Qual? _____			
2.1.2 - Adaptação ao Dispositivo de Perfusão			
• Utilizou um novo dispositivo de perfusão.			
• Identificou o novo dispositivo de perfusão com a data atual.			
2.1.3 - Registos Informáticos			
• Efetuou o registo do procedimento com a colocação deste no cliente.			
• Especificou no registo a data de colocação do cateter.			
• Especificou no registo o calibre do cateter.			
• Especificou no registo o local anatómico da inserção do cateter.			
• Selecionou as intervenções relacionadas com a troca do cateter com o que é preconizado.			
• Selecionou as intervenções relacionadas com a			

otimização do cateter com o que é preconizado.			
<ul style="list-style-type: none"> • Selecionou as intervenções relacionadas com a troca do dispositivo de perfusão com o que é preconizado. 			

GRELHA DE REGISTO DE OBSERVAÇÃO DE PROCEDIMENTOS REALIZADOS PELOS ENFERMEIROS NA MANUTENÇÃO DO CATETER VENOSO PERIFERICO

Serviço: _____

Observação n.º: ____

Data: ____/____/____

3 - PROCEDIMENTOS EFETUADOS NA MANUTENÇÃO DO CATETER VENOSO PERIFÉRICO	SIM	NÃO	NÃO APLICÁVEL
3.1 - Integridade local inserção			
<ul style="list-style-type: none"> • Local apresenta sinais inflamatórios. 			
3.2 – Penso			
<ul style="list-style-type: none"> • Encontra-se descolado. 			
<ul style="list-style-type: none"> • Encontra-se húmido/com repasse (sangue ou outro). 			
<ul style="list-style-type: none"> • Encontra-se fixado com penso esterilizado opaco. 			
<ul style="list-style-type: none"> • Encontra-se fixado com penso esterilizado transparente. 			
<ul style="list-style-type: none"> • Encontra-se fixado com adesivo hipoalérgico não tecido. 			
<ul style="list-style-type: none"> • Outro. Qual? _____ 			
3.3 - Dispositivos de Perfusão			
<ul style="list-style-type: none"> • Encontra-se identificado com a data de colocação. 			

3.4 - Registos Informáticos			
<ul style="list-style-type: none">• A colocação do cateter no cliente encontra-se registada.			
<ul style="list-style-type: none">• A data de colocação cateter encontra-se registada.			
<ul style="list-style-type: none">• O calibre do cateter encontra-se registado.			
<ul style="list-style-type: none">• O local anatómico onde se insere o cateter encontra-se registado.			
<ul style="list-style-type: none">• As intervenções relacionadas com a troca do cateter, encontram-se selecionadas, com o que é preconizado.			
<ul style="list-style-type: none">• As intervenções relacionadas com a otimização do cateter, encontram-se selecionadas, com o que é preconizado.			
<ul style="list-style-type: none">• As intervenções relacionadas com a troca do dispositivo de perfusão, encontram-se selecionadas, com o que é preconizado.			

APÊNDICE III – Pedido de autorização para implementação do Projeto de Intervenção em Serviço.

Exma Sr.^a Enfermeira Diretora
Enfermeira

Setúbal, 14 de Abril de 2015

Assunto: Pedido de autorização para desenvolvimento de um Projeto de Intervenção em Serviço (PIS), subjacente nos cuidados a ter durante a inserção e manutenção dos cateteres venosos periféricos, pelos enfermeiros, em clientes internados no Serviço

Cristina Maria Alves Ribeiro, enfermeira, a exercer funções no Serviço de _____, e no âmbito do 4º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Escola Superior de Saúde (ESS) do Instituto Politécnico de Setúbal (IPS), que se encontra a realizar, vem por este meio solicitar a autorização para desenvolver um PIS no serviço citado anteriormente.

Este projeto será realizado no decorrer do estágio, que terá lugar no mesmo serviço, e que decorre entre 16/03/2015 e 10/07/2015 (Estágio I e II), e entre 24/09/2015 e 30/01/2016 (Estágio III), sob a orientação da Enfermeira _____, Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, e da Professora _____. A temática foi considerada pertinente pela enfermeira chefe do serviço, Enfermeira _____, enfermeira orientadora e a enfermeira do Grupo Coordenador Local de Controlo de Infecção e Prevenção da Resistência aos Antimicrobianos (GCLCIPRA), Enfermeira _____, no decorrer de entrevistas não estruturadas realizadas.

Desta forma, venho solicitar autorização para aplicar uma grelha de observação à equipa de enfermagem do serviço, relativamente à temática, no sentido de observar algumas práticas que possam carecer de formação na área e de observar os registos de enfermagem no que concerne à cateterização venosa periférica.

Em anexo coloco o instrumento de colheita de dados, o respetivo consentimento informado e o diagnóstico de situação por mim desenvolvidos, e desta forma, comprometo-me a garantir que todas as questões éticas e deontológicas relacionadas com o estudo serão respeitadas e que a informação colhida será somente para fins académicos, mantendo o anonimato e a confidencialidade resultados obtidos.

Fico ao dispor de qualquer esclarecimento adicional necessário.

Obrigado pela disponibilidade.

(Enf^a Cristina Ribeiro)
Telemóvel: 964608029
email: tininha-ribeiro@hotmail.com

(Prof. _____)
Telefone Escola: _____
email: _____

APÊNDICE IV – Folha do consentimento livre e esclarecido.

Consentimento Livre e Esclarecido

Declaro que concordo em participar no Projeto de Intervenção em Serviço subordinado ao tema, cuidados de enfermagem na inserção, fixação e manuseamento do cateter venoso periférico, em clientes internados no Serviço

, elaborado pela Enfermeira Cristina Ribeiro, que se encontra a realizar estágio no Serviço no âmbito do Curso de 4º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, sob a orientação da Enfermeira e da Professora

Tenho conhecimento que a participação neste estudo se baseia num processo de observação e registo em grelha própria, desenvolvida com este propósito, efetuado pela Enfermeira Cristina Ribeiro, que visa observar o processo de cateterização venosa periférica, que inclui a inserção, fixação e manuseamento do cateter, no âmbito das intervenções de enfermagem.

Reconheço que os objetivos deste projeto me foram explicados, de forma a ter esclarecido todas as minhas questões, pelo que concordo de forma voluntária a participar neste estudo. Tenho conhecimento que sou livre de abandonar a minha participação neste estudo quando assim o entender, sem que advenham com a minha decisão prejuízos para com a minha pessoa.


Autorizo a utilização dos dados obtidos no âmbito deste estudo, e foi-me garantido que os mesmos serão unicamente utilizados neste projeto e que a minha identidade será ocultada e os dados permanecerão confidenciais.

Subscrevo-me de forma inteiramente livre, não estando sujeito a qualquer tipo de pressão ou promessa.

Setúbal, ____ de _____ de 2015

(Assinatura)

APÊNDICE V – *Informação à equipa de enfermagem do primeiro período de observações.*



Novo Responder | Excluir Arquivar Lixo Eletrónico | Limpar Mover para | Categorias ...

Período de observações

Cristina 12/05/2015

Para:

Boa noite colegas,

Tal como vos tinha comunicado, e após obter o vosso consentimento informado, informo-vos que me encontro em período de observações, relativamente aos cuidados de enfermagem relativos aos cateteres venosos periféricos, de 13 a 21 de Maio de 2015.

Obrigada pela vossa colaboração.
Encontro-me disponível para qualquer esclarecimento adicional.

Cumprimentos,
Cristina Ribeiro

APÊNDICE VI – Tratamento de dados obtidos através da primeira aplicação da grelha de observações.



**Instituto Politécnico de Setúbal
Escola Superior de Saúde**

4º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

**Grelha de Observação de Procedimentos de
Enfermagem na Cateterização Venosa
Periférica e Respetivo Tratamento de Dados**

Discente: Cristina Ribeiro

Enfermeira Orientadora: A. M.

Docente Orientador: E. M.

Setúbal, Junho de 2015

LISTA DE SIGLAS

CH – Centro Hospitalar

CVP – Cateter Venoso Periférico

ESS/IPS – Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal

EV – Endovenosa

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

GCLCIPRA – Grupo Coordenador Local de Controlo de Infecção e Prevenção da Resistência
aos Antimicrobianos

PIS – Projeto de Intervenção em Serviço

SABA – Solução Antisséptica de Base Alcoólica

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SEM – Serviço de Especialidades Médicas

ÍNDICE DE GRÁFICOS	Pág.
Gráfico 1 – Preparação do material necessário para a cateterização venosa periférica.	11
Gráfico 2 – Higienização das mãos do profissional.	11
Gráfico 3 – Assepsia utilizada no local da punção.	12
Gráfico 4 – Inserção do cateter venoso periférico.	13
Gráfico 5 – Tipo de penso escolhido na fixação do cateter venoso periférico.	14
Gráfico 6 – Utilização e identificação do dispositivo de perfusão.	15
Gráfico 7 – Registos de enfermagem após a inserção do cateter venoso periférico no cliente.	16
Gráfico 8 – Integridade do local de inserção do cateter venoso periférico.	17
Gráfico 9 – Características do penso utilizado na fixação do cateter venoso periférico no cliente.	18
Gráfico 10 – Colocação da data no dispositivo de perfusão.	18
Gráfico 11 – Registos de enfermagem da manutenção do cateter venoso periférico no cliente.	19

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	5
1. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS	7
2. PROCESSAMENTO DE RESULTADOS	9
2.1 Procedimentos Realizados Durante a Cateterização Venosa Periférica	10
2.2 Procedimentos Realizados na Manutenção da Cateterização Venosa Periférica	16
3. ANÁLISE DOS RESULTADOS	20
CONCLUSÃO	24
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	26

INTRODUÇÃO

No âmbito dos estágios I e II, da Unidade Curricular Enfermagem Médico-Cirúrgica I, do 2º semestre, do Curso de 4º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal (ESS/IPS), foi-nos proposto a elaboração de um Projeto de Intervenção em Serviço (PIS) de acordo com a metodologia de projeto.

Pelo facto de sermos elementos dinamizadores do Grupo Coordenador Local de Controlo de Infecção e Prevenção da Resistência aos Antimicrobianos (GCLCIPRA) do Serviço de Especialidades Médicas (SEM), de um Centro Hospitalar (CH), tínhamos interesse em desenvolver um projeto na área do controlo de infeção, já que esta área se afigura de interesse para todos nós. A prevenção das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) deverá ser alvo dos nossos cuidados permanentes. A acrescentar a estas razões, na nossa prática diária temos verificado que existe falta de uniformização nos procedimentos de inserção, fixação e manuseamento dos cateteres venosos periféricos (CVP), o que poderá conduzir ao desenvolvimento de infeções associados a estes.

Após a realização de entrevistas não estruturadas à Enfermeira Orientadora, Enfermeira Chefe do SEM, Enfermeira do GCLCIPRA do CH, e posteriormente discutida a problemática com Professora Orientadora, concordamos que seria importante a criação de um procedimento de enfermagem relativo à inserção e manuseamento do CVP nos clientes internados no SEM.

Para fundamentarmos e validarmos a escolha desta temática, na fase de diagnóstico de situação aplicamos uma grelha de observação aos procedimentos relativos à inserção, fixação e manutenção do CVP, incluindo o seu registo no Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE), através do *software SClínico*.

Decidimo-nos pela utilização de uma grelha de observação como método de colheita de dados, com a finalidade de observarmos as intervenções dos enfermeiros relacionadas com a cateterização venosa periférica. Para Fortin (2009), as grelhas de observação permitem verificar o comportamento das pessoas ou acontecimentos.

A grelha de observação era constituída por duas partes. A primeira parte tinha como objetivo recolher informações relativas às intervenções de enfermagem, através da observação dos enfermeiros, durante a cateterização venosa periférica em momentos distintos: antes, durante e após a inserção do CVP, incluindo os registos de enfermagem da técnica realizada. A segunda parte da grelha incidia na observação da manutenção do CVP.

Assim, estabelecemos como objetivos para este documento:

- Dar a conhecer a grelha de observação aplicada;
- Apresentar os resultados obtidos através da grelha de observação;
- Analisar os resultados obtidos através da grelha de observação.

O presente documento encontra-se dividido em cinco capítulos, Introdução, Instrumento de Colheita de Dados, Processamento dos resultados, Análise dos resultados e Conclusão.

Com a elaboração deste trabalho esperamos, além de atingirmos os objetivos a que nos propusemos, despertar e sensibilizar a equipa de enfermagem para esta temática.

A redação deste documento baseia-se no novo acordo ortográfico português, com as indicações do Guia Orientador para a Elaboração de Trabalhos Escritos do Departamento de Enfermagem da ESS/IPS, e encontra-se referenciado segundo a Norma Portuguesa 405.

1. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Um instrumento de colheita de dados é, (...) *qualquer recurso que o investigador pode recorrer para conhecer os fenómenos e extrair deles a informação* (Vilelas, 2009, p. 265).

Com a intenção de conhecer o comportamento das pessoas, de forma a colher os dados sobre a problemática em estudo, optamos por construir uma grelha de observação (Fortin, 2009).

A observação pode ser dividida em não estruturada e estruturada, e varia consoante as necessidades do investigador (Fortin, 2009). No desenvolvimento do PIS, foi utilizada uma observação estruturada, com a finalidade de observar e descrever de forma sistemática os comportamentos dos enfermeiros relativos aos procedimentos da cateterização venosa periférica.

Fortin (2009) refere que, antes de procedermos à colheita de dados através de uma observação estruturada, se deverá estabelecer um plano de observação que dará resposta às seguintes questões: O que observar? Quando se devem anotar as observações? Como será anotado o comportamento ou acontecimento? Onde se farão as observações? E Quem fará as observações?

Importa salientar, que a grelha de observação foi construída por nós, com base noutra já existente e utilizada num Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, após ter sido obtido consentimento para a sua utilização por parte da autora da mesma.

Fortin (2009, p. 368) corrobora com a conceção do instrumento de colheita de dados pelo investigador, ao referir que, *pode acontecer que ele tenha que construir o seu próprio instrumento para poder atingir os objetivos do seu estudo.*

Para dar resposta às questões colocadas acima, ficou decidido que o objetivo da aplicação da grelha de observação seria recolher informações relativas às intervenções de enfermagem na cateterização venosa periférica, através da observação da equipa de enfermagem em momentos distintos. O registo dos resultados destas observações seria efetuado com base em três critérios: Sim, Não e Não Aplicável.

Como foi enunciado anteriormente, a grelha de observação era constituída por duas partes. A primeira parte tinha como objetivo recolher informações relativas às intervenções de enfermagem antes, durante e após a inserção do CVP, incluindo os registos de enfermagem da técnica realizada e a segunda parte da grelha incidiram na observação direta do CVP e da sua manutenção.

Inicialmente observaram-se as intervenções de enfermagem antes da inserção do CVP, incluindo a preparação do material necessário para realizar o procedimento, a higienização das mãos do profissional e a antissepsia do local da punção. Nas intervenções de enfermagem relacionadas com a inserção do CVP, observou-se a segurança do profissional na punção. Nas intervenções de enfermagem relacionadas com a fixação do CVP, observou-se o tipo de penso escolhido para a fixação do CVP e a utilização ou não de um novo dispositivo de perfusão. Por último observaram-se os registos de enfermagem da técnica realizada. A segunda parte da grelha tinha como objetivo observar diretamente o CVP, nomeadamente, as características do seu local de inserção, o penso utilizado na sua fixação, a integridade do penso e os registos de enfermagem associados a estas intervenções.

Estas observações seriam efetuadas pelos autores do PIS, à equipa de enfermagem do SEM, num período de tempo definido e conhecido por esta. Na primeira parte da grelha, as observações foram anotadas à medida que o acontecimento, neste caso a cateterização venosa periférica, se ia executando. Na segunda parte da grelha, as observações seriam anotadas de forma aleatória, bastando para isso que o cliente fosse portador de um CVP.

Juntamente à criação da grelha de observação, elaboramos uma folha para esclarecimento da mesma. Após explicação da execução e finalidade do PIS à equipa de enfermagem, foi-lhes entregue um formulário de consentimento livre e esclarecido, onde se garantiu a confidencialidade dos dados e o anonimato das pessoas envolvidas, e ainda que, a sua participação no estudo era voluntária, podendo os participantes abandonar a sua participação do mesmo, quando assim o entendessem, sem que adviessem com essa decisão prejuízos para os envolvidos.

Para Fortin (2009, p. 193),

o consentimento é a aquiescência dada por uma pessoa para a participação num estudo, o consentimento só é considerado como livre e voluntário se a pessoa, que dá a sua concordância, usufruiu de todas as suas faculdades mentais e não foi sujeira a nenhuma manipulação, coerção ou pressão. Para que o consentimento seja esclarecido, é preciso que a pessoa possua toda a informação necessária para poder julgar das desvantagens e dos inconvenientes da sua participação.

No dia 14/04/2015, foi realizado um pedido autorização para a implementação do PIS à Sr.^a Enfermeira Diretora do CH, através do Serviço de Formação do mesmo CH, tendo sido redigido um documento no qual se descrevia sumariamente o problema identificado (Ficha de Definição do Problema). Juntamente a este documento englobaram-se também os

pareceres favoráveis da Enfermeira Chefe e Diretor Clínico do SEM para a realização do PIS, a grelha de observação e o consentimento livre e esclarecido.

No dia 27/04/2015, recebemos a autorização para a realização do PIS por parte da Sr.^a Enfermeira Diretora do CH. Após obtermos o consentimento livre e esclarecido por parte da equipa de enfermagem, que decorreu entre o dia 29 de Abril e o dia 6 de Maio de 2015, no dia 12 de Maio de 2015, os participantes foram informados por correio eletrónico que o período de observações decorreria entre do dia 13 a 21 de Maio de 2015.

Para a aplicação da grelha de observações construída por nós, como já foi referido, não se impunha que fosse feito um pré teste à mesma. Contudo, e para verificar se os itens sujeitos a observação estariam bem definidos e não conduziram a respostas ambíguas (Sim, Não e Não Aplicável), e ainda para conferir que estes permitiam a recolha da informação pretendida, foram entregues grelhas de observação a três enfermeiros com formação diferenciada nesta área, Enfermeira Orientadora, Enfermeira do GCLCIPRA e Enfermeiro Elemento Dinamizador do GCLCIPRA, que não mostraram qualquer dúvida no preenchimento da grelha.

2. PROCESSAMENTO DE RESULTADOS

Neste capítulo apresentamos os dados colhidos através da aplicação da grelha de observação.

Os dados foram obtidos através da observação de um conjunto de enfermeiros que constituíram a amostra. Previamente à seleção da amostra, identificámos a população que participou no estudo. Para Fortin (2009, p. 311), *a população define-se como um conjunto de elementos (Indivíduos, espécies, processos) que têm características comuns.*

Fortin (2009, p. 311) define a população alvo como, *conjunto das pessoas que satisfazem os critérios de seleção definidos previamente.* A população alvo definida para o nosso PIS, foram todos os enfermeiros que desempenhavam funções no SEM, já que todos eles têm conhecimentos teórico-práticos para executar o procedimento da cateterização venosa periférica num cliente.

Após a identificação da população procedeu-se à seleção da amostra. Para Vilelas (2009, p. 309), *a seleção da amostra, deve ser representativa da totalidade da população, para que os resultados possam generalizar-se.* Fortin (2009, p. 310) acrescenta que, *uma amostra retirada da população alvo, informa-nos sobre as características desta, sem que seja necessário estudar toda a população.*

Desta forma, dos vinte e seis elementos que faziam parte da população alvo, foram selecionados vinte e um participantes para integrarem a amostra, sendo sobre eles que

incidiram as observações acerca das intervenções de enfermagem associadas à cateterização venosa periférica. Dos cinco enfermeiros excluídos do estudo, um enfermeiro encontrava-se a exercer funções de gestão de serviço, um encontrava-se a prestar cuidados de enfermagem na área da reabilitação dos clientes, um encontrava-se de baixa médica e os outros dois enfermeiros foram excluídos do estudo porque lhes foi aplicado o pré-teste.

Após a realização das observações, procedemos a uma análise estatística descritiva. Fortin (2009, p.411) refere que, *a parte descritiva da estatística tem por objectivo destacar o conjunto dos dados brutos tirados de uma amostra de maneira que sejam compreendidos, tanto pelo investigador como pelo leitor.*

Os resultados obtidos no conjunto foram tratados de forma a tornarem-se expressivos, para isso foram sujeitos a tratamento estatístico em forma de percentagem (Bardim, 2011).

Na opinião de Vilelas (2009, p. 309), com base em Reis (1996), este tipo de estatística descritiva, *consiste na recolha, e exposição de dados numéricos através da criação de instrumentos adequados: quadros, gráficos e indicadores numéricos.*

Nos subcapítulos seguintes, serão apresentados sob a forma de gráficos, os dados obtidos das observações efetuadas. Optamos pela representação gráfica, já que esta permite visualizar de forma mais direta aquilo que queremos transmitir. O programa informático utilizado para realizar o tratamento de dados foi o Microsoft Office Excel 2013[®].

2.1 Procedimentos Realizados Durante a Cateterização Venosa Periférica

A primeira parte da grelha de observação apresentava afirmações relacionadas com os procedimentos realizados durante a cateterização venosa periférica.

Foram efetuadas 18 observações relativas a este critério. O **primeiro item** de observação deste critério centrou-se em procedimentos efetuados **antes** da inserção do CVP. Desta forma, pretendia-se observar se os profissionais de saúde preparavam todo o material necessário para a realização da cateterização venosa periférica num cliente.

Da totalidade das observações efetuadas verificámos que em 39% das situações o material foi preparado, a nos restantes 61%, ele não foi preparado.

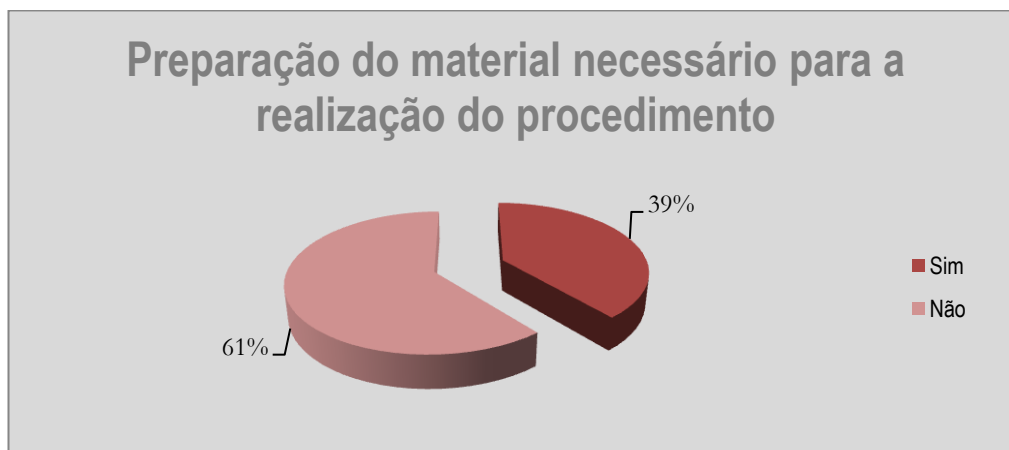


Gráfico 1 – Preparação do material necessário para a cateterização venosa periférica.

Em seguida observou-se a realização da higienização das mãos pelos profissionais de saúde. Relativamente às opções disponíveis no SEM, verificámos que das 18 observações efetuadas, 23% dos profissionais de saúde higienizaram as mãos, e 77% não realizou esta técnica. Dos que higienizaram as mãos 6% fê-lo com água e sabão líquido, e 17% preferiu utilizar a Solução Antisséptica de Base Alcoólica (SABA), como se pode verificar no gráfico número 2.

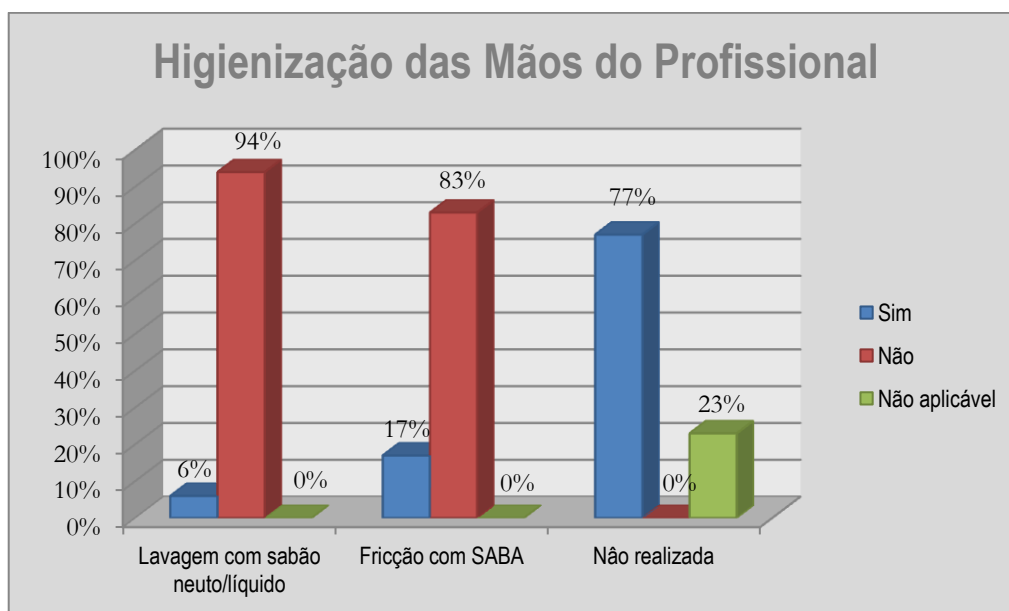


Gráfico 2 – Higienização das mãos do profissional.

De seguida, e ainda relativamente aos procedimentos efetuados **antes** da inserção do CVP, observámos a antissepsia da pele no local da punção do cliente, e verificámos que do

total das observações efetuadas, 33% utilizavam o álcool para a desinfeção da pele, e em 67% este desinfetante não foi utilizado.

Através da visualização do gráfico 3, podemos constatar que a outra opção de desinfeção da pele era a Solução cutânea com álcool e cloro-hexidina (*Skin Prep*), contudo esta não foi utilizada em nenhuma das observações efetuadas.

Ainda relativamente a este gráfico, podemos verificar que das 18 observações efetuadas, as compressas esterilizadas foram utilizadas em 11% das situações e nas restantes 89%, estas não foram utilizadas na desinfeção da pele.

Já no que respeita à técnica asséptica utilizada na desinfeção da pele (sentido proximal - distal), o gráfico mostra-nos que ela está presente em 83% das observações efetuadas.

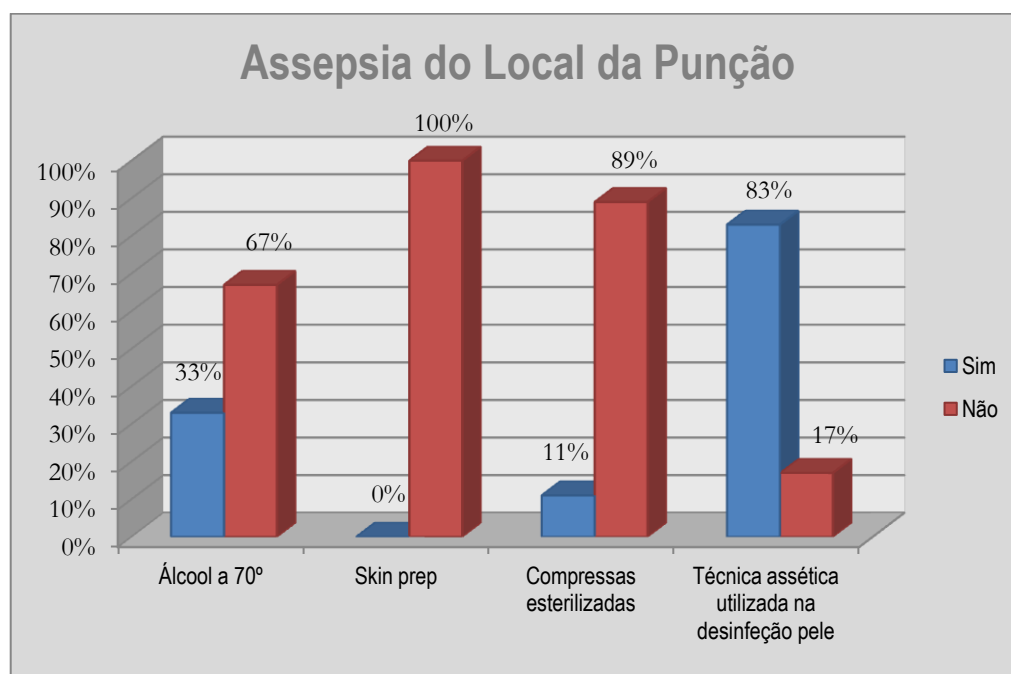


Gráfico 3 – Assepsia utilizada no local da punção.

O **segundo item** de observação neste critério centrou-se nos procedimentos efetuados **durante** a inserção do CVP.

Das 18 observações efetuadas constatamos que, em 78% delas, os profissionais calçavam luvas não esterilizadas para realizar o procedimento. Foi também observado um correto manuseamento do cateter, com 94% de conformidade. Em relação à utilização da técnica “*no touch*”, constatamos que 56% dos enfermeiros não a exerce. Verificamos também, que em todas as observações efetuadas (100%), o cateter inserido no cliente, foi testado, relativamente ao seu funcionamento. No que respeita à utilização de um novo CVP, numa

nova tentativa de punção, constatamos que, das 18 observações efetuadas, 89% não se aplicavam, porque não foi necessário uma nova tentativa de punção e das restantes observações (11%), em que foi necessário uma nova tentativa de puncionar o cliente, foi utilizado um novo CVP, como se pode visualizar no gráfico número 4.

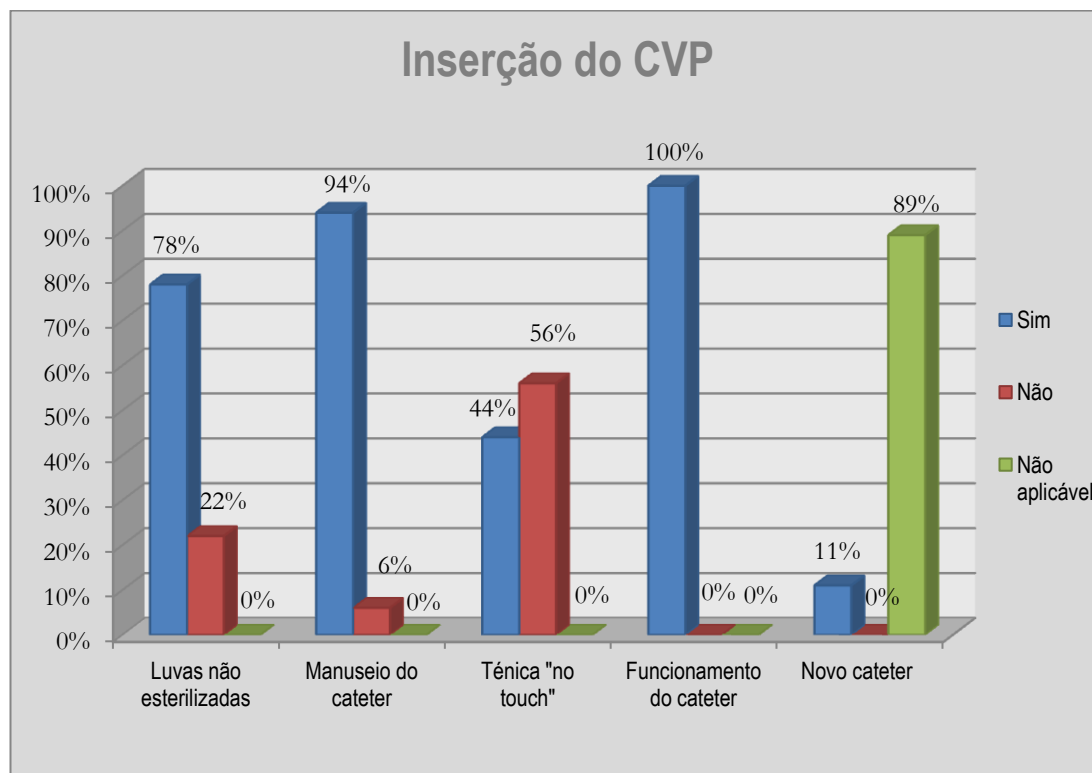


Gráfico 4 – Inserção do cateter venoso periférico.

O **terceiro item** de observação neste critério centrou-se nos procedimentos efetuados **na fixação** do CVP.

Das 18 observações efetuadas verificamos que, o penso mais escolhido pela equipa de enfermagem para fixar o CVP ao cliente é o adesivo castanho, em 83%, seguindo-se o adesivo hipoalérgico não tecido em 56%. Da análise do gráfico número 5, ressaí que, em apenas 33% se utilizou adesivo esterilizado na fixação do CVP no cliente, em que, 11% das ocasiões foi utilizado adesivo esterilizado transparente e em 22% foi utilizado adesivo esterilizado opaco.

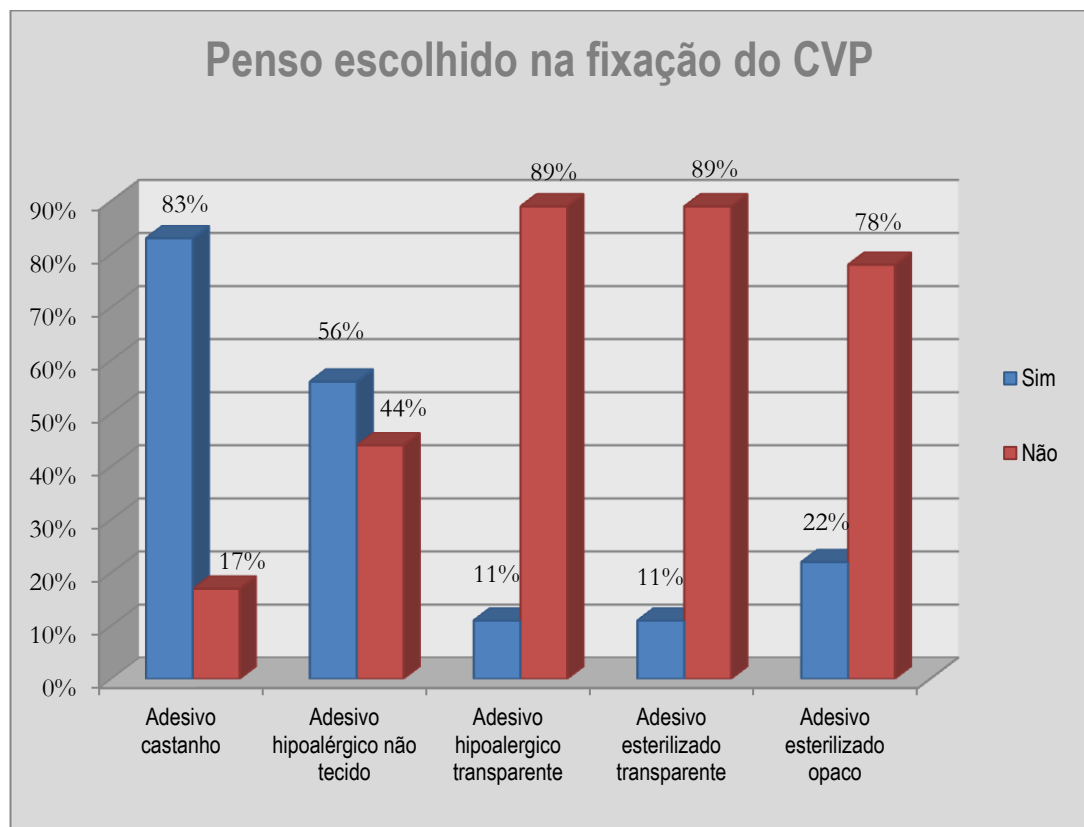


Gráfico 5 – Tipo de penso escolhido na fixação do cateter venoso periférico.

Quanto ao dispositivo de perfusão, as observações incidiram na utilização, ou não utilização de um novo dispositivo de perfusão quando o cliente era puncionado com um novo CVP. O que verificamos foi que, das 18 observações, 39% não se aplicavam uma vez que os clientes ficaram com acesso obturado, ou seja, sem nenhuma perfusão endovenosa (EV) em curso. Dos restantes, em que os clientes mantiveram perfusão EV em curso, apenas em 18% das situações o dispositivo de perfusão foi substituído por um novo, verificando-se que em 82% das ocasiões, ele não foi substituído, tendo-se mantido o que estava a ser utilizado no acesso periférico anterior.

Relativamente à identificação do novo dispositivo de perfusão com a data em que foi colocado no cliente, verificou-se que eles foram substituídos em 18% das situações, como foi referido anteriormente, contudo em nenhuma ocasião, os dispositivos de perfusão foram identificados com a data de colocação, o que perfaz 100% de inconformidade neste item.

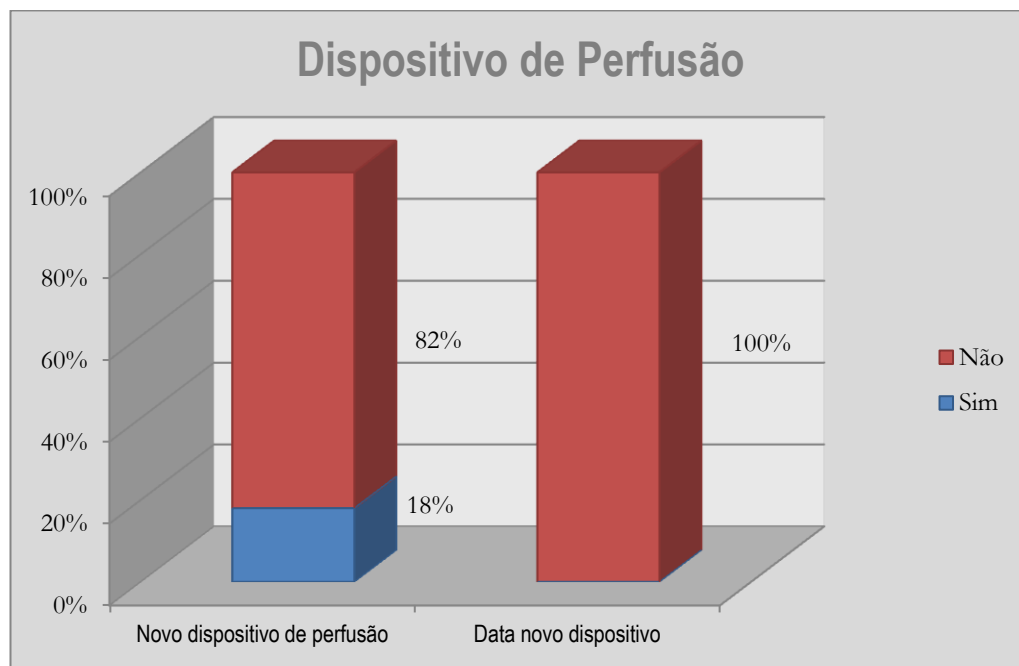


Gráfico 6 – Utilização e identificação do dispositivo de perfusão.

O **quarto item** de observação neste critério, centrou-se nos **registos de enfermagem** efetuados no SAPE, através da utilização do *software SClínico*, após a colocação do CVP.

Das observações realizadas aos registos de enfermagem, após a colocação do CVP no cliente verificamos que, das 18 observações efetuadas aos registos do procedimento de inserção do cateter no cliente, 22% destas não foram realizadas, e 78% resultaram com o registo da sua inserção no *software SClínico*. Da totalidade de registos do procedimento de inserção do cateter no cliente, 29% foi associado à realização do procedimento a data do procedimento, 36% das observações foi colocado o calibre do CVP inserido no cliente, e 21% das situações foi registado o local anatómico do cliente onde foi inserido o CVP.

Quanto às intervenções associadas com a troca do CVP, 78% das ocasiões em que foi realizado o registo do CVP no *software SClínico*, verificamos que, em nenhuma delas esta intervenção estava definida com o que é preconizado.

Quanto às intervenções associadas à otimização do CVP e a nível de registos informáticos, 78% das ocasiões em que foi realizado o registo do CVP no *software SClínico*, verificamos que, em apenas 14% esta intervenção estava definida com o que é preconizado.

Por último, e relativamente às intervenções associadas à troca dos dispositivos de perfusão, das 78% das situações em que foi realizado o registo do CVP no *software SClínico*,

constatamos que, em nenhuma delas esta intervenção estava definida com o que é preconizado, como se pode comprovar com o gráfico número 7.

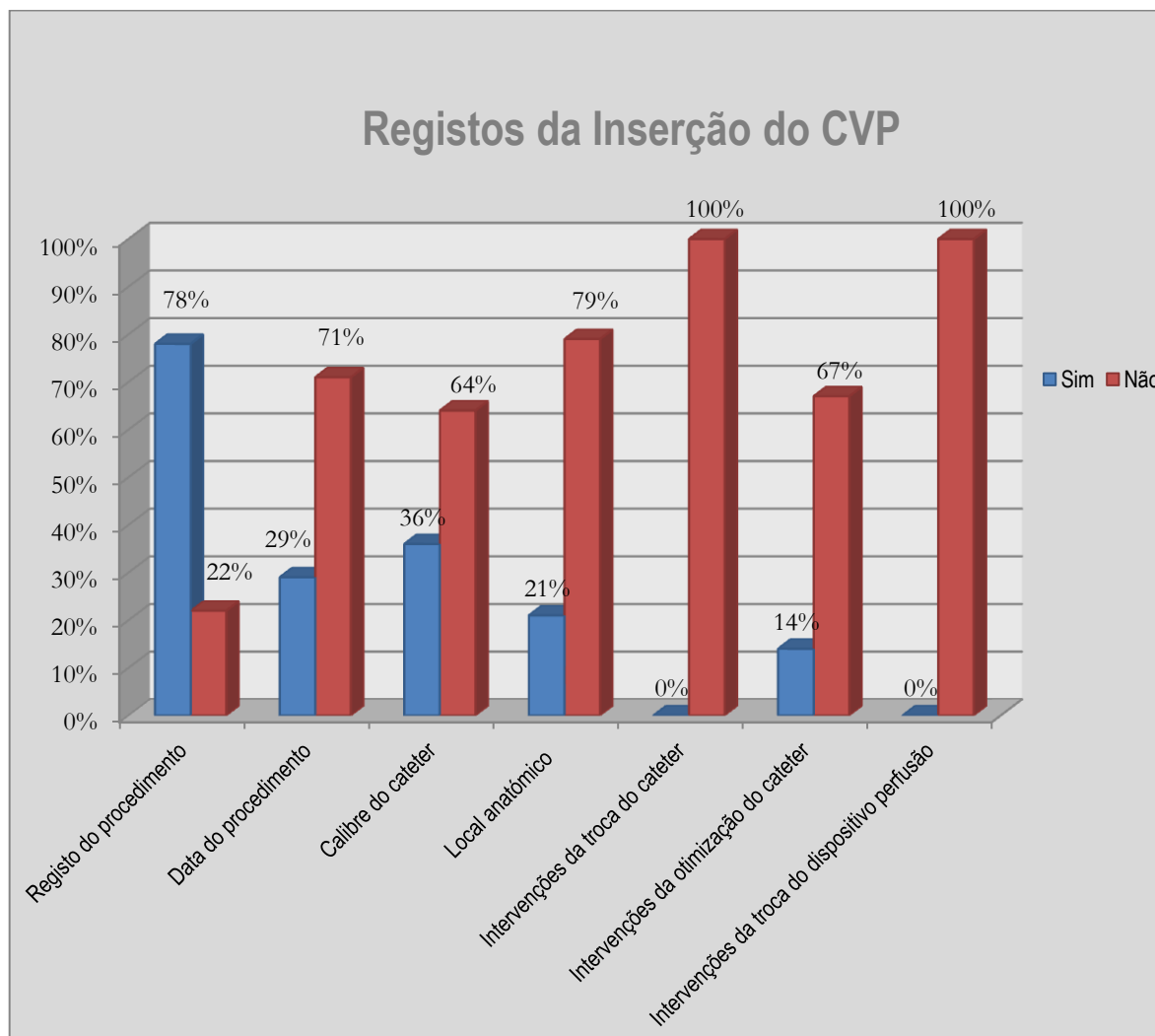


Gráfico 7 – Registos de enfermagem após a inserção do cateter venoso periférico no cliente.

2.2 Procedimentos Realizados na Manutenção da Cateterização Venosa Periférica

A segunda parte da grelha de observação apresentava afirmações relacionadas com os procedimentos realizados na manutenção da cateterização venosa periférica.

Foram efetuadas 36 observações relativas a este critério. O **primeiro item** de observação neste critério centrou-se na integridade do local de inserção do cateter. Verificamos que em 33% das observações, este local apresentava sinais inflamatórios.

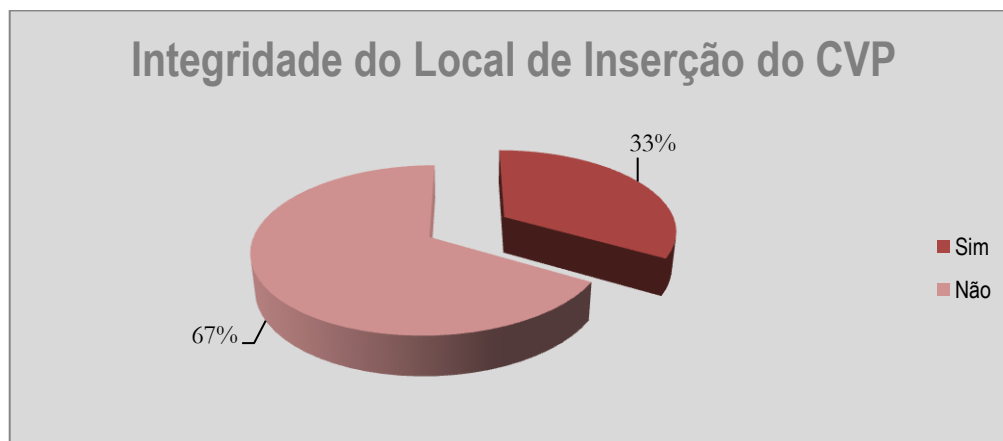


Gráfico 8 – Integridade do local de inserção do cateter venoso periférico (sinais inflamatórios).

O **segundo item** de observação neste critério centrou-se nas características do penso utilizado para fixação do CVP ao cliente. Das 36 observações efetuadas, verificamos que 56% delas o penso se encontrava descolado.

Verificamos também, que do total de observações efetuadas, 56% das situações o penso de fixação do CVP se encontrava húmido ou com repasse.

Relativamente ao tipo de penso utilizado na fixação do CVP, verificamos que em 42% das observações, foi utilizado o adesivo hipoalérgico, seguindo-se do penso esterilizado transparente com 36% e por último o penso esterilizado opaco com 19%.

A combinação de dois tipos de pensos não é significativa, contudo ainda se observou uma vez a utilização de dois pensos não esterilizados para fixação do CVP no cliente, como se pode verificar no gráfico número 9.

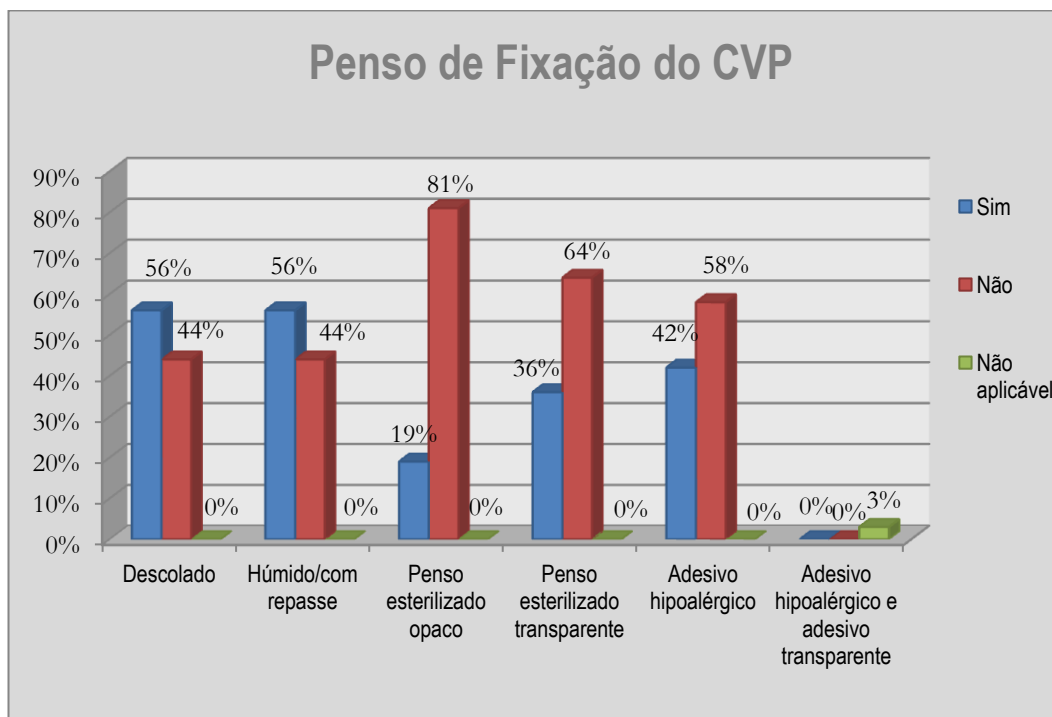


Gráfico 9 – Características do penso utilizado na fixação do cateter venoso periférico no cliente.

O **terceiro item** de observação neste critério centrou-se na colocação da data nos dispositivos de perfusão. Das 36 observações efetuadas, 47% destas apresentavam acesso periférico obturado, desta forma restaram-nos 53% de observações para analisar. Destes 53%, apenas 11%, foi colocado a data no dispositivo de perfusão, como se pode verificar no gráfico seguinte.

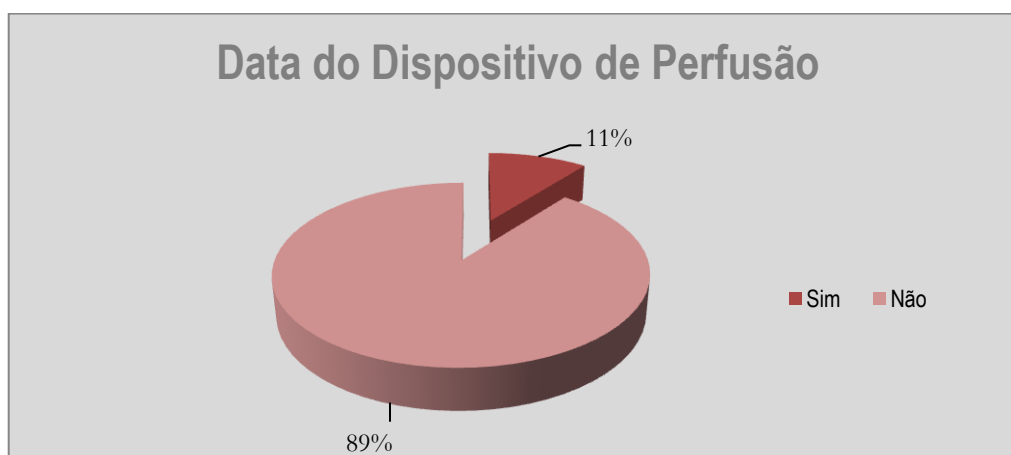


Gráfico 10 – Colocação da data no dispositivo de perfusão.

Por último, o **quarto item** de observação neste critério, centrou-se nos registos de enfermagem no *software SClínico*, relativos à inserção do CVP no cliente. Das 36 observações efetuadas, verificamos que 19% delas não continham o registo do CVP no sistema informático e nas restantes 81%, o registo do procedimento estava a ser efetuado. Destes 81% de observações, 31% incluíam a data de inserção do CVP, 17% incluíam o registo do calibre do cateter inserido e 38% apresentavam o local anatómico do cliente onde foi inserido o CVP.

No que respeita às intervenções associadas com a troca do CVP no cliente, e da análise do gráfico número 11, verificamos que estas estavam a ser realizadas poucas vezes (97%), quando comparadas com a percentagem de vezes que elas foram realizadas (3%).

As intervenções associadas à otimização do CVP foram positivas em 24% das observações.

Para terminarmos esta análise, e ainda relativamente ao gráfico número 11, verificamos que no total das 36 observações, em 42% era esperado a definição correta da intervenção da troca do dispositivo de perfusão, no sistema informático, contudo ela nunca chegou a ser efetuada, que corresponde a 100% de inconformidade.

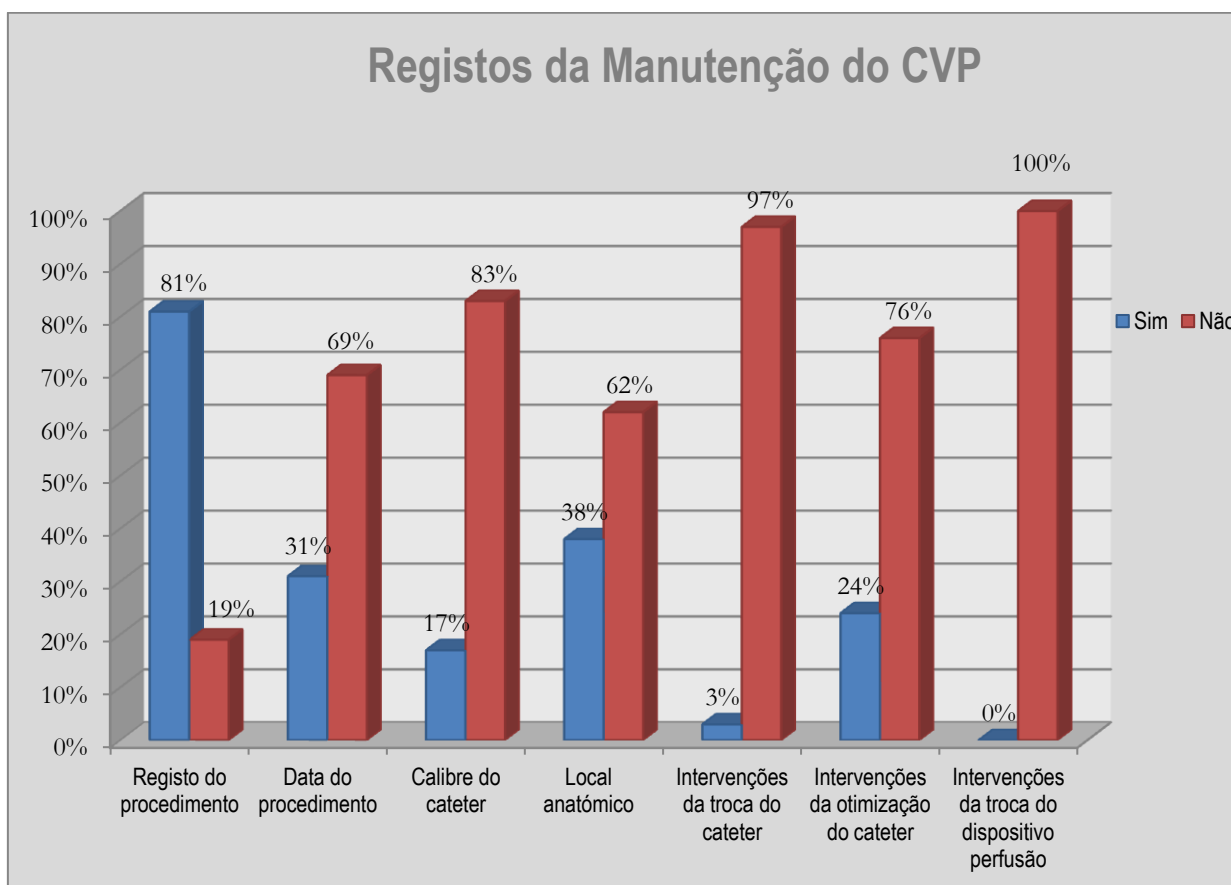


Gráfico 11 – Registos de enfermagem da manutenção do cateter venoso periférico no cliente.

3. ANÁLISE DOS RESULTADOS

No capítulo anterior apresentámos os resultados obtidos, neste momento pretendemos analisá-los e interpretá-los. A análise dos resultados é uma etapa fundamental deste trabalho, já que permite salientar os dados mais significativos que foram encontrados.

Fortin (2009, p. 474) corrobora com esta opinião ao referir que, *a análise dos resultados tem por finalidade considerar em detalhe os resultados obtidos, tendo em vista realçar o essencial. Ela incide sobre a descrição dos factos, que teve lugar na etapa da análise estatística dos dados.*

Primeiramente iremos analisar os dados obtidos com o preenchimento da grelha de observação relativa aos **procedimentos realizados durante a cateterização venosa periférica.**

A preparação do material necessário para realizar uma tarefa, é parte integrante do dia-a-dia dos profissionais de saúde. Relativamente à preparação do material necessário para cateterizar um acesso venoso periférico num cliente verificámos que a maioria da equipa de enfermagem, 61%, não o realiza, o que provoca abandono do cliente durante a realização da técnica para reunir o material em falta.

É do conhecimento comum dos profissionais de saúde que o uso da técnica assética deverá estar presente durante todo o processo de execução da cateterização venosa periférica. Relativamente à higienização das mãos do profissional antes de procedimentos asséticos, o que verificamos da análise dos dados, é que apenas 23% dos enfermeiros a realiza, existindo ainda uma percentagem significativa de enfermeiros (77%), que não cumpre esta diretriz.

Quanto à escolha do desinfetante a utilizar para permitir uma assepsia adequada da pele do local de punção do cliente, verificamos que 33% dos enfermeiros utiliza o álcool, sendo que os restantes 67%, utilizam outra solução não indicada para esse fim neste CH. Ainda relativamente a este aspeto da assepsia do local de punção, constatamos que 89% dos enfermeiros não utilizam compressas esterilizadas na realização deste procedimento, contrariamente àquilo que se preconiza. Já no que respeita à utilização da técnica assética utilizada na desinfeção da pele (sentido proximal-distal), verificamos que a maioria dos enfermeiros, 83%, utiliza a técnica correta. Relativamente à utilização da técnica “*no touch*”, constatamos que 56% dos enfermeiros não a exerce, o que pode levar à contaminação daquele local de punção.

Outro item que foi objeto de observação foi os procedimentos efetuados durante a inserção do CVP, tendo-se verificado que a utilização de luvas esteve presente na maioria das

observações efetuadas (78%), contudo constatamos que a sua utilização não é prática regular por todos os profissionais de saúde na execução desta técnica, já que 22% não as utilizaram.

Relativamente à correta manipulação do CVP, na sua maioria ele foi utilizado de forma correta, verificamos que 94% dos enfermeiros o fizeram de forma adequada.

Verificamos também, que o CVP inserido no cliente foi testado quanto à sua permeabilidade todas as vezes, representado por 100% das observações.

Quanto à utilização de novo um novo CVP, em caso de uma nova tentativa de cateterização verificou-se que este princípio se cumpriu na totalidade (100%).

Ao analisarmos os dados relativos ao tipo de penso escolhido para a fixação do CVP, verificamos que o penso mais escolhido foi o adesivo castanho (83%), seguindo-se o adesivo hipoalérgico não tecido (56%). Torna-se importante salientar, que ambos os pensos mencionados anteriormente são pensos não esterilizados, o que quebra o princípio da assepsia utilizada no decorrer desta técnica.

Os pensos preconizados para a fixação do CVP ao cliente são os pensos esterilizados, podendo ser transparentes ou opacos, sendo que os transparentes apresentam mais vantagens, contudo pelas observações efetuadas verificámos que os pensos esterilizados são utilizados em minoria, representando 33% das observações.

Outro procedimento que mereceu a nossa atenção foi a utilização de um novo dispositivo de perfusão EV quando o cliente era puncionado com um novo CVP, tendo-se verificado que apenas 18% das vezes ele foi trocado. Associado a este procedimento verificamos que, das poucas vezes que o dispositivo de perfusão EV foi trocado, em nenhuma delas (100%), ele foi identificado com a data de colocação no cliente, dificultando desta forma a sua troca com o que recomendado.

Os registos de enfermagem são parte integrante do trabalho desempenhado pela equipa de enfermagem, tornando-se uma prática diária nos contextos de prestação de cuidados. A cateterização venosa periférica é um procedimento que se tornou uma realidade diária nos serviços de saúde. Esta técnica poderá estar associada a complicações no cliente de diversas formas. Cabe-nos a nós enfermeiros, estarmos atentos a essa possibilidade, e nunca negligenciar os registos corretos desta técnica, que deveria ser um facto adquirido por todos os enfermeiros.

O *software SClínico* utilizado no CH, permite uma correta identificação, com intervenções de enfermagem que podem ser associadas à inserção do CVP no cliente.

Sendo assim, os registos de enfermagem da cateterização também mereceram o nosso interesse, e no que concerne ao registo deste procedimento, verificamos que este foi

efetuado 78% das situações, podemos então concluir que ainda nem todos os enfermeiros fazem o registo do CVP. Quanto às intervenções associadas a esta técnica, verificamos que 29% dos enfermeiros lhe associa a data do procedimento, 36% dos enfermeiros lhe associa o calibre do cateter inserido e 21% dos enfermeiros lhe associa o local anatómico onde foi inserido o CVP no cliente.

Quanto às intervenções relacionadas com a troca do CVP e com a troca dos dispositivos de perfusão EV, verificamos que estas não estavam a ser bem determinadas pelos enfermeiros, uma vez que em nenhuma das observações estas intervenções estavam a ser bem estabelecidas (100%). Relembramos que o que está preconizado é que a troca do CVP em adultos sem complicações associadas seja entre 72-96h, e a troca dos dispositivos de perfusão EV seja a cada 72h.

Seguidamente iremos analisar os dados obtidos com o preenchimento da grelha de observação relativa aos **procedimentos realizados na manutenção da cateterização venosa periférica**.

No que respeita à integridade do local de inserção do CVP verificamos que 33% das observações efetuadas, este local apresentava sinais inflamatórios, como rubor, calor, edema e dor.

Relativamente às características do penso utilizado para fixação do CVP ao cliente, verificamos que 56% das observações ele se encontrava descolado. Este valor é igual às observações efetuadas com pensos húmidos ou com repasse (56%). Podemos aferir que os pensos nestas circunstâncias não são os adequados para a fixação de um CVP, pelo risco de complicações.

Os resultados obtidos relativos ao tipo de penso utilizado na fixação do CVP ao cliente demonstram que 55% dos enfermeiros utilizaram pensos esterilizados nesta técnica, 36% utilizaram pensos esterilizados transparentes e 19% utilizaram pensos esterilizados opacos. A utilização de pensos não esterilizados foi de 42%, ligeiramente inferior ao valor apresentado nos resultados obtidos nos procedimentos realizados durante a cateterização venosa periférica, (56%). Pensamos que este fato se deve à chegada ao SEM, de novos pensos esterilizados transparentes para utilização nas cateterizações venosas periféricas.

À semelhança dos resultados obtidos anteriormente no item relativo à identificação com a data da colocação do dispositivo de perfusão EV, na manutenção do CVP, este problema continua a persistir, verificamos que em 53% das observações efetuadas, apenas 11% destas, foi colocado data do dispositivo de perfusão.

Para terminar esta análise resta-nos abordar a questão dos registos de enfermagem na manutenção do CVP. Os resultados obtidos não diferem muito dos registos de enfermagem efetuados na inserção do CVP. Do total de observações verificamos que 81% dos enfermeiros realizou a intervenção associadas à inserção do CVP no *software SClínico*, 31% dos enfermeiros incluíram a data do procedimento, 17% dos enfermeiros incluíram o registo do calibre do CVP inserido e 38% incluíram o local anatómico do cliente onde o CVP foi colocado. Pela análise dos dados, constatamos que a percentagem de enfermeiros que não faz o registo adequado da inserção e manutenção do CVP nos clientes ainda é significativa, nomeadamente em intervenções associadas com a data do procedimento, calibre do cateter e local anatómico.

A intervenção no *software SClínico* associada à troca do CVP no cliente continua a não ser realizada corretamente, verificamos que 97% dos enfermeiros não a definiram com o que é recomendado.

Ainda relativamente aos registos de enfermagem realizados no *software SClínico*, a intervenção associada à troca do dispositivo de perfusão EV, nunca chegou a ser efetuada corretamente, que corresponde a 100% de inconformidade neste item.

CONCLUSÃO

A cateterização venosa periférica é a forma de administração de terapêutica EV mais utilizada nas instituições de saúde, sendo o enfermeiro, o profissional de eleição responsável pelo seu procedimento. Desta forma, a cateterização venosa periférica tem vindo a assumir cada vez mais importância na prestação de cuidados de saúde, devido à sua vasta possibilidade de utilização. A realização deste procedimento requer por parte do profissional que o executa competências técnicas e científicas.

A realização deste trabalho mostrou ser de extrema importância para o progresso do PIS. O esclarecimento à equipa de enfermagem do seu desenvolvimento permitiu o envolvimento desta na realização deste projeto.

Da análise efetuada no capítulo anterior, foi-nos possível chegar às seguintes conclusões:

- Os princípios de assepsia preconizados pelas recomendações internacionais, relativos à cateterização venosa periférica não estão a ser cumpridos pela maioria dos enfermeiros;
- Não existe homogeneidade na escolha do penso preconizado para a fixação do CVP ao cliente;
- Não existe uniformidade na mudança de um novo dispositivo de perfusão EV, quando é colocado um novo CVP;
- Os registos de enfermagem realizados após a cateterização venosa periférica não estão a ser efetuados no seu todo, e quando este registo é efetuado, verificaram-se falhas relativas às intervenções relacionadas com este, como a data de colocação, o calibre do cateter e local anatómico do cateter inserido;
- O registo das intervenções associadas à troca do CVP ou à troca do dispositivo de perfusão, também não estão a ser efetuadas com que é recomendado.

Por tudo o que foi exposto, finalizamos este trabalho, concluindo que existe falta de uniformidade por parte da equipa de enfermagem no procedimento de inserção, fixação e manuseamento dos cateteres venosos periféricos, de forma a prevenir as IACS. Pelos resultados obtidos podemos concluir que para dar resposta a esta necessidade é de elevada

importância a elaboração de um procedimento relativo ao tema e a realização de sessões formativas à equipa de enfermagem do SEM no âmbito desta temática.

Consideramos ter atingido os objetivos inicialmente propostos, tendo esta experiência contribuído para um conhecimento mais aprofundado deste tema em estudo, permitindo também o desenvolvimento do nosso PIS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARDIM, Laurence – **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, Lda., 2011. ISBN 978-972-44-1506-2.

FORTIN, Marie-Fabienne – **Fundamentos e etapas do processo de investigação**. Loures: Lusodidacta – Soc. Port. de Material Didáctico, Lda., 2009. ISBN 978-989-8075-18-5.

MOREIRA, João Manuel – **Questionários: Teoria e Prática**. Coimbra: Livraria Almedina, 2004. ISBN 972-40-2142-4.

VILELAS, José – **Investigação: O Processo de Construção do Conhecimento**. Lisboa: Edições Síbaló, Lda., 2009. ISBN 978-972-618-557-4.

APÊNDICE VII – *Failure Mode and Effects Analysis.*

Failure Mode and Effects Analysis (FMEA)									
Descrição do Processo	Etapas	G	Modo Potencial de Falhas	O	Efeitos	D	RPN	Causas	Ações a Desenvolver
Cuidados de Enfermagem na Cateterização Venosa Periférica	Inserção do Cateter Venoso Periférico	4	• Não preparação do material necessário para o procedimento.	7	• Gasto de tempo.	3	84	<ul style="list-style-type: none"> • Desmotivação dos profissionais. • Falta de uniformização do procedimento no serviço. • Falha nos cuidados de assética na inserção de um dispositivo invasivo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Revisão bibliográfica. • Sensibilização dos enfermeiros para a sua importância na prevenção das IACS. • Implementação de um procedimento em serviço alusivo à cateterização venosa periférica. • Formação à equipa de enfermagem do serviço.
		8	• Não higienização das mãos.	10	• Possibilita a transmissão cruzada de microrganismos.	7	560		
		8	• Ausência de luvas no procedimento.	8	• Possibilita a exposição a fluidos e perfurantes.	2	128		
		10	• Ausência de desinfeção da pele com álcool a 70° ou desinfetante com cloro-hexidina.	10	• Aumenta a probabilidade de infeção.	4	400		
		10	• Ausência da técnica “no touch”.	9	• Possibilita a contaminação.	4	360		
		10	• Não utilização de outro cateter numa nova tentativa.	2	• Facilita a infeção.	2	40		
		6	• Ausência de avaliação do funcionamento do cateter.	2	• Incerteza quanto à permeabilidade do cateter.	2	24		
	Fixação do Cateter Venoso Periférico	9	• Não aplicação de penso esterilizado no orifício de inserção do cateter.	9	• Aumenta a probabilidade de infeção.	2	162	<ul style="list-style-type: none"> • Desmotivação dos profissionais; • Falta de uniformização do procedimento no serviço. • Falha nos cuidados de assética na inserção de um dispositivo invasivo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Revisão bibliográfica. • Sensibilização dos enfermeiros para a sua importância na prevenção das IACS. • Implementação de um procedimento em serviço alusivo à cateterização venosa periférica. • Formação à equipa de enfermagem do SEM.
		9	• Não utilização de compressas esterilizadas na desinfeção da pele.	10	• Aumenta a probabilidade de infeção.	2	180		
		8	• Não utilização de um novo dispositivo de perfusão.	10	• Possibilita a transmissão de microrganismos;	5	400		
		4	• Não identificação do novo dispositivo de perfusão com data atual.	10	• Incerteza da data de substituição do dispositivo de perfusão.	2	80		

	Manuseamento do Cateter Venoso Periférico	10	• Falha na troca dos cateteres às 72-96 horas.	10	• Aumento da probabilidade de ocorrência de infeção.	5	500	<ul style="list-style-type: none"> • Desmotivação dos profissionais; • Falta de uniformização do procedimento no serviço; • Falha nos cuidados de assética na inserção de um dispositivo invasivo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Revisão bibliográfica. • Sensibilização dos enfermeiros para a sua importância na prevenção das IACS. • Implementação de um procedimento em serviço alusivo à cateterização venosa periférica. • Formação à equipa de enfermagem do serviço.
		10	• Falha na troca dos dispositivos de perfusão às 72 horas.	10	• Aumento da probabilidade de ocorrência de infeção.	5	500		
		8	• Falha na substituição do penso quando este se encontra descolado.	8	• Aumento da probabilidade de exteriorização do cateter.	4	256		
		8	• Falha na substituição do penso quando este se encontra húmido ou com repasse.	8	• Aumento da probabilidade de ocorrência de infeção;	4	256		
	Registos da inserção do Cateter Venoso Periférico	4	• Ausência de registos após cateterização venosa periférica.	8	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de informação. • Informação incorreta. • Dificuldade na transmissão de informação. • Trabalho de enfermagem não traduzido no sistema informático <i>SClinico</i>. 	2	64	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de uniformização dos registos sistema informático <i>SClinico</i>. • Falha na parametrização da troca do cateter e dispositivos de perfusão. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ação de formação alusiva aos registos no sistema informático <i>SClinico</i>, relativa à cateterização venosa periférica. • Ação de formação sobre as intervenções de enfermagem no sistema informático <i>SClinico</i>, associadas à cateterização venosa periférica. • Elaboração de um instrumento de auditoria. • Auditoria aos registos.
		6	• Falta de uniformização nos cuidados de enfermagem no sistema informático <i>SClinico</i> (vigilância e substituição dos cateteres venosos periféricos).	10	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de informação. • Informação incorreta. • Dificuldade na transmissão de informação. • Trabalho de enfermagem não traduzido no sistema informático <i>SClinico</i>. 	2	120		
		6	• Falta de uniformização nos cuidados de enfermagem no sistema informático <i>SClinico</i> (substituição dos dispositivos de perfusão).	10	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de informação. • Informação incorreta; • Dificuldade na transmissão de informação. • Trabalho de enfermagem não traduzido no sistema informático <i>SClinico</i>. 	2	120		

APÊNDICE VIII – *Ficha de Diagnóstico de Situação do Projeto de Intervenção em Serviço.*

Definição do Problema

Estudante: Cristina Maria Alves Ribeiro
Instituição: Centro Hospitalar
Serviço: Especialidades Médicas
Título do Projeto: Procedimento relativo à inserção e manuseamento do cateter venoso periférico nos clientes internados no Serviço de Especialidades Médicas.
Explicitação sumária da área de intervenção e das razões da escolha (250 palavras): <p>A Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) é uma infecção adquirida por clientes ou profissionais de saúde, durante o internamento hospitalar ou em qualquer outra instituição, em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados (MS, 2008). A inserção de cateteres venosos periféricos (CVP) para administração de terapêutica endovenosa são uma prática diária em ambiente hospitalar, exigindo por parte dos enfermeiros competências na realização desta técnica. Pelo facto de ser um procedimento invasivo, a sua inserção, fixação e manuseamento poderá resultar numa IACS, com implicações para o cliente, uma vez que os clientes portadores de CVP têm um risco aumentado de desenvolverem complicações infecciosas, comparativamente com os que não os possuem (MS, 2008).</p> <p>A escolha do tema surge do facto de ser uma área de interesse pessoal, mas também por sermos elementos dinamizadores do Grupo Coordenador Local de Controlo de Infecção e Prevenção da Resistência aos Antimicrobianos (GCLCIPRA). A prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde deverá ser alvo dos nossos cuidados. A acrescentar a estas razões, na nossa prática diária temos verificado que existe falta de uniformização nos procedimentos de inserção, fixação e manuseamento do CVP o que pode levar ao desenvolvimento de infeções associados a estes. Por último, escolhemos esta temática porque se enquadra na nossa área enquanto futuros enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica.</p>
Diagnóstico de situação
Definição geral do problema Falta de uniformização pela equipa de enfermagem no procedimento de inserção, fixação e manipulação dos cateteres venosos periféricos, de forma a prevenir as IACS.
Análise do problema (contextualização, análise com recurso a indicadores, descrição das ferramentas diagnósticas que vai usar, ou resultados se já as usou – 500 palavras) <p>Uma infecção nosocomial (IN) ou infecção hospitalar (IH) define-se como: <i>Uma infecção adquirida no hospital por um cliente que foi internado por outra razão que não essa infecção (1). Uma infecção que ocorre num cliente internado num hospital, ou noutra instituição de saúde, e que não estava presente, nem em incubação, à data da admissão.</i></p>

Estão incluídas as infecções adquiridas no hospital que se detectam após a alta, assim como infecções ocupacionais nos profissionais de saúde (2) (MS, 2002, p. 7).

A designação de infeção nosocomial ou infeção hospitalar tem vindo a ser substituída por uma designação mais abrangente, as IACS, já que estas evidenciam um fenómeno que não se restringe apenas ao meio hospitalar, mas também a outras unidades de saúde (agudos, reabilitação, ambulatório, domicílio) (MS, 2008). Apesar das IACS não serem uma problemática desconhecida, já que estão presentes quer em países desenvolvidos, como em desenvolvimento, elas assumem uma importância cada vez maior, quer no nosso país, quer no mundo, sendo reconhecida como uma causa de morbilidade e mortalidade, levando a um aumento dos recursos de saúde, quer hospitalares, quer da comunidade (Franco, 2010).

O aumento do risco de desenvolvimento de uma infeção poderá ser justificado pelo aumento da esperança de vida das pessoas, pelo aumento das doenças crónicas nos clientes internados, pelo crescimento da tecnologia cada vez mais invasiva, levando consecutivamente à realização de procedimentos mais invasivos de diagnóstico e terapêutico e também pelo crescente número de clientes a realizar terapêuticas imunossupressoras (MS, 2007).

As consequências das IACS constituem assim uma realidade que não deve ser indiferente a cada um de nós, pelo contrário, devemos estar cada vez mais atentos tendo em conta as implicações que estas infeções podem trazer para o cliente e suas famílias (Franco, 2010).

Em Portugal, foi realizado um Inquérito de Prevalência (IP) da Infeção, relativo ao ano 2009, integrado no Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde, que concluiu que a taxa de prevalência da infeção nosocomial era de 11,7% em 9,8% dos clientes, num total de 221011 participantes no estudo. Fatores como a idade dos clientes e o tempo de permanência destes no hospital foram apontados como taxas de prevalência, e como principais fatores extrínsecos foram identificados a presença de dispositivos invasivos nos clientes (Pina, Silva e Ferreira, 2010).

O IP de Infeção adquirida no Hospital e Uso de Antimicrobianos de 2012 realizado em Portugal, concluiu que a presença de dispositivos invasivos é um fator de risco das Infeções Nosocomiais da Corrente Sanguínea (INCS), já que foram identificadas 170 INCS, que correspondem a uma taxa de prevalência de 0,9 %. Dos clientes que participaram no estudo, 8,8% (1593) tinham um cateter venoso central e 66,1% dos clientes (11989) possuíam um CVP (MS, 2013).

Após o pedido de autorização para utilização dos dados do Inquérito de Prevalência referente ao ano de 2012 realizado no Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E., à Sr.^a Enfermeira Diretora do CHS, e após este ter sido diferido, constatamos que, dos 214 clientes que participaram no Inquérito de Prevalência foi assinalada a presença de uma ou mais infeções em 29 clientes, que corresponde a uma prevalência de clientes com IACS de 13,6%, já que foram registadas neste estudo 32 IACS em 29 clientes. Como fatores de riscos associados ao desenvolvimento das IACS foram assinalados entre outros, o tempo de internamento e a utilização de dispositivos invasivos nos clientes, tendo sido verificado que dos 28 clientes que possuíam cateter venoso central, 11 destes apresentavam IACS, que perfaz uma prevalência de 39,3%, e dos 130

clientes que possuíam cateter venoso periférico, 19 destes apresentavam uma IACS, que perfaz uma prevalência de 14,6% (CHS, 2013).

Pelos estudos apresentados anteriormente, podemos inferir que a cateterização venosa periférica poderá estar associada ao desenvolvimento de IACS, alvo que tem sido objeto de preocupação.

Sendo a colocação de um CVP para administração de terapêutica endovenosa um dos procedimentos invasivos mais frequentes da prática diária em meio hospitalar (MS, 2013) e, tendo em conta a frequência de vezes que estes dispositivos são utilizados, torna-se importante que as intervenções de enfermagem associadas a esta sucessiva manipulação sejam as mais adequadas, com a finalidade de prevenir a infeção pois, já em 2006 a Direção Geral de Saúde emitiu um conjunto de recomendações, “Prevenção da Infecção Nosocomial Associadas a Dispositivos Intravasculares”, que foram elaboradas por um grupo de trabalho multidisciplinar, com base nas recomendações emanadas pelos *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC). Este documento tem como objetivos abordar os aspetos epidemiológicos, relativos à infeção associada à colocação, manutenção e substituição dos dispositivos intravasculares, patogénese, fatores de risco, critérios de diagnóstico e salientar as medidas de prevenção e controlo dessa infeção (MS, 2006). Entre estas recomendações, encontram-se as que são relativas à cateterização venosa periférica.

Com o intuito de verificar a pertinência deste projeto de intervenção, foi realizada uma entrevista não estruturada à enfermeira chefe do serviço, à enfermeira orientadora, e à enfermeira do GCLCIPRA, no sentido de conhecermos a opinião destas relativamente à hipótese de desenvolver um Projeto de Intervenção em Serviço na área das IACS associadas aos CVP.

Para Fortin (2009, p. 375), *a entrevista é um modo de comunicação verbal que se estabelece entre duas pessoas, isto é, um entrevistador e um respondente*, assim optou-se por realizar uma entrevista não estruturada, já que o objetivo da aplicação da entrevista era formular as questões de forma livre, não seguindo nenhum questionário ou guião predefinido (Vilelas, 2009).

Após conhecermos a opinião das mesmas relativamente ao tema, era também importante obter dados acerca desta temática, fornecidos pela equipa de enfermagem, que é quem mais realiza o procedimento. Elaborou-se então uma grelha de observação com a intenção de conhecer o comportamento das pessoas, de forma a obter os dados sobre a problemática em estudo (Fortin, 2009).

Esta grelha de observação foi elaborada por nós, com base noutra pré-existente, e utilizada também com essa finalidade, após ter sido obtido consentimento para a sua utilização por parte da autora da mesma. A grelha de observação era constituída por duas partes. A primeira parte tinha como objetivo recolher informações relativas às intervenções de enfermagem, através da observação dos enfermeiros, durante a cateterização venosa periférica em momentos distintos: antes, durante e após a inserção do CVP, incluindo os registos de enfermagem no *software SClínico*, da técnica realizada. A segunda parte da grelha incidia na observação da manutenção do CVP.

Após a autorização por parte da Sr.^a Enfermeira Diretora do CH através do Serviço de Formação do CH, num documento onde constavam os pareceres favoráveis do Diretor Clínico e da Enfermeira Chefe

do SEM para a realização do projeto, a grelha de observações e o consentimento livre e esclarecido, que eram salvaguardados os princípios éticos e deontológicos, as observações foram realizadas e decorreram no período de 13 a 21 de Maio de 2015, sendo o tratamento de dados realizado através do programa Microsoft Office Excel 2013®.

Previamente à utilização da grelha de observação, foi aplicado um pré-teste à mesma, para verificar se os itens sujeitos a observação estariam bem definidos e não conduziram a respostas ambíguas (Sim, Não e Não Aplicável), e ainda para conferir que estes permitiam a recolha da informação pretendida. Foram então entregues grelhas de observação a três enfermeiros com formação diferenciada nesta área, Enfermeira Orientadora, Enfermeira do GCLCIPRA e Enfermeiro Elemento Dinamizador do GCLCIPRA, que não mostraram qualquer dúvida no preenchimento da grelha.

Com a aplicação deste instrumento de colheita de dados, pudemos constatar que a equipa de enfermagem não tem presente uma filosofia de cuidados uniformes relativamente aos cuidados de enfermagem com os CVP. Da análise efetuada aos resultados obtidos foi-nos possível concluir que os princípios de assepsia preconizados pelas recomendações internacionais, relativos à cateterização venosa periférica não estão a ser cumpridos pela maioria dos enfermeiros.

Verificamos que a higienização das mãos por parte dos profissionais de saúde, antes da inserção do CVP, na sua maioria (77%) não está a ser realizada. Relativamente à antisepsia da pele no local de punção do cliente, constatamos que o desinfetante aconselhado não foi utilizado, correspondendo a 67% das observações efetuadas, verificamos também, que na maioria das observações (89%) não foram utilizadas compressas esterilizadas neste procedimento e o princípio da técnica “*no touch*”, não foi utilizada em 56% das ocasiões.

Relativamente à aplicação da grelha de **observação da inserção do CVP**, averiguamos que não existe homogeneidade por parte dos profissionais de saúde na escolha do penso preconizado para a fixação do CVP ao cliente já que, a grande parte dos enfermeiros opta pela utilização de pensos não esterilizados, variando entre o adesivo castanho (83%) e o adesivo hipoalérgico não tecido (56%). Verificamos que em apenas 33% das observações se utilizou adesivo esterilizado.

Quanto à mudança do dispositivo de perfusão quando é colocado um novo CVP, constatamos que não existe uniformidade por parte dos profissionais de saúde, tendo-se verificado que em 82% das vezes o dispositivo de perfusão não foi substituído. No que diz respeito à identificação do novo dispositivo de perfusão com a data em que foi colocado no cliente, verificou-se que em nenhuma ocasião, os dispositivos de perfusão foram identificados com a data de colocação, o que perfaz 100% de inconformidade neste item.

Constatamos que os registos de enfermagem realizados após a cateterização venosa periférica não estão a ser efetuados no seu todo. Em 78% das vezes em que ele foi realizado, verificaram-se falhas relativas às intervenções relacionadas com o seu registo. O registo da data de colocação do CVP foi efetuado 29% das vezes, o registo calibre do cateter, foi efetuado 36% das vezes e o registo do local anatómico do cateter por efetuado 21% das vezes.

Verificamos também que os registos das intervenções associadas à troca do CVP e à troca do dispositivo de perfusão, também não estão a ser efetuadas com que é recomendado pelo CDC já que, em apenas 14% das situações a intervenção da otimização do CVP foi bem planeada e nenhuma vez (100%) a intervenção associada à troca ou CVP ou à troca do dispositivo de perfusão foi bem planeada.

Relativamente à aplicação da grelha de **observação da manutenção do CVP**, constatamos que em 56% das observações o penso de fixação do CVP se encontrava descolado. Verificamos também, que do total de observações efetuadas, 56% das situações o penso de fixação do CVP se encontrava húmido ou com repasse.

Por último, e ainda relativamente à manutenção do CVP, apuramos que os registos de enfermagem no *software SClínico*, relativos à inserção do CVP no cliente e verificamos que do total de observações efetuadas 19% delas não continham o registo do CVP no sistema informático e nas restantes 81%, o registo do procedimento estava a ser efetuado, em que, 31% incluíam a data de inserção do CVP, 17% incluíam o registo do calibre do cateter inserido e 38% apresentavam o local anatómico do cliente, onde foi inserido o CVP

No que diz respeito às intervenções associadas com a troca do CVP no cliente, verificamos que estas estavam a ser realizadas poucas vezes (97%), assim como as intervenções associadas à troca do dispositivo de perfusão, que nunca chegou a ser efetuada corretamente e que corresponde a 100% de inconformidade neste item.

De forma a verificar a exequibilidade do projeto em estudo e identificar as áreas que necessitavam de intervenção mais urgente, construímos uma *Failure Mode and Effects Analysis* (FMEA). A FMEA é um método que permite detetar e eliminar problemas potenciais e eliminar os pontos fracos de um projeto, minimizando o risco de falhas a valores aceitáveis (Aguilar e Solomon, 2007). O uso da FMEA tem por base a utilização de um formulário, composto por colunas, onde se reúnem os modos potenciais de falhas, os efeitos, as causas e as ações corretivas. Associado a estas colunas encontram-se ainda o *ranking* de gravidade dos efeitos do modo de falha (G), o *ranking* da probabilidade (O) e a detetabilidade de cada modo de falha (D). O valor numérico atribuído a cada um destes itens, varia entre 1 e 10, e sua multiplicação permite-nos determinar o Índice de Probabilidade de Risco (IPR).

Através da construção da FMEA foram analisadas quatro áreas distintas: inserção do CVP, fixação do CVP, manuseamento do CVP e os registos de enfermagem associados à cateterização venosa periférica.

Dos dados obtidos os IPR mais elevados corresponderam à não higienização das mãos (IPR=560), ausência de desinfeção da pele com álcool a 70° ou outra solução antisséptica (IPR=400), ausência da técnica “*no touch*” (IPR=360), não utilização de um novo dispositivo de perfusão (IPR=400), falha na troca dos cateteres às 72-96 horas (IPR=500), falha na troca dos dispositivos de perfusão às 72 horas (IPR=500), falha na substituição do penso quando este se encontra descolado (IPR=256), falha na substituição do penso quando este se encontra húmido ou com repasse (IPR=256).

A prioridade de intervenção varia de acordo com o valor de IPR, e esta deverá ser dirigida para as

etapas onde este valor é superior a 100.

Por tudo o que foi exposto, podemos finalizar, concluindo que existe falta de uniformidade por parte da equipa de enfermagem na técnica de inserção, fixação e manuseamento dos cateteres venosos periféricos, de forma a prevenir as IACS. Pelos resultados obtidos podemos concluir que para dar resposta a esta necessidade é de elevada importância a elaboração um procedimento relativo a este tema, a realização de sessões formativas à equipa de enfermagem no âmbito desta temática e posteriormente a realização de auditorias ao procedimento elaborado.

Identificação dos problemas parcelares que compõem o problema geral (150 palavras)

Falta de documentos orientadores relativos à inserção, fixação e manutenção dos cateteres venosos periféricos.

Carência de formação acerca dos procedimentos de inserção, fixação e manutenção da cateterização venosa periférica.

Registos de enfermagem inadequados/inexistentes.

Determinação de prioridades

Realizar o procedimento de enfermagem alusivo à cateterização venosa periférica.

Formar a equipa, com base no procedimento realizado.

Auditar o cumprimento do procedimento.

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

OBJETIVO GERAL

Uniformizar os cuidados de enfermagem ao cliente submetido à cateterização venosa periférica internado no Serviço de Especialidades Médicas.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Elaborar um procedimento setorial alusivo à cateterização venosa periférica e respetiva grelha de verificação.

Formar a equipa de enfermagem relativamente à prevenção das IACS na cateterização venosa periférica.

Referências Bibliográficas

FORTIN, Marie-Fabienne – **Fundamentos e etapas do processo de investigação.** Loures: Lusodidacta – Soc. Port. de Material Didático, Lda., 2009. ISBN 978-989-8075-18-5.

VILELAS, José – **Investigação: O Processo de Construção do Conhecimento.** Lisboa: Edições Síbaló, Lda., 2009. ISBN 978-972-618-557-4.

Referências Eletrónicas

AGUIAR, Dimas; SALOMON, Valério – Avaliação da prevenção de falhas em processos utilizando métodos de tomada de decisão. Produção [Em linha]. Vol. 17, nº3 (2007), p. 512-519 [Consult. em 30 Maio

2015]. Disponível em WWW:< http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/S0103-65132007000300008&pid=S0103-65132007000300008&pdf_path=prod/v17n3/a08v17n3.pdf> ISSN 0103-6513.

FRANCO, Luís – Infecção Associada aos Cuidados de Saúde. Artigo Opinião. [Em linha]. 2010. [Consult. em 23 Março 2015]. Disponível em WWW:< http://www.chbargarvio.min-saude.pt/NR/rdonlyres/B85D81E0-0C79-426E-9930-6CED2DFD0F7E/22433/IACS_final.pdf>.

PINA, Eliane; SILVA, Goreti; FERREIRA, Etelvina – Relatório - Inquérito de Prevalência de Infecção. Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde. [Em linha]. Direção Geral de Saúde, Lisboa. 2010. [Consult. em 20 Março 2015]. Disponível em WWW:< <file:///C:/Users/Flavio%20Patoleia/Downloads/i016626.pdf>>.

PORTUGAL, Ministério da Saúde - Prevalência de infecção adquirida no hospital e do uso de antimicrobianos nos hospitais portugueses. Departamento da Qualidade em Saúde. Inquérito 2012. [Em linha]. Direção Geral da Saúde, Lisboa. 2013. [Consult. em 22 de Março 2015]. Disponível em WWW:< <file:///C:/Users/Flavio%20Patoleia/Downloads/i019020.pdf>>.

PORTUGAL, Ministério da Saúde - Prevenção de Infecções Adquiridas no hospital - Um Guia Prático. [Em linha]. Direção Geral da Saúde, Lisboa. 2002. [Consult. em 15 Março 2015]. Disponível em WWW:< <file:///C:/Users/Flavio%20Patoleia/Downloads/i008547.pdf>>.

PORTUGAL, Ministério da Saúde – Programa nacional de controlo da infecção – recomendações para prevenção da infecção associada aos dispositivos intravasculares. [Em linha]. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, Lisboa. 2006. [Consult. em 17 Março 2015]. Disponível em WWW:< <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008552.pdf>>.

PORTUGAL, Ministério da Saúde – Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infecção Associada aos Cuidados de Saúde. [Em linha]. Direção Geral da Saúde, Lisboa. 2007. [Consult. em 20 Março 2015]. Disponível em WWW:< http://www.ulsm.min-saude.pt/ResourcesUser/Documentos/CCI/Programa_Nacional_Controlo_Infeccao.pdf>.

PORTUGAL, Ministério da Saúde - Programa Nacional De Prevenção e Controlo da Infecção Associada Aos Cuidados De Saúde. Manual De Operacionalização. [Em linha]. Direção Geral da Saúde, Lisboa. 2008. [Consult. 15 Março 2015] Disponível em WWW:<http://www1.arslvt.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/SPublica/Controlo%20Infeccao/SP_ManualdeOperacionalizacao.pdf>.

SETÚBAL, Centro Hospitalar – Relatório de Prevalência de Infecção HSB – 2012. Comissão de Controlo de Infecção. Setúbal. 2013. Acessível no Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.

APÊNDICE IX – *Ficha de Planeamento do Projeto de Intervenção em Serviço.*

Estudante: Cristina Maria Alves Ribeiro	Orientador: A.M. Docente: E.M.
Instituição: Centro Hospitalar (CH)	Serviço: Especialidades Médicas (SEM)
Título do Projeto: Procedimento relativo à inserção e manuseamento do cateter venoso periféricos (CVP) nos clientes internados no Serviço de Especialidades Médicas (SEM).	
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>OBJETIVO GERAL</u>	
<ul style="list-style-type: none">• Uniformizar os cuidados de enfermagem sobre o procedimento de cateterização venosa periférica pela equipa de enfermagem do SEM.	
<u>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</u>	
<ul style="list-style-type: none">• Elaborar um procedimento setorial alusivo à cateterização venosa periférica e respetiva grelha de verificação do procedimento.• Formar a equipa de enfermagem relativamente à prevenção das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS), na cateterização venosa periférica.	
Identificação dos profissionais do serviço com quem vai articular a intervenção (chefia direta, orientador, outros elementos da equipa, outros profissionais, outros serviços)	
<ul style="list-style-type: none">• Enfermeira Chefe do SEM (Enf.^a M.B.)• Enfermeira Orientadora (Enf.^a A.M.)• Docente E.M.• Enfermeiro responsável pela formação em serviço do SEM• Enfermeiras do Grupo Coordenador Local de Controlo de Infecção e Prevenção da Resistência aos Antimicrobianos (GCLCIPRA)• Equipa de Enfermagem do SEM• Diretor do SEM• Conselho de Administração	
Data: ____ / ____ / ____ Assinatura: _____	

Objetivos Específicos	Atividades/Estratégias a desenvolver	Recursos			Indicadores de Avaliação
		Humanos	Materiais	Tempo	
<p>Elaborar um procedimento de serviço alusivo à cateterização venosa periférica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de pesquisa bibliográfica relativa a: <ul style="list-style-type: none"> - IACS - Infecções associadas ao CVP; - Recomendações existentes sobre esta temática; - Recomendações existentes para a prevenção destas infeções; - Recomendações relativas à inserção e otimização do CVP; - Procedimentos já existentes na instituição de saúde relacionados com a temática; - Modelo utilizado pela instituição para a elaboração de procedimentos sectoriais. • Elaboração do procedimento “Cuidados de Enfermagem na inserção, fixação e manutenção do CVP nos clientes do SEM” • Discussão do procedimento de enfermagem com Enf.^a Chefe do serviço, Enf.^a Orientadora e a docente; • Reformulação do procedimento, se necessário; • Pedido de parecer ao GCLCIPRA para validação 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermeira Orientadora do estágio • Docente • Enfermeira Chefe do SEM • Enfermeiras do GCLCIPRA • Enfermeiro responsável pela Formação em Serviço do SEM • Conselho de Administração 	<ul style="list-style-type: none"> • Material bibliográfico (livros, revistas, artigos...) • Computador • Impressora • Papel 		<ul style="list-style-type: none"> • Procedimento “Cuidados de Enfermagem na inserção, fixação e manutenção do CVP nos clientes do SEM”. • Que 75% da equipa de enfermagem conheça o procedimento de enfermagem sobre a cateterização venosa periférica.

<p>Elaborar um procedimento de serviço alusivo à cateterização venosa periférica.</p>	<p>do procedimento;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reformulação do procedimento, se necessário; • Apresentação do procedimento à equipa de enfermagem através da realização de uma sessão de formação; • Implementação do procedimento “Cuidados de Enfermagem na inserção, fixação e manutenção do CVP nos clientes do SEM” • Realização de pedido de autorização ao GCLCIPRA para implementação do procedimento no CH. 				
<p>Elaborar uma “Grelha de Verificação” do cumprimento do procedimento (Grelha de auditoria).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de pesquisa bibliográfica sobre a construção de grelhas de auditorias; • Elaboração da “Grelha de Verificação”; • Apresentação e discussão do documento elaborado com a Enf.^a Chefe do serviço, Enf.^a Orientadora e a docente; • Reformulação da “Grelha de Verificação”, caso seja necessário; • Pedido de parecer ao GCLCIPRA do CH para validação da “Grelha de Verificação”; 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermeira Orientadora do estágio • Docente • Enfermeira Chefe do Serviço • Enfermeiras do GCLCIPRA • Enfermeiro 			<ul style="list-style-type: none"> • “Grelha de Verificação” do cumprimento do procedimento.

<p>Formar a equipa enfermagem relativamente à prevenção das IACS na cateterização venosa periférica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reformulação da “Grelha de Verificação”, caso seja necessário; • Apresentação da “Grelha de Verificação”, à equipa de enfermagem através de uma sessão de formação; • Realização de pesquisa bibliográfica relativa à auditoria em enfermagem; • Validação da “Grelha de Verificação” junto da equipa de enfermagem do SEM durante 15 dias; • Tratamento dos dados obtidos; • Apresentação e divulgação dos resultados à equipa. de enfermagem do SEM. <ul style="list-style-type: none"> • Realização de pesquisa bibliográfica relativa a: <ul style="list-style-type: none"> - IACS; - Infecções associadas ao CVP; - Manuseamento dos CVP; - Registos do CVP no sistema informático <i>SClinico</i> • Seleção dos conteúdos; • Elaboração de um conjunto de diapositivos sobre a cateterização venosa periférica e os resultados 	<p>responsável pela Formação em Serviço do SEM</p> <ul style="list-style-type: none"> • Equipa de Enfermagem do SEM <ul style="list-style-type: none"> • Enfermeira Orientadora do estágio • Docente • Enfermeira Chefe do Serviço • Enfermeiras do 			<ul style="list-style-type: none"> • Que 75% da equipa de enfermagem adote boas práticas, na inserção e manuseamento do CVP.
---	--	---	--	--	---

	<p>das observações realizadas acerca desta temática;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elaboração do plano de formação; • Apresentação e discussão da sessão de formação com a Enf.^a Chefe do serviço, a Enf.^a orientadora de estágio e a docente; • Reformulação da ação de formação caso seja necessário; • Marcação da sessão de formação; • Divulgação da formação (passagem de turno, criação de um cartaz que será afixado no serviço e envio de mensagem por correio eletrónico para a equipa de enfermagem do serviço); • Apresentação da sessão de formação; • Avaliação da sessão de formação. 	<p>GCLCIPRA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfermeiro responsável pela Formação em Serviço do SEM • Equipa Enfermagem do SEM 	<ul style="list-style-type: none"> • Material bibliográfico (livros, revistas, artigos...) • Computador • Projetor • Impressora • Papel • Sala 	<ul style="list-style-type: none"> • Plano da sessão de formação • Diapositivos apresentados na sessão de formação • Avaliação dos enfermeiros que assistirem à formação <p>Meta: Formar 100% da equipa de enfermagem do SEM</p>
--	--	--	--	--

Cronograma:		Ano 2015/2016				
Atividades/ Estratégias a desenvolver	Data	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro
		Elaborar um procedimento de serviço alusivo á cateterização venosa periférica.				
<ul style="list-style-type: none"> • Pesquisa bibliográfica relativa à temática. 						
<ul style="list-style-type: none"> • Elaboração do procedimento “Cuidados de enfermagem na inserção, fixação e manutenção do CVP, nos clientes do SEM”. 						
<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação e discussão do procedimento de enfermagem com a Enf.^a Chefe do serviço, Enf.^a orientadora e docente. 						
<ul style="list-style-type: none"> • Reformulação do procedimento, se necessário. 						
<ul style="list-style-type: none"> • Pedido de parecer ao GCLCIPRA do CH para validação do procedimento. 						
<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação do procedimento à equipa de enfermagem, através de uma sessão de formação. 						
<ul style="list-style-type: none"> • Implementação do procedimento “Cuidados de enfermagem na inserção, fixação e manutenção do CVP, nos clientes do SEM”. 						
<ul style="list-style-type: none"> • Realização do pedido de autorização ao Gabinete da Qualidade para implementação do procedimento no CH. 						
Elaborar uma “Grelha de Verificação” do cumprimento do procedimento.						
<ul style="list-style-type: none"> • Pesquisa bibliográfica relativa à construção grelhas de auditoria. 						
<ul style="list-style-type: none"> • Elaboração da “Grelha de Verificação”. 						
<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação e discussão do documento elaborado a Enf.^a Chefe do serviço, Enf.^a orientadora e docente. 						
<ul style="list-style-type: none"> • Reformulação da “Grelha de Verificação”, caso seja necessário. 						

Atividades/ Estratégias a desenvolver	Data	Ano 2015/2016				
		Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro
<ul style="list-style-type: none"> Pedido de parecer ao GCLCIPRA do CH para validação da “Grelha de Verificação”. 						
<ul style="list-style-type: none"> Reformulação da “Grelha de Verificação”, caso seja necessário. 						
<ul style="list-style-type: none"> Apresentação e disponibilização da “Grelha de Verificação”, à equipa de enfermagem, através de uma sessão de formação. 						
Formar a equipa de enfermagem relativamente à prevenção das IACS na cateterização venosa periférica.						
<ul style="list-style-type: none"> Pesquisa bibliográfica, relativa à temática. 						
<ul style="list-style-type: none"> Seleção dos conteúdos. 						
<ul style="list-style-type: none"> Elaboração de um conjunto de diapositivos sobre a cateterização venosa periférica e os resultados das observações realizadas acerca do tema. 						
<ul style="list-style-type: none"> Elaboração do plano de formação. 						
<ul style="list-style-type: none"> Apresentação e discussão da sessão de formação com a Enf.^a Chefe do serviço, Enf.^a orientadora e docente. 						
<ul style="list-style-type: none"> Reformulação da sessão de formação, caso seja necessário. 						
<ul style="list-style-type: none"> Marcação da sessão de formação. 						
<ul style="list-style-type: none"> Divulgação da sessão de formação. 						
<ul style="list-style-type: none"> Apresentação da sessão de formação. 						
<ul style="list-style-type: none"> Avaliação da sessão de formação. 						

Atividades/ Estratégias a desenvolver	Data	Ano 2015/2016				
		Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro
Validação da “Grelha de Verificação” elaborada.						
<ul style="list-style-type: none"> • Pesquisa bibliográfica relativa à auditoria em enfermagem. 						
<ul style="list-style-type: none"> • Validação da “Grelha de Verificação”, junto da equipa de enfermagem do SEM durante 15 dias. 						
<ul style="list-style-type: none"> • Tratamento dos dados obtidos. 						
<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação e divulgação dos resultados à equipa de enfermagem do SEM. 						
<p>Orçamento: <u>Recursos Humanos:</u> Sem custos para a Instituição. Sem custos com os profissionais, já que os intervenientes no projeto são funcionários da instituição.</p> <p><u>Recursos Materiais:</u> Impressão de material para sessão formação: +/- 20€ Sem outros custos associados.</p>						

Previsão dos constrangimentos e forma de os ultrapassar:

- **Constrangimento:** Resistência à mudança por parte da equipa de enfermagem.
Solução: Motivar a equipa de enfermagem, explicando a necessidade de alterar comportamentos;
- **Constrangimento:** Falha de sala e/ou material para a sessão de formação.
Solução: Marcar sala de sessão da formação atempadamente;
Requisitar projetor atempadamente;
Imprimir material de apoio para os formandos atempadamente.
- **Constrangimento:** Falta de adesão por parte da equipa de enfermagem à sessão de formação.
Solução: Motivar a equipa de enfermagem;
Marcar atempadamente a sessão de formação;
Agendar a sessão de formação, de maneira que não coincida com dias férias, feriados e dias festivos;
Divulgar a sessão.
- **Constrangimento:** Dificuldade de formar a equipa de enfermagem pelo grande número de elementos existentes no serviço;
Solução: Replicar a sessão de formação;
Fornecer os diapositivos apresentados na sessão formação por correio eletrónico a todos os enfermeiros do serviço.
- **Constrangimento:** Demora no tempo de homologação do procedimento de enfermagem sobre os cuidados de enfermagem na cateterização venosa periférica, por parte do Gabinete da Qualidade do CH.
Solução: Submeter para validação o procedimento de enfermagem sobre os cuidados de enfermagem na cateterização venosa periférica atempadamente ao Gabinete da Qualidade do CH.

APÊNDICE X – “Procedimento de Inserção, Fixação e Manutenção do CVP”.

	<i>Procedimento de Inserção, Fixação e Manutenção do Cateter Venoso Periférico (CVP)</i>	Data de entrada em vigor:	--/--/--
		Versão ##	--/--/--
		Próxima revisão:	--/--/--
		Cód. Documento:	PS.YYYY.00/ /XXX.00

1. Objetivo

Uniformizar o procedimento da cateterização venosa periférica e a sua manutenção no cliente adulto internado no Serviço de Especialidades Médicas.

Prevenir as IACS.

2. Campo de aplicação

Equipa de Enfermagem do Serviço de Especialidades Médicas que prestam cuidados ao cliente adulto com cateter venoso periférico.

3. Siglas, abreviaturas e definições

CA – Conselho de Administração

CDC – *Centers for Disease Control*

CVP – Cateter Venoso Periférico

EV – Endovenosa

GCLCIPRA – Grupo Coordenador Local de Controlo de Infecção e Prevenção da Resistência aos Antimicrobianos

HICPAC – *Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee*

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

SABA – Solução Antissética de Base Alcoólica

Antissepsia – Medida para reduzir o risco de contaminação ou infeção decorrentes de soluções de continuidade provocadas por lesões iatrogénicas (Maiwald e Chan, 2014).

Antissépticos – Produtos químicos que destroem os microrganismos ou impedem o seu desenvolvimento (Martins, 2001).

Assepsia – Processo que impede a entrada de microrganismos num local que não os contém, conduzindo à ausência de microrganismos (Martins, 2001).

Cateter Venoso Periférico – Dispositivo invasivo de curta duração, colocado por punção venosa periférica, com a finalidade de administração de fluidos e outras terapêuticas por via EV (Marteleto *et al.*, 2010).

Desinfecção – Destruição de microrganismos situados fora do organismo, mediante a aplicação de agentes físicos ou químicos (Martins, 2001).

Flebite – É uma das complicações mais frequentes nos clientes e está associada ao desenvolvimento de um processo inflamatório da camada íntima das veias causado por irritação mecânica, química ou infeções bacterianas, cuja sintomatologia passa pela dor, edema, rubor e calor à palpação do local (Magerote *et al.*, 2011).

Infeção – Doença provocada pela invasão e multiplicação de um agente infeccioso no organismo da pessoa, causando uma resposta imunológica (Martins, 2001).

Infeção Associada aos Cuidados de Saúde – É uma infeção adquirida por um cliente que foi internado por outra complicação que não essa infeção. Esta infeção é também caracterizada por ocorrer num cliente internado numa instituição de saúde e que não estava presente no momento da sua admissão, em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados. Estão também incluídas nesta infeções, as infeções adquiridas pelos profissionais de saúde no decorrer da sua atividade profissional (MS, 2007).

Punção Venosa Periférica – É um procedimento invasivo e consiste na introdução de um cateter na rede venosa periférica do cliente, através do rompimento da pele, com a finalidade de obter amostras de sangue, administração de medicamentos, transfusão sanguínea e acesso para infusão de terapêutica EV (Marteleto *et al.*, 2010).

Técnica Asséptica – Conjunto de procedimentos adotados pelos profissionais de saúde e que protegem o cliente do desenvolvimento de uma infeção, minimizando o risco de contaminação microbiana. Esta técnica deve sempre ser usada durante a realização de procedimentos que envolvam o contato com uma parte do corpo do cliente ou a utilização de um dispositivo invasivo, como é o caso de um cateter venoso periférico, onde a introdução de microrganismos na corrente sanguínea do cliente poderá conduzir ao desenvolvimento de uma infeção (Jones, 2014).

As normas de orientação clínicas da prevenção da infeção associada aos cuidados de saúde foram elaboradas pelos CDC – HICPAC, com base em recomendações para os diferentes tipos de cateter, neste caso vamos reportarmo-nos aos cateteres venosos periféricos.

As recomendações estão divididas em seis níveis de intervenção:

1. Seleção do cateter
2. Seleção do local de inserção
3. Técnica asséptica e desinfecção cutânea durante a inserção do cateter
4. Manutenção do cateter e do local de inserção
5. Estratégia para a substituição do cateter
6. Profilaxia antibiótica

Para se conseguir perceber quais as recomendações com maior evidência na sua aplicação, elas foram categorizadas segundo os critérios do CDC e HICPAC, com base nos dados científicos existentes, raciocínio lógico, aplicabilidade e impacto económico. As categorias foram estabelecidas da seguinte forma:

- **Categoria IA** - Fortemente recomendado para implementação e de grande evidência, baseada em estudos e pesquisas experimentais bem conduzidos, clínicos, ou estudos epidemiológicos. Corresponde à categoria com mais evidência.
- **Categoria IB** - Fortemente recomendado para implementação, baseada na racionalidade e evidência sugestiva de alguns estudos experimentais, clínicos, ou estudos epidemiológicos.
- **Categoria IC** - Recomendação sugerida por normas ou recomendações de outras federações e associações.
- **Categoria II** - Recomendação sugerida para implementação baseada na clínica sugestiva ou estudos epidemiológicos, ou uma forte fundamentação teórica.
- **Questão não resolvida** - Práticas para as quais não existe evidência ou consenso suficiente quanto à sua eficácia.

4. Referências

- ELKIN, Martha; PERRY, Anne; POTTER, Patrícia – **Intervenções de enfermagem e procedimentos clínicos**. Loures: Lusociência, 2005. ISBN 972-8383-96-7.
- MARTINS, Maria Aparecida – **Manual de Infecção Hospitalar: Epidemiologia, Prevenção e Controle**. Rio de Janeiro: MEDSI, 2001. ISBN 85-7199-256-8.
- PHILLIPS, Lynn Dianne – **Manual de Terapia Intravenosa**. 2º ed. Porto Alegre: Artmod, 2001. ISBN 85-7307-744.

- WILSON, Jennie – **Controlo de infeção na prática clínica**. Loures: Lusociência, 2003. ISBN 972-8383-57-6.
- CARLOTTI, Ana Paula – Acesso Vascular. Revista Medicina. [Em linha]. Vol. 45, nº 2 (2012), p. 208-214 [Consult. em 2 Setembro 2015]. Disponível em WWW:<http://revista.fmrp.usp.br/2012/vol45n2/Simp5_Acesso%20Vascular.pdf>.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION - Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections. [Em linha]. 2011. [Consult. em 10 Outubro 2015]. Disponível em WWW:<<http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/guidelines/bsi-guidelines-2011.pdf>>.
- DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE – Precauções Básicas do Controlo de Infeção. [Em linha]. 2013 [Consult. em 14 Setembro 2015]. Disponível em WWW:<<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0292012-de-28122012-png.aspx>>.
- JONES, Menna Lloyd – Aseptic technique and aseptic non – touch technique. British Journal of Healthcare Assistants. [Em linha]. Vol. 8, nº 3 (2014), p. 113-115. [Consult. em 19 Outubro 2015]. Disponível em WWW:<<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=b4eaca40-8800-4187-b28c-1454912069bd%40sessionmgr4005&vid=7&hid=4107>>.
- MAGEROTE, Nelissa; *et al.* – Associação entre flebite e retirada de cateteres intravenosos periféricos. Texto & Contexto – Enfermagem. [Em linha]. Vol. 20, nº 3 (2011), p. 486-492. [Consult. em 18 Setembro 2015]. Disponível em WWW:<http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/S0104-07072011000300009&pid=S0104-07072011000300009&pdf_path=tce/v20n3/09.pdf> ISSN 0104-0707.
- MAIWALD, Matthias; CHAN, Edwin – Pitfalls in Evidence assessment: The case of chlorhexidine and alcohol in skin antiseptics. Journal of Antimicrobial Chemotherapy. [Em linha]. Vol. 69 (2014), p. 2017- 2021. [Consult. em 21 Outubro 2015]. Disponível em WWW:<<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=b4eaca40-8800-4187-b28c-1454912069bd%40sessionmgr4005&vid=29&hid=4107>>.
- MARTELETO, Cristiane; *et al.* – A supervisão no processo de trabalho do enfermeiro: um olhar sobre a punção venosa periférica. Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental online. [Em linha]. Vol. 2, nº 3 (2010), p. 1095-1104. [Consult. em 19

Setembro 2015]. Disponível em WWW:<
<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/577/pdf>>
ISSN 2175-5361.

- MENDONÇA, Katiane; *et al.* – Atuação da enfermagem na prevenção e controle de infecção de corrente sanguínea relacionada a cateter. Revista de Enfermagem UERJ. [Em linha]. Vol. 19, nº 2 (2010), p. 330-333. [Consult. em 22 Setembro 2015]. Disponível em WWW:< <http://www.facenf.uerj.br/v19n2/v19n2a26.pdf>>.
- OLIVEIRA, Francimar; SILVA, Lolita – Uso da solução salina para manutenção de acessos venosos em adultos: uma revisão. Revista Brasileira de Enfermagem. [Em linha]. Vol. 59, nº 6 (2006), p. 787- 90. [Consult. em 19 Outubro 2015]. Disponível em WWW:< <http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n6/a12.pdf>>.
- PORTUGAL, Ministério da Saúde - Prevalência de infecção adquirida no hospital e do uso de antimicrobianos nos hospitais portugueses. Departamento da Qualidade em Saúde. Inquérito 2012. [Em linha]. Direção Geral da Saúde, Lisboa. 2013. [Consult. em 16 Setembro 2015]. Disponível em WWW:< <https://www.dgs.pt/.pdf>>.
- PORTUGAL, Ministério da Saúde – Programa nacional de controlo da infeção – recomendações para prevenção da infeção associada aos dispositivos intravasculares. [Em linha]. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, Lisboa. 2006. [Consult. em 17 Mar. 2015]. Disponível em WWW:< <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008552.pdf>>.
- PORTUGAL, Ministério da Saúde – Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infecção Associada aos Cuidados de Saúde. [Em linha]. Direção Geral da Saúde, Lisboa. 2007. [Consult. em 24 Setembro 2015]. Disponível em WWW:< <http://www.ulsm.min-saude.pt/ResourcesUser/Documentos/CCI/Programa Nacional Controlo Infeccao.pdf>>.

5. Responsabilidades

O CA pela sua aprovação e divulgação junto do serviço.

Os Diretores de Serviço e a Enfermeira Chefe pela sua implementação no serviço.

Os Enfermeiros do Serviço pelo seu cumprimento.

O GCLCIPRA pela sua revisão.

6. Procedimento

6.1 Introdução

Atualmente o CVP, faz parte indispensável do equipamento clínico utilizado nas instituições de saúde para administração de terapêutica EV, transfusão de hemoderivados, fornecer um suporte nutricional e sempre que é necessário o acesso direto à corrente sanguínea do cliente. Esta via pode ser utilizada em situações urgentes como não urgentes (Carlotti, 2012).

A punção venosa periférica é um procedimento que consiste em puncionar uma veia num cliente, através do rompimento da pele, pela transposição das suas camadas, com o auxílio de vários tipos de dispositivos, como *butterfly* ou cateteres. Desta forma torna-se fácil perceber que se trata de um procedimento invasivo, que exige do profissional que o realiza (maioritariamente o enfermeiro), a adoção de técnica asséptica no desenrolar do mesmo (Marteleto *et al.*, 2010).

A administração de terapêutica EV constitui um aspeto essencial no tratamento do cliente, exigindo do enfermeiro competência e responsabilidade no procedimento executado. Esta responsabilidade do enfermeiro deverá estar presente durante todas as fases do procedimento, quando se avalia e seleciona o cateter vascular, quando se explica o procedimento ao cliente, durante o desenvolvimento da técnica de inserção do cateter no cliente e quando se vigia a perfusão da medicação instituída (Elkin, Perry e Potter, 2005).

A colocação de um CVP para administração de terapêutica EV, é um dos procedimentos invasivos mais frequentes da prática diária em meio hospitalar. Tendo em conta a frequência de vezes que estes dispositivos são utilizados, torna-se importante que as intervenções de enfermagem associadas a esta sucessiva manipulação sejam as mais adequadas, com a finalidade de prevenir a infeção (MS, 2013).

Em ambiente hospitalar a flebite é uma das complicações mais frequentes nos clientes. Os fatores que poderão levar ao seu desenvolvimento ainda não é conclusivo contudo, existem fatores que podem aumentar o risco do seu progresso como: o material e o calibre do CVP, o tempo de permanência do CVP, o local de punção, a microflora da pele do cliente, a ponta do CVP contaminada durante e sua inserção, a colonização das conexões do cateter, a terapêutica EV administrada, a técnica utilizada na inserção do CVP, assim como a higienização das mãos do profissional que insere ou o manuseia o CVP (CDC, 2011).

6.2 Execução

6.2.1 Aspectos Gerais

- Respeitar a privacidade do cliente.
- Explicar o procedimento ao cliente, através de uma breve descrição do processo de punção venosa, informando-o sobre o período previsto da perfusão EV e a necessidade de restrição de atividades.
- Solicitar o seu consentimento verbal para o procedimento.
- Assegurar técnica asséptica na cateterização, na manipulação do cateter e na manipulação do sistema de perfusão. **Categoria IB**

6.2.2 Seleção do CVP

- Selecionar o CVP com base no seu objetivo de colocação, tempo de permanência, complicações conhecidas (flebites e infiltração) e experiência do profissional que executa a técnica. **Categoria IB**

6.2.3 Seleção do local de inserção do CVP

- A escolha do local de inserção e do calibre do CVP deverá ser efetuado em conformidade com o tipo de solução a ser administrada, o tempo previsto da terapêutica EV e a disponibilidade de acessos venosos no cliente. **Categoria IB**
- Cateterizar preferencialmente locais de eleição para administração de terapêutica EV, preferencialmente os acessos vasculares dos membros superiores, como o dorso das mãos e antebraços. **Categoria II**
- A punção venosa periférica dos membros inferiores está associada ao risco acrescido de tromboembolismo e tromboflebite, pelo que quando esta localização é utilizada, deverá ser substituída logo que possível. **Categoria II**
- Cateterizar a zona mais distal do membro, evitando as zonas de flexão.
- Cateterizar se possível, o membro não dominante do cliente.
- Cateterizar sempre o membro oposto ao do acesso vascular no cliente com fistula arteriovenosa ou prótese vascular para hemodiálise.
- Evitar cateterizar o membro que possa vir a ser utilizado para efetuar um acesso vascular no cliente com insuficiência renal aguda.
- Evitar cateterizar o membro superior do lado afetado nos clientes hemiplégicos ou

mastectomizados.

- Cateterizar se possível, o membro do lado oposto ao da abordagem cirúrgica.
- Evitar a cateterização de bifurcações venosas, veias esclerosadas, zonas de contusão, zonas de válvulas, fístulas arteriovenosas, próteses vasculares, assim como anteriores locais de punção.

6.2.4 Higienização das mãos

- A higienização das mãos deve ser efetuada utilizando preferencialmente soluções contendo antisséptico, como é exemplo do SABA, e esta deverá ser realizada antes e depois de palpar o local de inserção do cateter, bem como antes e depois da inserção do CVP. **Categoria IB** (Phillips, 2001)
- Uma vez que é previsível o contacto com sangue na execução do procedimento, recomenda-se a utilização de luvas limpas previamente à inserção do CVP e na sua manipulação. **Categoria IC** (DGS, 2013), (CDC, 2011)

6.2.5 Preparação da pele do local de inserção do CVP

- A preparação da pele deve ser efetuada utilizando um antisséptico (preferencialmente um desinfetante que contenha cloro-hexidina ou se inexistente, álcool a 70°). **Categoria IB**
- A desinfeção do local selecionado para cateterização deve ser realizada com movimentos circulares, no sentido proximal para o distal. O tempo de secagem do antisséptico deve ser respeitado (Carlotti, 2012).
- Após esta desinfeção não se deve voltar a tocar no local a cateterizar, pois existe o risco de contaminação do mesmo. **Categoria IC** (Carlotti, 2012)
- Caso seja necessário voltar a palpar o local do acesso vascular, a aplicação do antisséptico deve ser repetida.

6.2.6 Inserção do cateter venoso periférico

- Após selecionar a veia a puncionar e efetuar a sua desinfeção, insere-se o cateter escolhido na veia, com o bisel voltado para cima, formando um ângulo entre 10°- 30°.
- O cateter ao ser introduzido na veia provoca um refluxo de sangue, este facto comprova que a agulha e o cateter de plástico se encontram no lúmen da veia, nesta fase avança-se com o cateter na direção da veia e retira-se simultaneamente a agulha da veia.

- O garrote é removido do cliente quando o cateter estiver totalmente introduzido na veia (Carlotti, 2012).
- Para confirmar a permeabilidade do CVP colocado, injeta-se soro fisiológico através deste e observam-se possíveis alterações da pele, como rubor, edema, tumefação, extravasamento de líquido em redor do local de inserção do CVP ou desconforto manifestado pelo cliente (Carlotti, 2012).
- A data de inserção do CVP deverá estar registada num local de fácil visualização (o penso).

6.2.7 Fixação do CVP à pele do cliente

- Após inserção do CVP no cliente, é importante que este fique bem fixado pois existe o risco de ele se mover, e nesta situação poderá arrastar microrganismos para dentro da ferida, provocada pela inserção do cateter na pele e aumentar o risco de flebite (Wilson, 2003).
- A fixação do CVP deve ser efetuada utilizando um penso esterilizado. Este poderá ser opaco, mas deve ser preferencialmente transparente e semipermeável, de modo a facilitar a observação do local de inserção do cateter e assim detetar sinais precoces de flebite. **Categoria IA** (CDC, 2011)
- Os pensos com películas transparentes permitem que o cliente faça a sua higiene, sem haver um risco acrescido de humidade do penso, uma vez que é impermeável (Wilson, 2003).
- Os pensos com películas transparentes permitem uma observação do local de inserção do CVP, sem que para isso, seja necessário retirar o penso, minimizando desta forma as manipulações do mesmo.
- Na impossibilidade de colocar um penso esterilizado no local de inserção do CVP, o princípio a seguir deverá ser o de minimizar o risco de desenvolvimento de infeção, desta forma poderá ser utilizado uma compressa esterilizada por cima do cateter e utilizar adesivo para a fixar à pele do cliente (Elkin, Perry e Potter, 2005).

6.2.8 Mudança do penso de fixação do CVP

- Substituir o penso quando o CVP é removido ou substituído.
- Substituir o penso quando este se encontra descolado, repassado ou húmido. **Categoria IB**

- Substituir o penso sempre que necessário, nos clientes diaforéticos.
- Substituir o penso em clientes com pensos de grandes volumes, que não permitam a palpação ou a visualização do local de inserção do CVP. Nestes casos o penso deve ser removido diariamente e inspecionar visualmente o local de inserção do CVP, aplicando um novo penso (MS, 2006).

6.2.9 Manutenção e manuseamento do CVP

- Verificar o local de inserção do CVP diariamente, por palpação através do penso, para despiste de complicações. **Categoria II**
- Encorajar os clientes a expor qualquer alteração no local de inserção do CVP. **Categoria II**
- Sempre que é necessário manipular o orifício do cateter, ou dispositivos com acesso ao sistema (torneiras de três vias), dever-se-á manter a técnica assética (Phillips, 2001).
- O local deve ser limpo com uma solução desinfetante e depois disso administrar a terapêutica EV (Mendonça *et al.*, 2010).
- Verificar a permeabilidade do CVP antes da administração de terapêutica EV.
- Não forçar a entrada de qualquer terapêutica EV.
- Após a administração de terapêutica EV, deve ser administrado 2-10ml de Cloreto de Sódio a 0,9% para irrigação do CVP, de modo a assegurar a sua permeabilidade e prevenir as complicações decorrentes da associação medicamentosa (Oliveira e Silva, 2006).
- Não aplicar por rotina pomadas ou cremes antimicrobianos local de inserção do CVP. **Categoria IB**

6.2.10 Substituição dos sistemas de administração de fluidos

- Os sistema de administração de terapêutica EV, incluindo torneiras de três vias e prolongamentos, devem ser substituídos a cada 72h, exceto se indicação clínica em contrário. **Categoria IA** (CDC, 2011)
- Os sistemas de perfusão utilizados para administração de sangue e derivados do sangue, ou emulsões lipídicas, devem ser substituídos às 24h, após o início da perfusão (CDC, 2011).
- Os sistemas de perfusão utilizados para administração de propofol, devem ser trocados

a cada 6-12 horas. **Categoria IA** (CDC, 2011)

- Os prolongamentos conectados ao CVP deverão ser substituídos sempre que um novo CVP é inserido no cliente. **Categoria IB** (CDC, 2011)
- Sempre que se verifique refluxo de sangue para o prolongador ou torneira de três vias, o sistema deve ser substituído.
- A data de colocação do sistema de perfusão deve estar registada num pequeno autocolante na câmara de gotejo.

6.2.11 Substituição e remoção do CVP

- Assim que deixe de existir indicação para a sua utilização (cliente sem terapêutica EV prescrita).
- Na presença de sinais de infeção no local de inserção do CVP (calor, rubor, eritema), ou quando existem sinais de mau funcionamento do cateter. **Categoria IB**
- A cada 72 a 96 horas após a sua colocação no cliente para prevenir a infeção. **Categoria IB** (CDC, 2011)
- Nos clientes com acessos difíceis, se o CVP se encontrar funcionante e sem sinais de flebite, a mudança de cateter poderá ser adiada para além do período definido. Nestes casos deverá ser efetuada uma avaliação mais regular do CVP, com o intuito pesquisar sinais de dor, rubor, calor, tumefação, infiltração ou obstrução (MS, 2006).
- Remover o CVP inserido numa situação de emergência e inserir um novo cateter num local diferentes dentro de 48h. **Categoria II** (CDC, 2011)

6.2.12 Registos de Enfermagem

- Registrar a data de inserção do CVP, o local de inserção do CVP, o calibre do CVP, e o tipo de CVP inserido no cliente (Elkin, Perry e Potter, 2005).
- Registrar o tipo de penso utilizado.
- Torna-se essencial que a par dos registos efetuados se selecione as intervenções de enfermagem adequadas a esta atitude terapêutica da cateterização venosa periférica, como sejam, a data de substituição do cateter e a data de substituição dos sistemas de perfusão (Elkin, Perry e Potter, 2005).

6.3 Material e Equipamento

- Resguardo impermeável
- Garrote
- SABA
- Antisséptico para desinfeção do local de punção
- Luvas não esterilizadas
- Cateteres de punção venosa periférica
- Compressas esterilizadas
- Penso esterilizado transparente
- Sistema de perfusão, torneira de três vias, prolongamento ou obturador
- Seringa com soro fisiológico a 0,9%
- Contentor de cortantes/perfurantes
- Suporte de soros, se necessário
- Bomba infusora, seringa infusora ou regulador de fluxo de terapêutica EV, se necessário

6.4 Inserção, fixação e manutenção do CVP

CATETER VENOSO PERIFÉRICO

Intervenções de enfermagem	Fundamentação
1. Verificar a prescrição e identificar o cliente.	1. Evita erros.
2. Providenciar os recursos materiais para junto do cliente.	2. Economiza o tempo.
3. Instruir o cliente sobre o procedimento.	3. Diminui a ansiedade do cliente. Obtém a sua colaboração e o seu consentimento.
4. Proceder à higienização das mãos, de acordo com a norma existente no CH, relativa a este processo.	4. Indicação: antes do contato com o cliente. A higiene das mãos antes da inserção combinada com a técnica asséptica durante a manipulação do CVP previne a contaminação.

- | | |
|---|--|
| 5. Posicionar corretamente o cliente, de preferência com o membro sobre uma superfície. | 5. Proporciona conforto ao cliente.
Facilita a execução da técnica.
Facilita o acesso ao vaso sanguíneo. |
| 6. Proteger a roupa da cama com um resguardo. | 6. Evita derrame de sangue. |
| 7. Selecionar o cateter a utilizar. | 7. O comprimento e o diâmetro do cateter devem ser adequados ao local e objetivo da perfusão. |
| 8. Selecionar o local da punção. | 8. Facilita a acessibilidade à veia. |
| 9. Aplicar o garrote, cerca de 5 a 10 cm acima do local de punção. | 9. Previne o retorno venoso, sem ocluir o fluxo arterial. |
| 10. Instruir o cliente para abrir e fechar várias vezes a mão. | 10. Possibilita o fluxo sanguíneo. |
| 11. Proceder à higienização das mãos. | 11. Indicação: antes de procedimentos assépticos. |
| 12. Calçar luvas não esterilizadas. | 12. Previne a contaminação.
Previne a exposição a fluidos orgânicos. |
| 13. Palpar a veia a puncionar. | |
| 14. Desinfetar a área a puncionar com movimentos circulares, do centro para a periferia, utilizando compressas esterilizadas embebidas em desinfetante ou utilizando um desinfetante em spray e deixar secar. | 13. Previne a infecção. |
| 15. Remover a cápsula protetora do cateter. | |
| 16. Com a mão não dominante estabilizar a pele em redor da veia selecionada. | 14. Facilita a execução da técnica. |

17. Segurar o cateter com a mão dominante, com o bisel virado para cima e abordar a veia num ângulo aproximado de 10° - 30° com a pele, perfurando-a de modo a aceder à veia com um movimento suave e contínuo.
18. Quando surgir sangue na câmara posterior do cateter, fazer progredir o cateter com o dedo indicador, exteriorizando simultaneamente o mandril e rejeita-lo no contentor de perfurantes.
19. Retirar o garrote.
20. Verificar a permeabilidade da veia, injetando soro fisiológico 0,9% na veia puncionada.
21. Com a mão não dominante exercer pressão na zona da extremidade do CVP e aplicar de acordo com o objetivo da punção, obturador, torneira de três vias ou prolongador.
22. Fixar o cateter à pele do cliente e proteger o local da punção, através da colocação de um penso esterilizado, transparente e semipermeável, sobre o local de inserção do CVP.
15. Facilita a inserção do cateter.
Previne a perfuração da veia.
16. Evita o extravasamento de sangue para os tecidos.
Previne o acidente com perfurantes.
17. Restabelece o fluxo sanguíneo.
Minimiza o desconforto.
18. Previne complicações.
19. Evita extravasamento de sangue.
Mantém a permeabilidade do cateter.
20. Evita a remoção acidental do CVP.
Previne traumatismos da ferida.
Previne a contaminação do local de inserção do CVP.
Facilita a observação do local de inserção do cateter.
Deteta sinais precoces de flebite.
Minimiza o risco acrescido de humidade no local de inserção do

CVP.

23. Regular o débito da perfusão, se aplicável.
 24. Providenciar a recolha do material utilizado.
 25. Remover as luvas e higienizar as mãos.
 26. Colocar a data no penso e no sistema de perfusão, se aplicável.
 27. Esclarecer dúvidas surgidas ao cliente.
 28. Higienizar as mãos.
 29. Registrar no processo do cliente:
 - A data, local, calibre e tipo de CVP colocado no cliente;
 - A data de substituição do CVP e do circuito, composto pelo sistema de soro, controlador de fluxo, torneira de três vias e prolongador,
 - Reações do cliente ao procedimento executado.
21. Evita a contaminação do ambiente.
 22. Indicação: após a exposição a sangue.
Evita a contaminação do ambiente.
Previne a infeção cruzada.
 23. Identifica a colocação do CVP e sistema de soro, de modo a permitir a continuidade de cuidados.
 24. Diminui a ansiedade do cliente.
 25. Indicação: após o contato com o cliente.
Previne a infeção cruzada.
 26. Possibilita a continuidade dos cuidados.

7. Anexos

Anexo I - Instrumento de auditoria ao procedimento.

Anexo II – Ilustração do procedimento.

Elaboração Cristina Ribeiro A.M. E.M.	Revisão GCLCIPRA	Ratificação Conselho de Administração Data:
---	----------------------------	---

Anexo I - Instrumento de auditoria ao procedimento.

Grelha de Auditoria							
“Procedimento de inserção, fixação e manutenção do cateter venoso periférico”							
Serviço:	Data:	Responsável do Serviço:	Auditores:				
Especialidades							
Médicas							
Critérios			T	P	NC	NA	Observações
1) Providenciou os recursos materiais para junto do cliente?							
2) Instrui o cliente sobre o procedimento?							
3) Procedeu à higienização das mãos?							
4) Posicionou corretamente o cliente, de preferência com o membro sobre uma superfície?							
5) Selecionou o cateter a utilizar?							
6) Selecionou o local da punção?							
7) Aplicou o garrote, cerca de 5 a 10 cm acima do local de punção?							
8) Instruiu o cliente para abrir e fechar várias vezes a mão?							
9) Procedeu à higienização das mãos?							
10) Calçou luvas não esterilizadas?							

11) Desinfetou a área a puncionar com movimentos circulares, do centro para a periferia, utilizando compressas esterilizadas embebidas em desinfetante ou utilizando um desinfetante em spray e deixou secar?					
12) Segurou o cateter com o bisel virado para cima e abordou a veia num ângulo aproximado de 10°-30° com a pele, perfurando-a de modo a aceder à veia com um movimento suave e contínuo?					
13) Verificou a permeabilidade da veia, injetando soro fisiológico 0,9% na veia puncionada?					
14) Aplicou penso esterilizado?					
15) Aplicou, de acordo com o objetivo da punção, obturador, torneira de três vias ou prolongador?					
16) Providenciou a recolha do material utilizado?					
17) Removeu as luvas e higienizou as mãos?					
18) Colocou a data de inserção do CVP no penso?					
19) Colocou a data de colocação do sistema de perfusão na câmara de gotejo?					
20) Procedeu à higienização das mãos?					
21) Registou no processo do cliente, a data, local, calibre e tipo de CVP colocado?					
22) Registou a data de substituição do CVP?					
23) Registou a data de substituição do circuito, composto pelo sistema de soro, torneira de três vias e prolongador?					
24) Registou reações do cliente ao procedimento executado?					
TOTAIS					

Indicador: Taxa de conformidade

Nº de critérios conformes

----- X 100 = (taxa de conformidade)











Nº de critérios aplicáveis x Nº de processos auditados

Padrão:

Observações e Sugestões

--

Anexo II – Ilustração do procedimento.

Procedimento	Ilustração
1. Verificar a prescrição e identificar o doente. 2. Providenciar os recursos materiais para junto do doente.	
3. Instruir o doente sobre o procedimento. 4. Higienizar as mãos	
5. Posicionar o doente, com o membro sobre uma superfície. 6. Selecionar o local da punção. 7. Aplicar o garrote descartável, acima do local de punção. 8. Calçar luvas não esterilizadas.	
9. Palpar a veia a puncionar. 10. Desinfetar a área a puncionar com desinfetante em spray de clorhexidina 2%, ou se inexistente álcool a 70º, e deixar secar.	
11. Com a mão não dominante estabilizar a pele em redor da veia	
12. Segurar o cateter com a mão dominante, com o bisel virado para cima e abordar a veia num ângulo aproximado de 10º-30º com a pele, perfurando-a de modo a aceder à veia 13. Quando surgir sangue na camara posterior, fazer progredir o cateter com o dedo indicador, exteriorizando simultaneamente o mandril e rejeita-lo no contentor para corto perfurantes.	
14. Verificar a permeabilidade da veia, injetando soro fisiológico 0,9%	
15. Fixar o cateter à pele com penso esterilizado, transparente e semipermeável	
16. Remover as luvas e higienizar as mãos. 17. Colocar a data no penso e no sistema de perfusão	
<p align="center">TÉCNICA DE REMOÇÃO DO PENSO DE FIXAÇÃO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Destacar as zonas opacas do penso e de seguida esticar a parte transparente na horizontal paralela à pele 	

APÊNDICE XI – Informação à equipa de enfermagem do segundo período de observações.

Novo Responder | Excluir Arquivar Lixo Eletrônico | Limpar Mover para | Categorias |

Período de observações

Cristina 29/12/2015

Boa noite colegas,

Após ter efetuado a sessão de formação relativa ao "Procedimento de enfermagem na Inserção, fixação e manutenção do cateter venoso periférico", e do mesmo se encontrar para documento de leitura na sala de enfermagem do Serviço de Especialidades Médicas, venho por este meio informar que no período de 1 a 15 de Janeiro de 2016, decorrerão as observações das intervenções de enfermagem implícitas na realização desta técnica.

Muito obrigado pela vossa colaboração neste trabalho.
Fico ao vosso dispor para esclarecimento de qualquer questão.

Boa noite,
Enfermeira Cristina Ribeiro

© 2016 Microsoft Termos Privacidade e cookies Desenvolvedores Português (Brasil)

APÊNDICE XII – Diapositivos da Sessão de Formação.

IPS Instituto Politécnico de Setúbal Escola Superior de Saúde

Curso de 4º Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica

Cuidados de enfermagem na inserção, fixação e manutenção do Cateter venoso periférico

Enfermeira Cristina Ribeiro
Orientadora Enfermeira A.M.
Professora Elsa Monteiro

Setúbal, Novembro de 2015

Sumário

- Apresentação do tema
- Enumeração dos objetivos
- Justificação da escolha do tema
- Abordagem de conceitos implícitos na cateterização venosa periférica
- Exposição dos dados obtidos através das observações efetuadas
- Descrição dos cuidados de enfermagem na cateterização venosa periférica
- Apresentação do procedimento elaborado

Cristina Ribeiro 24/04/2016

Objetivos

- Relembrar conceitos/definições relativos à cateterização venosa periférica.
- Apresentar o "Procedimento relativo à inserção, fixação e manutenção do cateter venoso periférico nos doentes internados no Serviço de Especialidades Médicas".
- Uniformizar os cuidados de enfermagem relativos à manipulação do cateter venoso periférico.

Cristina Ribeiro 24/04/2016

Relatório de Trabalho de Projeto ???

Projeto de Intervenção em Serviço ???

Elemento dinamizador da CCI

Qual será a norma em vigor nesta Instituição ???

"...no Hospital X, era norma trocar os CVP de 3/3 dias..."

"...no Hospital XY existiam uns pensos de fixação do CVP, que eram muito bons..."

"...quando trabalhava no Hospital Y, era norma trocar os sistema de soros nos dias pares..."

A Instituição não tem nenhum procedimento elaborado para a realização desta técnica.

Cristina Ribeiro 24/04/2016

Enquadramento Teórico...

- A terapia endovenosa (EV) teve início com o médico William Harvey, com a sua descoberta da circulação sanguínea;
- O conhecimento dos vasos sanguíneos e a utilização da terapêutica EV remonta à época de Galileu, na tentativa de reposição da volémia a combatentes nos períodos das guerras;
- Foi na década de 40 que o cateter vascular foi introduzido nos hospitais (Phillips, 2001).

Cristina Ribeiro 24/04/2016

Enquadramento Teórico...

- Verificou-se um aumento de administração de terapêutica por via EV, sendo esta a via de eleição, relativamente à via oral ou intramuscular (Phillips, 2001).
- O CVP atualmente, fazem parte indispensável do equipamento clínico utilizado nas instituições de saúde para administração de terapêutica EV, transfusão de hemoderivados e fornecimento de um suporte nutricional ao doente.
- Esta via pode ser utilizada em situações urgentes como não urgentes (Carloti, 2012).

Cristina Ribeiro 24/04/2016

Enquadramento Teórico...

- A punção venosa periférica é um procedimento invasivo que consiste em punccionar uma veia num doente, através do rompimento da pele, pela transposição das suas camadas, com o auxílio de vários tipos de dispositivos, como *butterfly*, cateteres ou ainda através de uma agulha conectada a uma seringa.
- Procedimento invasivo, que exige do profissional que o realiza (maioritariamente o enfermeiro), a adoção de técnica asséptica no desenrolar do mesmo (Marteletto et al., 2010).

Cristina Ribeiro 24/04/2014

Enquadramento Teórico...

- A colocação de CVP é um dos procedimentos invasivos mais frequentes da prática diária em meio hospitalar.
- As intervenções de enfermagem associadas a esta sucessiva manipulação devem ser as mais adequadas, com a finalidade de prevenir a infeção (MS, 2013).

“a complicação vascular mais frequentes nos doentes puncionados com cateteres venosos periféricos é a flebite e aproximadamente 25% a 35% que têm em perfusão terapia endovenosa desenvolvem flebites”

(Fonseca et al. (2005), referido por Augusto (2013, p. 22)

Cristina Ribeiro 24/04/2014

Enquadramento Teórico...

- A flebite está associada ao desenvolvimento de um processo inflamatório da camada íntima das veias causado por irritação mecânica, química ou infeções bacterianas, cuja sintomatologia passa pela dor, edema, rubor e calor à palpação do local (Magerote et al., 2011).
- O material e o calibre do CVP, o tempo de permanência do CVP, o local de punção, a microflora da pele do doente, a ponta do CVP contaminada durante e sua inserção, a colonização das conexões do cateter, a terapêutica EV administrada, a técnica utilizada na inserção e manuseamento do CVP, assim como higienização das mãos do profissional que insere ou o manuseia o CVP. (CDC, 2011)

Cristina Ribeiro 24/04/2014

E porque não elaborar...

Procedimento de inserção, fixação e manutenção do cateter venoso periférico???



Cristina Ribeiro 24/04/2014

Etapas...

- Resumo do problema identificado
- Pedido de parecer ao Conselho de Administração para desenvolvimento do projeto
- Construção do instrumento de colheita de dados
 - ✓ Grelha de observação de procedimentos, antes, durante e após inserção do CVP, incluindo os registos de enfermagem da técnica realizada
 - ✓ Grelha de observação da manutenção do CVP

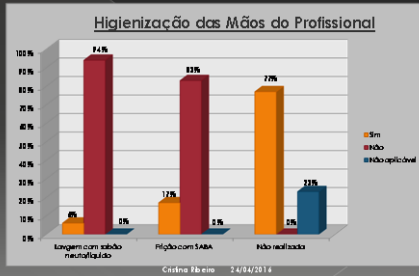
Cristina Ribeiro 24/04/2014

Etapas...

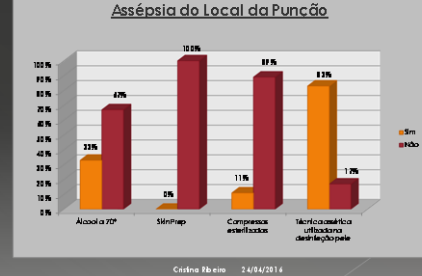
- 18 observações dos procedimentos, antes, durante e após inserção do CVP, incluindo os registos de enfermagem da técnica realizada.
- 36 observações da manutenção do CVP.

Cristina Ribeiro 24/04/2014

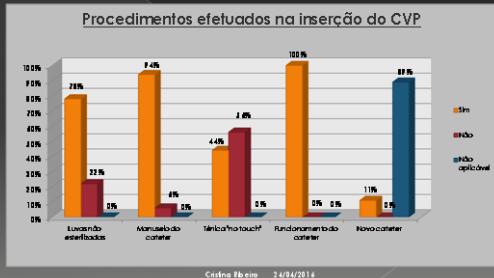
Tratamento de dados
Procedimentos efetuados antes, durante e após a inserção do CVP



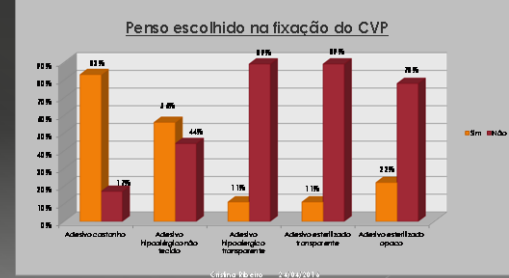
Tratamento de dados
Procedimentos efetuados antes, durante e após a inserção do CVP



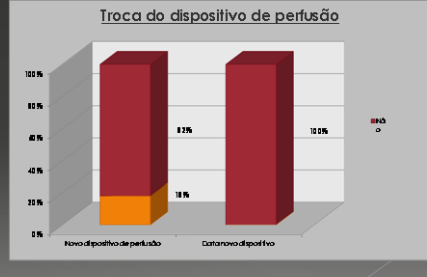
Tratamento de dados
Procedimentos efetuados antes, durante e após a inserção do CVP



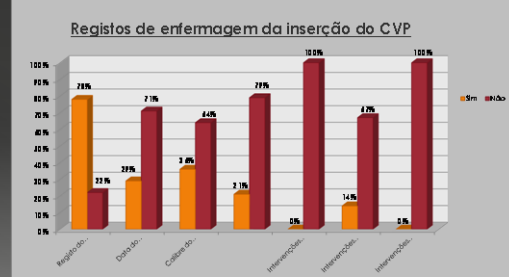
Tratamento de dados
Procedimentos efetuados antes, durante e após a inserção do CVP



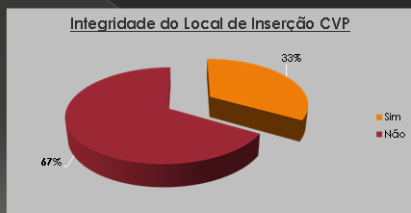
Tratamento de dados
Procedimentos efetuados antes, durante e após a inserção do CVP



Tratamento de dados
Procedimentos efetuados antes, durante e após a inserção do CVP

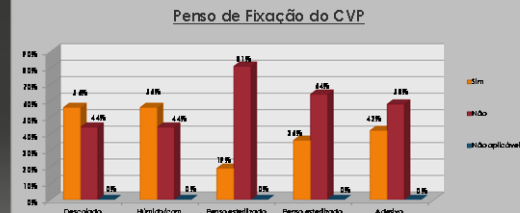


Tratamento de dados Procedimentos realizados na manutenção do CVP



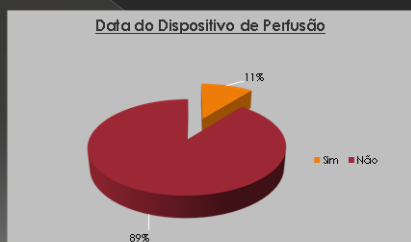
Cristina Ribeiro 24/04/2014

Tratamento de dados Procedimentos realizados na manutenção do CVP



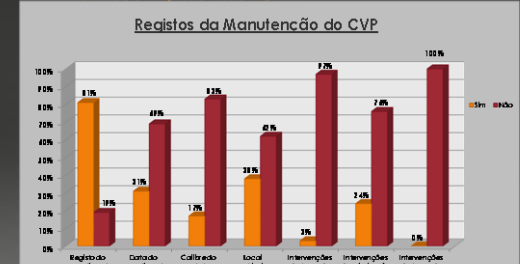
Cristina Ribeiro 24/04/2014

Tratamento de dados Procedimentos realizados na manutenção do CVP



Cristina Ribeiro 24/04/2014

Tratamento de dados Procedimentos realizados na manutenção do CVP



Cristina Ribeiro 24/04/2014

Cuidados de enfermagem na cateterização venosa periférica...

As normas de orientação clínica da prevenção da infeção associada aos cuidados de saúde foram elaboradas pelos Centers for Disease Control (CDC) e pelo Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC).

As recomendações estão divididas em **seis níveis de intervenção**:

- Seleção do cateter
- Seleção do local de inserção
- Técnica asséptica e desinfeção cutânea durante a inserção do cateter
- Manutenção do cateter e do local de inserção
- Estratégia para a substituição do cateter
- Profilaxia antibiótica

Cristina Ribeiro 24/04/2014

Cuidados de enfermagem na cateterização venosa periférica...

- Para se perceber quais as recomendações com maior evidência na sua aplicação, elas foram categorizadas segundo os critérios do CDC e HICPAC, com base nos dados científicos existentes, raciocínio lógico, aplicabilidade e impacto económico.

Cristina Ribeiro 24/04/2014

Categoria	Descrição
IA	Fortemente recomendado para implementação e de grande evidência, baseada em estudos e pesquisas experimentais bem conduzidos, clínicos, ou estudos epidemiológicos. Corresponde à categoria com mais evidência.
IB	Fortemente recomendado para implementação, baseada na racionalidade e evidência sugestiva de alguns estudos experimentais, clínicos, ou estudos epidemiológicos.
IC	Recomendação sugerida por normas ou recomendações de outras federações e associações.
II	Recomendação sugerida para implementação baseada na clínica sugestiva ou estudos epidemiológicos, ou uma forte fundamentação teórica.
Questão não resolvida	Práticas para as quais não existe evidência ou consenso suficiente quanto à sua eficácia.

Cristina Ribeiro 24/04/2014

Cuidados de enfermagem na cateterização venosa periférica...

- **Aspectos Gerais**
 - ✓ Atender à privacidade do doente;
 - ✓ Explicar o procedimento ao doente, através de uma breve descrição do processo de punção venosa, informando-o sobre o período previsto da perfusão EV e a necessidade de restrição de atividades;
 - ✓ Solicitar o seu consentimento verbal para o procedimento;
 - ✓ Assegurar técnica asséptica na cateterização, na manipulação do cateter e na manipulação do sistema de perfusão. **Categoria IB**

Cristina Ribeiro 24/04/2014

Cuidados de enfermagem na cateterização venosa periférica...

- **Seleção do CVP**
 - ✓ Selecionar o CVP com base no seu objetivo de colocação, tempo de permanência, complicações conhecidas (flebitis e infiltração) e experiência do profissional. **Categoria IB**
- **Seleção do local de inserção do CVP**
 - ✓ A escolha do local de inserção e do calibre do CVP deverá ser efetuada em conformidade com o tipo de solução a ser administrada, o tempo previsto da terapêutica EV e a disponibilidade de acessos venosos no doente; **Categoria IB**
 - ✓ Cateterizar preferencialmente locais de eleição para administração de terapêutica EV, preferencialmente os acessos vasculares dos membros superiores, como o dorso das mãos e antebraços; **Categoria II**


Cristina Ribeiro 24/04/2014

Cuidados de enfermagem na cateterização venosa periférica...

- **Seleção do local de inserção do CVP**
 - ✓ A punção venosa periférica dos membros inferiores está associada ao risco acrescido de tromboembolismo e tromboflebite, pelo que quando esta localização é utilizada, deverá ser substituída logo que possível; **Categoria II**
 - ✓ Cateterizar a zona mais distal do membro, evitando as zonas de flexão;
 - ✓ Cateterizar se possível, o membro não dominante do doente;
 - ✓ Cateterizar sempre o membro oposto ao do acesso vascular, no doente com fistula arteriovenosa ou prótese vascular para hemodiálise;
 - ✓ Evitar cateterizar o membro que possa vir a ser utilizado para efetuar um acesso vascular no doente com insuficiência renal aguda.

Cristina Ribeiro 24/04/2014

Cuidados de enfermagem na cateterização venosa periférica...



- **Higienização das mãos**
 - ✓ A higienização das mãos deve ser efetuada utilizando preferencialmente soluções contendo antisséptico, como é exemplo do SABIA, e esta deverá ser realizada antes e depois da inserção do CVP; **Categoria IB** (Phillips, 2001)
 - ✓ Uma vez que é previsível o contacto com sangue na execução do procedimento, recomenda-se a utilização de luvas limpas previamente à inserção do CVP e na sua manipulação. **Categoria IC** (DGS, 2013), (CDC, 2011)

Cristina Ribeiro 24/04/2014

Cuidados de enfermagem na cateterização venosa periférica...

- **Preparação da pele do local de inserção do CVP**
 - ✓ A preparação da pele deve ser efetuada com um antisséptico (desinfetante que contenha cloro-hexidina a 2%, ou na sua inexistência, utilizar álcool a 70°); **Categoria IB**
 - ✓ A desinfecção do local selecionado para cateterização deve ser realizada com movimentos circulares, utilizando compressas esterilizadas; (ACSS, 2011)
 - ✓ O tempo de secagem do antisséptico deve ser respeitado; (Carlotti, 2012)



Cristina Ribeiro 24/04/2014

Cuidados de enfermagem na cateterização venosa periférica...

Preparação da pele do local de inserção do CVP

- ✓ Após esta desinfeção não se deve voltar a tocar no local a cateterizar, pois existe o risco de contaminação do mesmo; **Categoria IC** (Carlotti, 2012)
- ✓ Caso seja necessário voltar a tatear o local do acesso vascular, a aplicação do antisséptico deve ser repetida.

Cristina Ribeiro 24/04/2014

Cuidados de enfermagem na cateterização venosa periférica

◉ Inserção do cateter venoso periférico

- ✓ Após selecionar a veia a punccionar e efetuar a sua desinfeção, insere-se o cateter escolhido na veia, com o bisel voltado para cima, formando um ângulo entre 10°- 30°;
- ✓ O cateter ao ser introduzido na veia provoca um refluxo de sangue, este facto comprova que a agulha e o cateter de plástico se encontram no lúmen da veia, nesta fase avança-se com o cateter na direção da veia e retira-se simultaneamente a agulha da veia;

Cristina Ribeiro 24/04/2014

Cuidados de enfermagem na cateterização venosa periférica...

◉ Inserção do cateter venoso periférico

- ✓ O garrote preferencialmente deve ser de uso único e é removido do doente quando o cateter estiver totalmente introduzido na veia; (Carlotti, 2012)
- ✓ Para confirmar a permeabilidade do CVP colocado, injeta-se soro fisiológico através deste e observam-se possíveis alterações da pele, como rubor, edema, tumefação, extravasamento de líquido em redor do local de inserção do CVP ou desconforto manifestado pelo doente; (Carlotti, 2012)

Cristina Ribeiro 24/04/2014

Cuidados de enfermagem na cateterização venosa periférica...

◉ Fixação do CVP à pele do doente

- ✓ Após inserção do CVP no doente, é importante que este fique bem fixado pois existe o risco de ele se mover, e nesta situação poderá arrastar microorganismos para dentro da ferida, provocada pela inserção do cateter na pele, e aumentar o risco de flebite; (Wilson, 2003)
- ✓ A data de inserção do CVP deverá estar registada num local de fácil visualização (o penso).



Cristina Ribeiro 24/04/2014



Cuidados de enfermagem na cateterização venosa periférica...

◉ Fixação do CVP à pele do doente

- ✓ A fixação do CVP deve ser efetuada utilizando um penso esterilizado. Este pode ser opaco, mas deve ser preferencialmente transparente e semipermeável, de modo a facilitar a observação do local de inserção do cateter e assim detetar sinais precoces de flebite; **Categoria IA** (CDC, 2011)
- ✓ Os pensos com películas transparentes permitem que o doente faça a sua higiene, sem haver um risco acrescido de humidade do penso, uma vez que é impermeável; (Wilson, 2003)



Cristina Ribeiro 24/04/2014



Cuidados de enfermagem na cateterização venosa periférica...

◉ Fixação do CVP à pele do doente

- ✓ Na impossibilidade de colocar um penso esterilizado no local de inserção do CVP, o princípio a seguir deverá ser o de minimizar o risco de desenvolvimento de infeção, desta forma poderá ser utilizada uma compressa esterilizada por cima do cateter e utilizar adesivo para a fixar à pele do doente. (Elkin, Perry e Potter, 2005)



Cristina Ribeiro 24/04/2014

Cuidados de enfermagem na cateterização venosa periférica...

⦿ Mudança do penso de fixação do CVP

- ✓ Substituir o penso quando o CVP é removido ou substituído;
- ✓ Substituir o penso quando este se encontra descolado, repassado ou húmido; **Categoria IB**
- ✓ Substituir o penso em doentes com pensos de grandes volumes, que não permitam a palpação ou a visualização do local de inserção do CVP. Nestes casos o penso deve ser removido diariamente e inspecionar visualmente o local de inserção do CVP, aplicando um novo penso. (MS, 2006)

Cristina Ribeiro 24/04/2014

Cuidados de enfermagem na cateterização venosa periférica...

⦿ Manutenção e manuseamento do CVP

- ✓ Verificar o local de inserção do CVP diariamente, por palpação através do penso, para despiste de complicações; **Categoria II**
- ✓ Encorajar os doentes a expor qualquer alteração no local de inserção do CVP; **Categoria II**
- ✓ Sempre que é necessário manipular o orifício do cateter, ou dispositivos com acesso ao sistema (torneiras de três vias), dever-se-á manter a técnica asséptica; (Phillips, 2001)
- ✓ O local deve ser limpo com uma solução desinfetante e depois disso, administrar a terapêutica EV; (Mendonça et al., 2010)

Cristina Ribeiro 24/04/2014

Cuidados de enfermagem na cateterização venosa periférica...

⦿ Manutenção e manuseamento do CVP

- ✓ Verificar a permeabilidade do CVP antes da administração de terapêutica EV;
- ✓ Não forçar a entrada de qualquer terapêutica EV;
- ✓ Após a administração de terapêutica EV, deve ser administrado 2 - 10ml de Cloreto de Sódio a 0,9% para irrigação do CVP, de modo a assegurar a sua permeabilidade e prevenir as complicações decorrentes da associação medicamentosa; (Oliveira e Silva, 2006)
- ✓ Não aplicar por rotina pomadas ou cremes antimicrobianos local de inserção do CVP. **Categoria IB**

Cristina Ribeiro 24/04/2014

Cuidados de enfermagem na cateterização venosa periférica...

⦿ Substituição dos sistemas de administração de fluidos

- ✓ Os sistemas de administração de terapêutica EV, incluindo torneiras de três vias e prolongamentos, devem ser substituídos a cada 72h, exceto se indicação clínica em contrário; **Categoria IA**
- ✓ Os sistemas de perfusão utilizados para administração de sangue e derivados do sangue, ou emulsões lipídicas, devem ser substituídos às 24h, após o início da perfusão;
- ✓ Os sistemas de perfusão utilizados para administração de propofol, devem ser trocados a cada 6 a 12 horas; **Categoria IA**

Cristina Ribeiro 24/04/2014

Cuidados de enfermagem na cateterização venosa periférica...

⦿ Substituição dos sistemas de administração de fluidos

- ✓ Os prolongamentos conectados ao CVP deverão ser substituídos sempre que um novo CVP é inserido no doente; **Categoria IB**
- ✓ Sempre que se verifique refluxo de sangue para o prolongador ou torneira de três vias, o sistema deve ser substituído;
- ✓ A data de colocação do sistema de perfusão deve estar registada num pequeno autocolante na câmara de gotejo.



Cristina Ribeiro 24/04/2014

Cuidados de enfermagem na cateterização venosa periférica...

⦿ Substituição e remoção do CVP

- ✓ Assim que deixe de existir indicação para a sua utilização;
- ✓ Na presença de sinais de infeção no local de inserção do CVP (calor, rubor, eritema), ou quando existem sinais de mau funcionamento do cateter; **Categoria IB**
- ✓ A cada 72 a 96 horas após a sua colocação no doente para prevenir a infeção; **Categoria IB**

Cristina Ribeiro 24/04/2014

APÊNDICE XIII – Plano da Sessão de Formação.

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA CATETERIZAÇÃO
VENOSA PERIFÉRICA**

- **Sessão de Formação:** Cuidados de enfermagem na inserção, fixação e manutenção do cateter venoso periférico.

A colocação de um cateter venoso periférico num cliente para administração de terapêutica endovenosa, tornou-se um procedimento frequente da prática diária em meio hospitalar. Pelo fato de ser um procedimento invasivo para o cliente é importante que as intervenções de enfermagem associadas a esta técnica sejam as mais apropriadas, com a finalidade de prevenir a infeção associada à presença destes dispositivos (Ministério da Saúde, 2013).

- **Formador:** Enf.^a Cristina Ribeiro (Estudante do Curso de 4º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal)
- **Destinatários:** Enfermeiros do Serviço de Especialidades Médicas.
- **Local:** Sala de reuniões da Área Técnica do 3º piso do CH.
- **Data:** 23/11/2015
- **Início da formação:**14:00h **Término da formação:**15:00h
- **Sumário da sessão de formação:**
 - ✓ Apresentação do tema
 - ✓ Justificação da escolha do tema
 - ✓ Enumeração dos objetivos da ação de formação
 - ✓ Abordagem de conceitos implícitos na cateterização venosa periférica
 - ✓ Exposição dos dados obtidos através das observações efetuadas
 - ✓ Descrição dos cuidados de enfermagem na cateterização venosa periférica
 - ✓ Apresentação do procedimento elaborado

- **Objetivos da formação**

- **Objetivo geral:**

- ✓ Uniformizar os cuidados de enfermagem ao cliente adulto submetido à cateterização venosa periférica, internado no Serviço de Especialidades Médicas.

- **Objetivos específicos:**

- ✓ Relembrar conceitos/definições relativos à cateterização venosa periférica.
 - ✓ Apresentar o procedimento elaborado, referente à “Inserção, fixação e manutenção do cateter venoso periférico”.


- **Recursos materiais:**

- ✓ Sala para apresentação da sessão de formação
 - ✓ Computador
 - ✓ Retroprojektor
 - ✓ Material impresso para fornecer aos formandos
 - ✓ Fichas de avaliação da sessão de formação em vigor na Instituição onde decorre a formação.

Plano da Sessão de Formação

Etapas Desenvolvidas	Conteúdos Abordados	Métodos e Meios utilizados	Tempo Previsto
Introdução	<ul style="list-style-type: none">• Apresentação da formadora.• Apresentação do tema.• Justificação da escolha do tema.• Enumeração dos objetivos da ação de formação.	<ul style="list-style-type: none">• Método expositivo• Computador• Retroprojektor	10 min.
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none">• Abordagem de conceitos implicados na cateterização venosa periférica.• Exposição dos dados obtidos através das observações efetuadas.• Descrição dos cuidados de enfermagem na cateterização venosa periférica.• Apresentação do procedimento elaborado.	<ul style="list-style-type: none">• Método expositivo• Computador• Retroprojektor• Suporte em papel do procedimento	30 min.
Conclusão	<ul style="list-style-type: none">▪ Resumo da ação de formação.▪ Apresentação de sugestões.▪ Esclarecimento de questões.▪ Apresentação das referências bibliográficas.	<ul style="list-style-type: none">• Método expositivo• Computador• Retroprojektor	5 min.
Avaliação	<ul style="list-style-type: none">▪ Preenchimento do questionário de avaliação da sessão de formação, em vigor na instituição.	<ul style="list-style-type: none">▪ Questionário	5 min.

APÊNDICE XIV – Cartaz de divulgação da Sessão de Formação e Convites fornecidos aos Enfermeiros.



23 de Novembro de 2015

Sala de sessões área técnica 3º piso

Formações no âmbito do 4º Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica
Escola Superior de Saúde de Setúbal
Instituto Politécnico de Setúbal

Programa

14h00 Cuidados de Enfermagem na cateterização venosa periférica
Enfª Cristina Ribeiro

Objetivo geral: Uniformizar os cuidados de enfermagem ao adulto submetido à cateterização venosa periférica, internado no Serviço de Especialidades Médicas.

Objetivos específicos:

- Relembrar conceitos/definições relativos à cateterização venosa periférica;
- Apresentar o procedimento elaborado, referente à “inserção, fixação e manutenção do cateter venoso periférico”.

CONVITE



APÊNDICE XV – *Documento comprovativo de leitura do procedimento de inserção, fixação e manutenção do CVP.*

Declaração de Leitura

Olá colegas,

no passado dia 23/11/2015, fiz uma formação relativa aos “Cuidados de Enfermagem na inserção, fixação e manuseamento dos cateteres venosos periféricos”, mas na impossibilidade de muitos de vós puderem estar presentes na formação, agradecia a leitura do “Procedimento relativo à inserção, fixação e manutenção do cateter venoso periférico”, também apresentado nesse dia.

Relembro que este procedimento é a versão académica e neste momento encontra-se em revisão pelo Grupo Coordenador Local de Controlo de Infecção e Prevenção da Resistência aos Antimicrobianos para que se possa tornar um Procedimento Setorial para o Serviço Especialidades Médicas e posteriormente um documento transversal a todo o Centro Hospitalar.

Peço a colaboração a quem não pode estar presente na formação, o favor de lerem o procedimento e assinarem a confirmação de leitura.

Muito obrigada pela vossa colaboração e compreensão.

(Cristina Ribeiro)

Nome do Profissional

Assinatura

APÊNDICE XVI – Avaliação da sessão de formação.



**Instituto Politécnico de Setúbal
Escola Superior de Saúde**

4º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

**Avaliação da Sessão de Formação: “Cuidados de
Enfermagem na Inserção, Fixação e Manutenção do
Cateter Venoso Periférico”**

Discente: Cristina Ribeiro

Enfermeira Orientadora: A.M.

Docente Orientador: E.M.

Setúbal, Fevereiro de 2016

LISTA DE SIGLAS

CH – Centro Hospitalar

CVP – Cateter Venoso Periférico

ESS/IPS – Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

PIS – Projeto de Intervenção em Serviço

SEM – Serviço de Especialidades Médicas

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Avaliação da ação	10
Gráfico 2 – Avaliação do formador	11
Gráfico 3 – Avaliação global da formação	11
Gráfico 4 – Impacto da Formação no Desempenho Profissional	12

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	6
1. AVALIAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO	8
1.1 Avaliação da Ação	9
1.2 Avaliação do Formador	10
1.3 Apreciação Global da Ação	11
1.4 Impacto da Formação no Desempenho Profissional	12
CONCLUSÃO	14

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo I – Ficha de Avaliação pelo Formando

16

INTRODUÇÃO

No âmbito do Curso de 4º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal (ESS/IPS), foi-nos proposto o desenvolvimento de um Projeto de Intervenção em Serviço (PIS), em contexto dos estágios I, II e III, do respetivo curso.

O PIS foi realizado no Serviço de Especialidades Médicas (SEM) do Centro Hospitalar (CH), de acordo com a metodologia de projeto, e refletiu uma problemática no âmbito da enfermagem Médico-Cirúrgica identificada no serviço onde decorreram os estágios.

Um das fases do PIS foi a elaboração de um diagnóstico de situação, na qual se identificou como problema geral:

- A falta de uniformização pela equipa de enfermagem no procedimento de inserção, fixação e manutenção do cateter venoso periférico, de forma a prevenir as Infecções Associada aos Cuidados de Saúde (IACS);

Os problemas parcelares reconhecidos, e que compõem o problema geral são:

- Falta de documentos orientadores relativos à inserção, fixação e manutenção do cateter venoso periférico;
- Carência de formação acerca dos procedimentos de inserção, fixação e manutenção da cateterização venosa periférica;
- Registos de enfermagem inadequados/inexistentes.

Perante os problemas descritos, estabeleceu-se como objetivo geral, uniformizar os cuidados de enfermagem ao cliente submetido à cateterização venosa periférica internado no SEM.

Para dar resposta ao problema identificado planeou-se formar a equipa de enfermagem relativamente à prevenção das IACS durante a cateterização venosa periférica, através da realização de uma ação de formação alusiva ao tema.

A ação de formação decorreu no dia 23 Novembro de 2015, na sala de reuniões da área técnica do SEM, teve a duração aproximada de 50 minutos e os destinatários da mesma foi a equipa de enfermagem do SEM.

Após o desenvolvimento de uma ação de formação impõem-se que a mesma seja avaliada pelos formandos, relativamente aos diferentes itens que a compõem (avaliação da ação, avaliação do formador, apreciação global e impacto que a formação iria ter no desempenho dos profissionais), desta forma a elaboração deste documento tem como objetivo:

- Apresentar o tratamento de dados relativo à avaliação da sessão de formação “Cuidados de enfermagem na inserção, fixação e manutenção do cateter venoso periférico”.

A elaboração deste documento baseia-se no novo acordo ortográfico português, com as indicações do Guia Orientador dos Estágios 2º e 3º Semestres do Departamento de Enfermagem da ESS/IPS e do Guia Orientador para a Elaboração de Trabalhos Escritos do Departamento de Enfermagem da ESS/IPS. O mesmo encontra-se referenciado segundo a Norma Portuguesa 405.

1. AVALIAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO

A avaliação da sessão de formação foi efetuada no final da mesma, com recurso a um questionário dirigido aos formandos e preenchido por estes, com o propósito de avaliarem os variados domínios apresentados na formação. O questionário utilizado foi implementado e é utilizado pelo serviço de formação da instituição onde a ação de formação decorreu (Anexo I). O seu preenchimento consiste na avaliação dos diferentes itens da formação, para tal, é utilizada uma escala que associa a avaliação qualitativa com a avaliação quantitativa da seguinte forma: Insuficiente – 1, Suficiente – 2, Bom – 3 e Muito bom – 4.

Nos subcapítulos seguintes, serão apresentados de forma gráfica a apreciação da ação de formação, relativa à opinião dos formandos, que perfizeram um total de 10 pessoas. Optamos pela representação gráfica, já que esta permite visualizar de forma mais direta aquilo que queremos transmitir. O programa informático utilizado para realizar o tratamento de dados foi o Microsoft Office Excel 2013[®].

Como foi referido anteriormente a avaliação da sessão de formação englobava a avaliação da ação, a avaliação do formador, a apreciação global da formação e o impacto da mesma no desempenho do profissional. Alguns destes domínios incluem mais do que um item de avaliação, desta forma a **avaliação de ação** foi analisada relativamente aos seguintes itens:

- Divulgação da formação;
- Apoio administrativo (inscrições e informações);
- Utilidade do tema;
- Objetivos da ação;
- Conteúdos/Estrutura da ação;
- Duração da ação;
- Instalações (espaço físico, mobiliário...);
- Equipamentos e meios audiovisuais.

Já a **avaliação do formador** foi analisada relativamente ao:

- Domínio dos conteúdos;
- Clareza da linguagem;
- Esclarecimento de dúvidas;
- Capacidade de motivação;
- Relacionamento com os formandos;
- Adequação do método pedagógico;

- Cumprimento de horários;
- Documentação de apoio.

1.1 Avaliação da Ação

A primeira parte do questionário referia-se à avaliação da ação, composta pelos itens enumerados anteriormente. Pela visualização do gráfico número 1, verifica-se que 20% dos formandos avaliaram a divulgação da formação como boa e 80% avaliaram este item em muito bom. A publicação da ação de formação foi efetuada através da afixação no SEM de um cartaz alusivo à formação juntamente à entrega de convites, que continham uma breve descrição relativa à ação de formação, aos elementos da equipa de enfermagem do SEM, destinatários da mesma.

No que respeita ao apoio administrativo, 40% dos formandos avaliou este item como bom e os restantes 60% avaliaram em muito bom. Torna-se importante realçar que esta formação foi desenvolvida em contexto académico, no seguimento do PIS, em que a sua divulgação só aconteceu no SEM e não surgiu a partir do serviço de formação da instituição onde a mesma decorreu.

Relativamente aos itens: utilidade do tema, objetivos da ação e conteúdos/estrutura da ação eles foram avaliados em muito bom pela totalidade dos formandos (100%) que assistiram à sessão. Para dar resposta a estes domínios foi elaborado um Plano da Ação de Formação que permitiu que facilmente se compreendesse o conteúdo da sessão de formação, o formador, os destinatários, o local, o horário, assim como o sumário e objetivos da mesma.

As instalações onde decorreu a ação foram avaliadas em suficiente por 20% dos formandos, em bom por 40% e em muito bom pelos restantes 40%.

Por último quanto ao item equipamentos e meios audiovisuais utilizados na ação, estes foram classificados como suficiente por 10% dos formandos, em bom por 20% destes e em muito bom por 70% dos formandos.

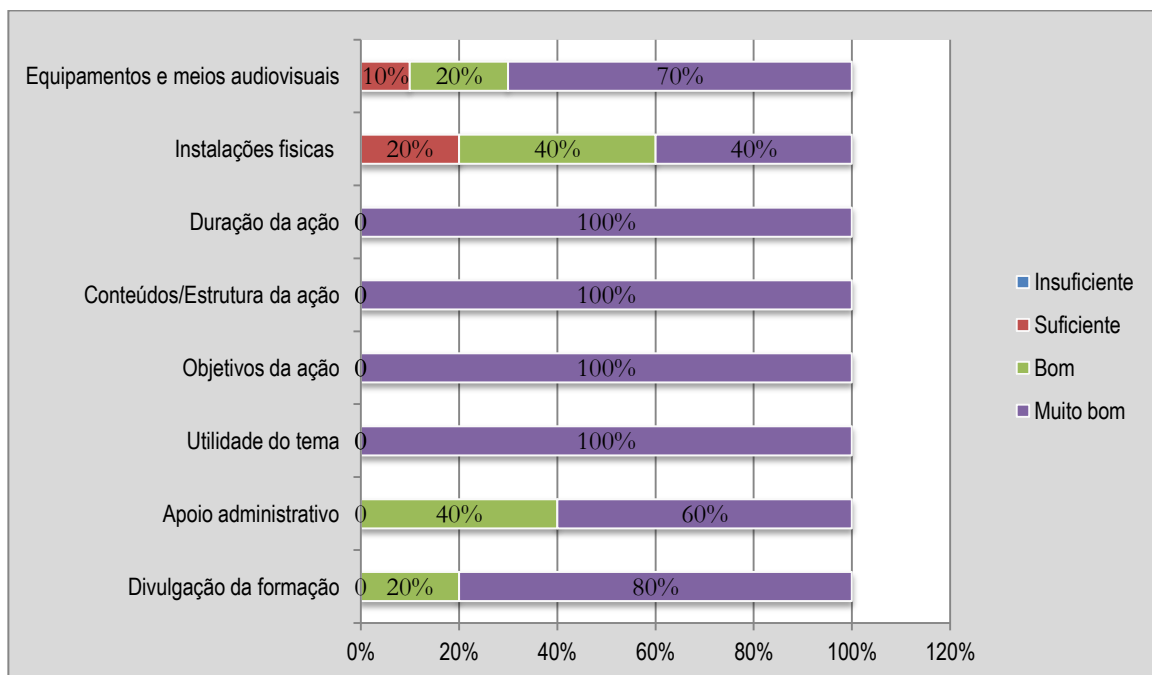


Gráfico 1 – Avaliação da ação.

1.2 Avaliação do Formador

De seguida realizou-se a avaliação do formador, também esta composta por vários itens de avaliação. Da análise do gráfico número 2, apresentado de seguida pode verificar-se que em todos os itens a avaliação efetuada pela totalidade dos formandos (100%), foi unanime, obtendo-se uma classificação de muito bom.

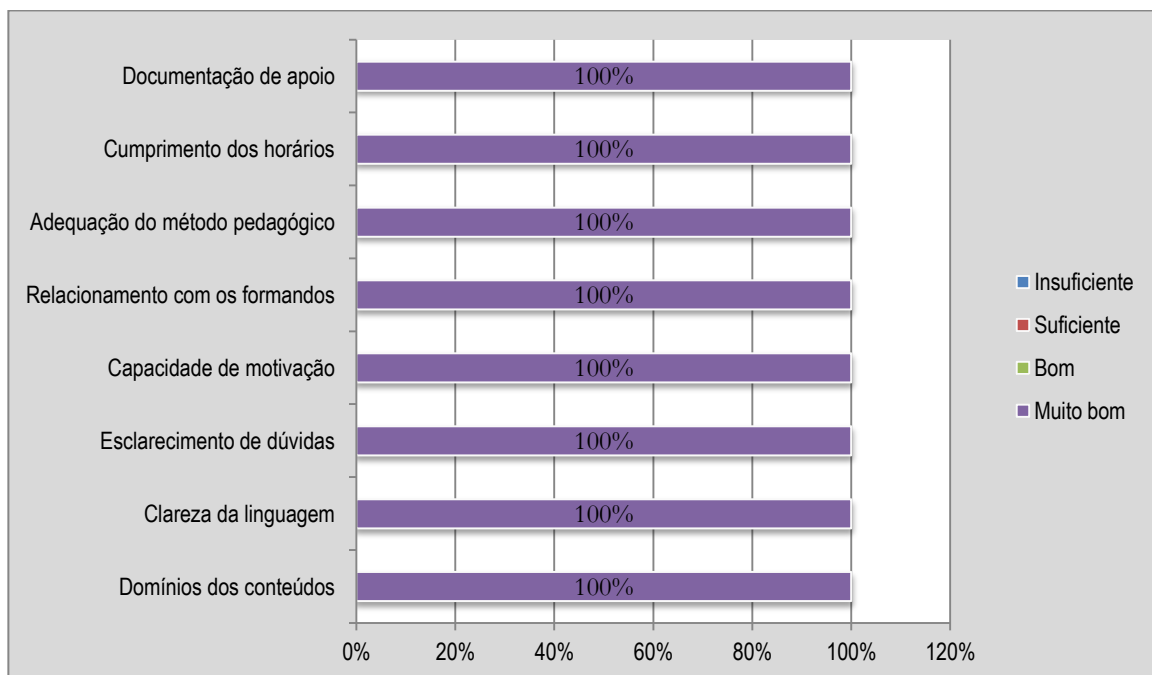


Gráfico 2 – Avaliação do formador.

1.3 Apreciação Global da Ação

Como se pode constatar através da observação do gráfico número 3, a apreciação global da formação, foi avaliada em bom por 10% dos formandos e em muito bom por 90% dos formandos.

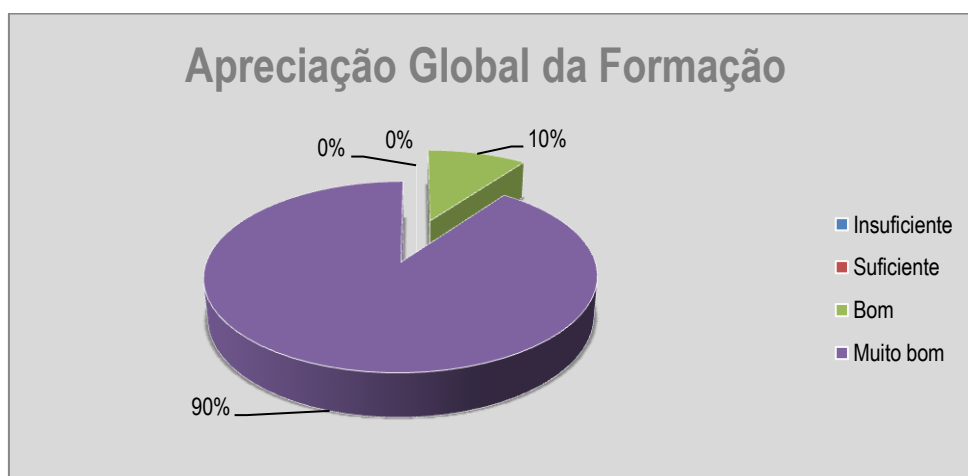


Gráfico 3 – Avaliação global da formação.

1.4 Impacto da Formação no Desempenho Profissional

Neste item, preconizava-se que os formandos respondessem apenas sinalizando de forma positiva (sim), ou de forma negativa (não) a questão: *A ação de formação terá impacto positivo ao nível do seu desempenho?*

O resultado obtido desta questão foi que 100% dos formandos consideraram que a realização da ação de formação terá impacto positivo no seu desempenho profissional, como se pode comprovar no gráfico número 4.

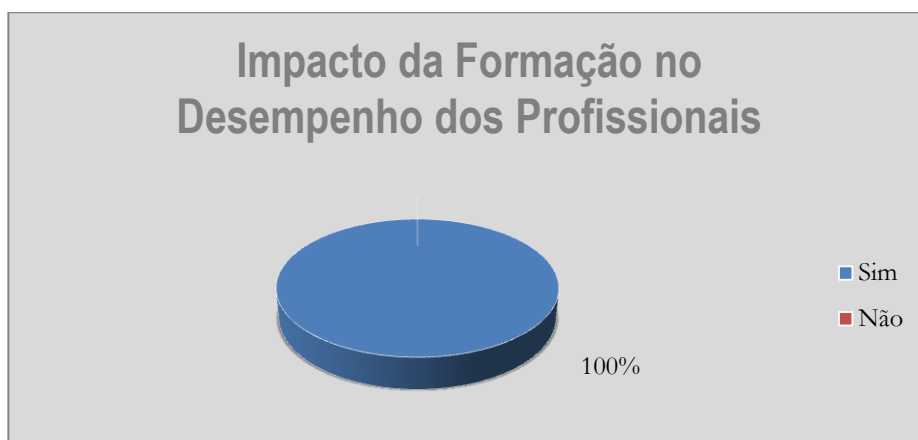


Gráfico 4 – Impacto da Formação no Desempenho Profissional.

A última questão deste questionário, e ainda relacionada com o impacto da formação no desempenho dos profissionais, consistia numa questão aberta, em que os formandos após avaliarem de forma positiva o impacto que a sessão de formação iria ter no seu desempenho diário, justificavam de que forma é que a mesma iria interferir na prestação dos cuidados de enfermagem.

Da totalidade dos formandos (10 enfermeiros) obtivemos sete respostas, que transcrevemos de seguida.

- *Permite melhorar os cuidados de enfermagem no que se refere à inserção, fixação e manuseamento do cateter venoso periférico e também a melhorar os registos de enfermagem.*
- *Alerta para o uso correto do penso de cateter e desinfeção da pele.*
- *Na atuação de forma a minimizar infeções e complicações associadas, o que resulta em ganhos de saúde.*
- *Melhoria da realização de aspetos relacionados com a técnica, registos, etc.*

- *Permite acrescentar conhecimentos e mudar práticas que melhoram os cuidados de enfermagem referentes a esta temática.*
- *Melhorar os cuidados de enfermagem a nível dos cateteres venosos periféricos, prevenindo as infeções relacionadas com os mesmos.*
- *Melhorar conhecimentos e tornar a informação transversal a todo o Centro Hospitalar de Setúbal.*

As restantes três pessoas apesar de referirem que a ação de formação teria impacto positivo ao nível do seu desempenho, não responderam a este item.

CONCLUSÃO

A elaboração deste trabalho retrata a avaliação realizada pelos formandos da sessão de formação subordinada ao tema “Cuidados de enfermagem na inserção, fixação e manutenção do CVP”, e por tudo o que foi exposto até então, consideramos que o objetivo a que nos propusemos na introdução foi alcançado.

A maioria dos formandos avaliou os itens referentes à avaliação da ação de formação com cotação de bom e de muito bom, o que nos permite realçar que a elaboração e a apresentação da mesma foi de encontro às expectativas dos formandos.

Quanto à avaliação do formador, à apreciação global da formação e ao impacto que a formação irá ter no desempenho das funções do profissional de saúde, a totalidade dos formandos avaliou estes itens com cotação de muito bom, o que nos possibilita concluir que, tanto a elaboração como a execução da formação foi uma mais-valia para os formandos, possibilitando uma melhoria no desempenho das suas funções.

Os itens menos cotados pelos formandos dizem respeito às instalações físicas onde decorreu a sessão de formação e o equipamento e meios audiovisuais utilizados na realização da mesma, ambos os itens se inserem na avaliação da ação. A escolha da sala onde se desenrolou a formação baseou-se na disponibilidade de salas existentes na instituição para o efeito e pela proximidade ao serviço onde os elementos da equipa de enfermagem, destinatários desta formação se encontravam a exercer funções. Consideramos que desta forma era viável escolher uma sala perto do serviço, a fim de permitir que os enfermeiros pudessem assistir à formação sem prejuízo nas suas funções.

De salientar que o número de formandos ficou aquém do planeado na fase de planeamento do PIS, desta forma, e para possibilitar a aquisição por parte da equipa de enfermagem dos conteúdos transmitidos na formação, delineamos como estratégia a elaboração de um documento de leitura, neste caso tratou-se do “Procedimento de enfermagem na inserção, fixação e manutenção do CVP”, que ficou no SEM como documento de consulta.

A realização da sessão de formação surgiu para colmatar um problema identificado na primeira fase do PIS, que refletia a falta de uniformização pela equipa de enfermagem no procedimento de inserção, fixação e manutenção do cateter venoso periférico, de forma a prevenir as IACS. Desta forma, consideramos que, tanto a realização da sessão de formação, como a elaboração do documento “Procedimento de inserção, fixação e manutenção do CVP”, serviram como instrumentos facilitadores para capacitar a equipa de enfermagem e

uniformizar os cuidados no seio da mesma, com o fim único de melhorar os cuidados prestados ao cliente.

Anexo I – Ficha de Avaliação do Formando.

Serviço de Gestão da Formação

1. IDENTIFICAÇÃO DA FORMAÇÃO	
Designação Ciclo Formativo	Cuidados de enfermagem na inserção, fixação, manuseamento do cvp
Designação Ação	
Data(s)	23-11-2015
Duração	1 hora
Modalidade	Inicial <input type="checkbox"/> Contínua <input type="checkbox"/> Serviço <input checked="" type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/>

2. APRECIÇÃO GLOBAL DA AÇÃO			
A sua opinião é importante para garantir a qualidade da formação promovida pelo CHS. Neste contexto, considerando a classificação abaixo indicada, avalie cada item introduzindo o número correspondente.			
Insuficiente - 1	Suficiente - 2	Bom - 3	Muito bom - 4

AVALIAÇÃO DA AÇÃO	
Divulgação da formação	
Apoio administrativo (inscrições e informações)	
Utilidade do tema	
Objetivos da ação	
Conteúdos/ Estrutura da ação	
Duração da ação	
Instalações (espaço físico, mobiliário...)	
Equipamentos e meios audiovisuais	

AVALIAÇÃO DO FORMADOR		Cristina Ribeira							
Domínio dos conteúdos									
Clareza da linguagem									
Esclarecimentos de dúvidas									
Capacidade de motivação									
Relacionamento com os formandos									
Adequação do método pedagógico									
Cumprimento de horários									
Documentação de apoio									

APRECIÇÃO GLOBAL	
A ação de formação terá impacto positivo ao nível do seu desempenho? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
Justifique _____	
Sugestões/ observações: _____	

FICHA DE AVALIAÇÃO PELO FORMANDO

APÊNDICE XVII – Tratamento de dados obtidos através da segunda aplicação da grelha de observações.



**Instituto Politécnico de Setúbal
Escola Superior de Saúde**

4º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

**Tratamento de Dados Relativo à Aplicação da Grelha de
Observação aos Procedimentos de Enfermagem na
Cateterização Venosa Periférica**

Discente: Cristina Ribeiro

Enfermeira Orientadora: A. M.

Docente Orientador: E. M.

Setúbal, Fevereiro de 2016

LISTA DE SIGLAS

CVP – Cateter Venoso Periférico

ESS/IPS – Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal

EV – Endovenosa

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

PIS – Projeto de Intervenção em Serviço

SABA – Solução Antisséptica de Base Alcoólica

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SEM – Serviço de Especialidades Médicas

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Preparação do material necessário para a cateterização venosa periférica	10
Gráfico 2 – Higienização das mãos do profissional	11
Gráfico 3 – Assepsia utilizada no local da punção	12
Gráfico 4 – Inserção do cateter venoso periférico	13
Gráfico 5 – Tipo de penso escolhido na fixação do cateter venoso periférico	14
Gráfico 6 – Utilização e identificação do dispositivo de perfusão	15
Gráfico 7 – Registos de enfermagem após a inserção do cateter venoso periférico no cliente	16
Gráfico 8 – Integridade do local de inserção do cateter venoso periférico	16
Gráfico 9 – Características do penso utilizado na fixação do cateter venoso periférico no cliente	17
Gráfico 10 – Colocação da data no dispositivo de perfusão	18
Gráfico 11 – Registos de enfermagem da manutenção do cateter venoso periférico no cliente	19

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	5
1. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS	7
2. PROCESSAMENTO DE RESULTADOS	9
2.1 Procedimentos Realizados Durante a Cateterização Venosa Periférica	9
2.2 Procedimentos Realizados na Manutenção da Cateterização Venosa Periférica	16
3. ANÁLISE DOS RESULTADOS	20
CONCLUSÃO	24

INTRODUÇÃO

No âmbito dos Estágios I, II e III, do Curso de 4º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal (ESS/IPS), foi-nos proposta a elaboração de um Projeto de Intervenção em Serviço (PIS) de acordo com a metodologia de projeto.

A realização dos estágios decorreu no Serviço de Especialidades Médicas (SEM) do Centro Hospitalar, em que no estágio I e II, demos resposta à fase de diagnóstico da situação, que se baseava na identificação de uma situação problemática no serviço e posteriormente passamos à fase de planeamento que consistia na delineação de estratégias que colmatassem o problema identificado.

A problemática identificada baseava-se na falta de uniformização nos procedimentos de inserção, fixação e manuseamento dos cateteres venosos periféricos (CVP), por parte da equipa de enfermagem do SEM, o que poderia conduzir ao desenvolvimento de infeções associados a estes.

As estratégias definidas durante a fase de planeamento passaram pela realização de uma ação de formação do âmbito da temática da cateterização venosa periférica, intitulada “Cuidados de enfermagem na inserção, fixação e manutenção do cateter venoso periférico” dirigida à equipa de enfermagem, e ainda à elaboração e posterior apresentação de um procedimento de enfermagem relativo ao tema.

No decurso do estágio III, e após a realização da ação de formação à equipa de enfermagem foram realizadas observações aos procedimentos relativos à inserção, fixação e manutenção do CVP, incluindo os registos de enfermagem da técnica desenvolvida no Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE), através do *software SClínico*, e para isso aplicaram-se grelhas de observação, construídas para este efeito e já utilizadas previamente na fase de diagnóstico de situação, para justificar a problemática existente no serviço.

A elaboração deste documento retrata o tratamento de dados relativos à aplicação dessas grelhas de observação após a realização da ação de formação à equipa de enfermagem.

A grelha de observação era constituída por duas partes. A primeira parte tinha como objetivo recolher informações relativas às intervenções de enfermagem, através da observação dos enfermeiros, durante a cateterização venosa periférica em momentos distintos: antes, durante e após a inserção do CVP, incluindo os registos de enfermagem da técnica realizada. A segunda parte da grelha incidia na observação da manutenção do CVP.

Assim, estabelecemos com objetivos para este documento:

- Apresentar os resultados obtidos através da grelha de observação;
- Analisar os resultados obtidos;

O presente documento encontra-se dividido em cinco capítulos, Introdução, Instrumento de Colheita de Dados, Processamento dos Resultados, Análise dos Resultados e Conclusão.

Com a elaboração deste trabalho pretendemos, além de atingirmos os objetivos a que nos propusemos, despertar e sensibilizar a equipa de enfermagem para a adoção de boas práticas na utilização do CVP por forma a minimizar as IACS que resultam do seu manuseamento no cliente.

A redação deste documento baseia-se no novo acordo ortográfico português, com as indicações do Guia Orientador para a Elaboração de Trabalhos Escritos do Departamento de Enfermagem da ESS/IPS.

1. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Como já foi referido anteriormente o instrumento de colheita de dados consistia numa grelha de observações de procedimentos desenvolvidos pela equipa de enfermagem. Esta grelha já havia ter sido utilizada com este propósito na identificação da situação problemática no SEM no decorrer do estágio I e II.

O objetivo da aplicação da grelha de observação seria recolher informações relativas às intervenções de enfermagem na cateterização venosa periférica, através da observação da equipa de enfermagem em momentos distintos após a realização da sessão de formação no âmbito desta temática. O registo dos resultados destas observações seria efetuado com base em três critérios: Sim, Não e Não Aplicável.

A grelha de observação era constituída por duas partes. A primeira parte tinha como finalidade recolher informações relativas às intervenções de enfermagem antes, durante e após a inserção do CVP no cliente, incluindo os registos de enfermagem da técnica realizada e a segunda parte da grelha incidiram na observação do CVP já inserido no cliente e da sua manutenção.

Inicialmente observaram-se as intervenções de enfermagem antes da inserção do CVP, incluindo a preparação do material necessário para realizar o procedimento, a higienização das mãos do profissional e a assepsia do local da punção. Nas intervenções de enfermagem relacionadas com a inserção do CVP, observou-se a segurança do profissional na punção. Já nas intervenções relacionadas com a fixação do CVP, observou-se o tipo de penso escolhido para a fixação do CVP e a utilização ou não de um novo dispositivo de perfusão. Por último observaram-se os registos de enfermagem da técnica realizada. A segunda parte da grelha tinha como objetivo observar diretamente o CVP, nomeadamente, as características do seu local de inserção, penso utilizado na sua fixação e registos de enfermagem executados decorrentes da manutenção do cateter.

Estas observações seriam efetuadas pelos autores do PIS, à equipa de enfermagem do SEM, num período de tempo definido e conhecido por esta. Na primeira parte da grelha, as observações foram anotadas à medida que o acontecimento, neste caso a cateterização venosa periférica, se ia executando. Na segunda parte da grelha, as observações seriam anotadas de forma aleatória, bastando para isso que o cliente fosse portador de um CVP.

De referir que as observações foram realizadas aos enfermeiros que durante o decorrer do estágio III, em que os intervenientes no estudo autorizaram a realização das mesmas, através do consentimento livre esclarecido, onde se garantiu a confidencialidade dos

dados e o anonimato das pessoas envolvidas, e ainda que, a sua participação no estudo era voluntária, podendo abandonar a sua participação do mesmo, quando assim o entendessem, sem que com essa decisão adviessem quaisquer prejuízos para os abrangidos.

Após ser apresentada a ação de formação, intitulada “Cuidados de enfermagem na inserção, fixação e manutenção do cateter venoso periférico”, que decorreu no dia 23 de Novembro de 2015, e que teve como destinatários a equipa de enfermagem do SEM, seguiu-se o período de observação das intervenções e registos de enfermagem, relativos a esta temática. No dia 29 de Dezembro de 2015, os participantes foram informados por correio eletrónico que o período de observações decorreria entre o dia 1 a 15 de Janeiro de 2016.

2. PROCESSAMENTO DE RESULTADOS

Neste capítulo apresentamos os dados obtidos através da aplicação da grelha de observação.

Os dados foram adquiridos através da observação de um conjunto de enfermeiros que constituíram a amostra.

Desta forma, dos vinte e seis elementos que faziam parte da população alvo, foram selecionados vinte e um participantes para integrarem a amostra, sendo sobre eles que incidiram as observações acerca das intervenções de enfermagem associadas à cateterização venosa periférica. Dos cinco enfermeiros excluídos do estudo, um enfermeiro encontrava-se a exercer funções de gestão de serviço, um encontrava-se a prestar cuidados de enfermagem na área da reabilitação dos clientes, um encontrava-se de baixa médica e os outros dois enfermeiros foram excluídos do estudo porque lhes foi aplicado o pré-teste.

Nos subcapítulos seguintes, serão apresentados sob a forma de gráficos, os dados obtidos das observações efetuadas. Optamos pela representação gráfica, já que esta permite visualizar de forma mais direta aquilo que queremos transmitir. O programa informático utilizado para realizar o tratamento de dados foi o Microsoft Office Excel 2013[®].

2.1 Procedimentos Realizados Durante a Cateterização Venosa Periférica

A primeira parte da grelha de observação apresentava afirmações relacionadas com os procedimentos realizados durante a cateterização venosa periférica.

Foram efetuadas 15 observações relativas a este critério. O **primeiro item** de observação deste critério centrou-se em procedimentos efetuados **antes** da inserção do CVP. Desta forma, pretendia-se observar se os profissionais de saúde preparavam todo o material necessário para a realização da cateterização venosa periférica num cliente.

Da totalidade das observações efetuadas verificámos que em 80% das situações o material foi preparado, a nos restantes 20%, ele não foi preparado.

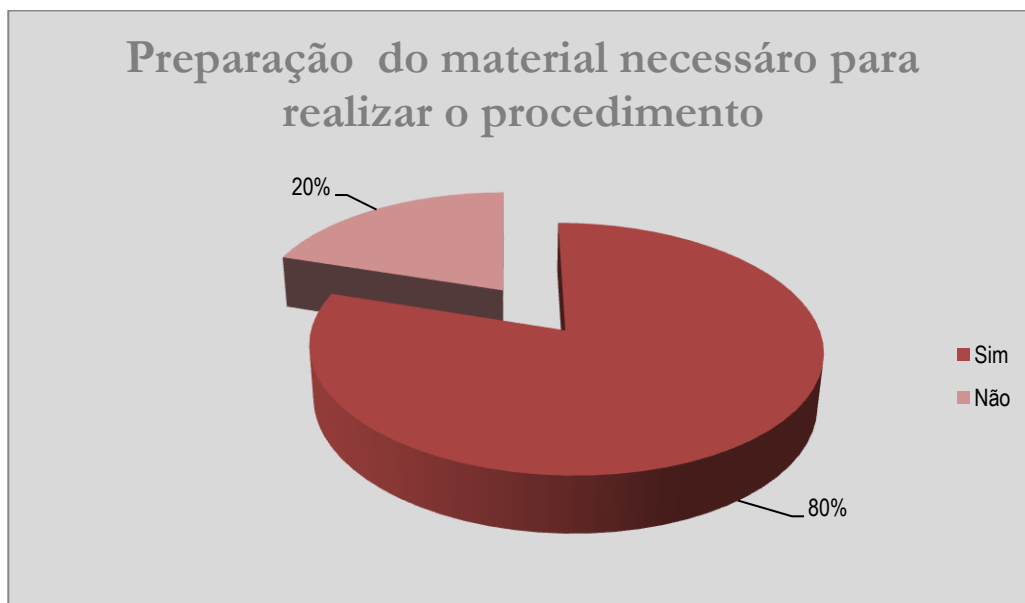


Gráfico 1 – Preparação do material necessário para a cateterização venosa periférica.

Em seguida observou-se a realização da higienização das mãos pelos profissionais de saúde. Relativamente às opções disponíveis no SEM, verificámos que das 15 observações efetuadas, 53% dos profissionais de saúde higienizaram as mãos, e 47% não realizou esta técnica. Dos que higienizaram as mãos 100% preferiu utilizar a SABA, e nenhum utilizou água e sabão líquido, como se pode verificar no gráfico número 2.

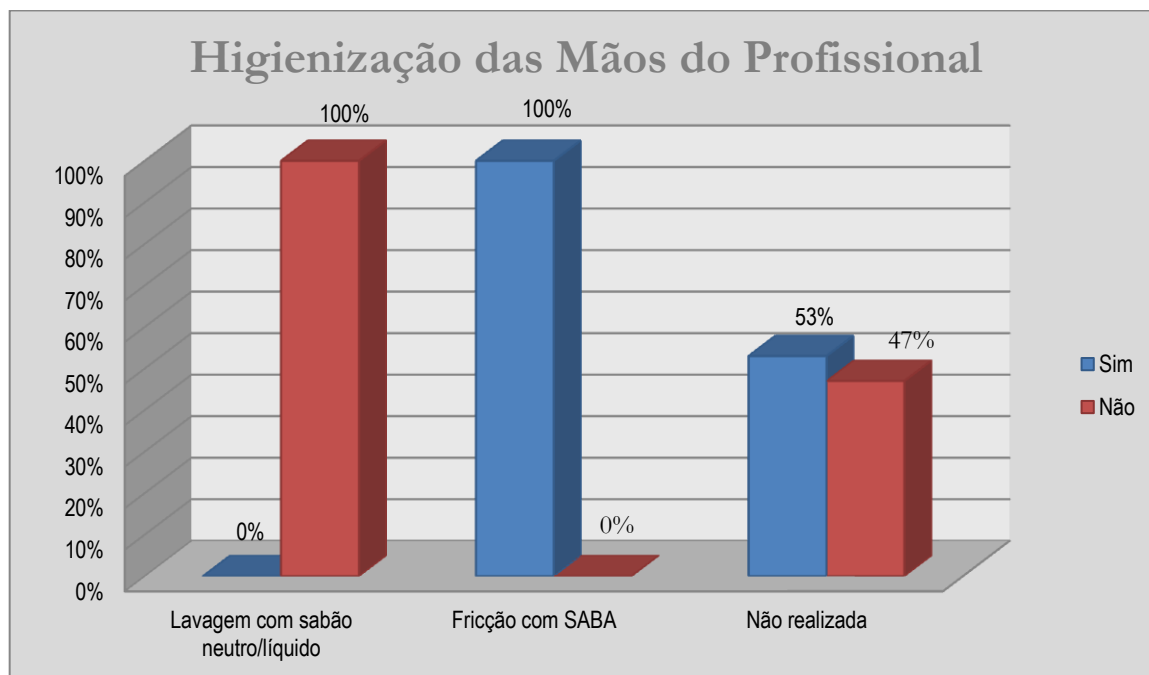


Gráfico 2 – Higienização das mãos do profissional.

De seguida, e ainda relativamente aos procedimentos efetuados **antes** da inserção do CVP, observámos a assepsia da pele no local da punção do cliente, e verificámos que do total das observações efetuadas, 100% utilizaram o álcool para a desinfeção da pele.

Através da visualização do gráfico número 3, podemos constatar que a outra opção de desinfeção da pele era a Solução cutânea alcoólica com cloro-hexidina (*Skin Prep*), contudo esta não foi utilizada em nenhuma das observações efetuadas.

Ainda relativamente a este gráfico, podemos verificar que das 15 observações efetuadas, as compressas esterilizadas foram utilizadas em 67% das situações e nas restantes 33% estas não foram utilizadas na desinfeção da pele.

Já no que respeita à técnica assética utilizada na desinfeção da pele (sentido próxima-distal), o gráfico mostra-nos que ela está presente 80% das observações efetuadas.

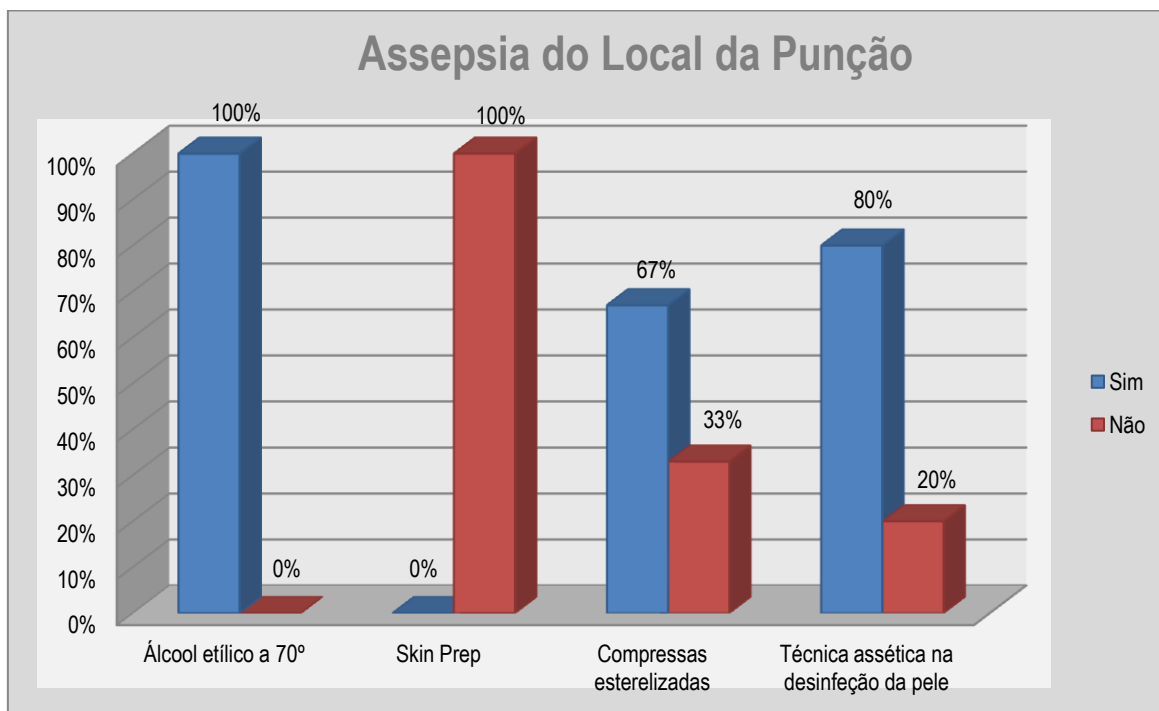


Gráfico 3 – Assepsia utilizada no local da punção.

O **segundo item** de observação neste critério centrou-se nos procedimentos efetuados **durante** a inserção do CVP.

Das 15 observações efetuadas constatamos que, em 93% delas, os profissionais calçavam luvas não esterilizadas para realizar o procedimento. Foi também observado um correto manuseamento do cateter, com 100% de conformidade. Em relação à utilização da técnica “no touch”, constatamos que 7% dos enfermeiros não a exerce. Verificamos também, que em todas as observações efetuadas (100%), o cateter inserido no cliente, foi testado, relativamente ao seu funcionamento. No que respeita à utilização de um novo CVP, numa nova tentativa de punção, constatamos que, das 15 observações efetuadas, 67% não se aplicavam, porque não foi necessário uma nova tentativa de punção e das restantes observações (33%), em que foi necessário uma nova tentativa de puncionar o cliente, foi utilizado um novo CVP, como se pode visualizar no gráfico número 4.

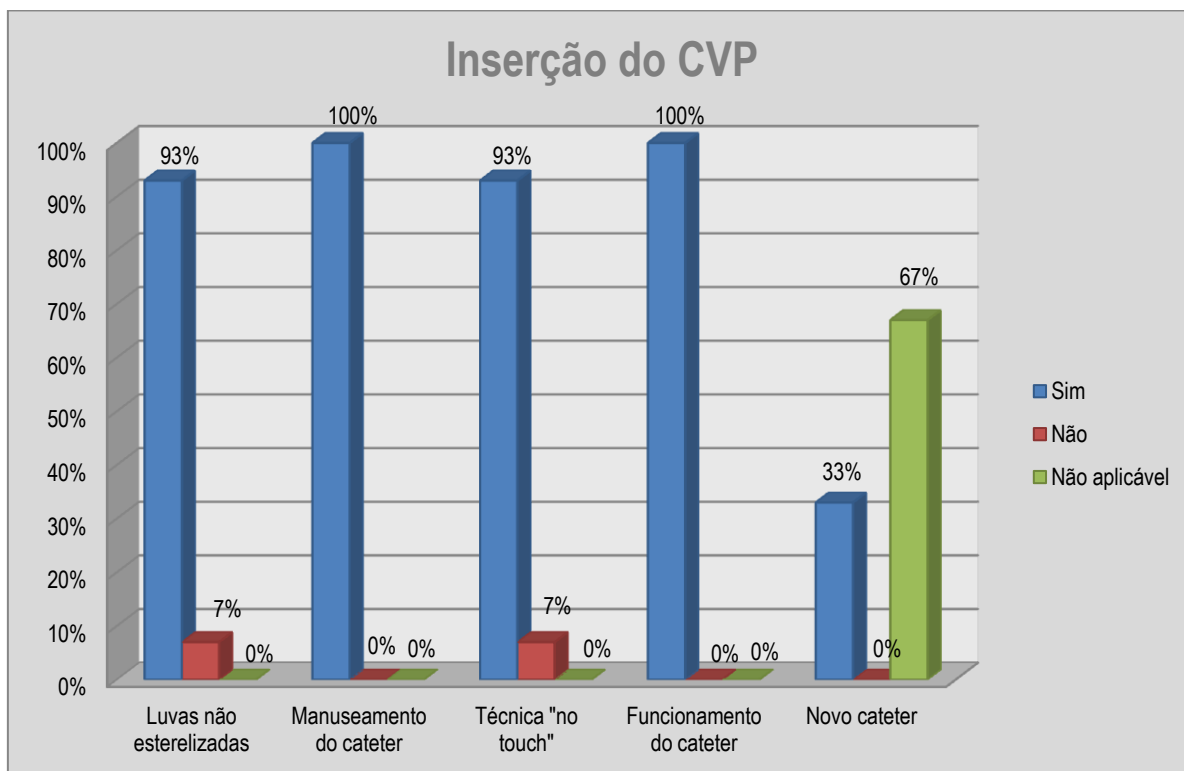


Gráfico 4 – Inserção do cateter venoso periférico.

O **terceiro item** de observação neste critério centrou-se nos procedimentos efetuados **na fixação** do CVP.

Das 15 observações efetuadas verificamos que, o penso mais escolhido pela equipa de enfermagem para fixar o CVP ao cliente foi o adesivo castanho, em 47%, seguindo-se o adesivo esterilizado transparente em 33%, de seguida o adesivo hipoalérgico não tecido e o adesivo hipoalérgico transparente em 27%, e por último o adesivo esterilizado opaco em 13%, como se pode constatar no gráfico seguinte.

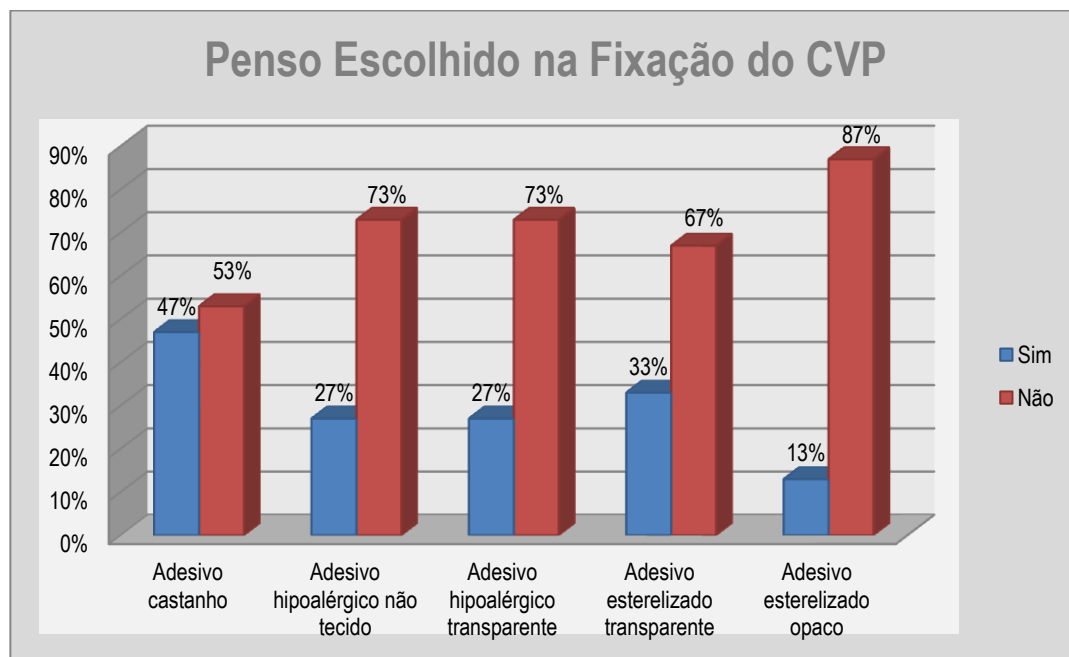


Gráfico 5 – Tipo de penso escolhido na fixação do cateter venoso periférico.

Quanto ao dispositivo de perfusão, as observações incidiram na utilização, ou não utilização de um novo dispositivo de perfusão quando o cliente era puncionado com um novo CVP. O que verificamos foi que, das 15 observações, 47% não se aplicavam uma vez que os clientes ficaram com acesso obturado, ou seja, sem nenhuma perfusão EV em curso. Dos restantes, em que os clientes mantiveram perfusão EV em curso, apenas em 12,5% das situações o dispositivo de perfusão foi substituído por um novo, verificando-se que em 87,5% das ocasiões, ele não foi substituído, tendo-se mantido o que estava a ser utilizado no acesso periférico anterior.

Relativamente à identificação do novo dispositivo de perfusão com a data em que foi colocado no cliente, verificou-se que eles foram substituídos em 12,5% das situações, como foi referido anteriormente, tendo sido identificados com a data de colocação no cliente em todas as situações, o que resulta numa conformidade de 100%. O gráfico número 6 demonstra estes dados.

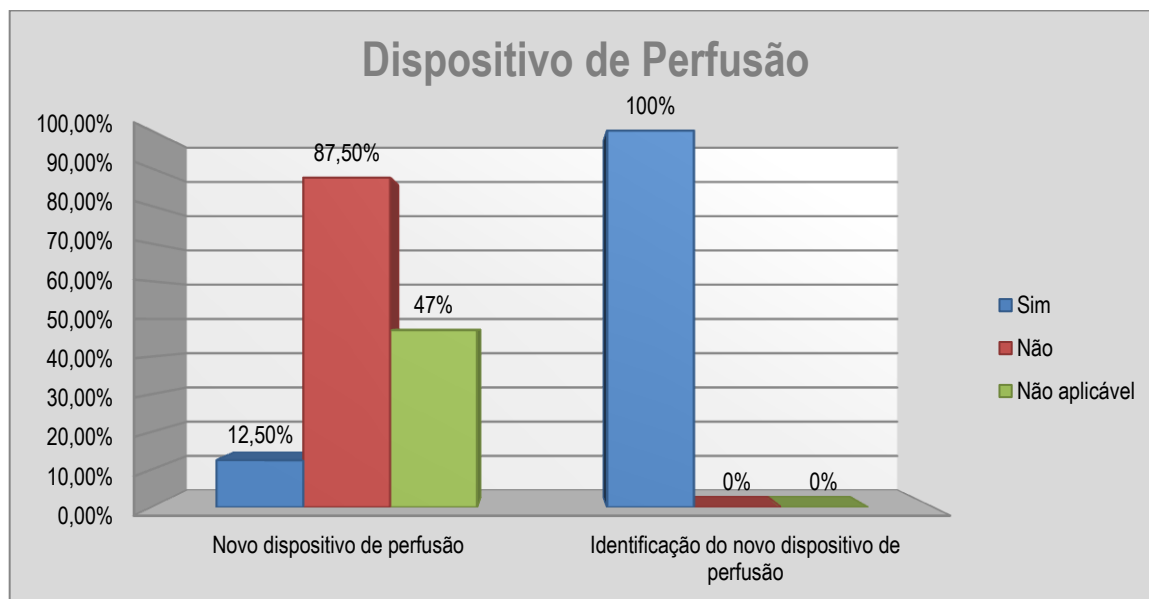


Gráfico 6 – Utilização e identificação do dispositivo de perfusão.

O **quarto item** de observação neste critério, centrou-se nos **registos de enfermagem** efetuados no SAPE, através da utilização do *software SClínico*, após a colocação do CVP.

Das observações realizadas aos registos de enfermagem, após a colocação do CVP no cliente verificamos que, das 15 observações efetuadas aos registos do procedimento de inserção do cateter no cliente, 27% destas não foram realizadas, e 73% resultaram com o registo da sua inserção no *software SClínico*. Da totalidade de registos do procedimento de inserção do cateter no cliente, 82% foi associado à realização do procedimento a data do procedimento, 55% das observações foi colocado o calibre do CVP inserido no cliente, e 36% das situações foi registado o local anatómico do cliente onde foi inserido o CVP.

Quanto às intervenções associadas com a troca do CVP, 73% das ocasiões em que foi realizado o registo do CVP no *software SClínico*, verificamos que apenas 36% das vezes esta intervenção estava definida com o que é preconizado.

Quanto às intervenções associadas à otimização do CVP e a nível de registos informáticos, das ocasiões em que foi realizado o registo do CVP no *software SClínico*, verificamos que, 73% esta intervenção estava definida com o que é preconizado, como se encontra demonstrado no gráfico seguinte.

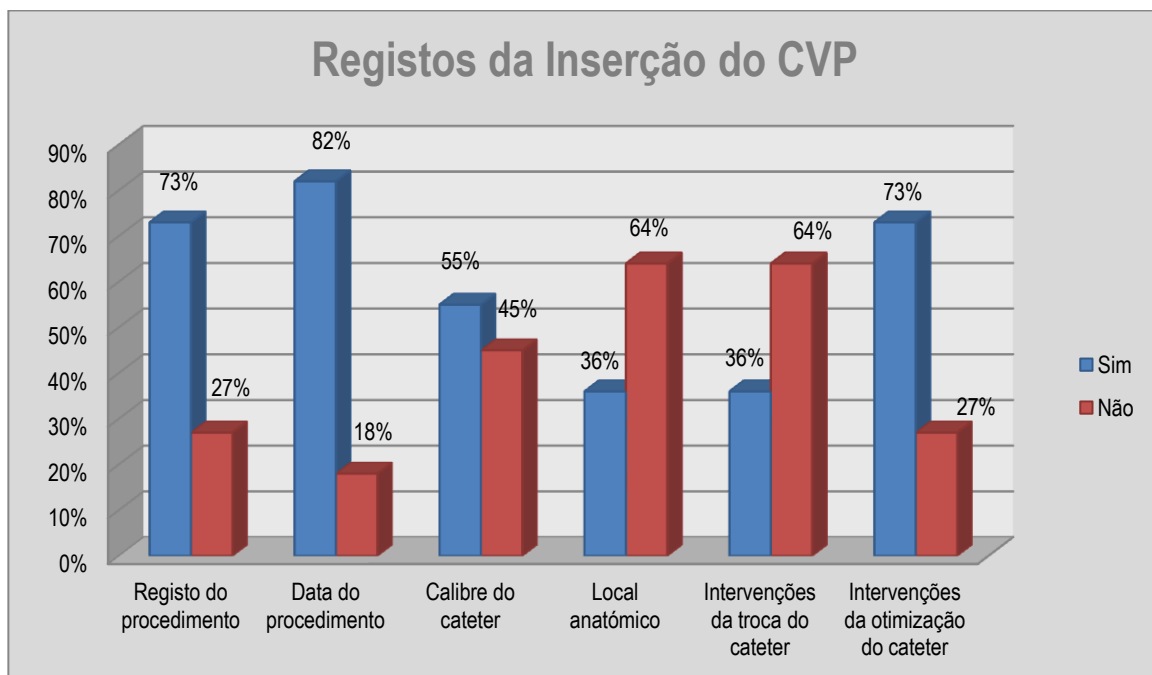


Gráfico 7 – Registos de enfermagem após a inserção do cateter venoso periférico no cliente.

2.2 Procedimentos Realizados na Manutenção da Cateterização Venosa Periférica

A segunda parte da grelha de observação apresentava afirmações relacionadas com os procedimentos realizados na manutenção da cateterização venosa periférica.

Foram efetuadas 28 observações relativas a este critério. O primeiro item de observação neste critério centrou-se na integridade do local de inserção do cateter. Verificamos que em 25% das observações, este local apresentava sinais inflamatórios.

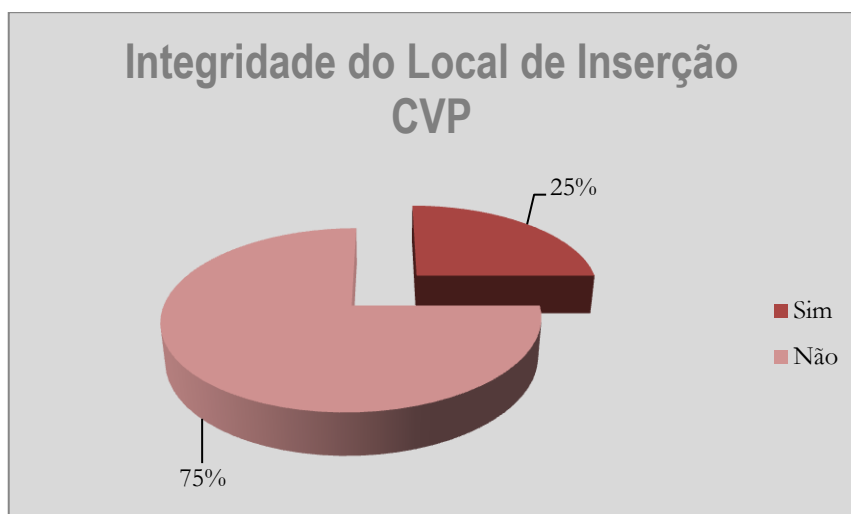


Gráfico 8 – Integridade do local de inserção do cateter venoso periférico (sinais inflamatórios).

O **segundo item** de observação neste critério centrou-se nas características do penso utilizado para fixação do CVP ao cliente. Das 28 observações efetuadas, verificamos que 39% delas o penso se encontrava descolado.

Verificamos também, que do total de observações efetuadas, 32% das situações o penso de fixação do CVP se encontrava húmido ou com repasse.

Relativamente ao tipo de penso utilizado na fixação do CVP, constatamos que em 36% das observações, foi utilizado o adesivo hipoalérgico, seguindo-se do penso esterilizado transparente e o penso esterilizado opaco com 32% respetivamente. Estes valores podem ser conferidos no gráfico a seguir.

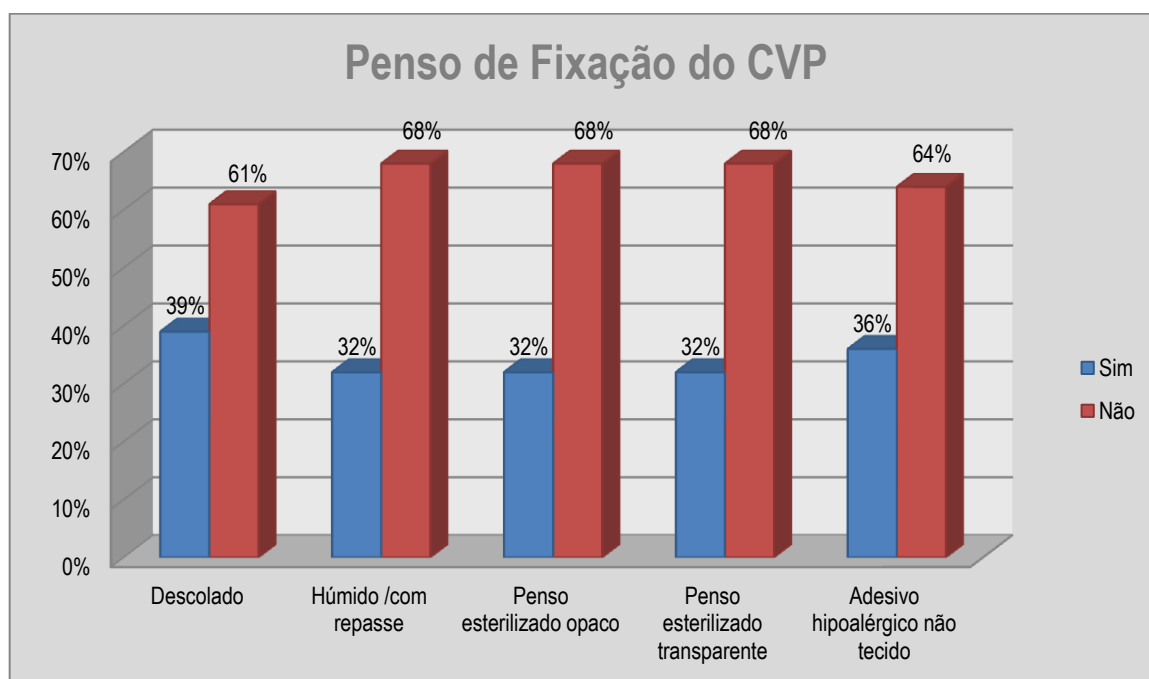


Gráfico 9 – Características do penso utilizado na fixação do cateter venoso periférico no cliente.

O **terceiro item** de observação neste critério centrou-se na colocação da data nos dispositivos de perfusão. Das 28 observações efetuadas, 57% destas apresentavam acesso periférico obturado, desta forma restaram-nos 43% de observações para analisar. Destes 43%, nenhuma vez (0%) foi colocado a data no dispositivo de perfusão, como se pode verificar no gráfico número 10.

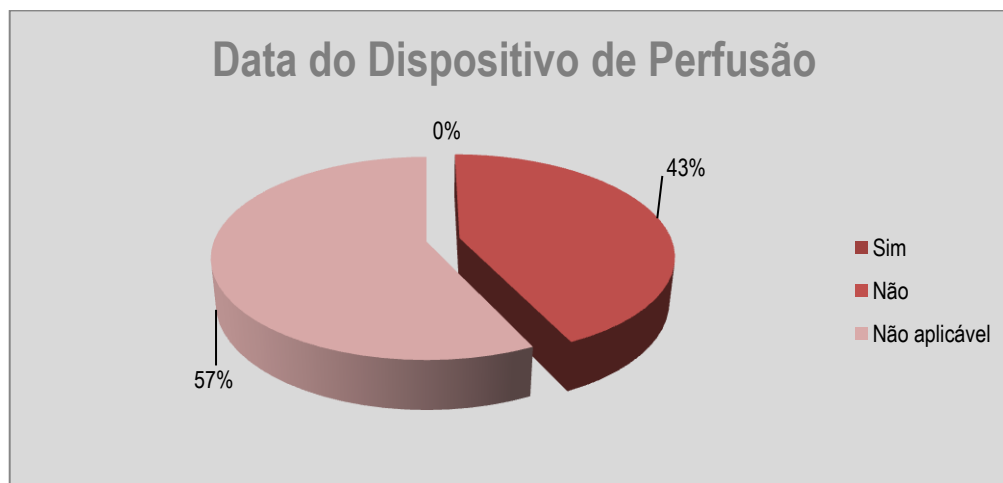


Gráfico 10 – Colocação da data no dispositivo de perfusão.

Por último, o **quarto item** de observação neste critério, centrou-se nos registos de enfermagem no *software SClínico*, relativos à inserção do CVP no cliente. Das 28 observações efetuadas, verificamos que 21% delas não continham o registo do CVP no sistema informático e nas restantes 79%, o registo do procedimento estava a ser efetuado. Destas 79% de observações, 50% incluíam a data de inserção do CVP, 32% incluíam o registo do calibre do cateter inserido e 45%, apresentavam o local anatómico do cliente, onde foi inserido o CVP

No que respeita às intervenções associadas com a troca do CVP no cliente, e da análise do gráfico número 11, verificamos que estas não estavam a ser realizadas muitas vezes (82%), quando comparadas com a percentagem de vezes que elas foram realizadas (18%).

As intervenções associadas à otimização do CVP foram positivas em 36% das observações, mas na sua maioria (64%), esta intervenção é assinalada de forma incorreta.

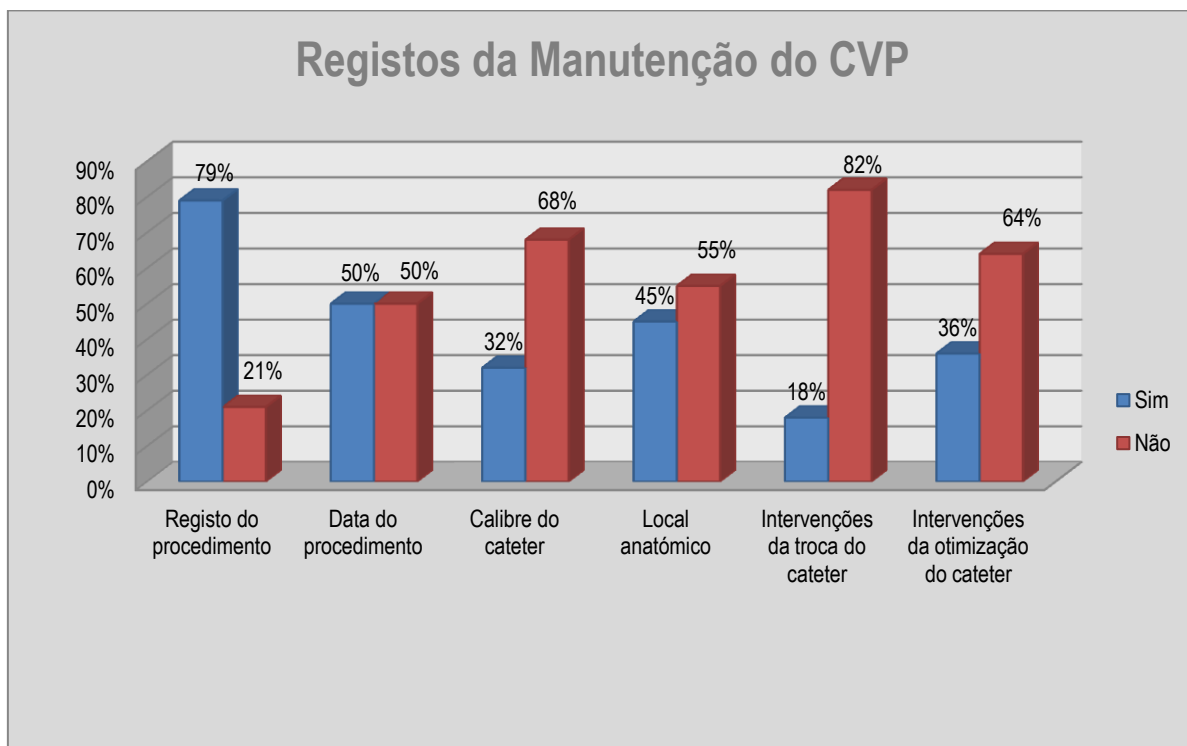


Gráfico 11 – Registos de enfermagem da manutenção do cateter venoso periférico no cliente.

3. ANÁLISE DOS RESULTADOS

No capítulo anterior apresentámos os resultados obtidos através da aplicação da grelha de observação, neste capítulo pretendemos fazer a sua análise e a interpretação com base no contexto onde estes foram colhidos.

Primeiramente iremos analisar os dados obtidos com o preenchimento da grelha de observação relativa aos **procedimentos realizados durante a cateterização venosa periférica**.

A preparação do material necessário para realizar uma tarefa, é parte integrante do dia-a-dia dos profissionais de saúde. Relativamente à preparação do material necessário para cateterizar um acesso venoso periférico num cliente verificámos que a maioria dos enfermeiros, 80% reúne o material necessário para o desenvolvimento desta técnica e que 20% não o realiza, o que provoca abandono do cliente durante a realização da técnica para reunir o material em falta.

É do conhecimento comum dos profissionais de saúde que o uso da técnica assética deverá estar presente durante todo o processo de cateterização venosa periférica. Relativamente à higienização das mãos do profissional antes de procedimentos asséticos, o que verificamos da análise dos dados, é que 53% dos enfermeiros a realiza, existindo ainda uma percentagem significativa de enfermeiros (47%), que não cumpre esta diretriz. Dos enfermeiros que higienizam as mãos, em todas as observações realizadas (100%), eles optaram pela utilização do SABA.

Quanto à escolha do desinfetante a utilizar para permitir uma assepsia adequada da pele do local de punção do cliente, verificamos que 100% dos enfermeiros utilizou o álcool. Ainda relativamente à assepsia do local de punção, constatamos que 67% dos enfermeiros utilizaram compressas esterilizadas na realização deste procedimento, e que 33% ainda não as utiliza, contrariamente àquilo que se preconiza. Já no que respeita à utilização da técnica assética utilizada na desinfeção da pele (sentido proximal-distal), verificamos que a maioria dos enfermeiros, 80%, utiliza a técnica correta. À semelhança da técnica de desinfeção da pele, também relativamente à utilização da técnica *“no touch”*, constatamos que a maioria (93%) dos enfermeiros a exerce.

Outro item que foi objeto de observação foi os procedimentos efetuados durante a inserção do CVP, tendo-se verificado que a utilização de luvas esteve presente na maioria das observações efetuadas (93%), contudo constatamos que a sua utilização ainda não é prática

regular por todos os profissionais de saúde, na execução desta técnica, já que 7% não as utilizaram.

Relativamente à correta manipulação do CVP, este foi utilizado de forma correta, uma vez que a totalidade dos enfermeiros (100%) o fizera corretamente.

Verificamos também que o CVP inserido no cliente foi testado quanto à sua permeabilidade todas as vezes, representado por 100% dos enfermeiros.

Quanto à utilização de novo um novo CVP, em caso de uma nova tentativa de cateterização verificou-se que este princípio se cumpriu em 100%.

Ao analisarmos os dados relativos ao tipo de penso escolhido para a fixação do CVP, verificamos que o penso mais escolhido foi o adesivo castanho (47%), seguindo-se o adesivo esterilizado transparente (33%) e o adesivo hipoalérgico não tecido e adesivo hipoalérgico transparente ambos com 27%. Torna-se importante salientar, que tanto o adesivo castanho, como o adesivo hipoalérgico não tecido e o adesivo hipoalérgico transparente são ambos pensos não esterilizados, o que quebra o princípio da assepsia utilizada no decorrer desta técnica.

Os pensos preconizados para a fixação do CVP ao cliente são os pensos esterilizados, podendo ser transparentes ou opacos, sendo que os transparentes apresentam mais vantagens. Da análise do gráfico verificamos que os pensos esterilizados são utilizados em minoria, representando 46% das observações, em que 33% foi utilizado o adesivo esterilizado transparente e 13% o adesivo esterilizado opaco.

Outro procedimento que mereceu a nossa atenção foi a utilização de um novo dispositivo de perfusão EV quando o cliente era puncionado com um novo CVP, verificou-se então que na maioria das observações (87,5%), o dispositivo de perfusão não foi substituído por um novo, tendo-se constatado que apenas 12,5% das vezes ele foi trocado. Associado a este procedimento verificamos que apesar de o dispositivo de perfusão EV ter sido trocado poucas vezes, em todas elas (100%), ele foi identificado com a data de colocação no cliente, perfazendo 100% de conformidade neste item.

Os registos de enfermagem são parte integrante do trabalho desempenhado pela equipa de enfermagem, tornando-se uma prática diária nos contextos de prestação de cuidados.

O *software SClínico* utilizado no Centro Hospitalar, permite um correto registo da realização desta técnica, através da correta identificação das intervenções de enfermagem associadas quer à inserção como à manutenção do CVP no cliente.

Sendo assim, os registos de enfermagem da cateterização também mereceram o nosso interesse, e no que concerne ao registo deste procedimento, dos dados obtidos verificamos que este foi efetuado 73% das vezes, podemos então concluir que ainda nem todos os enfermeiros fazem o registo do CVP. Quanto às intervenções associadas a esta técnica, verificamos que 82% dos enfermeiros lhe associa a data do procedimento, 55% dos enfermeiros lhe associa o calibre do cateter inserido e 36% dos enfermeiros lhe associa o local anatómico onde foi inserido o CVP no cliente.

Quanto às intervenções relacionadas com a troca do CVP verificamos que ainda nem todos os enfermeiros a assinala de forma correta, uma vez que apenas 36% estabelece esta intervenção de forma correta. Relembramos que o que está preconizado é que a troca do CVP em adultos sem complicações associadas seja entre 72-96h.

Quanto à intervenção da otimização do CVP, constatamos que a maioria dos enfermeiros (73%), a assinala com o que preconizado.

Seguidamente iremos analisar os dados obtidos com o preenchimento da grelha de observação relativa aos **procedimentos realizados na manutenção da cateterização venosa periférica**.

No que respeita à integridade do local de inserção do CVP verificamos que 25% das observações efetuadas, este local apresentava sinais inflamatórios, como rubor, calor, edema e dor.

Relativamente às características do penso utilizado para fixação do CVP ao cliente, verificamos que 39% das observações ele se encontrava descolado e 32% das observações o penso se encontrava húmido ou com repasse. Podemos aferir que os pensos nestas circunstâncias têm que ser substituídos uma vez que o risco de desenvolvimento de complicações é mais elevado.

Os resultados obtidos relativos ao tipo de penso utilizado na fixação do CVP ao cliente demonstram que 64% dos enfermeiros utilizaram pensos esterilizados nesta técnica, 32% utilizaram pensos esterilizados transparentes e 32% utilizaram pensos esterilizados opacos. A utilização de pensos não esterilizados foi de 36%, um valor ligeiramente superior ao valor apresentado nos resultados obtidos nos procedimentos realizados durante a cateterização venosa periférica, (27%). Pensamos que este fato se deve à falta de opções uma vez que se verificou uma falha na reposição de adesivos esterilizados transparentes no SEM, para utilização nas cateterizações venosas periféricas.

À semelhança dos resultados obtidos anteriormente no item relativo à identificação com a data da colocação do dispositivo de perfusão EV, na manutenção do CVP, este

problema continua a persistir, verificamos que em 43% das observações efetuadas, em nenhuma delas (0%) foi colocado data do dispositivo.

Para terminar esta análise resta-nos abordar a questão dos registos de enfermagem na manutenção do CVP. Do total de observações verificamos que 79% dos enfermeiros realizou a intervenção associadas à inserção do CVP no *software SClínico*, 50% dos enfermeiros incluíram a data do procedimento, 32% dos enfermeiros incluíram o registo do calibre do CVP inserido e 45% incluíram o local anatómico do cliente onde o CVP foi colocado. Pela análise, constatamos que a percentagem de enfermeiros que não faz o registo adequado da inserção e manutenção do CVP nos clientes ainda é significativa, nomeadamente em intervenções associadas com a data do procedimento, calibre do cateter e local anatómico.

A intervenção no *software SClínico* associada à troca do CVP no cliente continua a não ser realizada corretamente, verificamos que 82% dos enfermeiros não a definiram com o que é recomendado.

Ainda relativamente aos registos de enfermagem realizados no *software SClínico*, a intervenção associada à otimização do CVP foi positiva em 36% das observações efetuadas, contudo a maioria dos enfermeiros 64% não define esta intervenção de forma correta.

CONCLUSÃO

A cateterização venosa periférica é a forma de administração de terapêutica EV mais utilizada nas instituições de saúde, sendo o enfermeiro, o profissional de eleição responsável pelo seu procedimento. Desta forma, esta técnica tem vindo a assumir cada vez mais importância na prestação de cuidados de saúde, devido à sua vasta possibilidade de utilização. A realização deste procedimento requer por parte do profissional que o executa competências técnicas e científicas.

A execução deste trabalho, foi bastante útil na última fase do PIS. A apresentação à equipa de enfermagem da ação de formação e a elaboração e exposição do procedimento setorial relativo à temática da cateterização venosa periférica foi mais-valia na aquisição de boas práticas de saúde associadas a esta técnica.

Da análise efetuada no capítulo anterior, foi-nos possível chegar às seguintes conclusões:

- Os princípios da assepsia preconizados pelas recomendações internacionais, relativos à cateterização venosa periférica não estão a ser cumpridos por todos os enfermeiros, e apenas pouco mais de metade cumpre essas mesmas recomendações;
- O desinfetante utilizado pelos enfermeiros para desinfetar a área a puncionar não é o preconizado para o desenvolvimento desta técnica.
- A maioria dos enfermeiros utiliza a técnica correta para a desinfecção da pele e utiliza igualmente a técnica *no touch* no procedimento desenvolvido;
- Não existe homogeneidade na escolha do penso preconizado para a fixação do CVP ao cliente, persistindo ainda a escolha de utilização de um penso não esterilizado na fixação do CVP;
- Em grande parte das observações efetuadas, o penso de fixação do CVP no cliente encontrava-se descolado, húmido e/com repasse;
- Não existe uniformidade na mudança de um novo dispositivo de perfusão EV, quando é inserido um novo CVP no cliente;
- A ausência do registo da data de colocação do dispositivo de perfusão por parte da equipa de enfermagem continua a manter-se;
- Os registos de enfermagem realizados após a cateterização venosa periférica não estão a ser efetuados no seu todo, e quando este registo é efetuado,

verificaram-se falhas relativas às intervenções relacionadas com este, como a data de colocação, o calibre do cateter e local anatómico do cateter;

- O registo das intervenções associadas à troca do CVP também não estão a ser efetuadas com que é recomendado.

Por tudo o que foi exposto podemos finalizar, concluindo que apesar da apresentação da ação de formação “Cuidados de enfermagem na inserção, fixação e manutenção do cateter venoso periférico”, dirigida à equipa de enfermagem e à elaboração e posterior apresentação do procedimento de enfermagem relativo ao tema, ainda existe falta de uniformidade por parte da mesma no procedimento em questão.

Porém, existem determinadas condicionantes, não previsíveis por nós, como a insuficiência ou mesmo a falta de outra opção para desinfeção da pele do cliente que não seja o álcool, o que leva o enfermeiro a utiliza-lo sempre que necessário. Esta situação aplica-se à utilização de pensos esterilizados na fixação do CVP no cliente, uma vez que durante um período das observações não existiam estes tipos de pensos no serviço, levando os enfermeiros a optarem por outro penso na fixação do CVP.

De salientar que os resultados destas observações foram francamente melhores quando comparados com as observações realizadas no desenvolvimento desta técnica durante a fase de diagnóstico, antes da realização da ação de formação e antes da elaboração do procedimento.

O facto de ter sido elaborado um procedimento de enfermagem, “Procedimento de Inserção, Fixação e Manutenção do CVP” e do mesmo ter sido adotado para o Centro Hospitalar vai permitir que os profissionais de saúde estejam mais atentos ao mesmo, permitindo o desenvolvimento correto desta técnica, com a finalidade de prestarem cuidados de enfermagem em bases sólidas de conhecimento, minimizando as IACS.

Desta forma, finalizamos este documento que serviu de suporte à fase de avaliação do PIS, considerando termos atingido os objetivos inicialmente propostos.

APÊNDICE XVIII – Artigo relativo ao Projeto de Intervenção em Serviço.

“PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM DA CATETERIZAÇÃO VENOSA PERIFÉRICA NA PREVENÇÃO DAS INFEÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE”

Cristina Ribeiro ¹

Elsa Monteiro ²

RESUMO

As Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) ocorrem num cliente durante o internamento hospitalar ou em qualquer outra instituição, e a qual não estava presente ou em incubação no momento da admissão do cliente. A cateterização venosa periférica é uma prática diária nas instituições de saúde, e pelo facto de ser um procedimento invasivo poderá resultar numa IACS, com complicações para o cliente. A flebite é uma inflamação de uma veia, caracterizada por edema, calor, dor e rubor no local de inserção do cateter venoso periférico (CVP), provocando no cliente sensação de desconforto.

Este documento retrata o Projeto de Intervenção em Serviço que foi desenvolvido no decorrer dos estágios I, II e III, no âmbito do Curso de 4º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Este projeto teve por base o contexto profissional, e foi elaborado de acordo com a metodologia de projeto, através da identificação de uma problemática clínica de enfermagem Médico-Cirúrgica presente no serviço onde decorreram os respetivos estágios.

A problemática identificada constava na falta de uniformização pela equipa de enfermagem nas intervenções de enfermagem associadas à manipulação do CVP, de forma a prevenir as IACS, e o projeto foi conduzido de forma a combater o problema confirmado.

Para Ruivo *et al.* (2010, p.5), *o trabalho de projeto é uma metodologia reflexiva, pois é baseada e sustentada pela investigação, de uma forma sistemática, controlada e participativa, que visa identificar problemas e resolve-los através de ações práticas.*

O principal objetivo da metodologia de projeto assenta na resolução de problemas de uma situação real, desta forma e a metodologia assume-se como uma ponte entre a teoria e a prática. Ela é composta pela elaboração de um diagnóstico de situação com a definição dos objetivos, a planificação das atividades, a execução e avaliação dessas atividades e por último a divulgação dos resultados (Ruivo *et al.*, 2010).

Palavras-chave: Infecção, Cateter Venoso Periférico, Intervenções de Enfermagem, Competências e Metodologia de Trabalho de Projeto.

¹ Enfermeira, do Serviço X, do Hospital Z, mestranda em Enfermagem Médico-Cirúrgica da ESS/IPS

² Enfermeira do Serviço W do Hospital Z, mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica

ABSTRAT

The Associated Infections to Healthcare (HAIs) occur on a patient during hospital admission or in any other institution and which was not present or incubating at the time of the patient admission. Peripheral venous catheterization is a daily practice in healthcare institutions and the fact of being an invasive procedure may result in a HAI with complications for the patient. Phlebitis is a vein inflammation characterized by swelling, heat, pain and redness on the area of the peripheral venous catheters (PVC) insertion, causing discomfort to the patient.

This document depicts the Intervention Project in Service that was developed during stages I, II and III, under the 4th Master Course in Medical-Surgical Nursing. This project was based on the professional context and was developed according to the project's methodology, by identifying a clinical problem of medical-surgical nursing in the service where stages took place.

The identified problem consisted in the absence of standardization of the nursing team in nursing interventions associated with the PVC handling, to prevent the HAIs and the project was conducted to combat the confirmed problem.

For Ruivo *et al.* (2010, p. 5), *the project work is a reflective methodology as it is based and supported by research in a systematic way, controlled and participative, which aims to identify problems and solve them through practical actions.*

The main goal of the project methodology is based on the resolution of problems in a real situation and the methodology is assumed as a bridge between theory and practice. It is composed by the elaboration of a situation diagnosis with the goals definition, the activities planning, the implementation and evaluation of these activities and finally, the dissemination of the results (Ruivo *et al.*, 2010).

Keywords: Infection, Venous Catheter Peripheral, Nursing Interventions, Skills and Project Work Methodology

INTRODUÇÃO

As Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) são adquiridas por clientes ou profissionais, durante o internamento hospitalar ou em qualquer outra instituição, em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados (MS, 2008).

A inserção de em Cateter Venoso Periférico (CVP) para administração de terapêutica Endovenosa (EV) é uma prática diária em ambiente hospitalar, exigindo por parte dos enfermeiros competências na realização desta técnica. Pelo facto de ser um procedimento invasivo a sua inserção, fixação e manuseamento poderá resultar numa IACS, com implicância para o cliente, uma vez que os clientes portadores de cateteres venosos periféricos têm um risco aumentado de desenvolverem complicações infecciosas, comparativamente com os que não os possuem (MS, 2008).

Tendo em conta o número de vezes que estes dispositivos são utilizados, torna-se importante que as intervenções de enfermagem associadas a esta sucessiva manipulação sejam as mais adequadas, com a finalidade de prevenir a infeção.

Durante a realização do estágio I, verificámos que existia falta de uniformização por parte da equipa de enfermagem nos procedimentos relativos à inserção, fixação e manutenção do CVP, de forma a prevenir com as IACS. Constatamos também que as intervenções de enfermagem associadas ao desenvolvimento da técnica da cateterização venosa periférica não estavam a ser exercidas com o que é preconizado pelos *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), o que poderá levar ao desenvolvimento de infeções associados a estes dispositivos.

Pela informação colhida durante o estágio I, constatámos que o Serviço Especialidades Médicas

(SEM) não possuía um procedimento de enfermagem alusivo à cateterização venosa periférica e então concordámos que seria importante realizarmos um procedimento referente à inserção e manuseamento do CVP nos clientes internados no SEM.

Decidimos então desenvolver um Projeto de Intervenção em Serviço (PIS) nesta área, por ser uma área de interesse ao grupo, e também por sermos elementos dinamizadores do Grupo Coordenador Local de Controlo de Infeção e Prevenção da Resistência aos Antimicrobianos (GCLCIPRA) e desta forma, temos presente que a prevenção das IACS deverá ser alvo dos nossos cuidados diários.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Hoje em dia, a utilização do termo de Infeção Hospitalar (IH) ou Infeção Nosocomial (IN), tornou-se uma prática comum nas unidades de prestação de cuidados de saúde. Esta designação é utilizada não só por profissionais de saúde, mas também, e cada vez mais por aqueles que procuram cuidados de saúde seguros e de qualidade. Na opinião de Martins (2001, p. 3), *desde que existem os hospitais, existem as infeções hospitalares (...)* e as questões relacionadas com a infeção hospitalar começaram a ter enfoque pelos profissionais de saúde na primeira metade do século XIX (Martins, 2001).

Os CDC, durante a década de 60 emitiram várias normas e recomendações relativas à infeção hospitalar, nesta altura, foi também aconselhado pelos CDC que existisse um enfermeiro de controlo de infeção a tempo inteiro, por cada 250 camas ocupadas nos hospitais (Martins, 2001).

Com a criação e o aperfeiçoamento das comissões de controlo de infeção por todo o mundo, associado ao desenvolvimento de múltiplas campanhas e estratégias emancipadas, quer pelos

CDC quer pela Organização Mundial de Saúde, o controlo de infeção passou a fazer parte da política de segurança dos clientes, integrando a área da qualidade dos cuidados.

A IH é uma infeção adquirida no hospital por um cliente que foi internado por outra complicação que não essa infeção. Estando também incluídas nestas infeções, as infeções adquiridas pelos profissionais de saúde no decorrer da sua atividade profissional (Ministério da Saúde, 2007).

Atualmente a designação de IH ou IN tem vindo a ser substituída pela denominação de IACS. As IACS podem ser causadas por diversos microrganismos que se encontram nas instituições de saúde, mais propriamente no local de prestação de cuidados ao cliente, mas também nos próprios clientes, fazendo parte da flora de cada individuo (Franco, 2010).

Os estudos de prevalência relativos às IACS e realizados no nosso país identificaram como taxas de prevalência a presença de dispositivos invasivos nos clientes, entre eles inclui-se o CVP (Pina, Silva e Ferreira, 2010).

Nos nossos dias as IACS acarretam um acréscimo na morbidade e mortalidade nos clientes, custos económicos adicionais para as instituições de saúde, sofrimento físico e emocional para o cliente e suas famílias, integrando um indicador de qualidade dos cuidados prestados. As *guidelines* emancipadas internacionalmente, no âmbito da prestação de cuidados de saúde, constituem uma mais-valia para os profissionais de saúde e deverão servir como conduta no seu comportamento no ambiente de prestação de cuidados ao cliente (Dias, 2010).

A Terapia Endovenosa teve inicio com o médico William Harvey, com a sua descoberta da circulação sanguínea. O avançar dos anos, a par do avanço tecnológico, resultou num aumento de administração de terapêutica por via EV, sendo esta

a via de eleição, relativamente à via oral ou intramuscular, pelo aumento de eficácia da terapêutica administrada no organismo, devido ao rápido efeito de concentração e absorção deste, mas também porque existem determinados medicamentos que só podem ser administrados por esta via (Phillips, 2001).

A punção venosa periférica é um procedimento invasivo que consiste em puncionar uma veia num cliente, através do rompimento da pele, pela transposição das suas camadas.

Os CVP atualmente, fazem parte indispensável do equipamento clínico utilizado nas instituições de saúde para administração de terapêutica EV, transfusão de hemoderivados, fornecer um suporte nutricional e sempre que é necessário o acesso direto à corrente sanguínea ao cliente. A administração de terapêutica EV constitui assim, um aspeto essencial no tratamento do cliente, exigindo do enfermeiro competência e responsabilidade no procedimento executado (Marteleto *et al.*, 2010).

Esta responsabilidade do enfermeiro deverá estar presente durante todas as fases do procedimento, quando avalia e seleciona o cateter vascular, quando explica o procedimento ao cliente, durante o desenvolvimento da técnica de inserção do cateter no cliente e quando vigia a perfusão da medicação (Elkin, Perry e Potter, 2005). A colocação de um CVP para administração de terapêutica EV, é um dos procedimentos invasivos mais frequentes da prática diária em meio hospitalar. Tendo em conta a frequência de vezes que estes dispositivos são utilizados, torna-se importante que as intervenções de enfermagem associadas a esta sucessiva manipulação sejam as mais adequadas, com a finalidade de prevenir a infeção (MS, 2013).

Em ambiente hospitalar, a flebite é uma das complicações mais frequentes nos clientes e está

associada ao desenvolvimento de um processo inflamatório das veias, cuja sintomatologia passa pela dor, edema, rubor e calor à palpação do local (Magerote *et al.*, 2011).

Segundo o mesmo autor, os fatores que poderão levar ao desenvolvimento das flebites ainda não é conclusivo, contudo existem alguns fatores que podem aumentar o risco do seu progresso como: o material e o calibre do CVP, o tempo de permanência do CVP, o local de punção e a terapêutica EV administrada ao cliente. Martins *et al.*, (2008) vêm acrescentar a estes fatores de risco, a técnica e a assepsia utilizada na inserção do CVP, assim como a prévia e a correta higienização das mãos do profissional que insere o cateter ou o manuseia. A estes fatores são ainda acrescentados a idade do cliente e a presença de patologias associadas.

Têm sido várias as recomendações publicadas sobre os procedimentos invasivos e estratégias de implementação de boas práticas, com o objetivo de reduzir a incidência das infecções associadas a esses procedimentos e aos dispositivos intravasculares. O Ministério da Saúde, emitiu em 2006, um conjunto de recomendações, “Prevenção da Infecção Nosocomial Associadas a Dispositivos Intravasculares”, que foram elaboradas por um grupo de trabalhos multidisciplinar, com base nas recomendações emanadas pelos *Centers for Disease Control and Prevention - Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee, United States* (CDC – HICPAC, USA) (MS, 2006). Entre estas recomendações, encontram-se as que são relativas à cateterização venosa periférica.

De seguida abordaremos de forma sumária, os princípios a reter na cateterização venosa periférica.

Lavagem das mãos

O procedimento da higiene das mãos faz parte das precauções básicas do controlo de infeção

e é abordado na norma emancipada pela Direção Geral de Saúde, “Precauções Básicas do Controlo da Infecção” (Direção Geral de Saúde, 2013). A higienização eficaz das mãos, utilizando preferencialmente soluções contendo antisséptico, como é exemplo a Solução Antissética de Base Alcoólica, deverá preceder sempre procedimentos que visam o contacto com sangue, como é o caso da inserção do CVP, devendo também ser efetuada sempre que se preveja o contacto com o CVP ou com os dispositivos de administração de terapêutica.

A DGS preconiza ainda que todos os profissionais de saúde usem luvas limpas sempre que seja previsível o contacto com sangue, contudo a sua utilização não deverá substituir nunca a lavagem das mãos.

Preparação da pele

A preparação da pele tem como finalidade remover as bactérias, prevenindo a possível colonização microbiana. Após a seleção da veia a puncionar, a limpeza do local deverá ser realizada com um desinfetante que contenha cloro-hexidina, com movimentos circulares, no sentido proximal para o distal, deixando a área desinfetada secar completamente. Após esta desinfecção não se deverá voltar a tocar no local a puncionar, pois existe o risco de contaminação do mesmo (Carlotti, 2012).

Inserção do cateter venoso periférico

Existem vários tipos de cateteres periféricos que permitem um rápido acesso à rede venosa do cliente.

Após a seleção da veia a puncionar e sua desinfecção, insere-se o cateter escolhido na veia, com o bisel voltado para cima, formando um ângulo entre 5°-30°. Quando o cateter se introduz na veia provoca um refluxo de sangue, este facto comprova que a agulha e o cateter de plástico se encontram no lúmen da veia, nesta fase avança-se com o cateter na direção da veia e retira-se

simultaneamente a agulha da veia. O garrote é removido do cliente quando o cateter estiver totalmente introduzido na veia (Carlotti, 2012).

Depois da inserção do CVP é necessário confirmar se este se encontra permeável, para tal injeta-se soro fisiológico através dele, observando possíveis alterações da pele, como rubor, edema, tumefação, extravasamento de líquido em redor do local de inserção do CVP ou desconforto manifestada pelo cliente (Carlotti, 2012).

Pensos aplicados no cateter venoso periférico

Hoje em dia a oferta existente no mercado de pensos para fixação de CVP é vasta e os materiais mais utilizados para fixação dos CVP são os adesivos, os pensos de gaze estéril e as películas transparentes (Silva e Zanetti, 2004).

Os adesivos são utilizados para fixação dos CVP, através de várias técnicas de fixação. Contudo, estudos realizados com clientes que possuíam esta forma de fixação, verificou-se que 42,3% apresentavam pelo menos uma manifestação de trauma vascular. A acrescentar a estas razões é de salientar que este tipo de adesivo, não é esterilizado e a sua manipulação poderá ocasionar a contaminação desta técnica (Silva e Zanetti, 2004).

Os pensos de gaze esterilizada não protegem o local da humidade, nem permitem uma visualização do local de inserção do CVP facilmente. Importa acima de tudo, que a escolha do penso pelo profissional que executa a técnica seja num penso esterilizado, e que o mesmo permita uma visualização do local de inserção do CVP, sem que para isso, seja necessário retirar o penso. Este tipo de penso permite também que o cliente faça a sua higiene, sem haver um risco acrescido de humidade do penso, uma vez que ele é impermeável, nem de descolamento deste (Wilson, 2003).

As recomendações emanadas pelos CDC relativamente a este item são que os pensos devem

ser substituídos quando o CVP é removido, ou substituído ou quando o penso se encontra descolado, húmido ou com repasse.

Substituição do CVP

O tempo que um CVP está colocado é provavelmente um dos fatores mais importantes que influenciam o risco de infeção, já que quanto mais tempo um CVP estiver colocado, maior é a probabilidade do cliente desenvolver uma infeção.

Os CDC (2011) recomendam que a substituição dos CVP e a rotação do local de inserção deve ser efetuada a cada 72-96h. É ainda preconizado que se deverá remover os CVP colocados numa situação de emergência e inserir um novo CVP num local diferente dentro de 48h. Os cateteres pediátricos não deverão ser substituídos rotineiramente, exceto se houver indicação clínica para tal.

Manuseamento dos CVP

A manipulação asséptica da extremidade exterior do CVP e dos pontos de conexão ao CVP é fundamental para prevenir a contaminação do CVP e possível infeção, já que a contaminação dá-se principalmente por meio das mãos do profissional que manuseia o CVP durante a conexão e desconexão do sistema ou do uso inadequado das torneiras (Martins *et al.*, 2008). Desta forma, durante a administração de terapêutica EV e sempre que é necessário manipular o orifício do cateter, ou dispositivos com acesso ao mesmo (torneiras), é necessário manter a técnica asséptica nas intervenções realizadas (Phillips, 2001). Para isso o local deverá ser limpo com solução desinfetante e só depois disso utilizado para administração de terapêutica (Mendonça *et al.*, 2010).

Substituição dos sistemas de administração de fluidos

Os CDC (2011) recomendam substituir os sistemas de administração de fluidos, incluindo

torneiras e prolongadores a cada 72h, exceto se existir outra indicação clínica. Já relativamente aos sistemas utilizados na administração de sangue, derivados do sangue ou emulsões lipídicas, indica que devam ser substituídos dentro das 24h após o início da infusão.

Pequenos prolongamentos conectados ao CVP deverão ser substituídos sempre que um novo CVP é inserido no cliente (CDC, 2011).

Vigilância

A vigilância dos locais de inserção do CVP deve ser feita diariamente em locais sem possibilidade de observar diretamente o local de inserção do CVP nos clientes (CDC, 2011).

Registos informáticos

Os registos de enfermagem são parte integrante do nosso desempenho diário.

As intervenções de enfermagem relacionadas com a cateterização venosa periférica não são exceção, e deverão ser registadas no processo do cliente. Torna-se importante registar a data de inserção do CVP, o local de inserção do CVP, o calibre do CVP, o tipo de CVP e a terapêutica EV administrada (Elkin, Perry e Potter, 2005). Associado aos registos de enfermagem relativos ao CVP, é também importante selecionar as intervenções de enfermagem adequadas a esta atitude terapêutica da cateterização venosa periférica como, a troca do cateter e a troca dos sistemas de perfusão.

DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

No decorrer dos estágios e após realização da entrevista não estruturada à enfermeira Chefe do Serviço de Especialidades Médicas (SEM), verificou-se a inexistência de um procedimento que orientasse os enfermeiros no desenvolvimento da técnica correta de cateterização venosa periférica. Para justificar a pertinência do desenvolvimento do PIS nesta área, foi utilizada uma grelha de

observação de procedimentos, este instrumento foi escolhido com a intenção de conhecer o comportamento dos enfermeiros durante a cateterização venosa periférica, de forma a obter os dados sobre a problemática em estudo.

A grelha de observação era constituída por duas partes, a primeira parte tinha como objetivo recolher informações relativas às intervenções de enfermagem, durante a cateterização venosa periférica em momentos distintos: antes, durante e após a inserção do CVP, incluindo os registos de enfermagem da técnica realizada. A segunda parte da grelha incidiu na observação da manutenção do CVP.

Após ser cedida a autorização para implementação do PIS pela Sr.^a Enfermeira Diretora do CH, e após informação aos participantes do estudo do período de observações, deu-se início ao preenchimento das grelhas.

Com a aplicação deste instrumento de colheita de dados constatámos que a equipa de enfermagem não tem presente uma filosofia uniforme relativamente aos cuidados de enfermagem relativos ao manuseamento do CVP.

Após efetuarmos o tratamento de dados da aplicação das grelhas de observação da **inserção do CVP** verificámos que, a higienização das mãos por parte dos profissionais de saúde, antes da inserção do CVP, na sua maioria (77%) não está a ser realizada. Relativamente à assepsia da pele no local de punção do cliente, constatámos que o desinfetante aconselhado não foi utilizado, correspondendo a 67% das observações efetuadas, verificámos também, que na maioria das observações (89%) não foram utilizadas compressas esterilizadas na realização deste procedimento e o princípio da técnica “*no touch*”, não foi utilizado em 56% das ocasiões.

Averiguámos que não existia homogeneidade por parte dos profissionais de

saúde na escolha do penso preconizado para a fixação do CVP ao cliente já que, a grande parte dos enfermeiros optou pela utilização de pensos não esterilizados, variando entre o adesivo castanho (83%) e o adesivo hipoalérgico não tecido (56%). Verificámos que apenas em 33% das observações se utilizou adesivo esterilizado.

Quanto à mudança do dispositivo de perfusão quando é colocado um novo CVP, constatámos que 82% das vezes o dispositivo de perfusão não foi substituído. No que diz respeito à identificação do novo dispositivo de perfusão com a data em que foi colocado no cliente, verificou-se que em nenhuma ocasião, os dispositivos de perfusão foram identificados com a data de colocação, o que perfaz 100% de inconformidade neste item.

Constatámos que os registos de enfermagem realizados após a cateterização venosa periférica não estão a ser efetuados no seu todo. Em 78% das situações em que ele foi realizado, verificaram-se falhas relativas às intervenções relacionadas com o seu registo. O registo da data de colocação do CVP foi efetuado 29% das situações, o registo calibre do cateter, foi efetuado 36% das ocasiões e o registo do local anatómico do cateter por efetuado 21% das oportunidades.

Verificou-se ainda que os registos das intervenções associadas à troca do CVP e à troca do dispositivo de perfusão, também não estão a ser efetuadas com que é recomendado pelos CDC já que, em apenas 14% das situações a intervenção da otimização do CVP foi bem planeada e nenhuma vez (100%) a intervenção associada à troca ou CVP ou à troca do dispositivo de perfusão foi bem planeada.

Relativamente à aplicação da grelha de observação da **manutenção do CVP**, constatámos que em 56% das observações o penso de fixação do CVP se encontrava descolado. Verificámos

também, que do total de observações efetuadas, 56% das situações o penso de fixação do CVP se encontrava húmido ou com repasse.

Por último, e ainda relativamente à manutenção do CVP, no que respeita aos registos de enfermagem no relativos à inserção do CVP no cliente, verificou-se que do total de observações efetuadas 19% delas não continham o registo do CVP no sistema informático e nas restantes 81%, o registo do procedimento estava a ser efetuado, em que, 31% incluíam a data de inserção do CVP, 17% incluíam o registo do calibre do cateter inserido e 38% apresentavam o local anatómico do cliente onde foi inserido o CVP.

No que diz respeito às intervenções associadas com a troca do CVP no cliente verificou-se que estas estavam a ser realizadas poucas vezes (97%), assim como as intervenções associadas à troca do dispositivo de perfusão, que nunca chegou a ser efetuada corretamente, e que corresponde a 100% de inconformidade neste item.

Ainda no decorrer da fase de diagnóstico de situação, e de forma a verificar a exequibilidade do projeto em estudo e identificar as áreas que necessitavam de intervenção mais urgente, construímos uma *Failure Mode and Effects Analysis* (FMEA). A FMEA é um método que permite detetar e eliminar problemas potenciais e eliminar os pontos fracos de um projeto, minimizando o risco de falhas a valores aceitáveis (Aguilar e Salomon, 2007).

Através da construção da FMEA foram analisadas quatro áreas distintas, a inserção do CVP, a fixação do CVP, o manuseamento do CVP e os registos de enfermagem associados à cateterização venosa periférica.

Dos dados obtidos, de seguida destacamos as etapas com os Índice de Probabilidade de Risco (IPR) mais elevados, que carecem de uma intervenção prioritária.

Nas intervenções de enfermagem relativas à inserção do CVP destacou-se:

- A não higienização das mãos (IPR=560);
- Ausência de desinfecção da pele com álcool a 70°, ou desinfetante à base de cloro-hexidina (IPR=400);
- Ausência da técnica “*no touch*” (IPR=360).

Já nas intervenções de enfermagem relacionadas com a fixação do CVP destacou-se:

- Não aplicação de penso esterilizado no orifício de inserção do cateter (IPR=162);
- Não utilização de compressas esterilizadas na desinfecção da pele (IPR=180);
- Não utilização de um novo dispositivo de perfusão (IPR=400).

Por último no que respeita ao manuseamento do CVP destacamos:

- Falha na troca dos cateteres às 72-96 horas (IPR=500);
- Falha na troca dos dispositivos de perfusão às 72 horas (IPR=500);
- Falha na substituição do penso quando este se encontra descolado (IPR=256);
- Falha na substituição do penso quando este se encontra húmido ou com repasse (IPR=256).

A prioridade de intervenção varia de acordo com o valor de IPR, e esta deverá ser dirigida para as etapas onde este valor é superior a 100.

Por tudo o que foi exposto e com base nas informações reunidas constatámos que, existe falta de uniformização por parte da equipa de enfermagem no procedimento de inserção, fixação e manutenção do CVP de forma a minimizar as IACS.

Desta forma foram identificados os seguintes problemas parcelares:

- Falta de documentos orientadores relativos à inserção, fixação e manutenção do CVP;

- Carência de formação acerca do procedimento de inserção, fixação e manutenção da cateterização venosa periférica;
- Registos de enfermagem inadequados/inexistentes.

Para Ruivo *et al.*, (2010, p. 18), *os objetivos apontam resultados que se pretende alcançar, podendo incluir diferentes níveis que vão desde o geral ao mais específico.*

Após a análise de todas as informações obtidas com o desenvolvimento do diagnóstico de situação, preconiza-se que se definam os objetivos do PIS. Como tal, identificou-se como objetivo geral:

- Uniformizar os cuidados de enfermagem ao cliente submetido à cateterização venosa periférica, internado no SEM.

Delineamos ainda como objetivos específicos:

- Elaborar um procedimento setorial alusivo à cateterização venosa periférica e respetiva grelha de verificação;
- Formar a equipa enfermagem relativamente à prevenção das IACS na cateterização venosa periférica.

Da observação e análise efetuada, aos resultados obtidos foi-nos possível concluir que, os princípios de assepsia preconizados pelas recomendações internacionais relativos à cateterização venosa periférica não estão a ser cumpridos pela maioria dos enfermeiros.

PLANEAMENTO

Na fase de planeamento foram definidas as atividades, estratégias e meios, baseados nos objetivos definidos para o PIS.

Hunger *cit. in* Ruivo *et al.* (2010, p. 20) refere-se a esta fase como, *o levantamento dos recursos, bem como as limitações condicionantes do próprio trabalho (...), sendo também, definidas as actividades a*

desenvolver pelos diferentes elementos do grupo e ainda, definidos os métodos e a técnica de pesquisa bem como o respectivo cronograma.

Nesta fase, entre outras atividades realizamos uma pesquisa bibliográfica acerca das IACS, das infecções relacionadas com o CVP e da construção de grelhas de auditoria, que nos permitiu elaborar o procedimento de inserção, fixação e manutenção do CVP e preparar uma sessão de formação dirigida aos enfermeiros do serviço onde o PIS foi implementado acerca da temática em estudo.

EXECUÇÃO

Para Castro *et al.* (1993), *cit in* Ruivo *et al.* (2010, p. 23), nesta fase *é necessária a procura de dados, informações e documentos que contribuam para a resolução do problema selecionado, segundo a divisão de tarefas e a gestão do tempo previamente estabelecidos.*

A etapa da fase de execução constitui a terceira etapa da metodologia de projeto e resulta da concretização de todo aquilo que foi delineado na fase de planeamento (Ruivo *et al.*, 2010). Na nossa opinião esta fase foi uma das mais importantes e desafiadora, uma vez que permitiu colocar em prática as ações planeadas na fase anterior, tornando desta forma o grupo motivado na resolução da problemática identificada na fase de diagnóstico da situação.

O primeiro objetivo específico delineado era elaborar um procedimento setorial alusivo à cateterização venosa periférica e a respetiva grelha de verificação do procedimento e depois de reunirmos a informação necessária, elaboramos o “Procedimento de inserção, fixação e manutenção do CVP”.

Outras das estratégias definidas para dar resposta a este objetivo consistia na validação deste procedimento, junto da equipa de enfermagem do SEM durante 15 dias. Para tal, os enfermeiros

participantes foram informados do período de observações relativas às intervenções associadas à cateterização venosa periférica, e deu-se início às observações e respetivo preenchimento das grelhas.

O segundo objetivo específico consistia em formar a equipa enfermagem relativamente à prevenção das IACS, durante a cateterização venosa periférica. Por forma a dar resposta a este objetivo, foram elaborados um conjunto de diapositivos acerca dos cuidados de enfermagem na cateterização venosa periférica e o respetivo plano da sessão de formação.

A sessão de formação tinha como objetivos relembrar conceitos/definições relativos à cateterização venosa periférica, apresentar o procedimento relativo à inserção, fixação e manutenção do CVP nos clientes internados no SEM e uniformizar os cuidados de enfermagem relativos à manipulação do CVP.

Após a divulgação do procedimento à equipa de enfermagem e da averiguação da ausência de dúvidas no seu cumprimento, o procedimento foi implementado no SEM, tendo também sido realizado um pedido ao Gabinete da Qualidade através GCLCIPRA para a sua aplicação no CH.

AValiação

A avaliação faz parte do desenvolvimento de um projeto. Esta avaliação deverá ser global e contemplar o projeto como um todo. (Ruivo, *et al.*, 2010).

Relembrando, o primeiro objetivo específico deste projeto consistia em elaborar um procedimento setorial alusivo à cateterização venosa periférica e respetiva grelha de verificação do procedimento. Consideramos que este objetivo foi atingido, uma vez que elaboramos o procedimento a que nos propusemos e a equipa de enfermagem do SEM teve conhecimento da sua existência,

através da sessão de formação em que o mesmo foi apresentado.

Outra razão que justifica uma avaliação positiva deste objetivo é o facto de que a elaboração deste procedimento passou a fazer parte dos procedimentos setoriais daquele serviço desde o dia da realização da sessão de formação à equipa de enfermagem. O mesmo foi também aprovado pelo GCLCIPRA para se tornar procedimento transversal a todo o CH, tendo também sido homologado pelo Gabinete da Qualidade do CH.

O segundo objetivo específico deste projeto constava em formar a equipa enfermagem relativamente à prevenção das IACS, na cateterização venosa periférica. Concordamos que este objetivo foi atingido em parte, uma vez que todas as atividades e estratégias definidas para atingir o mesmo foram realizadas com sucesso. O plano da sessão de formação e os diapositivos elaborados foram revistos pela docente e aprovados por esta para apresentação na sessão de formação.

Os indicadores de avaliação a que nos propusemos na fase de planeamento para a concretização deste objetivo consistia em que, 100% da equipa de enfermagem tivesse formação acerca do procedimento de enfermagem alusivo à cateterização venosa periférica, contudo esses valores ficaram um pouco abaixo do planeado, uma vez que só 48% da equipa de enfermagem ficou a conhecer este procedimento na fase da execução, através como já foi referido da realização de uma sessão de formação. Para colmatar estes valores, e para permitir que toda a equipa de enfermagem tivesse conhecimento dos conteúdos transmitidos na formação, elaboramos um documento de leitura, que se tratou do “Procedimento de inserção, fixação e manutenção do CVP”, que ficou no SEM como documento de consulta.

Apesar do número reduzido de enfermeiros (48%) que assistiram à sessão de formação, a sua

avaliação da mesma foi bastante positiva em todos os domínios que compunham a folha de avaliação.

Os resultados obtidos da avaliação da sessão de formação permitem-nos constatar que a mesma foi considerada uma mais-valia na melhoria dos cuidados de enfermagem, uma vez que desde a realização da sessão de formação, em que a equipa de enfermagem teve conhecimento do procedimento elaborado, verificamos uma melhoria no desenvolvimento da técnica de cateterização venosa periférica com a finalidade de minimizar as infeções associadas ao desenvolvimento deste procedimento.

Outras das atividades desenvolvidas na fase de execução para dar resposta aos objetivos delineados foi a validação do “Procedimento de inserção, fixação e manutenção do CVP”, junto da equipa de enfermagem do SEM durante 15 dias. Para tal, durante este período foram efetuadas observações relativas ao desenvolvimento da técnica de inserção, fixação e manuseamento do CVP. Ao efetuarmos uma comparação de alguns itens relativos às observações antes da sessão de formação e após a sessão de formação verificamos que relativamente à higienização das mãos do profissional antes de procedimentos assépticos, apenas 23% dos enfermeiros a realizou, tendo o valor aumentado para 53% após a realização da formação. No que respeita à utilização da técnica “*no touch*”, constatamos que 44% dos enfermeiros a exerce, e após a realização da sessão de formação este valor elevou-se para 93%, desta forma é possível minimizar a contaminação daquele local de punção. Outro item que mereceu a nossa atenção na análise dos resultados das observações foi a utilização ou não de pensos esterilizados para fixação do CVP ao cliente. Nas primeiras observações efetuadas verificamos que estes pensos eram usados em minoria, representando 33% das observações. Após a realização da sessão de

formação este valor subiu ligeiramente para 46%. Verificamos pela comparação de dados, que ainda não existe uma uniformidade por parte dos enfermeiros na escolha do penso utilizado para fixar o CVP ao cliente, contudo torna-se importante salientar que durante o período das segundas observações houve uma rotura de *stock* dos pensos esterilizados transparentes, o que poderá ter contribuído para uma menor adesão dos enfermeiros na primeira escolha do penso na fixação do CVP ao cliente. Os registos de enfermagem do procedimento desenvolvido também foram alvo de observações, e no que concerne ao registo deste procedimento, verificamos que ainda nem todos os enfermeiros fazem o registo do CVP, resultando em 78% nas primeiras observações e 73% nas segundas observações. Quanto às intervenções associadas a esta técnica, verificamos que 29% dos enfermeiros lhe associa a data do procedimento, 36% dos enfermeiros lhe associa o calibre do cateter inserido e 21% dos enfermeiros lhe associa o local anatómico onde foi inserido o CVP no cliente. Relativamente ao mesmo item de averiguação, nas segundas observações constatou-se que 82% dos enfermeiros lhe associa a data do procedimento, 55% dos enfermeiros lhe associa o calibre do cateter inserido e 36% dos enfermeiros lhe associa o local anatómico onde foi inserido o CVP no cliente. Analisando estes valores verificamos que após a sessão de formação os registos de enfermagem tornaram-se mais completos e de acordo com o que é preconizado. Quanto às intervenções relacionadas com a troca do CVP, e com a troca dos dispositivos de perfusão, nas primeiras observações efetuadas em nenhuma das observações (100%) elas estavam a ser bem estabelecidas. Nas segundas observações houve uma ligeira melhoria dos registos relativos à troca de CVP, esta intervenção foi definida de forma

correta 36% das vezes. Quanto às observações efetuadas das intervenções relacionadas com a troca do dispositivo de perfusão, a sua verificação não foi possível, uma vez que houve uma atualização do sistema informático utilizado para efetuar os registos de enfermagem no CH, e a intervenção da troca dos dispositivos de perfusão, na altura que foram realizadas as segundas observações não constava no conjunto de intervenções associadas à técnica da cateterização venosa periférica.

Por tudo aquilo que foi exposto podemos afirmar que ainda não existe uma uniformidade por parte da equipa de enfermagem no cumprimento do procedimento realizado, contudo verificamos que após a realização da sessão de formação os profissionais têm desenvolvido um esforço para cumprir as diretrizes apresentadas, este facto pode ser comprovado pelo aumento das intervenções conformes, relacionadas com a técnica da cateterização venosa periférica consoante o que está preconizado no procedimento.

DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

A divulgação dos resultados obtidos após a implementação de um projeto constitui a última etapa da metodologia de projeto e é para Ruivo, *et al.* (2010, p. 31), uma fase importante (...), *na medida em que dá a conhecer à população em geral e outras entidades a pertinência do projecto e o caminho percorrido na resolução de um determinado problema.*

A implementação da metodologia de projeto na área da saúde como forma de resolução de uma problemática existente torna-se muito importante uma vez que vai permitir capacitar o profissional de saúde através do contato com conhecimento científico numa determinada área/assunto, com a finalidade de melhorar os cuidados prestados ao cliente. Por outro lado o próprio cliente toma conhecimento dos esforços realizados para existir uma melhoria nos cuidados que lhe são prestados, e

as informações recolhidas poderão ainda servir de exemplo para outros serviços (Ruivo, *et al.*, 2010).

Existem várias formas e meios de divulgar os resultados obtidos com o desenvolvimento de um projeto. A elaboração deste artigo é um exemplo dessa divulgação, contudo durante este processo foram desenvolvidas outras atividades que também serviram para divulgar o PIS, como a elaboração do “Procedimento de inserção, fixação e manutenção do CVP”, o planeamento e a execução da sessão de formação aos enfermeiros do SEM, a realização das observações no período de validação do procedimento e posteriormente o tratamento dos dados resultantes dessas observações.

CONCLUSÃO

A cateterização venosa periférica tem vindo a assumir cada vez mais importância na prestação de cuidados de saúde, devido à sua vasta utilidade na administração de medicamentos, exigindo do profissional que executa esta técnica competências técnicas e científicas para a desenvolver.

A metodologia de projeto serviu de base ao desenvolvimento do PIS e sua utilização permitiu-nos adquirir competências no âmbito da investigação, nomeadamente aquando da aplicação das entrevistas, das grelhas de observação e da construção da FMEA, ambos instrumentos utilizados na fase de diagnóstico de situação do PIS, e que permitiram identificar o problema geral, que consistia na falta de uniformização pela equipa de enfermagem no procedimento de inserção, fixação e manutenção do CVP no cliente, de forma a minimizar as IACS.

Tendo conhecimento da situação problemática existente, na fase de planeamento do PIS foram estabelecidas as prioridades de atuação através da definição de atividades/estratégias possíveis para solucionar o problema identificado. Essas prioridades definidas, e já na fase de

execução, passaram por realizar o procedimento de enfermagem alusivo à cateterização venosa periférica, formar a equipa com base no procedimento realizado e auditar o cumprimento do procedimento divulgado.

Ao efetuarmos a avaliação do PIS, consideramos que esta foi positiva, uma vez que elaboramos o procedimento de inserção, fixação e manutenção do CVP, este veio a integrar um dos procedimentos setoriais do SEM, para além de o mesmo ter sido aprovado pelo GCLCIPRA para se tornar procedimento transversal a todo o CH.

Na última fase do PIS, relativa à divulgação dos resultados, desenvolvemos um conjunto de atividades que serviram para difundir este projeto, sendo que a elaboração deste artigo foi a que mais tornou visível este trabalho.

O fato da conceção do PIS assentar na área do controlo de infeção demonstrou ser uma mais-valia para a adoção de boas práticas, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade, promovendo cada vez mais a implementação de um ambiente terapêutico seguro, de forma a prevenir as complicações decorrentes da prestação de cuidados associados à cateterização venosa periférica.

REFERÊNCIAS

Bibliográficas

- ELKIN, Martha; PERRY, Anne; POTTER, Patrícia – **Intervenções de enfermagem e procedimentos clínicos**. Loures: Lusociência, 2005. ISBN 972-8383-96-7.
- MARTINS, Maria Aparecida – **Manual de Infecção Hospitalar: Epidemiologia, Prevenção e Controle**. Rio de Janeiro: MEDSI, 2001. ISBN 85-7199-256-8.
- PHILLIPS, Lynn Dianne – **Manual de Terapia Intravenosa**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmod, 2001. ISBN 85-7307-744.

- WILSON, Jennie – **Controlo de infeção na prática clínica**. Loures: Lusociência, 2003. ISBN 972-8383-57-6.

Eletrónicas

- AGUIAR, Dimas; SALOMON, Valério – Avaliação da prevenção de falhas em processos utilizando métodos de tomada de decisão. Produção [Em linha]. Vol. 17, nº3 (2007), p. 512-519 [Consult. em 30 Maio 2015]. Disponível em WWW:<http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/S0103-65132007000300008&pid=S0103-65132007000300008&pdf_path=prod/v17n3/a08v17n3.pdf> ISSN 0103-6513.
- CARLOTTI, Ana Paula – Acesso Vascular. Revista Medicina. [Em linha]. Vol. 45, nº 2 (2012), p. 208-214 [Consult. em 22 Abril 2015]. Disponível em WWW:<http://revista.fmrp.usp.br/2012/vol45n2/Simp5_Acesso%20Vascular.pdf>.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION - Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections. [Em linha]. 2011. [Consult. em 10 Outubro 2015]. Disponível em WWW:<<http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/guidelines/bsi-guidelines-2011.pdf>>.
- DIAS, Conceição – Prevenção da Infecção Nosocomial – ponto de vista do especialista. Revista Portuguesa Medicina Interna. [Em linha]. Vol. 17, nº 1 (2010), p. 47-53 [Consult. em 2 Março 2015]. Disponível em WWW:<http://www.spci.pt/Revista/Vol_17/2010331_REV_Mar10_Volume17N1_47a53.pdf>.
- DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE – Precauções Básicas do Controlo de Infecção. [Em linha]. 2013b [Consult. em 9 Abril 2015]. Disponível em WWW:<<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0292012-de-28122012-png.aspx>>.
- FRANCO, Luís – Infecção Associada aos Cuidados de Saúde. Enfermeiro. [Em linha]. 2010. [Consult. em 7 Abril 2015]. Disponível em WWW:<http://www.chbargarvio.min-saude.pt/NR/rdonlyres/B85D81E0-0C79-426E-9930-6CED2DFD0F7E/22433/IACS_final.pdf>.
- MAGEROTE, Nelissa; *et al.* – Associação entre flebite e retirada de cateteres intravenosos periféricos. Texto & Contexto – Enfermagem. [Em linha]. Vol. 20, nº 3 (2011), p. 486-492. [Consult. em 18 Abril 2015]. Disponível em WWW:<http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/S0104-07072011000300009&pid=S0104-07072011000300009&pdf_path=tce/v20n3/09.pdf> ISSN 0104-0707>.
- MARTELETO, Cristiane; *et al.* – A supervisão no processo de trabalho do enfermeiro: um olhar sobre a punção venosa periférica. Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental online. [Em linha]. Vol. 2, nº 3 (2010), p. 1095-1104. [Consult. em 15 Abril 2015]. Disponível em WWW:<<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo;jsessionid=D53B6CC9401997B226097728A5D89644.dialnet01?codigo=3651550>> ISSN 2175-5361.
- MARTINS, Kelly; *et al.* – Adesão às medidas de prevenção e controlo de infeção do acesso vascular periférico pelos profissionais de equipa de enfermagem. Ciência Cuidados e Saúde. [Em linha]. Vol. 7, nº 4 (2008), p. 485-492. [Consult. em 15 Abril 2015]. Disponível em WWW:<<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php>>.

- [/CiencCuidSaude/article/viewFile/6634/3908>](#).
- MENDONÇA, Katiane; *et al.* – Atuação da enfermagem na prevenção e controle de infecção de corrente sanguínea relacionada a cateter. Revista de Enfermagem UERJ. [Em linha]. Vol. 19, nº 2 (2010), p. 330-333. [Consult. em 18 Abril 2015]. Disponível em WWW:<
<http://www.facenf.uerj.br/v19n2/v19n2a26.pdf>>.
 - PINA, Eliane; SILVA, Goreti; FERREIRA, Etelvina – Relatório - Inquérito de Prevalência de Infecção. Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde. [Em linha]. Direção Geral de Saúde, Lisboa. 2010. [Consult. em 20 Mar. 2015]. Disponível em WWW:<
<https://www.dgs.pt/programa-nacional-de-controlo-da-infeccao/ficheiros-de-upload/relatorio-ip-2010-pdf.aspx>>.
 - PORTUGAL, Ministério da Saúde - Prevalência de infecção adquirida no hospital e do uso de antimicrobianos nos hospitais portugueses. Departamento da Qualidade em Saúde. Inquérito 2012. [Em linha]. Direção Geral de Saúde, Lisboa. 2013. [Consult. em 22 Mar. 2015]. Disponível em WWW:<
<https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/inquerito-de-prevalencia-de-infeccao-adquirida-no-hospital-e-uso-de-antimicrobianos-nos-hospitais-portugueses-inquerito-2012-jpg.aspx>>.
 - PORTUGAL, Ministério da Saúde – Programa Nacional de Controlo da Infecção – recomendações para prevenção da infecção associada aos dispositivos intravasculares. [Em linha]. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, Lisboa. 2006. [Consult. em 17 Mar. 2015]. Disponível em WWW:<
<http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008552.pdf>>.
 - PORTUGAL, Ministério da Saúde – Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infecção Associada aos Cuidados de Saúde. [Em linha]. Direção Geral de Saúde, Lisboa. 2007. [Consult. em 20 Mar. 2015]. Disponível em WWW:<
http://www.ulsm.min-saude.pt/ResourcesUser/Documentos/CCI/Programa_Nacional_Controlo_Infeccao.pdf>.
 - PORTUGAL, Ministério da Saúde - Programa Nacional De Prevenção e Controlo da Infecção Associada Aos Cuidados De Saúde. Manual De Operacionalização. [Em linha]. Direção Geral de Saúde, Lisboa. 2008. [Consult. em 15 Mar. 2015] Disponível em WWW:<
http://www1.arslvt.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/SPublica/Controlo%20Infeccao/SP_ManualdeOperacionalizacao.pdf>.
 - RUIVO, Maria; *et al.* – Metodologia de Projecto: Colectânia Descritiva de Etapas. Percursos [Em linha]. Nº 15 (2010), p. 1-37. [Consult. em 27 Abril 2015]. Disponível em WWW:<
http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf>.
 - SILVA, Adriana; ZANETTI, Maria – Curativo para fixação de cateter intravenoso periférico: revisão integrada da literatura. Revista Brasileira de Enfermagem. [Em linha]. Vol. 57, nº 2 (2004), p. 233-236. [Consult. em 5 Março 2015]. Disponível em WWW:<
<http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n2/a20v57n2.pdf>>.

APÊNDICE XIX – Ficha de planeamento do Projeto de Aprendizagem Clínica.

Estudante: Cristina Maria Alves Ribeiro	Orientador: Enf. ^a A.M. Docente: E.M.
Instituição: Centro Hospitalar	Serviço: Especialidades Médicas (SEM)
OBJECTIVO GERAL <ul style="list-style-type: none">• Adquirir/Aprofundar as Competências Específicas dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica e da Pessoa em Situação Crónica e Paliativa, nomeadamente: K1 – Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; K2 – Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação; L5 – Cuida de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida; L6 – Estabelece relação terapêutica com pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte.	
Identificação dos profissionais do serviço com quem vai articular a intervenção (chefia directa, orientador, outros elementos da equipa, outros profissionais, outros serviços)	
<ul style="list-style-type: none">• Enfermeira Chefe do Serviço (Enf.^a M.B.)• Enfermeira Orientadora (Enf.^a A.M.)• Docente E.M.• Enfermeira do Grupo Coordenador Local de Controlo de Infecção e Prevenção da Resistência aos Antimicrobianos (GCLCIPRA)• Equipa de Enfermagem do SEM	

K1 – Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica		
Objetivos Específicos	Atividades/Estratégias a desenvolver	Indicadores de Avaliação
<ul style="list-style-type: none"> Realizar estágio de observação no Serviço de Cuidados Intensivos. 	<ul style="list-style-type: none"> Realização de pesquisa bibliográfica sobre: <ul style="list-style-type: none"> ✓ A prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, e identificação de problemas precocemente, de forma a responder o mais antecipadamente possível às suas necessidades; ✓ Cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à pessoa a vivenciar processos de saúde/doença crítica e/ou falência orgânica; ✓ O bem-estar físico, psicossocial e espiritual na resposta às necessidades da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica; ✓ Escalas de avaliação da dor, construídas para este tipo de clientes; ✓ Gestão da ansiedade e do medo vividos pela pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica; ✓ Estratégias facilitadoras da comunicação na pessoa com “barreiras à comunicação”; ✓ A adaptação da comunicação à complexidade do estado de saúde da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica. Participação numa “Conferência Familiar”, com o intuito de adquirir e solidificar conhecimentos na temática da comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a família, face à situação de alta complexidade do seu familiar. 	<ul style="list-style-type: none"> Relatório de estágio. Reflexão sobre a prestação de cuidados especializados à pessoa e família, a vivenciar contextos complexos no seu processo de saúde/doença.

K2 – Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação		
Objetivos Específicos	Atividades/Estratégias a desenvolver	Indicadores de Avaliação
<ul style="list-style-type: none">• Participar num exercício de “Simulacro de Incêndio no Serviço de Neurologia”, juntamente com profissionais de saúde do SEM.	<ul style="list-style-type: none">• Realização de pesquisa bibliográfica sobre:<ul style="list-style-type: none">✓ Planos e princípios de atuação em situações de catástrofe;✓ Plano Distrital e Nacional para catástrofe e emergência.• Participação como formador, na formação “Plano de Emergência Interno” promovida pelo serviço de formação do Centro Hospitalar de Setúbal.• Discussão dos cenários com o enfermeiro responsável pela Comissão de Gestão do Risco da instituição de saúde.• Planeamento de planos e estratégias a implementar no simulacro de incêndio.• Elaboração de ações a desenvolver no simulacro de incêndio;• Realização do exercício.• Avaliação da articulação e eficácia da equipa.• Identificação das medidas corretivas nas inconformidades da atuação.	<ul style="list-style-type: none">• Relatório de estágio.

L5 – Cuida de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida		
Objetivos Específicos	Atividades/Estratégias a desenvolver	Indicadores de Avaliação
<ul style="list-style-type: none">• Realizar estágio de observação numa Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos.	<ul style="list-style-type: none">• Conhecimento da dinâmica de uma unidade desta tipologia.• Conhecimento do tipo de clientes que são referenciados.• Realização de pesquisa bibliográfica sobre:<ul style="list-style-type: none">✓ As intervenções prestadas junto de pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, cuidadores e seus familiares.✓ As necessidades de satisfação da pessoa com doença crónica, incapacitante e terminal, cuidadores e seus familiares, por forma a proporcionar o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida.✓ A articulação efetuada entre profissionais de saúde e familiares da pessoa em situação crónica incapacitante e terminal para otimizar os resultados na satisfação das suas necessidades.	<ul style="list-style-type: none">• Relatório de estágio.• Reflexão sobre a prestação de cuidados especializados à pessoa com doença crónica e sua família.• Realização de uma reflexão sobre as experiências vivenciadas ao longo do estágio.

<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar um artigo alusivo ao tema da “Conspiração do Silêncio”, em conjunto com dois colegas do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pesquisa bibliográfica sobre a comunicação, o direito do cliente à informação e as barreiras no acesso à informação. • Elaboração do artigo sobre a “Conspiração do Silêncio”. • Apresentação e discussão do artigo com a docente. • Reformulação do artigo, caso seja necessário. • Apresentação do artigo ao Serviço de Formação do Centro Hospitalar de Setúbal para possível divulgação do mesmo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Artigo sobre “Conspiração do Silêncio”.
L6 – Estabelece relação terapêutica com pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte		
Objetivos Específicos	Atividades/Estratégias a desenvolver	Indicadores de Avaliação
<ul style="list-style-type: none"> • Realizar estágio de observação numa Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de pesquisa bibliográfica sobre: <ul style="list-style-type: none"> ✓ A importância que a relação terapêutica estabelecida entre enfermeiros e clientes, cuidadores e familiares, influencia os mecanismos de adaptação às situações de perda; ✓ Parcerias terapêuticas utilizadas com a pessoa com doença crónica incapacitante, cuidadores a família; ✓ As metas estabelecidas mutuamente e centradas no cliente, definidas de acordo com a necessidade de cuidados; ✓ As necessidades de satisfação da pessoa e família na situação em fim de vida, 	<ul style="list-style-type: none"> • Relatório de estágio. • Reflexão sobre a prestação de cuidados especializados à pessoa com doença crónica e sua família. • Realização de uma reflexão sobre as experiências vivenciadas ao longo do estágio.

<ul style="list-style-type: none">• Elaborar um artigo alusivo ao tema da “Conspiração do Silêncio”, em conjunto com dois colegas do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica.	<p>nomeadamente as de apoio espiritual.</p> <ul style="list-style-type: none">• Pesquisa bibliográfica sobre a comunicação, o direito do cliente à informação e a as barreiras no acesso à informação.• Elaboração do artigo sobre a “ Conspiração do Silêncio”.• Apresentação e discussão do artigo com a docente.• Reformulação do artigo, caso seja necessário.• Apresentação do artigo ao Serviço de Formação do Centro Hospitalar de Setúbal para possível divulgação do mesmo.	<ul style="list-style-type: none">• Artigo sobre “Conspiração do Silêncio”.
---	--	---

APÊNDICE XX – Relatório do estágio de observação efetuado no Serviço de Cuidados Intensivos do Centro Hospitalar.



**Instituto Politécnico de Setúbal
Escola Superior de Saúde**

4º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Relatório do Estágio de Observação - Serviço de Cuidados Intensivos -



Discente: Cristina Ribeiro

Docente Orientador: E. M.

Setúbal, Março de 2016

LISTA DE SIGLAS

CH – Centro Hospitalar

DGS – Direção Geral de Saúde

DR – Diário da República

EEMI – Equipa de Emergência Médica Interna

ESS/IPS – Escola Superior de Saúde/Instituto Politécnico de Setúbal

SCI – Serviço de Cuidados Intensivos

S/UCI – Serviço/Unidade de Cuidados Intensivos

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	4
1. UM OLHAR SOBRE OS CUIDADOS INTENSIVOS	6
2. CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE CUIDADOS INTENSIVOS DE UM CENTRO HOSPITALAR	9
3. REFLEXÃO SOBRE OS CONTRIBUTOS DO ESTÁGIO DE OBSERVAÇÃO	13
CONCLUSÃO	16
REFERÊNCIAS	17

INTRODUÇÃO

No âmbito dos estágios I, II e III, do Curso de 4º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal (ESS/IPS), foi-nos proposto a elaboração de um Projeto de Aprendizagem Clínica, que consiste na aquisição ou aprofundamento das competências específicas dos enfermeiros especialistas em enfermagem na pessoa em situação crítica e/ou crónica e paliativa.

Para dar resposta à competência relativa ao cuidado da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, propusemos à Comissão Científico-Pedagógica do Curso a realização, no decorrer do estágio III, de um estágio de observação no Serviço de Cuidados Intensivos (SCI) de um Centro Hospitalar (CH), por forma a adquirir ou aprofundar a competência em análise.

Durante as últimas décadas assistimos ao desenvolvimento de uma das áreas mais relevantes da medicina, a Medicina Intensiva, em que o aparecimento e o progresso da tecnologia utilizada associada ao desenvolvimento da área da fisiopatologia e da terapêutica, tornaram as Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) dos hospitais lugares tecnologicamente avançados (DGS, 2003).

A Medicina Intensiva é uma área diferenciada e multidisciplinar das ciências médicas, que aborda especificamente a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de clientes em condições fisiopatológicas que ameaçam ou apresentam falência de uma ou mais funções vitais, mas que são potencialmente reversíveis (DGS, 2003, p. 5).

Desta forma os Serviços ou Unidades de Cuidados Intensivos (S/UCI) são locais qualificados para abordar de forma global, integrada e multidisciplinar, clientes em estado grave, instáveis, com patologias complexas e com elevado grau de risco de vida. Estes serviços e unidades suportam, previnem e revertem falências orgânicas nos clientes com implicações vitais para o próprio.

Torna-se fácil perceber que a pessoa que carece deste tipo de serviços e cuidados é, aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica (Diário da República, 2011, p. 8656).

Desta forma, com a elaboração deste documento, estabelecemos os seguintes objetivos:

- Relembrar a filosofia e conceitos dos Serviços ou Unidades de Cuidados Intensivos;

- Dar a conhecer o papel dos Enfermeiros do Serviço de Cuidados Intensivos de um Centro Hospitalar;
- Analisar os contributos do estágio de observação no Serviço de Cuidados Intensivos na aquisição/aprofundamento das competências específicas dos enfermeiros especialistas em enfermagem em pessoa em situação crítica.

Com a elaboração deste trabalho esperamos, além de atingirmos os objetivos a que nos propusemos, adquirir ferramentas que nos permitam oferecer respostas mais diferenciadas e o mais atempadamente possível à pessoa em situação de doença crítica e ou falência orgânica e sua família.

A redação deste documento baseia-se no novo acordo ortográfico português, com as indicações do Guia Orientador para a Elaboração de Trabalhos Escritos do Departamento de Enfermagem da ESS/IPS, e encontra-se referenciado segundo a Norma Portuguesa 405.

1. UM OLHAR SOBRE OS CUIDADOS INTENSIVOS

Segundo o documento emanado no ano de 2003 pela DGS, “Cuidados Intensivos - Recomendações para o seu Desenvolvimento”, o S/UCI definem-se e reconhecem-se pela presença de três critérios major:

- **A prática:** assenta num contínuo de ações e procedimentos (humanos e instrumentais) de monitorização, avaliação, diagnóstico e tratamento, assegurados, em função das necessidades do cliente durante 24h por dia;
- **A avaliação:** faz-se da harmonia com a função atribuída a cada S/UCI. A natureza dos clientes admitidos, a taxa de sobrevivência, a capacidade de recuperação das funções vitais, a disponibilidade e a capacidade para acorrer às necessidades decorrentes da missão atribuída a cada S/UCI. É a análise destas variáveis, quando feita de acordo com os objetivos, que permite definir os recursos necessários para cada S/UCI, bem como avaliar o respetivo desempenho.
- **A investigação:** a monitorização contínua de cada um e do conjunto dos clientes, num contexto multidisciplinar de diagnóstico e avaliação de resultados, permite compreender a doença cada vez melhor, acumular experiência, sistematizar a “memória do Serviço ou Unidade de Cuidados Intensivos” e enriquecer saberes que devem servir para promover a qualificação dos desempenhos organizacionais.

A prática e o conhecimento adquiridos ao longo dos anos, atualmente são reconhecidos como contributos da Medicina Intensiva e são aplicados em diferentes áreas, com objetivos, metodologias e missões diferentes. Entre estes serviços incluem-se:

- **Serviços ou Unidades de Cuidados Intensivos** - Locais qualificados para assumir a responsabilidade integral pelos clientes com disfunções orgânicas, suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais;
- **Áreas de recobro** - Locais onde se prestam cuidados destinados à otimização do período pós-operatório e/ou pós-anestésico e também à observação, monitorização e tratamento de clientes, recém-submetidos a cirurgia e/ou procedimentos invasivos. São áreas em que o tempo de internamento é de curta duração;
- **Áreas de Cuidados Intermédios** - Locais dotados de capacidade de monitorização e tratamento, que permitem cuidar de clientes instáveis com disfunções de órgãos e em risco de falência de funções vitais, constituídos por um conjunto integrado de meios humanos, físicos

e técnicos especializados para os clientes que, embora não estando em estado grave, necessitem de vigilância organizada e sistemática durante 24 horas.

O número de S/UCI tem vindo a crescer ao longo do tempo. As razões que contribuem para este aumento prendem-se com o alargamento das situações com indicação para admissão dos clientes nestes serviços, a melhoria da assistência aos clientes quer intra como extra hospitalar e ainda o desenvolvimento de outras áreas médicas para as quais a medicina intensiva é crucial, como por exemplo a manutenção dos dadores de órgãos e a área da transplantação (DGS, 2003).

A criação, organização e evolução da Medicina Intensiva torna-a uma área polivalente pelo tipo de patologias que trata, em que a disponibilidade de camas deve ser a essencial às necessidades de saúde da população a que o hospital dá resposta, assim como ao número e tipo de solicitações de vagas. Esta especialidade deve ainda ser dotada de recursos humanos qualificados e experientes, para que consigam responder de forma favorável às situações exigidas. Os equipamentos presentes nos S/UCI devem também ser os mais adequados face aos objetivos impostos pelas diversas situações (DGS, 2003).

Relativamente à classificação das áreas onde se executam cuidados intensivos, segundo a Sociedade Europeia de Medicina Intensiva, ela é dividida três níveis, de acordo com as técnicas utilizadas e as valências disponíveis na respetiva unidade hospitalar. Os três níveis dividem-se da seguinte forma:

- **Nível I** – Permite a monitorização, normalmente não invasiva. Prevê a capacidade de assegurar as manobras de reanimação e a articulação com outros Serviços ou Unidades de nível superior;
- **Nível II** – Tem a capacidade de monitorização invasiva e de suporte de funções vitais, pode não proporcionar, de modo ocasional ou permanente, o acesso a meios de diagnóstico e especialidades médico-cirúrgicas diferenciadas (neurocirurgia, cirurgia torácica, cirurgia vascular,...), pelo que se deve garantir a sua articulação com unidades de nível superior. Deve ter acesso permanente a médico com qualificação e preparação na área;
- **Nível III** – Corresponde aos denominados Serviços de Medicina Intensiva ou Unidades de Cuidados Intensivos, que devem ter, preferencialmente, quadros próprios ou, pelo menos, equipas funcionalmente dedicadas (médica e de enfermagem), assistência médica qualificada, (intensivista) em presença física nas 24 horas, pressupõe a possibilidade de acesso aos meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica

necessários, deve dispor ou implementar medidas de controlo contínuo de qualidade e ter programas de ensino e treino em cuidados intensivos, constitui também o Serviço ou Unidade típica dos hospitais com Urgência Polivalente.

A designação S/UCI nos hospitais do nosso país referem-se exclusivamente a Unidades de nível III, como exemplo é o SCI do CH, onde decorreu este estágio, e que iremos abordar no capítulo seguinte.

2. CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE CUIDADOS INTENSIVOS DE UM CENTRO HOSPITALAR

O internamento dos clientes num S/UCI é por definição um tempo transitório para os clientes em risco de vida, sendo uma parte de um processo e não um fim em si. O processo de resolução da doença continua após a alta do S/UCI, de acordo com a exigência de cada caso em particular (Ribeiro e Martinez, 2011).

O SCI do CH onde foi realizado este estágio de observação, de acordo com a definição sugerida pela DGS, e descrita no capítulo anterior é um SCI de nível III, já que possui um quadro próprio e equipas de médicos e enfermeiros que prestam assistência médica qualificada nas 24 horas (médicos com a subespecialidade ou com experiência em Medicina Intensiva). Este serviço dispõe ainda de meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica necessários, para possuírem medidas de controlo contínuo de qualidade e programas de ensino e treino em cuidados intensivos.

Trata-se de um serviço polivalente uma vez que permite cuidados globais a clientes do foro médico ou cirúrgico, podendo ser solicitado a colaboração de outras especialidades do CH. Desta forma, articula-se com outras Unidades de Medicina Intensiva de nível mais baixo, como as Unidades de Cuidados Intermédios, as Unidades de Cuidados Pós-Anestésicos, os Blocos Operatórios e o Serviço de Urgência.

Este serviço é também responsável pela composição da Equipa de Emergência Médica Interna (EEMI) do CH que dá resposta dentro da área do CH a todas as situações de emergência ocorridas nas áreas comuns, nomeadamente a pessoas que não se encontrem internadas no CH (profissionais, visitas, ...), bem como em clientes que se encontrem em situação crítica nos restantes serviços do CH, e que apresentem critérios de ativação desta equipa.

Missão e Valores

O modelo organizacional de cada S/UCI é definido em conformidade com a missão da instituição e a própria missão do S/UCI. Assim sendo, este SCI tem como missão:

- Prestar cuidados de saúde diferenciados a clientes com alterações fisiopatológicas urgentes, potencialmente reversíveis, que poem em risco a função de um ou mais órgãos vitais. Os cuidados prestados serão de natureza multidisciplinar, sendo tratados clientes adultos com patologia médica, coronária, cirúrgica e traumatológica;
- Proporcionar os cuidados mais adequados, de acordo com o estado de arte;

- Evitar o prolongamento das medidas de suporte vital, nas situações em que o tratamento for inútil e sem prestativas de recuperação para o cliente;
- Assegurar o ensino de médicos do internato complementar da especialidade de Anestesiologia ou de outras especialidades que solicitem com frequência o estágio na valência de Cuidados Intensivos;
- Colaborar no ensino de enfermeiros e estudantes de enfermagem na área da prestação de cuidados de enfermagem a cliente críticos;
- Contribuir para o prestígio do CH, ao manter o nível de cuidados ajustados aos padrões de qualidade na sua área.

Os valores definidos são:

- A excelência da prática médica e de enfermagem;
- A ética profissional;
- O respeito pela confidencialidade e a dignidade do cliente;
- A atenção às necessidades dos familiares.

Localização:

O SCI localiza-se no piso 1 da ala nascente do CH. A sua área total é dividida entre área dos clientes composta por com sete camas, entre elas 2 camas de isolamento físico e uma zona de trabalho de enfermagem, e a área de apoio, constituída pelo secretariado, gabinetes, vestiários, copa, sala de equipamentos, sala de sujos e laboratório.

Recursos humanos:

Como já foi referido anteriormente o SCI é constituído por médicos, enfermeiros, assistentes operacionais e um assistente administrativo. Relativamente à equipa de enfermagem, ela é composta por 37 enfermeiros, entre eles o Enfermeiro Coordenador, 5 Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-cirúrgica, 4 Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação e 2 Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Comunitária.

A maioria dos enfermeiros possui um regime de horário rotativo de forma a assegurar, no máximo uma relação de enfermeiro: cliente de 1:2, de acordo com o que está preconizado com as indicações da DGS, para uma unidade de nível III. Para além do número de enfermeiros necessários para assegurar cada turno, deverá ser definido outro enfermeiro durante as 24 horas diárias que ficará a desenvolver funções de enfermeiro atribuídas ao

EEMI. Este enfermeiro é selecionado pelo Enfermeiro Chefe de Equipa, e deverá ser aquele que possuir mais competência em cuidados intensivos naquele turno.

O método de trabalho utilizado é o método individual, que consiste na atribuição a cada enfermeiro de um número de clientes que não ultrapassem o rácio de 1:2, contudo é também promovido o espírito de interajuda na equipa, de maneira a que cada enfermeiro seja conhecedor da situação clínica de cada cliente.

A passagem de informação dos clientes à equipa de enfermagem do turno seguinte é realizada junto à cama do cliente e esta deve ser assistida por todos os enfermeiros, uma vez que são discutidos os casos dos clientes, de forma garantir a continuidade dos cuidados prestados.

De acordo com Martinez, *et al.*, (2015), neste SCI as funções do enfermeiro passam por:

- Assegurar padrões de excelência na prestação dos cuidados, tendo como orientação os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem da Ordem dos Enfermeiros;
- Prestar cuidados em situações emergentes, urgentes e não urgentes;
- Garantir o rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem, utilizando de forma competente os equipamentos disponíveis;
- Implementar os procedimentos de controlo de infeção;
- Acolher os clientes/família de forma personalizada e efetuar os respetivos registos;
- Prestar cuidados globais aos clientes que lhe são atribuídos em plano de trabalho, de acordo com as normas e procedimentos em vigor no serviço e no CH;
- Substituir e maximizar as competências funcionais dos clientes em situação de dependência, na realização das atividades de vida;
- Salvar a privacidade e a intimidade do cliente no exercício das suas atividades e nas tarefas que delega;
- Monitorizar e registar em suporte informático as intervenções de enfermagem inerentes ao trabalho desenvolvido;
- Registar e transmitir as observações e intervenções realizadas, de forma a assegurar a continuidade de cuidados;
- Acompanhar os clientes que lhe são atribuídos no transporte intra e inter-hospitalar para a realização de exames complementares de diagnóstico ou tratamento, ao bloco operatório e em caso de transferência;

- Garantir o acompanhamento e a vigilância do cliente durante o transporte, seja este intra ou inter-hospitalar;
- Assegurar, no momento da transferência, a continuidade dos cuidados de enfermagem e a transmissão da informação pertinente, sustentada em registos adequados (nota de transferência de enfermagem);
- Prestar informações e apoio emocional aos familiares dentro da sua área de competência;
- Colaborar na reposição de material de consumo clínico e terapêutico;
- Zelar pelo correto manuseamento e conservação do material clínico;
- Assumir a responsabilidade da sua formação, avaliando as suas necessidades de forma a estabelecer objetivos e selecionar as atividades que lhe permita atingi-los;
- Realizar e/ou colaborar nas atividades formativas visando a melhoria dos cuidados de enfermagem;
- Colaborar na integração/formação dos enfermeiros recém-admitidos;
- Orientar/colaborar na formação de estudantes de enfermagem;
- Substituir o enfermeiro chefe de equipa nas suas ausências ou impedimentos, quando para tal for designado;
- Orientar/Colaborar na integração e formação das assistentes operacionais;
- Colaborar nos projetos desenvolvidos no CH e no serviço;
- Promover um bom relacionamento interpessoal com a equipa multidisciplinar;
- Cumprir as políticas e procedimentos em vigor no CH.

Terminamos este capítulo salientando que a prestação de cuidados neste serviço é efetuada com a máxima exigência e competência, sendo obrigatório o cumprimento das normas e procedimentos definidos, que orientam a prática de enfermagem e garantem a eficiência deste serviço.

3. REFLEXÃO SOBRE OS CONTRIBUTOS DO ESTÁGIO DE OBSERVAÇÃO

Segundo o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são definidos como *cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afectadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total* (DR, 2011, p. 8656).

O objetivo principal deste estágio de observação centrava-se na aquisição/aprofundamento das competências específicas dos enfermeiros especialistas em enfermagem na pessoa em situação crítica, designadamente:

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

Onde se incluem as seguintes unidades de competência:

- Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica;
- Gere a administração de protocolos terapêuticos complexos;
- Faz a gestão diferenciada da dor e do bem - estar da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, otimizando as respostas;
- Assiste a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e ou falência orgânica;
- 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.

Compete aos enfermeiros do SCI o exercício do seu trabalho baseado em padrões de qualidade, assente no reconhecimento e no respeito pela dignidade dos clientes em estado crítico, assim como das suas famílias ou pessoas significativas.

Por variadas razões o SCI é um serviço diferente dos outros serviços de internamento, em que o tratamento aplicado aos clientes é muitas vezes considerado agressivo e invasivo. Este fato traduz-se pela elevada complexidade de situações vivenciadas quer pelos

clientes, como pelos seus familiares e pessoas significativas. Num serviço onde prevalece a tecnologia dos cuidados, torna-se importante não descuidar os valores humanos presentes em cada cliente e família, uma vez que estes possuem necessidades de satisfação específicas (Passos *et al.*, 2015).

Durante a realização deste estágio reconhecemos o cuidado que a equipa de saúde tem na envolvência da família nos contextos complexos de estado de saúde/doença vivenciados pelo seu familiar. Durante a realização dos turnos a que nos propusemos, não tivemos a oportunidade de assistir a nenhuma Conferência Familiar (*Family Meeting*) realizada naquela unidade, contudo percebemos a preocupação dos profissionais de saúde (médico e enfermeiro) em se reunirem previamente à primeira visita do cliente com os seus familiares, com a finalidade de esclarecer dúvidas e permitir que os familiares exponham os seus medos, ansiedades e incertezas associados ao processo de saúde do seu familiar, desta forma os familiares ficam com um conhecimento abrangente de todo o processo, diminuindo a ansiedade associada a estes momentos. Durante esta conferência é fornecido aos familiares o Folheto de Acolhimento do SCI, este folheto serve para informar os familiares do funcionamento desta unidade e as regras para os visitantes, assim como regras de boas práticas de higiene, de forma a minimizar o risco de infeção. O acolhimento torna-se assim essencial para o diálogo entre profissionais de saúde, clientes e familiares ou pessoa significativa.

Outros dos contributos positivos da realização deste estágio foi o conhecimento da escala comportamental da dor utilizada neste serviço.

A dor no cliente crítico é comum, apesar de muitos profissionais de saúde ainda subestimarem a dor neste tipo de clientes, estando contudo conscientes da vulnerabilidade destes clientes durante os procedimentos invasivos a que são submetidos durante o internamento num S/UCI.

Grande parte dos clientes internados neste serviço são clientes sedados e com ventilação invasiva, este fato condiciona o conhecimento da dor do cliente através da utilização das escalas numéricas, desta forma torna-se fundamental a utilização de uma escala comportamental de avaliação da intensidade de dor neste tipo de clientes. Este serviço utiliza a *Behavioural Pains Scale* para avaliação da dor e resultado da terapia analgésica aplicada neste tipo de clientes. A realização deste estágio levou-nos a conhecer esta escala comportamental de dor que permite conhecer a dor do cliente através da avaliação de três indicadores comportamentais (expressão facial, movimentos dos membros superiores e adaptação à ventilação mecânica), sendo composta por vários itens em cada critério. Um conhecimento adequado da intensidade de dor do cliente, permite ao enfermeiro gerir e garantir as

intervenções necessárias para o controle da dor do cliente, sejam elas farmacológicas ou não farmacológicas.

Num serviço com tantas especificidades de cuidados prestados aos clientes, não é difícil perceber a necessidade do cumprimento das normas e procedimentos definidos para aquele serviço, e que orientam as intervenções dos enfermeiros. Assim, a realização deste estágio possibilitou-nos solidificar conhecimentos relativos a protocolos terapêuticos utilizados com frequência neste serviço, e com menos regularidade no serviço onde prestamos cuidados, são exemplos a “Norma de Orientação Clínica de Insulinoterapia em Ambiente Hospitalar” e o “Procedimento para Nutrição Entérica no Cliente Crítico”. Conhecer estes protocolos permitiu-nos reconhecer a importância da sua aplicação não só em cliente críticos, mas a todos os outros que careçam de alimentação entérica, uma vez que o risco do cliente desenvolver hipoglicémias ou hiperglicemias é mais diminuto e quando acontece ele é detetado precocemente.

Outro dos protocolos que conhecemos foi o “Protocolo da Prevenção da Pneumonia Associado ao Ventilador”. A pneumonia associada à ventilação mecânica é uma das mais frequentes causas de infeção nosocomial nos S/UCI, resultando numa elevada morbidade e mortalidade para o cliente e elevados custos de saúde para as instituições. Este protocolo de prevenção da pneumonia associado ao ventilador têm como objetivo minimizar a ocorrência de infeções em clientes com ventilação mecânica invasiva. Durante a realização deste estágio pudemos constatar que a equipa de saúde atribuía grande importância ao correto cumprimento do protocolo, melhorando assim a qualidade dos cuidados prestados.

Para além de todos os contributos adquiridos com a realização deste estágio de observação e descritos anteriormente, terminamos este capítulo, salientando a necessidade que a prestação de cuidados a clientes críticos ou em falência multiorgânica exige de toda a equipe, uma vez que só através uma boa coordenação entre a mesma, a atuação prestada é a mais adequada, utilizando o mínimo tempo possível, por forma a proporcionar a melhor qualidade de vida possível aos clientes. Desta forma, a possibilidade de identificar riscos de instabilidade precocemente no cliente são uma mais-valia na resposta atempada às necessidades identificadas.

CONCLUSÃO

Apesar de diariamente prestarmos cuidados de enfermagem num serviço de internamento, nomeadamente a clientes portadores de patologia aguda de Acidente Vascular Cerebral, acreditamos que a realização deste estágio de observação foi muito importante na aquisição das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na vertente da pessoa em situação crítica.

Desenvolver o estágio de observação neste serviço do CH permitiu-nos conhecer o seu funcionamento, particularmente as suas rotinas, a atividade do EMMI e a sua dinâmica, mas também perceber a sua ligação com os serviços de internamento de forma a promover e facilitar a continuidade de cuidados aos clientes e seus familiares.

Enquanto profissionais de saúde esta experiência possibilitou a aquisição de novos saberes e consolidação de outros tantos, que nos tornou mais capacitados possibilitando uma resposta mais atempada, qualificada e diferenciada às situações em que cliente e familiares estão a vivenciar situações complexas do seu estado de saúde.

Terminamos a elaboração deste relatório, considerando que atingimos ao objetivos propostos inicialmente.

REFERÊNCIAS

BIBLIOGRÁFICAS

MARTINEZ, Ana; *et al.* – **Descrição de Funções (Enfermeiro da UCI)**. DF. SCIN.05, 2015. Acessível na intranet do Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.

RIBEIRO, Rosa; MARTINEZ, Ana – **Regulamento da Unidade de Cuidados Intensivos**. REG.UCIN.01, 2011. Acessível na intranet do Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.

ELETRÓNICAS

DECRETO-LEI n° 124/2011. D.R. II Série. 35 (18-02-2011) 8656-8657. [Em linha]. [Consult. em 1 de Março 2016] Disponível em WWW:<URL: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20124_2011_CompeticenciasEspecifEnfPessoaSituacaoCritica.pdf>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - **Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento** [Em linha]. Lisboa: Direção Geral da saúde 2003. [Consult. em 3 Março 2016]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006185.pdf>>. ISBN 972-675-097-0

PASSOS, Sílvia *et al.* - O acolhimento no cuidado à família numa unidade de terapia intensiva. Artigo de pesquisa [Em linha]. Rio de Janeiro. Vol 23 n° 3 (2015), p. 368-374 [Consult. em 5 Março 2016] Disponível em WWW:<URL: <http://www.facenf.uerj.br/v23n3/v23n3a13.pdf>>.

APÊNDICE XXI – Manual orientador do simulacro de incêndio realizado no Serviço de Neurologia do Centro Hospitalar.

Simulacro no Serviço de Especialidades Médicas

- Cenário de Incêndio -

Cristina Ribeiro

Tânia Rocha

Enf.^a S.P.

Enf.^o J.F.

Trabalho elaborado em parceria com a Comissão
de Gestão do Risco e o Gestor de Risco Local do
Serviço de Especialidades Médicas do Centro Hospitalar

Setúbal, Outubro de 2015

Introdução

Objetivos

Com a realização deste simulacro, o Centro Hospitalar pretende testar:

- a eficácia do Plano de Emergência Interno (PEI), no respeitante à atuação das equipas de emergência;
- a prontidão de resposta das equipas de emergência, perante uma situação de emergência que implique uma evacuação parcial;
- a adequabilidade dos meios e infraestruturas existentes num dos Edifícios de Internamento;
- o grau de eficácia das equipas de emergência.

Localização do Centro Hospitalar



Figura 1 – Implantação do Centro Hospitalar. Localização dos Pontos de Reunião

Caracterização do âmbito do exercício

LOCAL	Centro Hospitalar Serviço de Especialidades Médicas – 3º Piso
DATA	27 de Outubro de 2015
HORA	11h00 (Período Diurno)
NOME DO EXERCÍCIO	“Operação SEM”
TIPO DE EMERGÊNCIA	Incêndio na sala de registos do serviço
TIPO DE INTERVENÇÃO	Evacuação dos quartos adjacentes ao local onde iniciou o foco de incêndio (Serviço de Especialidades Médicas), no 3º piso do edifício novo (com figurantes) Tentativa de controlo e extinção do incêndio.
OCUPAÇÃO DO EDIFÍCIO	Ocupação normal – Pessoal afeto ao serviço, utentes internados e acompanhantes.

Meios Intervenientes

Meios Internos

Intervenientes no PEI	Identificação	Serviço /Função	Contacto	
			Ext.	tm.
Diretor de Emergência	Dr. A. C.	Presidente do CA/CGR	Xxxx	
Substituto Diretor de Emergência	S. P.	CGR/CQSD	Xxxx	xxxxxxxxxx
Chefe de Intervenção	S. P.	CGR/CQSD	Xxxx	xxxxxxxxxx
Substituto do Chefe de Intervenção	F. C.	CGR/SSO	Xxxx	xxxxxxxxxx
Central Telefónica	Um dos elementos de serviço	Telefonista	Xxxx	
Equipas de Evacuação – A	1. F. C.	AO	Xxxx	
	2. R. M.	AO	Xxxx	
	3. P. M.	AO	Xxxx	
Equipas de Evacuação – B	J. F. (Coordenador evacuação)	Serviço Especialidades Médicas - Enf. Chefe de Equipa	Xxxx	
	R. M.	Diretor do Serviço de Neurologia	Xxxx	xxxxxxxxxx
	Cristina Ribeiro	SEM / Enf ^a	Xxxx	
Equipas de Evacuação – B	Tânia Rocha	SEM / Enf ^a	Xxxx	
	M. C.	SEM / Enf ^a	Xxxx	
Equipa de Intervenção	F. C.	AO	Xxxx	xxxxxxxxxx
Equipa de Apoio Técnico	A. E.	Responsável SIE	xxxx	xxxxxxxxxx

(Pessoal Técnico SIE)	R. D.	SIE Eletricista	Xxxx	xxxxxxxxxx
	D. C.	SIE Eletricista	Xxxx	xxxxxxxxxx
	P. L.	AO Canalização	Xxxx	xxxxxxxxxx
	P. C.	SIE	Xxxx	xxxxxxxxxx
Equipa de Emergência Médica Intra hospitalar (EEMI)	Médico de serviço à EEMI	EEMI	Xxxx	
	Enfermeiro de serviço à EEMI	EEMI	xxxx	
Relações Publicas	S. S.	Gabinete de Comunicação	Xxxx	xxxxxxxxxx
Substituto de Relações Publicas	C. L.	Gabinete de Comunicação	Xxxx	xxxxxxxxxx
Serviço de Vigilância	H. E.	Chefe Vigilância		xxxxxxxxxx
	A. J.	Vigilante Portaria	Xxxx	
	C. G.	Vigilante Urgência	Xxxx	
Agente da PSP	A. R.	Urgência	Xxxx	xxxxxxxxxx

Meios Externos

Companhia de Bombeiros Sapadores
 Ambulância medicalizada
 Associação Humanitária Bombeiros Voluntários
 Polícia de Segurança Pública

Abreviaturas Utilizadas

ABREVIATURAS UTILIZADAS	
DEM	Diretor de Emergência
EI	Equipa de Intervenção
EE - A	Equipa de Evacuação – A
EE - B	Equipa de Evacuação – B
EAT	Equipa de Apoio Técnico
EEMI	Equipa de Emergência Médica Intra hospitalar
SIE	Serviço de Instalações e Equipamentos

Execução do Exercício

Enquadramento

Durante o período normal de funcionamento, ocorre um foco de incêndio, originado por causa fortuita, no computador e tomada, na sala de registos do serviço de Especialidades Médicas, no 3º piso, do edifício novo. Face ao sucedido o Coordenador de Evacuação toma a decisão de proceder à evacuação parcial do serviço de Especialidades Médicas, no 3º piso.

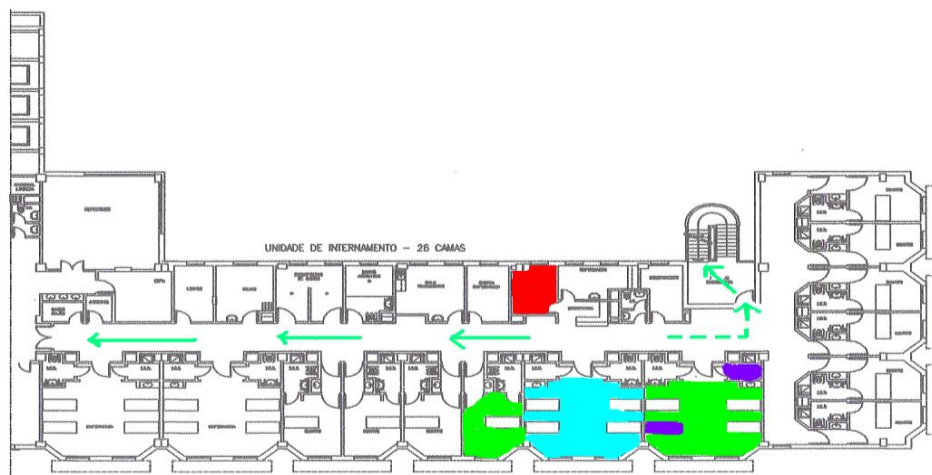


Figura 2 - Serviço de Especialidades Médicas – 3º Piso

- Local do foco de incêndio ■
- Locais onde estão clientes (figurantes) que são evacuados ■ ■
- Clientes que não são evacuados pelos profissionais do serviço, ficam retidos e são evacuados pelos bombeiros ■
- Via de evacuação principal ←
- Via de evacuação alternativa →

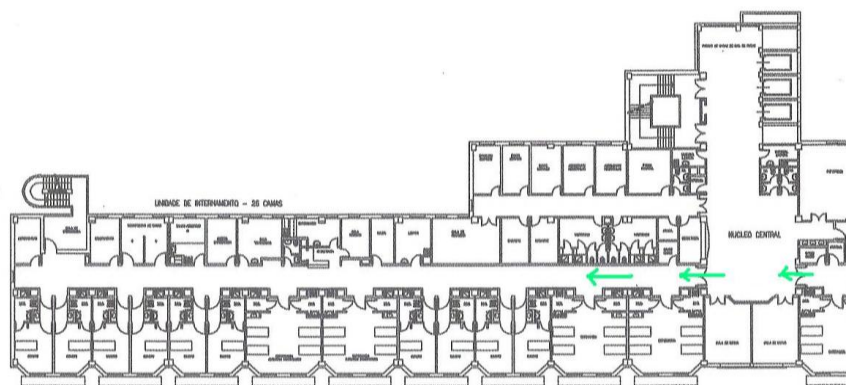




Figura 3 - Serviço de Especialidades Cirúrgicas – 3º Piso - Serviço de Refúgio do Serviço de Especialidades Médicas
via de evacuação principal e entrada no serviço de refúgio ←

Sequência das Ações

As horas apresentadas seguidamente devem ser tomadas como valores indicativos. O registo da hora em que as ações foram executadas será efetuado pelos observadores do Centro Hospitalar.

HORA	Local/ Interveniente	Descrição
11 h 00 min.	Enfermeiro do Serviço Especialidades Médicas	Às 11h00 min do dia 27 de outubro de 2015 , surge um foco de incêndio por causa fortuita na sala de registos de enfermagem, do edifício novo, no 3º piso.
11 h ... min.	Enfermeiro do Serviço Especialidades Médicas	Um dos elementos, do serviço, deteta um odor a fumo e desloca-se ao local para verificar a situação. Verifica tratar-se de um foco de incêndio, na sala de registos de enfermagem. Dá o alarme aos colegas de serviço e dá o Alarme por telefone  à Central Telefónica , identificando -se e informando o Operador da Central Telefónica do tipo de sinistro e local da ocorrência.
11 h ... min.	Elemento do serviço (EE- A ou EE- B)	Utiliza os meios de 1ª intervenção, sem sucesso. Fecham a porta e colocam cobertor húmido na porta – evitar a saída de fumo, para o interior do serviço.
11 h ... min.	Operador da Central de Telefónica	O Operador da Central Telefónica ao receber chamada para o  , interrompe todas as comunicações, não relacionadas com a gestão da Emergência. O Operador da Central de Telefónica executa as ações previstas no fluxograma de emergência, emite o ALERTA aos Bombeiros.
11 h ... min.	Operador da Central de Telefónica	O Operador da Central de Telefónica executa as ações previstas no fluxograma de emergência. EMITE o ALARME RESTRITO por TELEFONE: Às 11h ... minutos - informa o Diretor de Emergência ou seu substituto Às 11h ... minutos – informa o Chefe de Intervenção Às 11h ... minutos – informa os elementos da Equipa de Intervenção Às 11h ... minutos – informa os elementos da Equipa de Apoio Técnico Às 11h ... minutos – informa o chefe dos Vigilantes Às 11h ... minutos – informa o Agente da PSP
11 h ... min.	Vigilante da Portaria Externa	O Vigilante da Portaria Externa executa as seguintes ações: Comunica via radio ao Chefe dos Vigilantes a situação de Emergência; Não permite a entrada de pessoas ou viaturas no Hospital, à exceção das viaturas dos Bombeiros, de emergência para a Urgência Geral e/ou Pediátrica e/ou Obstétrica.
11 h ... min.	Agente da PSP	O Agente da PSP estabelece uma via de circulação para os veículos que se dirigem para as Urgências. Mantém a ordem aquando da chegada dos veículos de Bombeiros e estabelece o local onde ficar esses veículos, garantindo circulação para a Urgência.
11 h ... min.	Chefe dos Vigilantes	Providencia a abertura da porta nº 2, para entrada dos Bombeiros. Informa a AO da Portaria 2 da situação de emergência.
11 h ... min.	AO da Portaria 2	AO da Portaria 2 executa as seguintes ações: Não permite a circulação de pessoas nessa área do Hospital, para entrada dos Bombeiros.
11 h ... min.	Chefe de Intervenção	O Chefe de Intervenção inteira-se da situação, articula-se com o Coordenador de evacuação no local e o Diretor de Emergência. Recebe e encaminha os Bombeiros para o serviço do sinistro.
11 h ... min.	Diretor de	O Diretor de Emergência , dirige-se para a Sala de Emergência, avalia a situação e

HORA	Local/ Interveniente	Descrição
	Emergência	contata com o Chefe de intervenção para se informar. Contata a Relações Públicas para se dirigir para a sala de segurança.
11... min.	Coordenador de Evacuação	Dá indicação de evacuação do serviço. Orienta e dá indicações aos elementos das Equipas de Evacuação A e B. Contata com o serviço de refúgio – Serviço de Especialidades Cirúrgicas, para ajudar a transferir e receber os clientes com dificuldade de mobilidade.
11h ... min.	Equipas de Evacuação A e B	As Equipas de Evacuação A e B organizam-se e iniciam de imediato a evacuação do serviço.
11 h ... min.	Equipa de Evacuação A	Os elementos da Equipa de Evacuação A iniciam a evacuação dos clientes independentes que se encontrem no serviço e ainda de todo o pessoal do serviço, não essencial na gestão de emergências. Informam os ocupantes de que se irá iniciar a evacuação. Encaminham e acompanham os ocupantes no sentido do nó vertical do edifício (escada de emergência). Informam os ocupantes da localização do Ponto de Reunião – Parque de Estacionamento em frente à Urgência Geral (PR 2).
11 h ... min.	Equipa de Intervenção	A Equipa de Intervenção chega ao local do sinistro e como o incêndio está confinado à sala de registos, mantêm-se em alerta até chegada dos Bombeiros.
11 h ... min.	EAT	A EAT chega ao local e verifica o quadro elétrico, rede de gases medicinais, sistemas de ventilação e extração de ar, grupo de bombagem de rede de incêndio ou geradores de emergência. Colaborar na movimentação de produtos combustíveis (se necessário).
11 h ... min.	Equipa de Evacuação B	Os elementos da Equipa de Evacuação B , do Serviço Especialidades Médicas, iniciam a evacuação dos clientes internados (FIGURANTES). Decidem, em função do conhecimento que possuem da capacidade de locomoção de cada utente, do seu serviço, quais os pacientes que poderão mover-se autonomamente, em cadeira de rodas ou não, e quais os que necessitam de apoio para serem evacuados. Decidem qual a técnica de movimentação adequada para cada um dos pacientes limitados nas suas capacidades de mobilidade. Iniciam a evacuação dos pacientes no sentido do nó horizontal (Serviço de Especialidades Cirúrgicas). 1 Elemento desta equipa faz o registo dos clientes evacuados (folha de registo de dietas ou anexo 2 do GRI.06 registo de cliente e destino).
11 h ... min.	Equipa de Evacuação A e/ou B	No final da evacuação dois elementos da equipa efetuam uma ronda geral ao serviço, certificando-se que não fica ninguém no local e faz marcação das portas. Verifica sanitários e outras áreas geralmente não ocupadas, informa Coordenador de evacuação que não foi possível retirar 2 clientes.
11 h ... min.	---	Chegada dos meios de socorro externo ao Hospital.
11 h ... min.	---	Chegada dos meios de socorro externo ao serviço de Serviço Especialidades Médicas.
11 h ... min.	Coordenador de Evacuação	O Coordenador de Evacuação reporta a situação aos meios de socorro externos, que assumem total responsabilidade no controlo do sinistro, informa que tem 2 clientes que não foi possível retirar, sala 307, um deles está fechado no poliban.
11 h ... min.	Coordenador da Evacuação	Contata e solicita o apoio da Equipa de Emergência Médica Intra hospitalar, explica a situação.

HORA	Local/ Interveniente	Descrição
11 h ... min.	Serviço de refúgio	Os elementos do serviço colaboram na transferência dos clientes e acolhem os mesmos no seu serviço.
11 h ... min.	---	Chegada das primeiras pessoas ao Ponto de Reunião 2 situado no Parque de Estacionamento em frente à Urgência Geral.
11 h ... min.	---	Chegada das primeiras pessoas ao Serviço de Refúgio – Serviço de Especialidades Cirúrgicas.
11 h ... min.	Elemento EE- B	O Enfermeiro que evacuava o cliente com dificuldade de mobilidade pelas escadas de emergência informa o Coordenador de evacuação de que esse cliente sentiu-se mal e está no terraço do Piso técnico; é necessário acionar o EEMI.
11 h ... min.	Coordenador da Evacuação	Contata e solicita o apoio da Equipa de Emergência Médica Intra hospitalar, para se deslocar para o terraço do piso técnico.
11 h ... min.	Equipa de Emergência Médica Intra hospitalar	A Equipa de Emergência Médica Intra hospitalar, recebe informação de existência de um sinistrado e desloca-se ao local a fim de prestar os primeiros socorros.
11 h ... min.	---	Fim da evacuação parcial – Serviço Especialidades Médicas
11 h ... min.	Equipas de Evacuação A ou B	Um dos elementos da Equipa de Evacuação A ou B informa o Coordenador da evacuação, que a Evacuação do serviço está concluída.
11 h ... min.	Coordenador da Evacuação	Informa o DEM que a Evacuação do serviço está concluída.
11 h ... min.	Bombeiros	Extinção do incêndio.
11h ...min.	Chefe dos Bombeiros	Chefe dos bombeiros dá informação ao Chefe de Intervenção da extinção do incêndio, que de seguida informa o DEM.
11 h ... min.	DEM	Declara o Fim da Emergência.
11 h ... min.	Relações Públicas	Contata com os familiares que se possam dirigir ao hospital. Prepara a informação a transmitir aos órgãos de comunicação social. Prepara a informação fotográfica a disponibilizar aos órgãos de comunicação social. Informa os órgãos de comunicação social e outras entidades exteriores sobre o desenvolvimento da situação, de acordo com as instruções fornecidas pelo Diretor de Emergência.
11 h ... min.	Equipa de Evacuação A	Os elementos no ponto de reunião 2 recebem informação de que podem regressar ao serviço.
-/-	- -	Reunião para análise do exercício, com as entidades externas e intervenientes internos, na sala de sessões do HSB.

Equipamento a utilizar

Apresenta-se a listagem do material necessário à execução do exercício de simulacro:

Chefe de Intervenção

1. Rádio portátil
2. Telemóvel

Equipa de Intervenção

1. Colete de identificação
2. 1 Extintor Portátil de **Dióxido de Carbono**

Diretor de Emergência

1. Rádio portátil
2. Telemóvel
3. Telefone fixo

Gabinete de Comunicação

Providencia o material necessário para fotografar e filmar o simulacro.

Determina os elementos necessários para essas duas ações e de acordo com o decorrer do exercício, os locais onde estes elementos devem permanecer.

Alterações ao Funcionamento Normal

A realização do exercício de simulacro, bem como todas as alterações ao funcionamento normal do hospital, devem ser divulgadas junto de todos os elementos do grupo de pessoal do Centro Hospitalar, com antecedência suficiente.

Tendo em conta o cenário proposto, existe a necessidade de aviso prévio de todos os utentes que estão internados no serviço de realização do simulacro, no serviço de refúgio e que se dirijam a ambos os serviços, do Serviço de Cardiologia Exames que funciona no mesmo piso, assim como, as Assistentes Técnicas no balcão de atendimento.

A realização do exercício de simulacro, deverá obrigar ao isolamento da área envolvente.

A entrada de viaturas no interior do hospital deverá ser limitada.

Identificação de Pontos Sensíveis

Reações Negativas por parte dos Utes

Poderá ocorrer uma reação desfavorável, por parte dos utentes, ao condicionamento imposto pelo pessoal do serviço.

Assim, recomenda-se que todos os utentes presentes sejam informados do exercício que irá decorrer, sendo solicitada a sua colaboração.

Durante o exercício, devem ser destacados alguns elementos com a função exclusiva de explicar o que está em curso.

Acidentes Reais no decorrer da Evacuação

Durante a evacuação parcial do serviço não é de excluir a hipótese de ocorrência de acidentes reais, como a queda nas escadas, ou outro tipo de acidentes, etc.

Para tal o Centro Hospitalar deverá garantir a presença da Equipa de Emergência Médica Intra hospitalar, para atuar prontamente em caso de uma **emergência real**.

Inoperacionalidade de Equipamentos

Pretende-se testar com este exercício a operacionalidade dos meios de proteção instalados no edifício.

Emergência Real

Todas as comunicações efetuadas durante e no âmbito do simulacro serão **obrigatoriamente**, precedidas do nome do exercício (**Operação SEM**).

A ocorrência de uma situação de **emergência real**, durante a realização do simulacro, interrompe este automaticamente. A partir desse momento, todas as comunicações efetuadas no âmbito do controlo do sinistro deixarão de ser precedidas do nome do exercício e passarão a ser seguidas, obrigatoriamente, da frase: **“Isto não é um exercício”**.

Controlo do exercício

O controlo da atuação dos diversos intervenientes no simulacro será efetuado de dois modos distintos, apresentados seguidamente.

Membros da Organização de Segurança em Emergência

Os membros da Organização da Segurança em Emergência terão como função, para além da realização das correspondentes tarefas, tal como definidas nas Instruções Especiais de Segurança, registar todas as situações que correspondam a um desvio das condições previstas no Plano de Emergência Interno.

Por exemplo:

Locais onde não existam condições para estabelecer comunicações pelos meios fixos ou portáteis de comunicação;

Anomalias de funcionamento dos equipamentos e sistemas do edifício;

Observadores do Centro Hospitalar

Os observadores do Centro Hospitalar (identificados mediante fita amarela no braço) irão efetuar o controlo de pontos-chave para a avaliação dos resultados do exercício.

O exercício vai ser cronometrado com o objetivo de reconstituir a “fita dos acontecimentos” e conhecer os tempos de resposta dos diversos intervenientes do PEI e ainda do tempo real de chegada dos bombeiros à instalação.

Observadores:

Eng. J.R. – verifica e regista as intervenções do Coordenador de evacuação, dos elementos da Equipa de Evacuação A e da Equipa de Evacuação B.

AT C.B. - verifica e regista as intervenções do Chefe de Intervenção (ou substituto) quando chega ao serviço acompanhado dos Bombeiros, dos elementos da Equipa de Intervenção e da Equipa de Apoio Técnico.

AO E.C. – verifica e regista as intervenções do Chefe dos Vigilantes, do Vigilante, do Agente da PSP, da chegada dos meios de socorro externo - Bombeiros, Proteção Civil e carro com Agentes da PSP; regista a chegada do Chefe de Intervenção (ou substituto) para receber os Bombeiros.

Enf. J.A. – verifica e regista as ações da Operadora da Central Telefónica, o Diretor de Emergência (ou substituto) e a Relações Públicas (ou substituto).

Enf. P.G. - verifica e regista as intervenções da EEMI, no terraço do piso técnico.

APÊNDICE XXII – Artigo alusivo à “Conspiração do Silêncio”.

CONSPIRAÇÃO DO SILÊNCIO: O Papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Cristina Ribeiro ³

Elsa Monteiro ⁴

Flávio Patoleia ⁵

Tânia Rocha ⁶

RESUMO

Sendo o acesso à informação um direito indiscutível do cliente e um dever do profissional de saúde, tanto do ponto de vista ético como legal, isto não significa que a comunicação de más notícias seja um processo simples. A conspiração do silêncio é ainda uma realidade presente e surge como uma barreira à comunicação entre os profissionais de saúde, a família e o cliente, com graves implicações para todos os intervenientes, especialmente para o cliente que é privado da informação que lhe pertence.

O enfermeiro, especialmente o enfermeiro especialista ao desenvolver competências no âmbito da comunicação, tem o dever de ser o elemento motivador da mudança, contribuindo para o desvanecer desta realidade que em muito prejudica o cliente.

Palavras-chave: Conspiração do silêncio, ética, deontologia, más notícias, enfermeiro especialista.

ABSTRAT

Being the access to information an indisputable right of the patient and a duty of healthcare professionals, both from an ethical and legal point of view, it does not mean that communication of bad news is a simple process. The silence conspiracy is still a present reality and stands as a barrier to communication between healthcare professionals, family and the patient, with serious implications for all involved, especially for the patient who is deprived of information that belongs to him.

Nurses, especially specialist nurses by developing skills in communication, have the duty of being an element that motivates change, contributing to the fading of this reality which greatly harms the patient.

Keywords: Silence conspiracy, ethics, deontology, bad news, specialist nurse.

³ Enfermeira, do Serviço X, do Hospital Z, mestranda em Enfermagem Médico-Cirúrgica da ESS/IPS

⁴ Enfermeira do Serviço W do Hospital Z, mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica

⁵ Enfermeiro, do Serviço Y, do Hospital Z, mestrando em Enfermagem Médico-Cirúrgica da ESS/IPS

⁶ Enfermeira, do Serviço X, do Hospital Z, mestranda em Enfermagem Médico-Cirúrgica da ESS/IPS

INTRODUÇÃO

Enquanto enfermeiros, deparamo-nos com situações em que a gestão da informação fornecida ao cliente é complexa e difícil, em que por vezes, a informação é-lhe negada ou omitida, total ou parcialmente. A comunicação *é o elemento básico da vida social a partir da qual se constituem e legitimam as relações sociais, o saber disponível nas interações e processo de socialização que gera as identidades individuais* (Pereira, 2008, p.26). Quer seja por palavras, ou pela linguagem não-verbal, transmitimos mensagens, comunicando de forma permanente.

Com base na vertente indissociável de relação na comunicação torna-se fundamental refletir sobre a comunicação a nível da enfermagem, Profissão cuja essência advém da sua dimensão relacional. Na prática quotidiana desta profissão, comunicar eficazmente surge como essencial mas difícil, um desafio, ao qual se junta uma má notícia, comunicar apresenta-se como uma área problemática digna de reflexão.

Má notícia é definida por Buckman (1992) e Sancho (2000), citados por Pereira (2008, p.78), como *toda a informação que envolva uma mudança drástica e negativa na vida da pessoa e na perspectiva do futuro*. A receção de más notícias é vivenciada com diferente intensidade em cada cliente e família, uma vez que cada indivíduo é único, considerando as experiências de vida individuais, a personalidade, as crenças filosóficas, o suporte emocional e a sua perceção do seu suporte social (Lotra, 2007). Assim se assume, que só quem recebe a informação é que pode decidir se é má notícia ou não.

A comunicação deste tipo de informação é difícil e geradora de *stress* tanto para o cliente e sua família, como para os profissionais de saúde que o fazem.

O silêncio como forma de comunicar, é também ele uma ferramenta útil, mas quando a sua

utilização significa um processo de comunicação comprometido, surgindo contra a vontade do cliente e privando-o de informação que lhe é devida, estamos perante uma Conspiração do Silêncio.

Conspiração do Silêncio torna-se um tema pertinente pelas questões morais, éticas, deontológicas e legais que lhe estão associadas, e que podem interferir na tomada de decisão da praxis dos enfermeiros.

CONSPIRAÇÃO DO SILÊNCIO: Envolvências...

A definição mais comumente aceite para Conspiração do Silêncio, é a apresentada por Bermejo et al. (2012, p.2), como um: *acordo implícito ou explícito, por parte de familiares, amigos e/ou profissionais, de alterar a informação que se dá ao cliente com o fim de lhe ocultar o diagnóstico e/ou prognóstico, e/ou a gravidade da situação*. Estes autores diferenciam dois níveis de Conspiração do Silêncio em relação ao conhecimento de informação: parcial, quando o cliente não conhece o seu prognóstico, e total, quando este não conhece nem diagnóstico nem prognóstico. Classificam ainda Conspiração do Silêncio entre adaptativa e não adaptativa. Na adaptativa, o cliente nega e evita ou parece não querer saber, tendo por base a dificuldade em aceitar a situação, os mecanismos de defesa como a negação e a necessidade de processar o que lhe está a acontecer. No caso da não adaptativa, o cliente quer saber e pergunta mas a família e/ou os profissionais de saúde não lhe querem dizer (Bermejo *et al.*, 2012).

Lugo e Coca (2008) afirmam que a Conspiração do Silêncio só se desenvolve se não se tiver em consideração os desejos de informação do cliente, mas quando é o próprio cliente que recusa

saber, não se pode falar em Conspiração do Silêncio.

Os argumentos utilizados pelos familiares para que não seja dada informação considerada como danosa ao cliente, passam pela necessidade de o proteger, pela crença de que a informação não trará nada de positivo, num cliente já suficientemente *ferido* pela enfermidade, e que informar só adicionaria mais ansiedade (Bermejo *et al.*, 2012, Barbero, 2006). Neste sentido, também Lotra (2007, p.11) escreve relativamente aos medos da família, *A família muitas vezes nega ao cliente a informação com o objetivo de protegê-lo, porque de algum modo consideram que assim não serão obrigados a falar acerca da doença e sua progressão que veem como destrutiva.*

Mas a Conspiração do Silêncio passa também pela dificuldade dos profissionais de saúde em dar más notícias e gerir as consequências desta transmissão de informação. Pereira (2008, p.78) em relação à transmissão de más notícias, afirma que: *Os profissionais de saúde, para além de planear e gerir estes momentos, também têm de gerir os seus próprios medos e estar preparados para aceitar as naturais hostilidades do cliente e família.* Os medos referidos estão associados ao medo de ser culpabilizado ou de lhe serem atribuídas responsabilidades, medo de expressar uma reação emocional, medo de não saber todas as respostas às questões colocadas pelo cliente ou família, das reações destes à má notícia e ainda medos pessoais acerca da doença e da morte (Pereira, 2008). Realça-se ainda o conceito de “sensação de espelho” no que concerne aos medos face à sua própria morte ou doença, ou de um familiar próximo, ou seja, o profissional de saúde imagina-se na situação do cliente, podendo desenvolver mecanismos de defesa, nomeadamente a fuga (Pereira, 2008). A apropriação da informação pelos profissionais, segundo Barbero (2006, p.22), favorece uma relação de poder verticalizada que evita a ansiedade de ter que comunicar más notícias.

Mas a Conspiração do Silêncio tem consequências importantes para todos os implicados. Segundo Twycross (2003, p.49), *a conspiração do silêncio torna-se numa forte tensão. Ela bloqueia a discussão aberta sobre o futuro e os preparativos para a separação. Se não for resolvida, é frequente que as pessoas em luto sintam grandes remorsos.*

O estado elevado de medo, ansiedade e confusão, problemas emocionais, solidão e isolamento são algumas das consequências da Conspiração do Silêncio para o cliente. Este fenómeno impede o diálogo, a reorganização de ambos (cliente e família) e impede a adaptação à nova situação, nomeadamente, impede o encerrar de assuntos pendentes como sejam despedidas, questões legais, testamentos e desejos (Bermejo, 2012).

Também Pereira (2008, p.80), relativamente às consequências da Conspiração do Silêncio releva que *A ausência de informação e o silêncio em redor do cliente é a confirmação, muitas vezes, das suas suspeitas, aumentando os seus receios face a um diagnóstico que pressente, mas que não é transmitido verbalmente.* O conhecimento que o cliente tem sobre a sua situação é muitas vezes subestimado. Neste sentido, Barbero (2006, p.21) remete-nos para o estudo sobre a comunicação do diagnóstico de cancro em Espanha, realizado por Centeno e Núñez Olarte, onde um dos achados científicos foi que 40-70% dos clientes com cancro conheciam a natureza maligna da sua doença, mas que apenas 25-50% tinham sido informados e por isto, afirmam que *o cliente sabe habitualmente mais do que lhe à sido dito*, provavelmente porque têm outras fontes de informação, entre elas o seu próprio organismo.

CONSPIRAÇÃO DO SILÊNCIO À LUZ DA DEONTOLOGIA E DO REGIME JURIDICO

O termo deontologia remete-nos para a área do conhecimento relativa ao apropriado, ao conveniente e ao dever, de forma a manter a ordem e a harmonia da sociedade. As normas deontológicas definidas são estabelecidas pelo próprio profissional que as põe em prática no exercício da sua profissão (Germano *et al.*, 2003).

O exercício da enfermagem como profissão, surge na sociedade como uma necessidade específica de cuidados de saúde prestados à pessoa, família, grupos e comunidade (Deodato, 2008). Ao longo dos últimos anos a enfermagem tem vindo a consolidar o seu suporte jurídico, que lhe permite afirmar-se enquanto profissão autónoma, sendo que os direitos e os deveres dos enfermeiros, apenas foram consagrados pela primeira vez em 1996, com a publicação do Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE)⁷, sendo esta a sua primeira manifestação jurídica. Posteriormente, no ano de 1998 foi incluído no estatuto da Ordem dos Enfermeiros, o Código Deontológico do Enfermeiro⁸, *que constitui uma outra dimensão da autonomia profissional, porque prescreve os deveres pelos quais o profissional de Enfermagem assume a sua responsabilidade profissional* (Deodato, 2008, p. 29).

O artigo 78.º do Código Deontológico do Enfermeiro descreve os princípios gerais da atividade sendo que, *as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro* (OE, 2009). No artigo 84.º do mesmo documento, estão subjacentes os princípios da autonomia, da dignidade humana e da liberdade da pessoa, assim como o direito ao consentimento informado. É com base nestes princípios que a pessoa toma decisões sobre si mesma.

⁷ Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, Ordem dos Enfermeiros, 1996.

⁸ Código Deontológico dos Enfermeiros, Ordem dos Enfermeiros, 2009.

Relativamente ao exercício profissional dos enfermeiros, o artigo 8.º do REPE refere que, (...) *os enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos pelo cidadão* (OE, 2012, p.17).

O enfermeiro ao participar em situações de encobrimento de informação aos clientes, põe em causa a liberdade de escolha e o poder de decisão dos clientes, bem como não promove a sua capacitação nos processos de saúde e doença, como se encontra consagrado no REPE e no Código Deontológico do Enfermeiro (Lotra, 2007).

Não poderíamos analisar o tema da Conspiração do Silêncio, sem nos referirmos a outro grupo profissional que tem habitualmente um papel relevante nos casos de informação aos clientes, que são os médicos. Ao analisarmos o seu Código Deontológico⁹, podemos constatar que existem variadas situações que conflituam com a do Conspiração do Silêncio.

Uma das normas definidas no Código Deontológico dos Médicos³ diz respeito aos princípios éticos da profissão nomeadamente, o respeito pela vida humana e pela sua dignidade (Ordem Médicos, 2009).

Considerando que o médico tem a responsabilidade de informar e esclarecer o cliente acerca do seu diagnóstico e prognóstico de doença, a análise do seu Código Deontológico diz-nos, relativamente ao artigo 44.º (Esclarecimento do médico ao cliente), que o cliente tem direito de ser esclarecido pelo médico sobre a sua situação de saúde/doença, sendo que este esclarecimento deve ser efetuado utilizando uma linguagem acessível ao mesmo, e com base nos aspetos relevantes, para que o cliente possa decidir de forma consciente.

No seguimento do mesmo pensamento, o artigo 50.º (Revelação do diagnóstico e

⁹ Código Deontológico dos Médicos, Ordem dos Médicos, 2008.

prognóstico), aborda a revelação do diagnóstico e prognóstico ao cliente, em que o médico deverá adotar uma atitude de cautela, uma vez que esta informação exige que seja o próprio cliente a solicitar a mesma, em respeito pela sua dignidade e autonomia. Da análise deste artigo convém também ressaltar que o diagnóstico e prognóstico da doença só podem ser transmitidos a terceiros após consentimento do cliente.

Quanto aos direitos do cliente, eles estão reconhecidos em variados documentos. A Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina declara no Capítulo III, artigo 10.º que, *Qualquer pessoa tem o direito de conhecer toda a informação recolhida sobre a sua saúde. Todavia, a vontade expressa por uma pessoa de não ser informada deve ser respeitada* (Diário da República, 2001).

Na Constituição da República Portuguesa, que representa a lei suprema do país, está consagrado o direito à proteção da saúde, sendo que a mesma assenta num conjunto de valores fundamentais como a dignidade humana, a equidade, a ética e a solidariedade.

Ainda relativamente a esta temática, a Base I da Lei de Bases da Saúde, afirma que *a proteção da saúde constitui um direito dos indivíduos e da comunidade que se efetiva pela responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do estado, em liberdade de procura e de prestação de cuidados, nos termos da constituição e da lei* (Lei n.º 48/90). A base XIV, relativa ao estatuto dos clientes, descreve que estes têm direito a *ser informados sobre a sua situação, as alternativas possíveis de tratamento e a evolução provável do seu estado* (Lei n.º 48/90). O direito à informação pelo cliente está também consagrado na Lei n.º 15/2014, no artigo 7.º, 1 – *O utente dos serviços de saúde tem o direito a ser informado pelo prestador dos cuidados de saúde sobre a sua situação, as alternativas possíveis de tratamento e a evolução provável do seu estado, 2 — A informação deve ser*

transmitida de forma acessível, objetiva, completa e inteligível (Lei n.º 15/2014).

Os documentos referidos atrás, servem de base à Carta dos Direitos e Deveres dos Clientes, e esta reforça a premissa que o cliente tem direito a ser informado sobre a sua situação de saúde (Ministério da Saúde, 2011).

De salientar, que apesar do direito referido, o cliente tem também direito se assim desejar, de não saber parte ou a totalidade da informação sobre o seu estado de saúde, podendo escolher outra pessoa para receber esta informação. Esta decisão deverá ficar registada no seu processo clínico, e esta escolha, deverá ser respeitada pelos profissionais de saúde e familiares (Ministério Saúde, 2011).

As informações transmitidas ao cliente pelos profissionais de saúde deverão ser facultadas de forma clara e abrangente, devendo ter em conta a personalidade, o grau de instrução e as condições clínicas e psíquicas do cliente e deverão ser efetuadas numa base sólida de empatia, confidencialidade e privacidade (Ministério Saúde, 2011).

Importa ressaltar que informação cedida é essencial para o cliente poder dar o seu consentimento livre e esclarecido, relativo ao seu estado de doença, nomeadamente para a realização de procedimentos, escolha de terapêuticas, entre outros (Ministério Saúde, 2011).

Por tudo o que foi acima descrito, podemos verificar que as situações de Conspiração do Silêncio privam os clientes dos seus direitos, consagrados nos documentos abordados anteriormente. Contudo, importa salvaguardar que as situações em que a, *comunicação de más notícias poderá causar perturbações ou mesmo danos graves ao bem-estar e saúde do cliente (...) o profissional de saúde é libertado do dever de informar verdadeiramente a pessoa acerca do seu estado de Saúde/Doença, o que se denomina Privilégio Terapêutico* (Lotra, 200, p. 12).

Estas situações estão consagradas no artigo 157.º do Código Penal⁴ em que, o consentimento só é válido se efetivamente o cliente tiver conhecimento do diagnóstico, das intervenções ou tratamentos a que é submetido, destes casos excluem-se as situações que a serem conhecidas pela cliente, poderão pôr em perigo a sua vida ou lhe poderão causar danos físicos ou psicológicos. Esta situação constitui-se como uma exceção ao consentimento informado, no entanto, terá que se acautelar o uso indevido da mesma, como refere Lotra (2007, p.13) *deverá existir alguma ponderação na utilização deste argumento legislado, de forma a não incorrerem no risco da sua utilização indiscriminada.*

A ÉTICA E A CONSPIRAÇÃO DO SILÊNCIO

É sobejamente conhecido e reconhecido o direito do cliente à informação, assim como o dever do enfermeiro na transmissão de informação. A conspiração do silêncio, ao privar o cliente da informação que é “sua”, levanta sérios problemas éticos.

Segundo Martins¹ (2004, p.15), *A consagração da dignidade do Homem e o seu direito à liberdade inscrevem na práxis diária das sociedades o conceito de autonomia. A autonomia da pessoa decorre naturalmente da doutrina da dignidade humana e dos direitos fundamentais. Uma pessoa autónoma é capaz de deliberar sobre os seus objetivos pessoais e de agir nessa mesma direção, sendo tanto mais autónoma quanto mais e melhor for atualmente capaz de bem exercer a atividade, objetiva e subjetivamente, de se autodeterminar intelectual, afetiva e emocionalmente.*

O respeito pelo princípio da autonomia *deve ser a máxima de todos os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros na medida em que a sua profissão se centra precisamente na atenção à pessoa* (Filipe, 2004, p.239). Lotra (2007) refere que a autonomia é um dos pilares da relação de confiança entre os enfermeiros

e os clientes, salientado ainda que, *Esta implica privacidade, liberdade de escolha e poder de decisão, pelo que o ser reconhecido no outro significa a sua capacitação nos processos de saúde e doença, devendo por isso ser respeitado e promovido pelo enfermeiro* (Lotra, 2007, p.11). A existência de Conspiração do Silêncio priva o cliente não só do direito à informação sobre a sua doença, como o priva de ser autónomo pela sua vida (Lotra, 2007).

Filipe (2004, p.238) refere-se à autonomia como *ao respeito devido aos direitos fundamentais do homem e do cidadão, particularmente o da autodeterminação*, como também salientado por Deodato (2008, p.144), *É o próprio enunciado do artigo 84º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros que prevê o dever de informação do enfermeiro, que refere que este dever se fundamenta no respeito pelo direito à autodeterminação.*

Segundo Martins¹ (2004, p.17), citando Esper (2000) *a informação é devida ao cliente não só como um requisito ao respeito pela autonomia, mas também como um real benefício. Não deixar o cliente na ignorância de dados essenciais sobre a sua saúde ou ajudá-lo a compreender um exame ou tratamento que lhe é proposto seria assim também entendido como um dos primeiros requisitos do princípio da beneficência.*

Para Martins² (2004, p.232), *O princípio da Beneficência está intimamente relacionado com o imperativo de fazer bem, de ajudar o outro a encontrar o que é para o seu benefício. (...) A beneficência no contexto dos cuidados de enfermagem é o dever de agir no interesse do utente.*

O princípio da Beneficência encontra-se intimamente relacionado com o princípio da não-maleficência, que segundo Martins² (2004, p.231), este princípio ficou *fixado na famosa frase primum non nocere – primeiro não causar dano.* Segundo a mesma autora, estes princípios deverão ser orientadores do exercício da profissão, na medida em que, *A pessoa cliente encontra-se sempre diminuída, independentemente da gravidade da doença que a afeta e, nessa sua fragilidade,*

exige do enfermeiro o cumprimento da beneficência e da não-maleficência (Martins², 2004, p.232).

Estes princípios não podem no entanto ser mal interpretados, ao ponto dos profissionais de saúde decidirem pelo cliente, ou omitirem informações sobre a sua situação de saúde/doença. Segundo Martins¹ (2004, p.17), *O facto de existirem ainda inúmeras situações em que o cliente não é convenientemente informado prende-se com algumas crenças e atitudes erradas que persistem.* Bidasolo, citado por Martins¹ (2004, p.232), *aponta alguns motivos que são alegados para não informar, como a persistência de um certo paternalismo, mal-entendido, reflexo de uma situação de superioridade sentida pelo técnico, o paradigma dominante – Biomédico – que tende a entender a saúde limitada a aspetos físicos, a crença que, para o técnico, a saúde do cliente está acima de qualquer outro interesse, o desejo de não divulgar os seus conhecimentos, a utilização de tecnologia de ponta, de difícil compreensão para o cliente, alguma prudência, pois a informação pode ser prejudicial para o cliente e o direito à **mentira piedosa**, por entender que a verdade determina maior vulnerabilidade.*

Barbero (2006), referindo-se à problemática da informação, diz que se chegou a afirmar que existe um dilema entre os princípios da autonomia e beneficência e da autonomia e não-maleficência. No entanto, do ponto de vista deste autor este dilema não existe, pois tão maleficiente pode ser o encarniçamento informativo (informar de um diagnóstico ou prognóstico negativos a um cliente que não deseja saber), como a conspiração do silêncio na presença de um cliente que deseja ser informado (Barbero, 2006).

ESTRATÉGIAS E COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO NA ABORDAGEM À CONSPIRAÇÃO DO SILÊNCIO

Pela exposição feita anteriormente, torna-se óbvio que os clientes têm direito a ser informados

sobre a sua situação de saúde, contudo, segundo Martins¹ (2004, p.24), *(...) os enfermeiros têm a percepção de que os clientes na generalidade desconhecem os seus direitos (...). No entanto existem alguns direitos que estão interiorizados na mente dos clientes, como por exemplo o direito a ser informado sobre o seu estado de saúde, mas que os enfermeiros têm a percepção de que este é um dos mais ignorados, provavelmente porque os clientes fazem poucas perguntas.*

Relativamente ao direito de informação aos clientes, os enfermeiros são consensuais no que respeita ao mesmo, mas o que se verifica é que isso nem sempre acontece.

Podemos então questionar: *Poderá o enfermeiro ser um agente mais activo na transmissão de informação ao cliente?* (Martins, 2007, p.12).

Segundo Pereira (2005, p.35), *o acto de informar não é simples, constituindo-se um dilema ético para os profissionais de saúde. Este deve assentar em quatro princípios fundamentais da bioética: princípio da beneficência, princípio da autonomia, princípio da justiça e o princípio da não maleficência, aplicados de acordo com a especificidade de cada situação (...).*

Na perspetiva de Towers, MacDonald e Wallace (2003), citados por Lotra (2007, p. 13), *existem estratégias que podem fazer face a insuficientes comunicações, recursos e competências na equipa de profissionais de saúde, inerentes à conspiração do silêncio, nomeadamente: a clareza e assertividade da linguagem, comunicar informações mais completas acerca do tratamento e da evolução da situação, dotação de profissionais suficientes, profissionais com competências na área da comunicação de más notícias, comunicar, utilizando as técnicas existentes, para estabelecer uma relação de ajuda, avaliar cada situação em equipa, garantir privacidade e confidencialidade, respeito pelos desejos dos clientes e promover e incentivar a autonomia e dignidade do cliente, ou seja, cumprir as normas éticas e morais da nossa profissão.*

A comunicação de más notícias em saúde torna-se uma tarefa difícil para os profissionais, segundo Pereira (2005, p.34), esta *continua a ser uma área cinzenta de grande dificuldade na relação cliente/família/profissional de saúde, constituindo-se numa das problemáticas mais difíceis e complexas no contexto das relações interpessoais*. Existem no entanto, competências que podem ser desenvolvidas pelos enfermeiros, por forma, a gerir estas situações problemáticas.

A aquisição dessas competências irá não só capacitar o enfermeiro na resposta a situações de Conspiração do Silêncio, bem como, fortalecer a relação entre o enfermeiro e o cliente, salientando a importância desta na prestação de cuidados.

Das competências, destacam-se as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, nomeadamente no domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal: A1 – Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção, A2 – Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (OE, 2010).

Relativamente às Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa, são de maior relevância as competências L6.2 – Respeita a singularidade e autonomia individual, quando responde a vivências individuais específicas, a processos de morrer e de luto e L6.4 – Reconhece os efeitos da natureza do cuidar em indivíduos com doença crónica incapacitante e terminal, nos seus cuidadores e familiares, sobre si e outros membros da equipa, e responde de forma eficaz (OE, 2011).

No que respeita às Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, destacamos a competência K1.5 – Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de

alta complexidade do seu estado de saúde (OE, 2010 [a]).

CONCLUSÃO

A enfermagem está enquadrada num contexto profissional exigente, complexo, e de difícil gestão, onde a cultura biomédica continua a estar muito presente, estando esta vocacionada para a cura das doenças, e em que temas como a morte e o morrer continuam a ser encarados muitas vezes como fracassos e mesmo assuntos tabus. É assente num errado sentimento paternalista, em que os profissionais de saúde considerando-se detentores da informação e incorrem erradamente em situações de Conspiração do Silêncio.

Negar intencionalmente a informação ao cliente que a ele pertence primeiramente, não só viola os seus direitos à informação consagrados na lei, como lhe nega a sua autonomia e consequentemente o seu direito à autodeterminação, reduzindo os seus direitos enquanto homem e cidadão. À luz do pensamento Kantiano, a Conspiração do Silêncio interfere na liberdade de cada ser humano, perdendo o homem o seu *status* de valor absoluto (Oliveira, 2007).

Os enfermeiros têm definido nos seus estatutos, diversas competências que lhes permitem enfrentar este e outros dilemas, sendo seu dever preservar a dignidade e a autonomia dos clientes, como essência do exercício da enfermagem.

REFERÊNCIAS

Bibliográficas

- DEODATO, Sérgio – Responsabilidade Profissional em Enfermagem: Valoração da Sociedade. Coimbra: Editora Almedina, 2008. ISBN 978-972-40-3401-0.

- FILIPE, Firmino – Autonomia e Respeito In NEVES, Maria do Céu P.; PACHECO, Susana – Para uma Ética da Enfermagem: Desafios. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2004. ISBN 972-603-326-8. p. 237-248.
- GERMANO, Ana; *et al.* – Código Deontológico do Enfermeiro: anotações e comentários. Ordem dos Enfermeiros, 2003.
- MARTINS, José Carlos Amado – O Enfermeiro na Informação ao Cliente: para além do dever ético. Revista Portuguesa de Enfermagem. ISSN 0873-1586. N.º 12 (2007), p. 11-14.
- MARTINS¹, José Carlos Amado – Os Enfermeiros e os Direitos dos Clientes à Informação e ao Consentimento: Percepções, Atitudes e Opiniões. Revista Referência. Coimbra ISSN 0874.0283 n.º12 (2004) p.15-25.
- MARTINS², Lurdes – Beneficência e Não-Maleficência In NEVES, Maria do Céu P.; PACHECO, Susana – Para uma Ética da Enfermagem: Desafios. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2004. ISBN 972-603-326-8. p. 237-248.
- OLIVEIRA, Paulo- Bioética e a Filosofia de Kant. In MALAGUTTI, William- Bioética e Enfermagem, Controvérsias, Desafios e Conquistas. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2007 ISBN 978-85-87600-95-0.
- PEREIRA, Maria- Comunicação de más notícias em saúde e gestão do luto. Coimbra: Formasau 2008. ISBN 0978-972-8485-92-4.
- TWYLCROSS, Robert – Cuidados Paliativos. 2.ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores, 2003. ISBN 972-796-093-6.

Eletrónicas

- BARBERO, J.-El derecho del paciente a la información: el arte de comunicar. [Em linha]. An.Sist.Sanit.Navar. Vol. 29, Supl. 3 (2006), p. 19-27. [Consult. em 10 Jan. 2015]. Disponível em

WWW: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272006000600003&lng=pt&nrm=iso.

ISSN1137-6627.

- BERMEJO, JC; *et al.*- Conspiración del silencio en familiares y pacientes al final de la vida ingresados en una unidade de cuidados paliativos: nivel de información y actitudes observadas. [Em linha]. Medicina Paliativa 2012 [Consult. em 22 Jan. 2015] Disponível em WWW:<URL: <http://dx.doi.org/10.1016/j.medipa.2012.07.002> >.
- DIÁRIO DA REPÚBLICA - Convenção para a Protecção 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. [Em linha]. Diário da República eletrónico: 1 Série – N.º 2, de 03-01-2001. [Consult. em 11 Jan. 2015]. Disponível em WWW: <URL: http://www.dgpi.mj.pt/sections/relacoes-internacionais/copy_of_anexos/convencao-para-a4805/downloadFile/file/STE_164.pdf?nocache=1200589304.62 >.
- LEI n.º15/14 – Lei consolidando a legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde. [Em linha]. 2014. [Consult. em 19 Jan. 2015]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.dgs.pt/em-destaque/lei-n-152014-de-21-de-marco-direitos-e-deveres-do-utente-dos-servicos-de-saude-.aspx> >.
- LEI n.º48/90 – Lei de Bases da Saúde. [Em linha]. 1990. [Consult. em 9 Jan. 2015]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.portaldasauade.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/politica+da+saude/enquadramento+legal/leibasessaude.htm> > .
- LOTRA, Vanessa- A conspiração do silêncio nas más notícias: o aparente obstáculo intransponível. [Em linha]. Percursos nº6 (Out-Dez 2007), p.10-15 [Consult. em 9 de Jan. 2015].

Disponível em WWW:<URL:
http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Percursos_n_6_dez2007.pdf>. ISSN 1646-5067.

- LUGO, Maria e COCA, Maria- El pacto de silencio en los familiares de los pacientes oncológicos terminales. [Em linha]. *Psicooncología* Vol.5, nº1 2008, p.53-69 [Consult. em 10 Jan. de 2015]. Disponível em WWW:<URL:
http://revistas.ucm.es/psi/16967240/articulos/PSI_C0808130053A.PDF>.

- MINISTÉRIO DA SAÚDE – Carta dos Direitos do Cliente Internado. [Em linha]. 2011 [Consult. em 7 Jan. 2015]. Disponível em WWW:<URL:
http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i_006779.pdf>.

- ORDEM DOS ENFERMEIROS – Código Deontológico [Em linha]. Ordem enfermeiros: 2009. [Consult. em 10 de Jan. 2015]. Disponível em WWW:<URL:
<http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>>.

- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010) – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista [Em linha]. Lisboa: 2010 [Consult. em 15 Jan. 2015]. Disponível em WWW:<URL:
http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf>.

- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2011) – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa [Em linha]. Lisboa: 2011 [Consult. em 15 Jan. 2015]. Disponível em WWW:<URL:
http://www.ordemenfermeiros.pt/colecoes/Documents/MCEEMC_RegulamentoCEE_SituacaoCronicaPaliativa.pdf>.

- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010a) – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica [Em linha]. Lisboa: 2010 [Consult. em 15 Jan. 2015]. Disponível em WWW:<URL:
http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_CompeticenciasPessoaSituacaoCritica_aprovadoAG2_0Nov2010.pdf>.

- ORDEM DOS MÉDICOS – Código Deontológico. [Em linha]. Lisboa, 2009. [Consult. em 16 Jan. 2015]. Disponível em WWW:<URL:
<https://www.ordemdosmedicos.pt/?plop=conteudo&op=9c838d2e45b2ad1094d42f4ef36764f6&id=cc42acc8ce334185e0193753adb6cb77>>.

- ORDEM DOS ENFERMEIROS - REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. [Em linha]. Ordem dos Enfermeiros: 2012. [Consult. em 10 Jan. 2015]. Disponível em WWW:<URL:
http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/REPE_VF.pdf>.

- PEREIRA, Maria – Má Notícia em Saúde: Um Olhar Sobre as Representações dos Profissionais de Saúde e Cidadãos. *Texto e Contexto Enfermagem* [Em linha]. Vol. 14, nº 1 (2005), p. 33-37. [Consult. em 11 Jan. 2015]. Disponível em WWW:<URL:
<http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n1/a04v14n1.pdf>>.

- PROCURADORIA - GERAL DISTRICTAL DE LISBOA – Código Penal. [Em linha]. 1995. [Consult. em 10 Jan. 2015]. Disponível em WWW:<URL:
[http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?ficha=101&artigo_id=&nid=109&pagina=2&tabela=leis&nversao=&so_miolo="](http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?ficha=101&artigo_id=&nid=109&pagina=2&tabela=leis&nversao=&so_miolo=)>.

APÊNDICE XXIII – Relatório do estágio de observação efetuado na Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos do Centro Hospitalar.



**Instituto Politécnico de Setúbal
Escola Superior de Saúde**

4º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

**Relatório do Estágio de Observação
- Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em
Cuidados Paliativos -**



Discente: Cristina Ribeiro

Docente Orientador: E. M.

Setúbal, Março de 2016

LISTA DE SIGLAS

APCP – Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos

CH – Centro Hospitalar

CP – Cuidados Paliativos

DGS – Direção Geral de Saúde

DR – Diário da República

EAPC – Associação Europeia de Cuidados Paliativos

ECSCP – Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos

EIHSCP – Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

ESCP – Equipas de Suporte em Cuidados Paliativos

ESS/IPS – Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal

OMS – Organização Mundial de Saúde

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RNCP – Rede Nacional de Cuidados Paliativos

UCP – Unidade de Cuidados Paliativos

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	4
1. UM OLHAR SOBRE OS CUIDADOS PALIATIVOS	6
2. REALIDADE DA EIHSCP DO CENTRO HOSPITALAR	12
CONCLUSÃO	15
REFERÊNCIAS	16

INTRODUÇÃO

No âmbito dos estágios I, II e III, do Curso de 4º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal (ESS/IPS), foi-nos proposto a elaboração de um Projeto de Aprendizagem Clínica, que consiste na aquisição ou aprofundamento das competências específicas dos enfermeiros especialistas em enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa.

Para dar resposta a estas competências propusemos à Comissão Científico-Pedagógica do Curso a realização no decorrer do estágio III, de um estágio de observação na Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP), de um Centro Hospitalar (CH), por forma a adquirir ou aprofundar essas competências.

A sociedade ocidental tem como principal objetivo dos sistemas de saúde a conceção na cura da doença, atribuindo a morte ao fracasso da medicina. Assim, e num ambiente onde predomina a cura da doença, o que atualmente se verifica é que fatores como, o aumento da longevidade e acréscimo das doenças crónicas e progressivas não permitem o tratamento dos clientes, e muitas vezes o objetivo de cura é substituído por cuidados que proporcionem a melhor qualidade de vida possível aos clientes e sua família.

É desta forma que se definem os cuidados paliativos, como cuidados prestados aos clientes que não respondem de forma positiva aos tratamentos que tinham como finalidade a sua cura, e se centram no controlo dos sinais e sintomas decorrentes do diagnóstico e manifestados pelos clientes no decorrer do seu estado de doença (Silva e Sudigursky, 2008).

Existem várias tipologias de serviços de Cuidados Paliativos (CP), que prestam cuidados aos clientes em regime de internamento ou no domicílio, abarcando várias situações e diagnósticos. A EIHSCP é um dos exemplos de serviços de CP, em que os cuidados prestados são dirigidos a clientes internados, em hospitais ou outras unidades de internamento e em consulta.

Desta forma, com a elaboração deste documento, estabelecemos os seguintes objetivos:

- Relembrar a filosofia e conceito dos CP;
- Dar a conhecer o papel da Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos, de um Centro Hospitalar;

- Analisar os contributos do estágio de observação na EIHSCP na aquisição/aprofundamento das competências específicas dos enfermeiros especialistas em enfermagem na pessoa em situação crónica e paliativa.

Com a elaboração deste trabalho esperamos, além de atingirmos os objetivos a que nos propusemos, adquirir ferramentas que nos permitam estar mais despertos para sinalizar e referenciar às equipas diferenciadas, e o mais antecipadamente possível, situações de clientes e família que careçam de CP.

A redação deste documento baseia-se no novo acordo ortográfico português, com as indicações do Guia Orientador para a Elaboração de Trabalhos Escritos do Departamento de Enfermagem da ESS/IPS, e encontra-se referenciado segundo a Norma Portuguesa 405.

1. UM OLHAR SOBRE OS CUIDADOS PALIATIVOS

As alterações da rede familiar do nosso país, associada à redução da natalidade e ao aumento da longevidade traduzem-se atualmente numa população mais idosa com acréscimo de doenças crónicas, muitas vezes progressivas e que carecem cada vez mais de cuidados de saúde (Silva, 2006). Se a esta realidade se juntar o acréscimo de clientes com patologias crónicas, em que o tratamento curativo já não trava o avanço da doença, é notório que os sistemas de saúde têm se organizar de forma a dar resposta às necessidades manifestadas por este tipo de clientes. Assim sendo, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), onde se incluem os CP, são uma realidade cada vez mais presente e necessária nas instituições de saúde (Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos, 2006).

A pioneira dos CP foi Cicely Saunders ao inaugurar na década de 70 um Centro de Acolhimento para clientes terminais, atualmente conhecido como *St Christopher's Hospice*. Cicely considerava que cuidar dos clientes em fase final de vida, para além de ser uma preocupação individual, deveria ser uma obrigação da sociedade, uma vez que se tratava de um direito do ser humano (Capelas, 2009). Para Cicely Saunders a finalidade do cuidar prendia-se com o alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual vivenciado pela pessoa que está a morrer (Silva e Sudigursky, 2008).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), foi quem definiu primeiramente os cuidados paliativos em 1990. Após algumas modificações da mesma, surge uma descrição de CP, como *uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos clientes e suas famílias – que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recursos à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, como a dor, mas também psicossociais e espirituais* (OMS, 2004, p. 14).¹⁰

A OMS acrescenta que os CP devem ser introduzidos na vida do cliente e família o mais rapidamente possível, agindo em articulação com outros serviços para que a perspetiva curativa e paliativa sejam desenvolvidas em simultâneo ao longo do processo de doença do cliente, e não sejam apenas aplicados nos últimos momentos da vida destes (Sapeta, 2011).

Na opinião de Capelas (2009), para que se prestem cuidados paliativos de qualidade é preciso desenvolver uma estratégia eficiente que permita uma adequada articulação entre o setor público de saúde e a oferta disponível pelas entidades privadas.

¹⁰ ... an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problem associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual.

Tendo em conta que toda a população procura processos de saúde, cada país desenvolve estratégias com o fim de dar resposta a esta necessidade. O conjunto de atividades desenvolvidas nesse sentido resulta num sistema de saúde em que o seu financiamento parte da coordenação de profissionais de saúde com a dos outros parceiros de cuidados. O sistema de saúde desenvolvido para cada país é diferente, já que a sua criação tem por base diferentes ideologias históricas, políticas e morais (Beresniak e Duru,1999).

Ao longo dos anos as instituições de saúde dotaram-se de sofisticada tecnologia, com a finalidade de tratar a doença, no entanto, o que se verificava é que quando o tratamento do cliente já não era possível, e este se aproximava inevitavelmente da morte, eram poucos os hospitais que estavam preparados para aliviar o seu sofrimento e melhorar a sua qualidade de vida e conforto. Perante esta problemática a OMS considera os CP uma prioridade da política de saúde e recomenda uma abordagem programada e planificada dos mesmos, com o objetivo de dar apoio aos clientes que se encontram numa fase mais avançada da sua doença.

O Conselho da Europa é da mesma opinião e considerou que existiam ameaças ao direito fundamental do ser humano ao não ser assistido na sua fase final de vida, nomeadamente na prevenção do seu sofrimento e na prestação de cuidados num local apropriado que promova a sua dignidade. Estes cuidados prestados ao cliente assentavam nos seguintes princípios:

- Consagrar e defender o direito dos clientes incuráveis e na fase final da vida a uma gama completa de cuidados paliativos;
- Proteger o direito dos clientes incuráveis e na fase final da vida à sua própria escolha;
- Manter a interdição de, intencionalmente se pôr fim à vida dos clientes incuráveis e na fase final da vida (Direção Geral de Saúde, 2004).

Os CP surgiram em Portugal no início dos anos 90, a sua origem centrou-se na criação de um serviço de CP, inicialmente como Unidade de Dor, localizado num hospital geral em 1992 (Marques *et al.*, 2009). A partir desta altura, e por todo o país foram surgindo outras entidades que tinham na sua génese a prestação aos clientes e suas famílias de CP são exemplos, as equipas domiciliárias de cuidados continuados e o desenvolvimento de serviços de CP em vários hospitais. Contudo, o que se verifica atualmente é um número de serviços e programas de CP abaixo das necessidades que seria o desejado. Neste momento existem 87 entidades de CP conhecidas pela APCP, estas encontram-se divididas entre, Unidades de

Cuidados Paliativos (Internamento) (UCP), Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP) e EIHSCP.

Em 2004 foi aprovado o Programa Nacional de Cuidados Paliativos, este documento considerava que os CP constituíam um elemento fulcral dos cuidados de saúde gerais, para além disso surgiam na defesa dos direitos humanos e como uma obrigação social em termos de saúde pública. No âmbito deste programa os CP incluíam *o apoio à família, prestadas por equipas e unidades específicas de cuidados paliativos, em internamento ou no domicílio, segundo níveis de diferenciação. Têm como componentes essenciais: o alívio dos sintomas; o apoio psicológico, espiritual e emocional; o apoio à família; o apoio durante o luto e a interdisciplinaridade* (DGS, 2004, p. 1).

Foi o Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho que criou a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), nele são definidos a constituição e funções das equipas de CP que integram esta Rede. Segundo este documento a Rede é constituída por unidades e equipas de cuidados continuados de saúde, e ou apoio social, com origem nos serviços comunitários abrangendo os hospitais, os centros de saúde, os serviços distritais e locais da segurança social, a rede solitária e as autarquias locais.

Atualmente, e com base no Decreto-Lei n.º 136/2015 de 28 de Julho, as unidades e equipas em cuidados paliativos deixam de estar integrados na RNCCI. Desta forma, este documento prevê que: as unidades da RNCCI podem coexistir com as unidades da Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP), que a RNCCI pode integrar as ECSCP, e que as unidades e serviços da RNCCI em função das necessidades, podem prestar ações paliativas, por forma a proporcionar o bem-estar dos clientes.

A Lei n.º 52/2012 de 5 de Setembro cria a Lei de Bases dos Cuidados Paliativos, esta lei consagra o direito e regula o acesso dos cidadãos aos CP, define e responsabilidades do Estado nesta matéria e cria a RNCP a funcionar sob o Ministério da Saúde (DR, 2012).

Esta Lei considera os **Cuidados Paliativos**, como *cuidados ativos, coordenados e globais, prestados por unidades ou equipas específicas, em internamento ou no domicílio, a clientes em situação de sofrimento decorrente de doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva, assim como às suas famílias, com o principal objetivo de promover o seu bem-estar e a sua qualidade de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, com base na identificação precoce e no tratamento rigoroso da dor e outros problemas físicos, mas também psicossociais e espirituais*. Para além disso estes cuidados devem, *respeitar a autonomia, a vontade, a individualidade, a dignidade da pessoa humana e a inviolabilidade da vida humana* (DR, 2012, p. 5119-5120).

Segundo o mesmo documento as **Ações Paliativas**, consistem em *medidas terapêuticas sem intuito curativo, isoladas e praticadas por profissionais sem preparação específica, que visam minorar, em*

internamento ou no domicílio, as repercussões negativas da doença sobre o bem-estar global do cliente, nomeadamente em situação de doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva (DR, 2012, p. 5119).

Os CP podem ser prestados em instalações e internamento próprios que se designam por Unidades de Cuidados Paliativos (UCP) ou por Equipas de Suporte de Cuidados Paliativos (ESCP). As Equipas de Suporte são equipas móveis, sem lugares de internamento dedicados, mas que acompanham de forma estruturada e diferenciada os clientes que requerem cuidados paliativos, quer no internamento, quer no domicílio.

Assim, os CP podem ser organizados segundo as diferentes tipologias:

- Unidade de Cuidados Paliativos – centrada em instalações com espaço físico próprio, assim como lugares de internamento próprios, especificamente dedicadas a CP;
- Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos – dirigidas a clientes internados, em hospitais ou outras unidades de internamento;
- Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos – dirigidas a clientes em cuidados domiciliários ou internados em Unidades de Cuidados Continuados.

Mediante as várias tipologias de CP, os clientes poderão consoante a fase de evolução da sua doença ser apoiados por estas, na resposta às suas necessidades, uma vez que os destinatários dos CP são clientes que:

- Não têm perspetiva de tratamento curativo;
- Têm uma progressão rápida da doença e com expectativa de vida limitada;
- Têm intenso sofrimento;
- Têm problemas e necessidades de difícil resolução que exigem apoio específico, organizado e interdisciplinar.

A Associação Europeia de Cuidados Paliativos (EAPC) propõe a divisão dos tipos de CP em quatro níveis, que se distinguem entre si pela capacidade de resposta a situações de maior ou menor complexidade e pela formação dos profissionais implícitos. Desta forma os níveis de diferenciação passam por:

Ação Paliativa

- Representa o nível básico de palição e corresponde genericamente à prestação de ações paliativas, sem intuito curativo, sem recurso a equipas ou estruturas diferenciadas;
- Pode e deve ser prestada quer em internamento, quer no domicílio, por quaisquer profissional e em todos os níveis de instituições e cuidados de saúde.

Cuidados Paliativos de Nível I

- São CP individualizados, organizados e planificados;
- São prestados por equipas multidisciplinares básicas, com formação diferenciada em CP, que não dispõem de internamento próprio e que podem prestar diretamente os cuidados ou exercer funções de apoio técnico a outras equipas;
- Estruturam-se habitualmente como ESCP;
- Podem ser prestados a clientes internados, ambulatoriais ou no domicílio, que necessitam de CP diferenciados.

Cuidados Paliativos de Nível II

- São CP diferenciados, organizados e planificados que garantem a prestação direta e/ou apoio efetivo nas 24 horas;
- Requerem a prestação direta dos cuidados por equipas multidisciplinares alargadas, em que a maioria dos elementos tem a sua base de atividade na equipa, em que todos têm formação diferenciada em CP e em que os elementos com funções de chefia ou coordenação técnica têm formação avançada em CP;
- Habitualmente são prestados através de UCP, com internamento próprio, podendo incluir também cuidados domiciliários e no ambulatório.

Cuidados Paliativos de Nível III

São cuidados prestados a clientes em instituições de elevada diferenciação que se assumem como referência na prestação de cuidados, na formação e na investigação. Reúnem as condições e capacidades próprias dos Cuidados Paliativos de Nível II acrescidas das seguintes características:

- Desenvolvem programas estruturados e regulares de formação diferenciada ou avançada em CP;
- Desenvolvem atividade regular de investigação diferenciada em CP;
- Possuem experiência e diferenciação reconhecidas que lhes permitem responder a situações de elevada exigência e complexidade em matéria de CP, assumindo-se como unidades de referência;
- Integram no seu funcionamento próprio equipas que permitem oferecer maior variedade e continuidade de CP diferenciados, englobando internamento, ambulatório e cuidados domiciliários (DGS, 2004).

A implementação dos diferentes serviços de CP deve ser assente nos princípios de equidade, relativos aos recursos do acesso e à utilização destes serviços nas diferentes regiões dos pais. Assim sendo, a criação e o desenvolvimento dos serviços de CP deve ter em conta fatores como a densidade populacional, o nível etário, taxa de mortalidade e acessibilidade a CP mais próximos.

Torna-se importante salientar que a necessidade de prestar CP a um cliente não é determinada pelo diagnóstico clínico, mas pela situação e necessidades do cliente. No entanto, as doenças que mais frequentemente carecem de CP são o cancro, a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, doenças cardiovasculares e neurológicas graves e rapidamente progressivas. A presença destas doenças desencadeia sintomas nos clientes que pela sua intensidade, complexidade e implicações a nível individual e familiar, são de difícil resolução em ambiente hospitalar se não existir um apoio especializado.

Os CP não podem ser considerados como um apoio no final da vida, uma vez que muitos dos clientes necessitam de ser acompanhados durante semanas ou meses antes da morte, no entanto é habitual ser na fase final da evolução da doença, que os sintomas se tornem mais intensos e este apoio se torne mais necessário. O ideal seria que este fator fosse preponderante na gestão da capacidade de vagas na resposta dos serviços de CP, de forma a evitar demasiadas demoras no internamento dos clientes, que só querem ver suprimido o seu sofrimento e obter conforto e bem-estar que têm por direito.

2. REALIDADE DA EIHSCP DO CENTRO HOSPITALAR

A EIHSCP onde foi realizado este estágio de observação encontra-se localizada num espaço físico definido do CH, e funciona de forma autónoma onde coordena e estrutura a sua atividade. É uma equipa multidisciplinar que segundo os níveis de diferenciação apresentados no capítulo anterior, prestam Cuidados Paliativos Nível I.

Esta equipa é constituída por:

- Dois médicos (a tempo parcial) com formação diferenciada em Cuidados Paliativos
- Dois enfermeiros (a tempo inteiro) com formação diferenciada em Cuidados Paliativos
- Apoio psiquiátrico / psicológico
- Apoio espiritual
- Apoio social
- Secretariado

Esta equipa presta aconselhamento e apoio diferenciado em cuidados paliativos especializados a outros profissionais e aos serviços no hospital, assim como aos clientes e suas famílias, para além de, prestar assistência na execução do plano individual de cuidados aos clientes internados em situação de sofrimento decorrente de doença grave ou incurável, em fase avançada e progressiva ou com prognóstico de vida limitado, para os quais seja solicitada a sua actuação (DR, 2012, p. 5122).

Desta forma, a EIHSCP dá apoio a clientes e seus familiares em que a sintomatologia e a intensidade de cuidados requerem CP diferenciados, que não podem ser prestados no domicílio mas que também não carecem, nesta fase, de critérios de admissão numa UCP. Esta equipa coopera com os profissionais de saúde nos diversos serviços do CH, no sentido de estabelecerem um mapa de cuidados especializado para aquele cliente, para além de realizarem também o acompanhamento dos clientes e familiares em consulta, com a finalidade de darem resposta às necessidades manifestadas por estes, como o alívio da sintomatologia decorrente da doença, encaminhamento para apoio social e avaliação do desgaste familiar, entre outros.

O objetivo principal deste estágio de observação centrava-se na aquisição/aprofundamento das competências específicas dos enfermeiros especialistas em enfermagem na pessoa em situação crónica e paliativa, designadamente:

- L5 - Cuida de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares em todos os contextos de prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida;

- L6 - Estabelece relação terapêutica com pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas e à morte.

Uma vez que desempenhamos a nossa atividade profissional num serviço de internamento, onde consta a valência de oncologia, e por variadas situações nos deparamos com clientes em fase terminal da sua doença, com necessidade de receberem ações paliativas, optamos por limitar este estágio de observação às consultas prestadas pela EIHSCP aos clientes e suas famílias, uma vez que se trata de uma realizada menos conhecido por nós.

Estas consultas são realizadas por médico e enfermeiro onde clientes, familiares ou cuidadores expressam as suas necessidades de apoio e descrevem sintomatologia manifestada pelo cliente decorrente do diagnóstico ou de complicações deste. Mediante as queixas expressas a EIHSCP tenta responder de forma suprimir as mesmas, através do ajuste de terapêutica, encaminhamento para apoio social ou internamento do cliente se for necessário.

No decorrer das consultas tivemos a oportunidade de conhecer a “Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton”, esta escala é aplicada aos clientes em consulta e consiste num instrumento de avaliação composto por nove itens, associados a sintomas físicos e psicológicos (dor, cansaço, náusea, depressão, ansiedade, sonolência, apetite, sensação de bem-estar e falta de ar), que podem ser expressos pelos clientes com doença crónica, com o objetivo de após o conhecimento da sua sintomatologia lhes sejam facultados alternativas de tratamentos, ou medidas que diminuam ou anulem os sintomas demonstrados.

Estas consultas permitem igualmente um melhor esclarecimento a clientes e familiares do diagnóstico e alternativas de tratamentos que diminuam os sintomas associados ao mesmo, de forma a minimizar o sofrimento do cliente, potencializando a sua qualidade de vida, conforto e bem-estar. Durante estas consultas e mediante o estado e a fase de doença que o cliente nos demonstra é também possível articular o trabalho realizado por esta equipa com a ECSCP de forma a promover e facilitar a continuidade de cuidados entre o CH, os Centros de Saúde e o domicílio.

Outras das atividades desenvolvidas por esta equipa prendem-se com o acompanhamento telefónico, que estes profissionais fazem aos clientes. Este seguimento tem como finalidade conhecer o estado de saúde do cliente, nomeadamente sintomas desencadeados pelo diagnóstico e adaptação à medicação instituída, entre outros. Se no decorrer do telefonema o profissional constatar que seria benéfico que aquele cliente fosse observado em consulta, a mesma é agendada no momento. Consideramos esta atividade

bastante importante, pois permite que clientes que não necessitam de um seguimento tão regular em consulta, não deixem de ser acompanhados por esta equipa.

Pelo fato de trabalharmos num serviço de internamento com clientes portadores de diversas patologias e muitas vezes em fase final da sua doença, este estágio permitiu-nos perceber que relativamente à criação de uma relação terapêutica com o cliente, família e cuidadores de forma a facilitar o processo de adaptação às perdas e à morte, este processo é facilitado quando se tem um conhecimento mais precoce do cliente e família e mais aprofundado da situação. O que se verifica muitas vezes em regime de internamento é que, estas pessoas são internadas numa fase avançada da sua doença, em que o profissional de saúde não possui informações nem do cliente, família ou cuidador, nem da sua situação de saúde, o que impossibilita muitas vezes o profissional de estabelecer uma relação terapêutica com o cliente ou sua família, impedindo assim uma correta adaptação ao processo de perdas e morte.

O que acontece na consulta é que geralmente os clientes e familiares são seguidos durante um período mais alargado de tempo e os profissionais de saúde que lidam com estes poderão ter uma maior proximidade com o processo que aquela família está a vivenciar, tornando-se esta aproximação uma mais-valia no momento mais avançado de doença. Assim, consideramos que seria vantajoso existir uma maior interligação entre a consulta de CP e o internamento, por forma a possibilitar o crescimento de uma relação terapêutica entre o enfermeiro e cliente, cuidador e família. O enfermeiro ao estabelecer uma relação terapêutica prévia com estes clientes e familiares, mais facilmente e de forma mais eficaz, consegue responder às necessidades vivenciadas por estes, uma vez que a relação terapêutica estabelecida entre enfermeiros e clientes influencia os mecanismos de adaptação ao processo de luto e às situações de perda e morte.

Terminamos esta exposição salientando ainda o papel ativo que as EIHSCP têm na referenciação dos clientes para outros serviços de CP, além de contribuírem na sensibilização dos profissionais de saúde na prática dos CP.

CONCLUSÃO

Apesar de trabalharmos diariamente com clientes e famílias em fase final da sua vida, em regime de internamento, consideramos que este estágio de observação na EIHSCP foi uma mais-valia no aprofundamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na vertente da pessoa em situação crónica e paliativa.

A realização do estágio na EIHSCP deste CH permitiu-nos conhecer a sua dinâmica, nomeadamente a sua ligação com os serviços de internamento e as diferentes especialidades clínicas existentes num hospital e conhecer o trabalho desenvolvido em consulta com os clientes e familiares, para além de outras vertentes como a articulação desta equipa com a ECSCP de forma a promover e facilitar a continuidade de cuidados entre o CH e o domicílio.

Enquanto profissionais de saúde esta experiência permitiu a consolidação de saberes que na nossa perspetiva irá contribuir por um lado para uma referenciação dos clientes mais precocemente a esta equipa mais diferenciada, e por outro lado numa resposta mais refletida às necessidades expressas por clientes na melhoria do seu bem-estar, conforto e qualidade de vida, mas também no apoio a familiares e cuidadores de forma a facilitar o seu processo de adaptação às perdas e à morte.

Desta forma, terminamos a elaboração deste relatório, considerando que atingimos ao objetivos propostos inicialmente.

REFERÊNCIAS

BIBLIOGRÁFICAS

BÉRESNIAK, Ariel; DURU, Gérard – **Economia da saúde**. Lisboa: Climepsi, 1999. ISBN 972-8449-14-3.

SAPETA, Paula – **Cuidar em fim de vida: o processo de interação enfermeiro-cliente**. Loures: Lusociência, 2011. ISBN 978-972-8930-69-1.

SILVA, João Fernandes – **Quando a vida chega ao fim – Expectativas do Idoso Hospitalizado e Família**. Camarate: Lusociência, 2006. ISBN 972-8930-25-9.

ELETRÓNICAS

CAPELAS, Manuel Luís – Cuidados Paliativos: Uma Proposta para Portugal. Cadernos de Saúde [Em linha]. Vol.2 nº 1 (2009), p.51-57 [Consult. em 15 de Fevereiro 2016] Disponível em WWW:<URL: http://www.apcp.com.pt/uploads/manuel_luis_capelas_1.pdf >. ISSN 1647-0559.

DECRETO-LEI nº 101/2006. D.R. 109 (06-06-2006) 3856-3864. [Em linha]. [Consult. em 15 Fevereiro 2016] Disponível em WWW:<URL: <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/38563865.pdf>>.

DECRETO-LEI nº 136/2015. D.R. I Série. 145 (28-07-2015) 5081-5091. [Em linha]. [Consult. em 15 Fevereiro 2016] Disponível em WWW:<URL: <https://dre.pt/application/conteudo/69879425>>.

LEI nº 52/2012. D.R. I Série. 172 (05-09-2012) 5119-5124. [Em linha]. [Consult. em 22 Fevereiro 2016] Disponível em WWW:<URL: <http://www.apcp.com.pt/uploads/leidebasesdoscp.pdf>>.

MARQUES, António, et al. – O desenvolvimento dos cuidados paliativos em Portugal. Patient Care [Em linha]. Outubro (2009), p.32-38 [Consult. em 27 Fevereiro 2016] Disponível em WWW:<URL: <http://www.apcp.com.pt/uploads/cp.pdf>>.

Organização de Serviços em Cuidados Paliativos – Recomendações da APCP [Em linha]. Lisboa: Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos, 2006. [Consult. em 26 Fevereiro 2016]. Disponível em WWW:<URL: http://www.apcp.com.pt/uploads/Recomendacoes_Organizacao_de_Servicos.pdf>.

Programa Nacional de Cuidados Paliativos [Em linha]. Lisboa: Direção Geral de Saúde, 2004. [Consult. em 24 Fevereiro 2016]. Disponível em WWW:<URL: [http://www.apcp.com.pt/uploads/Plano_Nacional_CP_-_Circular_Normativa_\(DGS_13-7-2004\).pdf](http://www.apcp.com.pt/uploads/Plano_Nacional_CP_-_Circular_Normativa_(DGS_13-7-2004).pdf)>.

SILVA Ednamare; SUDIGURSKY, Dora – Conceções sobre cuidados paliativos: revisão bibliográfica. *Artigo Revisão* [Em linha]. Vol. 21 n° 3 (2008), p.504-508 [Consult. em 17 Fevereiro 2016] Disponível em WWW:<URL: http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n3/pt_20.pdf>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – **Palliative Care** [Em linha]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2004 [Consult. em 1 Março 2016] Disponível em WWW:<URL: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/98418/E82931.pdf>. ISBN 9289010916.