



Manuela Afonso da
Fonseca

Relatório de Trabalho de Projeto

Prevenção das infeções associadas à
cateterização venosa central no adulto

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

Junho de 2015

Manuela Afonso da
Fonseca

Relatório de Trabalho de Projeto

Prevenção das infeções associadas à
cateterização venosa central no adulto

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

Junho de 2015

[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, Manuela Afonso da Fonseca

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

“Os que se encantam com a prática sem a ciência são como os timoneiros que entram no navio sem timão nem bússola, nunca tendo certeza do seu destino.”

Leonardo da Vinci

AGRADECIMENTOS

Não seria possível a concretização deste trabalho sem a colaboração de inúmeras pessoas que tornaram este projeto possível e às quais gostaríamos de agradecer:

À instituição hospitalar, que nos autorizou a elaboração do trabalho de projeto e nos permitiu os estágios.

À equipa multidisciplinar que contribuiu para a realização deste projeto, pela sua cooperação, disponibilidade, interesse e receptividade.

À professora Elsa Monteiro pela sua orientação, colaboração, encorajamento e críticas construtivas.

À enfermeira Felisbela Barroso, orientadora dos estágios, um agradecimento muito especial pela disponibilidade, apoio, colaboração e pelo ombro amigo nos momentos mais difíceis.

À nossa família pelo incentivo que nos deram para abarcarmos este desafio, mesmo sabendo que isso iria significar algumas ausências.

Ao Luís André pela presença, compreensão e confiança demonstrada em todos os momentos que marcaram este percurso profissional.

A todos um sincero obrigado!

RESUMO

Este relatório resulta de um processo de aprendizagem, realizado no âmbito do 4º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde de Setúbal do Instituto Politécnico de Setúbal e do trabalho realizado no âmbito do 3º Curso de Pós-Licenciatura de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, no qual procedemos à realização de três estágios numa Unidade de Cuidados Intensivos de um Centro Hospitalar na Margem Sul do Tejo, com vista à aquisição de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

No decorrer dos três estágios contemplados no Plano de Estudos do 3º CPLEE desenvolvemos um Projeto de Intervenção em Serviço (PIS) e um Projeto de Aprendizagem Clínica (PAC) de acordo com a metodologia de projeto que se define como um “conjunto de operações explícitas que permitem produzir uma representação antecipada e finalizante de um processo de transformação do real” (GUERRA, *cit in* RUIVO *et al*, 2010, p.3).

A temática do PIS incidiu na área da prevenção e controle de infeção associada aos cuidados de saúde relacionado com o cateter venoso central. Assim após a aplicação de um questionário à equipa de enfermagem da UCI, a construção de uma FMEA e uma análise de SWOT no decorrer da fase de diagnóstico enunciamos como objetivo geral contribuir para a prevenção das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde relacionadas com os cateteres venosos centrais, e como objetivos específicos elaborar um procedimento sobre a prevenção da infeção associada à cateterização venosa central no adulto, elaborar uma *checklist* de verificação do procedimento e formar a equipa sobre a prevenção da infeção associada à cateterização venosa central no adulto, que após a sua implementação permitiu-nos desenvolver 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.

Com vista à aquisição das restantes competências específicas do enfermeiro em Pessoa em Situação Crítica e da Pessoa em Situação de Doença Crónica, desenvolvemos um PAC, que tinha como objetivos específicos prestar cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica, formar os elementos da equipa multidisciplinar que constituem a EEMI sobre o papel desta equipa no plano de emergência interno do Centro Hospitalar,

elaborar um Artigo de reflexão sobre os cuidados paliativos nas unidades de cuidados intensivos e organizar um dossier temático sobre documentos e recursos existentes para cuidar a pessoa com doença crónica.

Palavras-chave: Prevenção, Infecção, cateter venoso central, metodologia de trabalho de projeto e competências.

ABSTRACT

This report is a result of a learning process, performed in the area of the 4th Masters Degree in Medical-Surgical Nursing in the College of Health Education of Setúbal of the Polytechnic Institute of Setúbal and the work performed in the area of the 3rd Postgraduate Course of Specialist in Medical-Surgical Nursing.

Three traineeships occurred during this work in an Intensive Care Unit of a Medical Establishment in the South Bank of the Tagus in order to acquire specific and common skills of a Specialist in Medical-Surgical Nursing.

In the course of the traineeships contemplated in the Study Plan of the 3rd Postgraduate Course of Specialist in Medical-Surgical Nursing, we developed an Intervention in Service Project (ISP) and a Clinical Learning Project (CLP) according to the project methodology defined as “a group of explicit operations which allow to produce an anticipated and finalizing representation of a real transformation process.” (GUERRA, cit in Ruivo et al, 2010, p.3).

The theme of the ISP focused in the area of prevention and control of infections associated to health care related to the central venous catheter. Thus, after applying a questionnaire to the nursing team in the Intensive Care Unit, the building of a FMEA and a SWOT analysis in the course of the diagnostic fase, we announced as general aim to contribute for prevention of infections associated to the health care related to the central venous catheters and as a specific aim elaborate a procedure about the prevention of the infection associated to the central venous catheterisation in an adult. We elaborated a check list of verification of the procedure and informed the team about the prevention of the infection associated to the central venous catheterisation in an adult which after its implementation permitted us to develop the K3 competence. It maximises the interventions in the prevention and control of the infection in a person in critical situation and/or organic failure due to the complexity of the situation and to the necessity of adequate answers in active time.

In order to acquire other specific skills of a nurse with people in Critical Situations we developed a CLP. It has as specific aims to provide care to a person in emergent situations and anticipate instability and risk of organic failure, form the elements of the multidisciplinary team which constitute an EEMI about their role in the internal emergency plan of the health facility, elaborate a

reflexion article about the alleviative care in Intensive Care Units and organize a thematic dossier with documents and existing resources to care for a person with chronic diseases.

Key-words: Prevention, Infection, central venous catheter, project work methodology and competences.

SIGLAS:

CA – Conselho de Administração

CCI – Comissão de Controlo de Infeção

CGR – Comissão de Gestão do Risco

CHKS – *Caspe Healthcare Knowledge Systems*

CPLEE – Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem

CVC – Cateter Venoso Central

DGS – Direção-Geral da Saúde

DR – Diário da República

EEMI – Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

EPE – Entidade Pública Empresarial

EPI – Equipamento de Proteção individual

ESS – Escola Superior de Saúde

EV - Endovenoso

FMEA – Failure Mode and Effect Analysis

IACS – Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde

IAH – Infeções Adquiridas no Hospital

INCS – Infeções Nosocomiais da Corrente Sanguínea

MRSA – *Staphylococcus aureus metilina-resistente*

NOC – Norma de Orientação Clínica

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAC – Projeto de Aprendizagem Clínica

PCR – Paragem Cardiorrespiratória

PIS – Projeto de Intervenção em Serviço

PNCI – Plano Nacional de Controlo de Infeção

POPCI - Plano Operacional de Prevenção e Controlo de Infeção

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

RPN – Risk Priority Number

SAV – Suporte Avançado de Vida

SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SIECE – Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem

SIV – Suporte Imediato de Vida

SWOT – Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UT – Unidade Temática

VE – Vigilância Epidemiológica

ABREVIATURAS

Enf.^a – Enfermeira

Enf.^o - Enfermeiro

Exma. – Excelentíssima

Prof.^a – Professora

Sr. – Senhor

Sra. – Senhora

ÍNDICE DE TABELAS:

	Pág.
Tabela 1 – Resultados do HELICS-UCI	52

ÍNDICE:

	Pág.
0 – INTRODUÇÃO	13
1 – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	16
1.1 – TEORIA DE ENFERMAGEM DE FAYE GLENN ABDELLAH	16
1.2 – PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFEÇÃO	21
1.2.1 – PRINCÍPIOS GERAIS DE CONTROLO DE INFEÇÃO	23
1.2.2 – INFEÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE	28
1.2.3 – PROGRAMA NACIONAL DE PREVENÇÃO E CONTROLO DAS INFEÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE	31
1.2.4 – AS INFEÇÕES ASSOCIADAS AO CATETER VENOSO CENTRAL	36
1.3 – QUALIDADE EM SAÚDE	41
2 – PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO	50
2.1 – DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO	51
2.2 – PLANEAMENTO	57
2.3 – EXECUÇÃO E AVALIAÇÃO	61
2.4 – DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS	66
3 – PROJETO DE APRENDIZAGEM CLÍNICA	67
3.1 – DIAGNÓSTICO	67
3.2 – PLANEAMENTO	70
3.3 – EXECUÇÃO E AVALIAÇÃO	72
4 – ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS	80
4.1 – COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	80
4.2 – COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA	85
4.3 – COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÓNICA E PALIATIVA	89
5 – ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS DE MESTRE	92
6 – CONCLUSÃO	99
7 - BIBLIOGRAFIA	101

APÊNDICES	108
APÊNDICE I – Caracterização da UCI	109
APÊNDICE II – Cronograma Estágio I	117
APÊNDICE III – Cronograma Estágio II	119
APÊNDICE IV – Cronograma Estágio III	122
APÊNDICE V – Ficha de Diagnóstico de Situação PIS	125
APÊNDICE VI – Análise FMEA	131
APÊNDICE VII – Questionário	140
APÊNDICE VIII – Consentimento livre e esclarecido	145
APÊNDICE IX – Tratamento de dados do questionário	147
APÊNDICE X – Análise SWOT	174
APÊNDICE XI – Ficha de Planeamento PIS	176
APÊNDICE XII – Procedimento para prevenção das infeções associadas à cateterização venosa central no adulto	185
APÊNDICE XIII – <i>Checklist</i> de verificação do procedimento	200
APÊNDICE XIV – Diapositivos da formação do CVC	203
APÊNDICE XV – Plano de sessão da formação do CVC	208
APÊNDICE XVI – Divulgação da ação de formação do CVC	211
APÊNDICE XVII – Ficha de avaliação da formação do CVC	213
APÊNDICE XVIII – Tratamento das fichas de avaliação da formação do CVC	215
APÊNDICE XIX – Tratamento de dados da <i>checklist</i> de verificação do procedimento	231
APÊNDICE XX – <i>Checklist</i> de verificação da colocação do CVC	246
APÊNDICE XXI – Checklist de verificação da manutenção do CVC	249
APÊNDICE XXII – Tratamento de dados das <i>checklists</i> de verificação do procedimento	252
APÊNDICE XXIII – Trabalho de Supervisão de Cuidados	272
APÊNDICE XXIV – Diapositivos da formação do PEI e papel da EEMI	316
APÊNDICE XXV – Plano de sessão da formação do PEI e papel da EEMI	320
APÊNDICE XXVI – Divulgação da formação do PEI e papel da EEMI	323
APÊNDICE XXVII – Ficha de avaliação da formação do PEI e papel da EEMI	325
APÊNDICE XXVIII – Tratamento das fichas de avaliação da formação PEI, papel da EEMI	327
APÊNDICE XXIX – Artigo “Os Cuidados Paliativos Nas UCIs: Que Realidade?”	341
APÊNDICE XXX – Dossier temático de apoio à consulta de Medicina Intensiva	353

ANEXOS	389
ANEXO I – Pedido de autorização ao Conselho de Administração	390
ANEXO II – Divulgação do Procedimento para a Prevenção da Infecção associada à Cateterização Venosa Central no Adulto	392



0 – INTRODUÇÃO:

No âmbito do 4º Mestrado em EMC da ESS do IPS foi-nos solicitado a elaboração de um Relatório de trabalho de projeto que pretende ser objeto de apreciação e discussão pública.

Um relatório de trabalho de projeto é o trabalho final que relata o que foi observado, analisado e realizado durante os estágios efetuados, devendo apresentar no seu conteúdo um enquadramento teórico e metodológico, com vista à elaboração de um trabalho de índole científica (SOUSA e BAPTISTA, 2011).

Assim, este relatório visa descrever o PIS e o PAC desenvolvidos no decorrer de três estágios interligados entre si e contemplados no plano de estudos do 3º CPLEE Médico-Cirúrgica da ESS do IPS, sob orientação da enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica F.B. e sob orientação pedagógica pela professora E. M. em que o estágio I e II decorreram no período de 7 de Outubro de 2013 a 27 de Janeiro de 2014, com um total de 270 horas e o estágio III de 3 de Março a 24 de Junho de 2014, que perfaz 405 horas e que decorreram na Unidade de Cuidados Intensivos de um Hospital da margem sul do Tejo.

Cada um dos estágios foi orientado para além da formação experiencial, para o desenvolvimento de um Projeto de Intervenção em Serviço (PIS) e um Projeto de Aprendizagem Clínica (PAC) com vista ao desenvolvimento/aquisição das competências comuns do enfermeiro especialista, competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica e competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crónica e paliativa.

Desta forma, o PIS foi desenvolvido de acordo com a metodologia projeto por consistir num “conjunto de operações explícitas que permitem produzir uma representação antecipada e finalizante de um processo de transformação do real” e por ter 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, constituindo uma ponte entre a teoria e a prática, uma vez que o seu suporte é o conhecimento teórico para posteriormente ser aplicado na prática (GUERRA, *cit in* RUIVO *et al*, 2010, p.3). Assim, após identificada uma problemática em contexto real corroborado por a aplicação de um instrumento de colheita de dados e aplicação de um instrumento de gestão o nosso PIS incidiu na área das Infeções associadas aos cateteres venosos



centrais e respetivas medidas de precaução, por esta área ser também do nosso interesse e por outro lado uma temática que faz parte de uma das competências dos enfermeiros especialistas em EMC.

Por outro lado, o PAC foi elaborado com base nos princípios da metodologia de projeto cujas temáticas escolhidas resultaram da observação e execução de práticas de enfermagem na UCI, sob orientação de Enfermeiros Especialistas, que nos direcionaram ao planeamento de intervenções com vista ao desenvolvimento/aquisição das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica e competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crónica e paliativa.

Este documento tem assim como objetivos:

- Apresentar o enquadramento conceptual e teórico que norteou o nosso trabalho no decorrer dos estágios realizados;
- Explanar o desenvolvimento do PIS, através da análise de cada uma das etapas que constituem a metodologia de projeto;
- Apresentar o desenvolvimento do PAC, através da análise de cada etapa que o constitui;
- Descrever as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, quer em pessoa em situação crítica, quer em pessoa em situação crónica e paliativa;
- Fazer uma análise reflexiva das competências de Mestre em EMC adquiridas e desenvolvidas.

Este relatório encontra-se dividido em 5 partes distintas.

No primeiro capítulo é realizado o enquadramento conceptual, onde apresentamos a Teoria da Faye Glenn Abdellah, que serviu de base para o trabalho desenvolvido quer ao longo do PIS quer do PAC e estágios. Fazemos também referência à prevenção e controlo de infeção, descrevendo os princípios gerais de controlo de infeção, desenvolvendo conceitos sobre as infeções associadas aos cuidados de saúde, articulando-os com o programa nacional de prevenção e controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde, por forma a desenvolvermos melhor o conceito das infeções associadas ao cateter venoso central por forma a obter ganhos em saúde.

No segundo capítulo é apresentado o Projeto de Intervenção em Serviço, sua definição e etapas constituintes.

Posteriormente no terceiro capítulo é apresentado o desenvolvimento do Projeto de Aprendizagem Clínica com as suas etapas constituintes.

Em seguida, no quarto capítulo, fazemos a análise das competências adquiridas, quer as competências comuns quer as específicas do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica e em pessoa em situação crónica e paliativa.



No quinto capítulo é apresentada a análise das competências de mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Por fim, no sexto e último capítulo, é apresentada a conclusão, onde refletimos sobre o trabalho realizado ao abordar as ideias mais significativas, a avaliação dos objetivos e os aspetos facilitadores e dificuldades sentidas.

O presente documento encontra-se redigido de acordo com as orientações do Acordo Ortográfico e guia-se pelas indicações da Norma Portuguesa 405.



1 – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

No presente capítulo apresentamos o enquadramento conceptual que norteou a nossa prática ao longo deste percurso. Nele apresentamos, de forma sumária, a Teoria da Faye Glenn Abdellah, enquanto teoria de médio alcance à qual nos associamos para a realização deste trabalho. Apresentamos, em seguida, o enquadramento da Enfermagem em Portugal, de forma a se compreender o nosso percurso profissional.

1.1 – TEORIA DE ENFERMAGEM DE FAYE GLENN ABDELLAH

A unidade básica na linguagem do pensamento teórico é o conceito. Webster (1991) *cit in* George *et al* (2000) 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” (p.11). Podem ser empíricos quando podem ser observados no mundo real, ou abstratos, se não são observáveis.

A enfermagem destaca quatro conceitos principais: a pessoa, a saúde, o ambiente e a enfermagem. A pessoa é aquele que recebe o cuidado de enfermagem. A saúde representa um estado de bem-estar decidido, mutuamente, pelo cliente e pela enfermeira. O ambiente pode representar os arredores imediatos, a comunidade ou o universo com tudo o que contém. A enfermagem é a ciência e a arte da disciplina. Juntos, eles formam o metaparadigma da enfermagem. Um metaparadigma identifica o conteúdo nuclear de uma disciplina (GEORGE *et al*, 2000).

Os conceitos são os elementos usados para gerar teorias. Kerlinger (1973) *cit in* GEORGE *et al*, 2000, define a teoria como “um conjunto de conceitos inter-relacionados, definições e proposições que apresentam uma forma sistemática de ver os fatos/eventos, pela especificação das relações entre as variáveis, com a finalidade de explicar ou prever o fato/evento” (p.12). Em suma, uma teoria sugere uma direção de como ver os fatos e os eventos.

Uma teoria de enfermagem completa é a que possui contexto, conteúdo e processo. O contexto é o ambiente no qual o ato de enfermagem tem lugar. O conteúdo é o assunto da teoria. O processo é o método pelo qual a enfermeira age ao usar a teoria. A enfermeira age sobre, com ou através dos elementos do conteúdo da teoria. (BARNUM, 1994 *cit in* GEORGE *et al*, 2000)



As teorias de enfermagem possuem diferentes níveis. O nível de uma teoria refere-se ao âmbito ou à variação dos fenómenos aos quais ela se aplica. Chinn e Kramer (1991) *cit in* GEORGE *et al*, 2000) declaram que “a teoria pode ser caracterizada como micro, macro, molecular, de variação média, molar, atomística e holística” (p.12).

Além de se distinguir as teorias por níveis, estas podem ser distinguidas também por categorias, segundo a abordagem feita pelos teóricos que as compõem. Neste sentido, as teorias de enfermagem podem pertencer às categorias de necessidades/problemas, interação, sistemas e campo de energia. Os teóricos orientados para as necessidades/problemas, enfocam as necessidades e os problemas que os clientes têm, procurando preenche-los ou corrigi-los, utilizando o processo de enfermagem. Os teóricos orientados para a interação enfocam o processo de comunicação no preenchimento das necessidades do cliente. Os teóricos de sistemas sugerem que o homem é composto de muitas partes ou subsistemas que, quando juntos, são mais e diferentes que a soma das suas partes. Os teóricos do campo de energia acreditam que as pessoas são campos de energia em constante interação com o seu ambiente ou com o universo (GEORGE *et al*, 2000).

A teoria só é importante se puder ser aplicada na prática. Para Fawcett *et al* (2003), cada padrão de conhecimento pode ser considerado um tipo de teoria e as diferentes formas de investigação utilizadas para desenvolver os diversos tipos de teorias produz diferentes tipos de provas, todos os quais são necessários para a prática de enfermagem baseada em evidências.

Cada padrão de conhecimento é um componente essencial da base do conhecimento integrado para a prática profissional, pelo que não devem ser utilizados isoladamente. Coletivamente, os diversos padrões de conhecimento constituem os fundamentos ontológicos e epistemológicos da disciplina de enfermagem e cada padrão de conhecimento pode ser considerado como um tipo de teoria. Estes quatro tipos de teorias estão sujeitos a diferentes interpretações, sendo consensual que constituem o conhecimento necessário para a prática de enfermagem (FAWCETT *et al.*, 2001).

Fawcett considera que o mundo não pode ser percebido sem um quadro de referências, ou seja, sem um modelo conceptual, sem o qual é impossível realizar observações. A escolha deste modelo deve obedecer ao critério de credibilidade (KAHN; FAWCETT, 1995).

Para ela, os modelos conceptuais informam e transformam a prática de enfermagem, informando e transformando as formas em que a prática é experienciada e entendida, e que a prática de enfermagem informa e transforma os próprios modelos, informando e transformando o conteúdo dos mesmos. Daí referenciar que “Há, então, uma relação recíproca entre os modelos conceptuais e as práticas de enfermagem” (FAWCETT, 1992, p.224). Deste modo, a prática clínica não é só um serviço clínico à pessoa, mas também um meio de desenvolvimento do conhecimento.



O modelo conceptual tem um grande impacto na investigação em enfermagem, guia todas as fases do estudo e define o fenómeno a ser estudado, a natureza do problema e os objetivos, os instrumentos a serem usados e os métodos a serem empregues (FAWCETT; TULMAN, 1990). Guia a investigação uma vez que é impossível realizá-la num vácuo conceptual (RADWIN; FAWCETT, 2002) e pode definir o fenómeno a ser estudado como o próprio fenómeno pode determinar a escolha do modelo conceptual.

Os artigos de investigação em enfermagem devem ser baseados, guiados ou gerar conhecimento de enfermagem distinto na forma de modelos conceptuais de enfermagem reconhecidos, grandes teorias ou teorias de médio alcance (FAWCETT, 2012).

A história do desenvolvimento da teoria e do pensamento teórico, na enfermagem, iniciou com os escritos de Florence Nightingale, com as *Notes on Nursing*, que apresentam a primeira teoria de enfermagem que enfoca a manipulação do ambiente visando o benefício do paciente. Foi este trabalho que orientou a prática de enfermagem por mais de 100 anos.

Nos anos 50, foi reconhecida a necessidade de preparar as enfermeiras em nível de graduação para as posições administrativas e educacionais. É neste sentido que o *Teachers College* da Universidade de Columbia desenvolveu programas educacionais de graduação para o preenchimento dessas necessidades funcionais (GEORGE *et al*, 2000). As primeiras conceptualizações teóricas da ciência da enfermagem vieram de formandos desses programas, dos quais destaque Virgínia Henderson e Faye Abdellah.

A teoria das necessidades de Virgínia Henderson é o referencial teórico com que a estudante se identifica à partida, uma vez que foi a base do seu conhecimento em Enfermagem durante o Curso de Licenciatura. Henderson definiu a enfermagem em termos funcionais. Afirmou que “a única função da enfermeira é assistir o indivíduo, doente ou saudável, no desempenho das atividades que contribuem para a saúde ou para a sua recuperação (ou para a morte pacífica) que executaria sem auxílio, caso tivesse a força, a vontade e os conhecimentos necessários. E fazê-lo de modo a ajudá-lo a conseguir a independência tão rapidamente quanto possível.” (HENDERSON, 1996 *cit in* TOMEY e ALLIGOOD, 2004).

Não se encontra uma definição específica de necessidade, mas Henderson identificou 14 necessidades básicas do doente, que compreendem os cuidados de enfermagem (HENDERSON, 1991 *cit in* TOMEY e ALLIGOOD, 2004).

Foi ao estudar Henderson que, quase por acidente, conhecemos a teoria de Faye Glenn Abdellah. Em 1960, influenciada pelo desejo de promover um cuidado abrangente de enfermagem centralizado no cliente, Abdellah descreveu a enfermagem como “uma ação para indivíduos, famílias



e, portanto, para a sociedade” (GEORGE *et al*, 2000, p.119). Para ela, a enfermagem é baseada na arte e na ciência moldada nas atitudes, na competência intelectual e nas habilidades técnicas individuais da enfermeira, visando ao desejo e à capacidade de ajudar pessoas, doentes ou sadias, a enfrentarem as suas necessidades de saúde.

A teoria de Abdellah 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” (GEORGE *et al*, 2000, p.120). Solucionar problemas é, então, o veículo para os problemas de enfermagem à medida que o cliente se move em direção à saúde, o resultado.

Segundo Abdellah, saúde pode ser descrita como o padrão dinâmico de funcionamento, em que existe uma contínua interação das forças internas e externas que resulta no uso ideal dos recursos necessários e serve para minimizar as vulnerabilidades. O relevo deve ser colocado sobre a prevenção e a reabilitação, tendo como meta para toda a vida o bem-estar. A enfermeira ajuda o cliente a atingir o estado de saúde, ao realizar as ações de enfermagem através de uma abordagem holística. Para desempenhar efetivamente essas ações, a enfermeira deve identificar corretamente as faltas ou deficiências relativas à saúde apresentadas pelo cliente. Essas faltas ou deficiências são as necessidades de saúde do cliente (GEORGE *et al*, 2000).

As necessidades de saúde do cliente podem ser vistas como problemas, que podem ser evidentes ou encobertos. Abdellah refere que o problema de enfermagem apresentado pelo cliente é uma condição enfrentada por ele ou pela sua família e que a enfermeira, através do desempenho das suas funções profissionais, pode auxiliar a preencher. Este ponto de vista leva a uma orientação mais centralizada na enfermagem do que no cliente (GEORGE *et al*, 2000).

O cuidado de enfermagem de qualidade exige que as enfermeiras sejam capazes de identificar e resolver os problemas de enfermagem evidentes e encobertos. O processo de solução de problemas envolve “a identificação do problema, a seleção dos dados pertinentes, a formulação de hipóteses, o teste das hipóteses através da colheita de dados, e a revisão das hipóteses, quando necessária, com base nas conclusões obtidas dos dados” (ABDELLAH e LEVINE, 1986 *cit in* GEORGE *et al*, 2000, p.121). Muitos destes passos são paralelos aos do processo de enfermagem: investigação, diagnóstico, planeamento, implementação e avaliação.

A identificação correta dos problemas de enfermagem influencia o julgamento da enfermeira sobre a escolha dos próximos passos para a resolução dos problemas. Os elementos básicos da prática de enfermagem como a observação, a comunicação e a interpretação dos sinais e sintomas que compreendem os desvios de saúde, a análise desses problemas e a seleção do curso de ação necessário, constituem a abordagem de solução de problemas.



O elemento crucial na teoria de Abdellah é a correta identificação dos problemas de enfermagem. Os problemas de enfermagem enfocam as necessidades físicas, biológicas e sociopsicológicas do cliente, tentando proporcionar uma base mais significativa para a organização do que as categorias de sistemas orgânicos. Abdellah identificou 21 problemas de enfermagem. São eles (Abdellah *et al*, 1960 *cit in* GEORGE *et al*, 2000):

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 eletrolítico.
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 individuo 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.

Comparando a teoria de Abdellah com a teoria de Henderson, nota-se uma semelhança grande entre as duas. A forte semelhança pode ser resultante do fato de que tanto Henderson quanto Abdellah foram expostas ao mesmo ambiente – o *Teachers College*, Universidade de Columbia, Nova



lorque. No entanto, os componentes de Henderson são descritos em termos de comportamentos do cliente, enquanto os problemas de Abdellah são formulados em termos de ações de enfermagem que devem ser incorporadas à determinação das necessidades do cliente (DeYoung, 1976 *cit in* GEORGE *et al*, 2000).

O nosso projeto de intervenção em serviço recai sobre a área do controlo de infeção, mais especificamente sobre a prevenção das infeções associadas ao cateter venoso central. A prevenção das infeções nosocomiais da corrente sanguínea (INCS) depende muito dos cuidados na colocação e manuseamento do CVC e vai ao encontro do problema de enfermagem descrito por Abdellah no ponto 3: “Promover a segurança através da prevenção de acidentes, ferimentos ou outros traumatismos e através da prevenção da disseminação da infeção”. Escolhemos a teoria de Faye Abdellah, porque se centra nas ações de enfermagem e não nos comportamentos dos doentes, sendo portanto mais indicada para este projeto.

1.2 – PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFEÇÃO

A infeção resulta da interação entre o agente infeccioso com o hospedeiro, formando-se a cadeia de infeção: agente – transmissão – hospedeiro. O controlo de infeção visa quebrar essa cadeia. Dentre os agentes infecciosos, as bactérias são as mais prevalentes, seguidas pelos fungos, vírus e parasitas. O hospedeiro é representado principalmente pelo paciente (também podendo ser o profissional ou o visitante) e o seu estado imunitário influi diretamente na infeção (MARTINS, 2001).

As infeções podem ser classificadas em comunitárias e hospitalares. A **Infeção comunitária** é a infeção constatada ou em incubação no momento da admissão do paciente, desde que não relacionada com internamentos anteriores no mesmo hospital. A **Infeção hospitalar** é a infeção adquirida após a admissão do paciente no hospital, e que se manifesta durante o internamento ou após a alta, quando puder ser relacionada com o internamento ou procedimentos hospitalares.

Para Wilson (2003), a interação dos humanos com os micróbios mudou consideravelmente ao longo da história, uma vez que os micróbios responsáveis pelas grandes epidemias do passado foram controlados através da melhoria das condições de vida, da vacinação e da quimioterapia. No entanto nas regiões onde estas condições não estão reunidas, não se têm conseguido controlar as doenças infecciosas, reaparecendo doenças antigas, como a tuberculose e aparecendo novas doenças, como é o caso da SIDA. Só através do conhecimento das fontes potenciais de



microrganismos, da forma como estes se disseminam e quem está suscetível de os contrair, é que se poderão tomar medidas apropriadas para prevenir a transmissão das infeções.

Os efeitos adversos causados pelos agentes patogénicos ao invadirem e se multiplicarem nos tecidos manifestam-se como sinais e sintomas. Segundo Wilson (2003), estes variam com a zona afetada. A nível local, os sintomas de infeção incluem a inflamação, a dor, o edema e o calor. Quando os microrganismos invasores superam as defesas imunitárias locais, aparecem sintomas sistémicos, como a febre e o mal-estar geral. Para provocar infeção os microrganismos têm primeiro de resistir a várias defesas do hospedeiro, pelo que as pessoas com o sistema imunitário comprometido são especialmente vulneráveis.

Os microrganismos têm um reservatório onde vivem, crescem e se multiplicam. Este pode estar no ambiente, nos animais ou nas pessoas. O corpo humano é reservatório de numerosas bactérias e fungos que colonizam o intestino, a pele e o trato respiratório. Um reservatório transforma-se em fonte de infeção quando os microrganismos têm forma de passar para hospedeiros suscetíveis. Nos ambientes clínicos, há mais probabilidade de se formarem reservatórios ambientais onde exista humidade. Os reservatórios e fontes de microrganismos mais comuns nos serviços são os próprios doentes, e em especial as secreções, excreções e lesões da pele (Wilson, 2003).

Há infeção endógena ou autoinfeção quando um microrganismo que coloniza uma zona do hospedeiro penetra noutra zona e provoca infeção. Quando os microrganismos causadores de doença são contraídos a partir de outra pessoa ou do ambiente, diz-se que se trata de uma fonte exógena e a transmissão é considerada infeção cruzada. É importante identificar a fonte de disseminação de um organismo, para investigar e controlar surtos de infeções. Uma vez detetada a fonte é possível atuar de forma a prevenir a continuação da transmissão (Wilson, 2003).

Para podermos prevenir as infeções, temos de conhecer como é que se transmitem os microrganismos. Para provocar doença, um agente patogénico tem de ter uma via de entrada no corpo. Uma vez dentro do corpo, o microrganismo pode disseminar-se pelos tecidos e ser mais tarde expelido pela mesma ou por outra via.

Os microrganismos podem transmitir-se a um hospedeiro suscetível como resultado do contato direto com as superfícies ou fluidos corporais de um indivíduo infetado. É a chamada transmissão por contato direto. Por outro lado, há microrganismos que são transportados indiretamente dos seus reservatórios para um novo hospedeiro, por pessoas, animais ou objetos inanimados. Nos contextos clínicos, esta transmissão indireta pode implicar veículos como as mãos, o equipamento, os alimentos e a água, ou as partículas existentes no ar (Wilson, 2003).



A primeira indicação evidente da importância do papel que as mãos desempenham na transmissão das infeções emanou do trabalho de Semmelweis, na década de 1850. “Semmelweis reparou que a febre puerperal era mais frequente na Maternidade, onde estudavam os estudantes de medicina, que no Serviço, onde os cuidados eram prestados por parteiras. Ocorreu-lhe que os estudantes de medicina podiam transportar a doença nas mãos, a partir dos cadáveres que dissecavam, e ordenou que lavassem as mãos em cal clorada após a dissecação e antes de examinarem as pacientes. Esta simples medida resultou numa redução espetacular dos índices de infeção e mortalidade” (Wilson, 2003, p.44).

1.2.1– PRINCIPIOS GERAIS DE CONTROLO DE INFEÇÃO

A infeção é uma complicação comum dos cuidados de saúde, mas em grande parte evitável, e que tem um impacto importante no doente e nos serviços de saúde. Uma pequena percentagem dos doentes hospitalizados tem doenças infecciosas, e é necessário tomar precauções para prevenir a transmissão a outros doentes e à equipa de saúde. Além disso, cerca de 6% dos doentes hospitalizados contraem infeções durante o internamento, muitas vezes em consequência de uma técnica ou dispositivo invasivo. Avaliou-se que o número destas infeções pode ser prevenido através de melhorias na prática de controlo de infeção (Wilson, 2003).

Segundo o mesmo autor, no passado, as medidas de controlo de infeção tendiam a centrar-se em medidas específicas para prevenir a transmissão a partir dos doentes que se sabia terem doenças contagiosas. O conceito de aplicação de medidas de controlo de infeção por rotina, nos cuidados a todos os doentes, independentemente de se saber ou não se têm infeções foi recomendado pela primeira vez no final da década de 1980. Esta abordagem, a que se chamou medidas universais, desenvolveu-se em resposta à epidemia emergente de VIH, que pôs em evidência os problemas relativos à identificação dos doentes infetados. As medidas universais foram inicialmente aplicadas a todos os fluidos orgânicos, mas quando se tornou evidente que os vírus do sangue não se transmitem através de todos os fluidos, passou a ser recomendada a exclusão desses fluidos das medidas universais, exceto quando contêm sangue visível.

As medidas universais postulam que existem práticas simples que podem ser utilizadas nos cuidados a todos os doentes, de forma a reduzir o risco de transmissão dos vírus do sangue aos profissionais de saúde. Estas medidas abrangem a manipulação segura dos objetos cortantes, a utilização de fatos protetores nas situações em que eventuais lesões na pele e mucosas do



profissional possam entrar em contato com sangue e outros fluidos orgânicos, o uso de pensos impermeáveis para cobrir lesões da pele, e a lavagem das mãos após qualquer contato com os fluidos orgânicos.

São medidas de rotina de controlo de infeção (Wilson, 2003, p.176):

- Lavagem das mãos (antes e depois de qualquer contato com o doente, depois de retirar as luvas e após contato com fluidos orgânicos);
- Manter a integridade da pele (proteger lesões da pele com penso impermeável, secar bem a pele e usar creme hidratante);
- Fatos protetores (para proteger do contato direto com fluidos orgânicos e avaliar o grau de risco de cada técnica e selecionar a proteção apropriada);
- Medidas de segurança para os objetos cortantes (equipamento com dispositivos de segurança, técnicas seguras de manusear e inutilizar os objetos cortantes, vacinação contra a hepatite B de todos os profissionais em risco e fazer relatório dos acidentes com sangue e fluidos orgânicos);
- Tratamento seguro dos desperdícios clínicos (usar procedimentos seguros na manipulação e inutilização dos desperdícios, descartar as excreções diretamente para o sistema de drenagem, incinerar o material descartável contaminado);
- Descontaminação do equipamento (limpar e descontaminar o equipamento após cada utilização, desinfetar a roupa utilizada por meio da lavagem e usar fatos protetores durante o manuseamento e limpeza);
- Descontaminação do ambiente (manter o ambiente limpo e sem pó e desinfetar os derramamentos de fluidos orgânicos).

Tal como para proteger o doente, as medidas de controlo da infeção são importantes para proteção da equipa de saúde. Os empregadores têm a responsabilidade de providenciar a identificação dos perigos do local de trabalho, a avaliação dos riscos que eles implicam e a adoção de medidas apropriadas de proteção contra os mesmos. Esta avaliação geral do risco destina-se a determinar quando são aplicáveis à respetiva área de trabalho as medidas previstas em regulamentos específicos já criados (Wilson, 2003).

A avaliação do risco requer uma abordagem estruturada, a que se chama análise de risco, e deve tomar em consideração tanto os trabalhadores como outras pessoas afetadas pelo trabalho destes. Engloba (Wilson, 2003, p.178):

- Avaliação do risco: identificar os perigos e as condições em que ocorrem e quantificar o risco relacionado com cada perigo e proceder ao seu registo formal



- Abordagem do risco: deliberar e implementar as ações necessárias para eliminar ou reduzir o risco
- Comunicação do risco: informar e formar os profissionais para os riscos e formas de lidar com os mesmos, e implementar medidas de controlo
- Monitorização do risco: avaliar a efetividade das medidas de controlo

Para o mesmo autor, quando se identifica um perigo, deve conceber-se uma hierarquia de medidas de controlo, a fim de prevenir ou reduzir os riscos associados a ele:

- Eliminar ou substituir o perigo: evitar a atividade ou substância e substituí-la por outra mais segura
- Medidas de controlo estrutural: usar equipamento com características de segurança
- Controlo das práticas de trabalho: adotar sistemas de trabalho que previnam ou reduzam os riscos, como fatos protetores, devendo selecionar as peças protetoras apropriadas para cada atividade que possa implicar exposição a um risco
- Medidas de controlo administrativo: providenciar que os profissionais envolvidos tenham conhecimento dos riscos e das medidas de controlo adotadas
- Monitorização e avaliação: registar e analisar os dados relativos aos acidentes, proporcionar vigilância de saúde quando indicado.

Deve ser feita uma avaliação do risco em todas as áreas clínicas, a fim de se identificarem os procedimentos que envolvem exposição a fluidos ou tecidos orgânicos, e também opções alternativas para reduzir os riscos dessa exposição. “A identificação dos perigos e a elaboração de conjuntos de medidas de controlo devem ser levadas a cabo por um grupo multidisciplinar familiarizado com cada área clínica em questão” (Wilson, 2003, p.180).

As medidas de rotina de controlo de infeção representam o padrão de cuidados que deve ser aplicado por rotina a todos os doentes, a fim de reduzir o contágio de microrganismos patogénicos entre doentes e profissionais. As mãos dos profissionais são o veículo mais comum de transmissão de microrganismos de doente para doente, e estão com frequência implicadas como via de transmissão nos surtos de infeção. Embora haja pouca evidência direta do envolvimento das mãos na passagem dos microrganismos de uma pessoa para outra, é geralmente aceite que estes se adquirem com frequência a partir das mesmas nos contextos clínicos, e que a lavagem das mãos é essencial para removê-los (Wilson, 2003).

As mãos devem ser lavadas com água e sabão antes de qualquer contato direto com o doente, e em especial antes e depois de manusear dispositivos invasivos, antes e depois de fazer pontos em feridas, antes e depois de qualquer contato com doentes imunodeprimidos, antes e depois



de manipular alimentos/bebidas, depois de manusear equipamento contaminado com fluidos orgânicos, depois de qualquer contato com sangue ou fluidos orgânicos, depois de manusear lixo clínico e roupa suja, depois de retirar as luvas, depois de ir à casa de banho e antes de sair da área clínica (Wilson, 2003).

Portugal aderiu, em 8 de Outubro de 2008, ao 1º desafio: Clean care is Safer Care, da “*World Alliance for Patient Safety*” da Organização Mundial da Saúde (OMS). O objetivo principal deste desafio é fomentar a higiene das mãos em todos os hospitais, à escala mundial e nacional.

A higiene das mãos é uma das medidas mais simples e mais efetivas na redução das infeções associadas aos cuidados de saúde. É consensual que a transmissão de microrganismos entre os profissionais e os doentes, através das mãos, é uma realidade incontornável (DGS,DQS). Neste contexto, a higiene das mãos integrada no conjunto das Precauções Básicas, constitui a medida mais relevante na prevenção e o controlo da infeção. É também considerada uma medida com impacto no controlo das resistências aos antibióticos.

A estratégia multimodal da *World Alliance for Patient Safety* da OMS para a higiene das mãos constitui a abordagem mais eficaz para a promoção de práticas de higiene das mãos e os exemplos de sucesso demonstraram a sua eficiência na redução de infeções associadas aos cuidados de saúde. Os elementos chave desta estratégia, a disponibilização da solução antisséptica de base alcoólica nos locais de prestação de cuidado, a acessibilidade a estruturas e equipamentos para a lavagem das mãos, a avaliação do desempenho nesta área, a informação de retorno aos profissionais, a formação e treino dos profissionais, a colocação de posters em locais estratégicos e a criação de uma cultura de segurança nas unidades de saúde. (DGS,DQS)

Em Portugal, a adesão inicial dos profissionais de saúde à higiene das mãos foi de 46,7%. Após a implementação da campanha essa adesão aumentou para 67%. De acordo com dados da OMS, 121 países de todo o mundo (5718 unidades de saúde) aderiram ao desafio de reduzir as Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS), através da higiene das mãos. Um número que corresponde a 87% de cobertura da população mundial (DGS,DQS).

As excreções e secreções orgânicas são a fonte mais importante dos microrganismos patogénicos que provocam as infeções contraídas nos hospitais. Devem pois usar-se fatos protetores para qualquer contato direto com estes fluidos, a fim de proteger a pele dos profissionais de contaminação pelos mesmos e por microrganismos, e a fim de reduzir o risco de transmissão entre doentes e profissionais (Wilson, 2003). O fato protetor a selecionar depende do risco de exposição aos fluidos orgânicos que se antevê no decurso de cada atividade. A avaliação deste risco deve considerar tanto o risco para o doente como para o profissional de saúde.



Segundo Wilson (2003), quando não se antevê contato com fluidos orgânicos, não há necessidade de fatos protetores. Se se antevê esse contato e o risco de conspurcação for baixo, deve utilizar-se avental e luvas; se o risco de conspurcação for elevado, para além das luvas e do avental, deve também ser colocada máscara de proteção para os olhos, podendo-se também substituir o avental por bata, caso seja necessário.

O uso de luvas descartáveis para os contatos diretos com fluidos orgânicos ou zonas húmidas do corpo constitui um método seguro para reduzir a passagem de microrganismos para as mãos a partir dessas fontes. Deve ser usada máscara e proteção para os olhos em todas as atividades que impliquem risco de que os fluidos orgânicos espirrem para o rosto (Wilson, 2003).

De acordo com o mesmo autor, devem usar-se proteções antiaderentes nas técnicas que previsivelmente causem contaminação significativa da pele e da roupa com sangue ou fluidos orgânicos. Esta medida protege a pele do profissional de saúde da contaminação por fluidos orgânicos potencialmente infetados, e reduz o risco de infeção cruzada noutros doentes através da roupa. Como a parte da frente do corpo é a mais comumente contaminada por fluidos orgânicos, os aventais de plástico descartáveis fornecem proteção suficiente para a maioria das situações.

Os instrumentos cortantes e/ou perfurantes são causa frequente de ferimentos nos profissionais de saúde, e são uma das causas mais importantes da transmissão a estes dos vírus do sangue. Considera-se serem “responsáveis por 16% dos acidentes profissionais nos hospitais mas, visto muitos deles continuarem por registar, esta cifra é provavelmente um valor subestimado” (Wilson, 2003, p.190).

Numerosos estudos têm investigado as causas dos ferimentos originados no contexto das profissões de saúde. O gesto de recolocar a tampa da agulha é especialmente perigoso. Há um estudo que aponta a recolocação da tampa como responsável por 33% dos ferimentos (Wilson, 2003). Por este motivo, os instrumentos cortantes devem ser manipulados o menos possível, para evitar ferimentos. Descartar de imediato os objetos cortantes utilizados diminui o risco de que provoquem ferimentos. Cada profissional de saúde é responsável por garantir a arrumação correta dos objetos cortantes que utilizou. Estes devem ser sempre descartados para os contentores apropriados, que devem estar à mão no local onde estes objetos são utilizados.

Em suma, os princípios de boa prática para manusear instrumentos cortantes de forma segura são não desadaptar as agulhas das seringas ou de outros dispositivos mas descartar como um todo, não recolocar as tampas nas agulhas, não transportar na mão objetos cortantes utilizados, nem passa-los a outra pessoa, descartar os objetos cortantes imediatamente após o uso, num contentor de cortantes, providenciar que os contentores de cortantes estejam nos locais de utilização



e providenciar que os contentores sejam fechados de forma segura quando cheios até dois terços da sua capacidade (Wilson, 2003).

1.2.2 - INFEÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE

Desde que existem os hospitais, existem as infeções hospitalares. Apesar de não haver dados registrados, sabe-se que era alta a incidência de infeções adquiridas no hospital, principalmente devido à elevada prevalência de doenças epidémicas na comunidade e às precárias condições de higiene. No entanto, apenas na primeira metade do século XIX esta questão passou a ser enfocada pelos profissionais de saúde (MARTINS, 2001).

As Infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) referem-se àquelas que estão associadas à prestação de cuidados, onde quer que estes sejam prestados, independentemente do nível de cuidados (agudos, reabilitação, ambulatório, continuados, domiciliários).

Infeção nosocomial, ou contraída no hospital, é toda a que se desenvolve em consequência do tratamento no hospital, de que o doente não sofria ou estava em incubação no momento da admissão no hospital (Wilson, 2003).

São graves as consequências de uma infeção hospitalar, não só do ponto de vista individual, como institucional. Um paciente infetado é submetido a tratamentos agressivos, a sua permanência no hospital é prolongada e a sua evolução pode ser fatal. Para a instituição, as perdas são enormes, com aumento da morbilidade e mortalidade, aumento dos custos com os internamentos e diminuição da oferta de leitos à comunidade.

As infeções contraídas na sequência dos cuidados de saúde provocam morbilidade e mortalidade consideráveis. Plowman *et al* (1999) *cit in* Wilson (2003) avaliaram o nível de saúde dos doentes após o internamento. Concluíram que os doentes que tinham contraído IACS apresentavam níveis significativamente mais baixos, em especial quando tinham sintomas de infeção após a alta. Estes doentes adiavam o regresso ao trabalho e às atividades normais, por 6 a 12 dias, respetivamente.

Algumas podem tornar-se suficientemente graves para provocarem a morte do doente. Cerca de 10% dos doentes que contraem infeção no hospital morrem, segundo o estudo de Plowman *et al* (1999) *cit in* Wilson (2003).

A somar aos efeitos que uma IACS exerce sobre o doente e a sobrecarga de cuidados, estas infeções têm implicações importantes em termos de recursos hospitalares, serviços de saúde



da comunidade e na sociedade como um todo. No hospital, os doentes que contraem infeção acarretam cerca de três vezes mais custos que os que não contraem. Estes custos adicionais incluem a assistência especializada, a terapêutica antibiótica e outros fármacos, os exames e os tratamentos, para além dos custos inerentes ao prolongamento da estadia no hospital (Wilson, 2003).

Alem das questões assistenciais, económicas e éticas, o profissional de saúde tem de estar atento para as implicações legais do controlo de infeção hospitalar. O resultado de uma infeção hospitalar poderá configurar os crimes de homicídio, lesão corporal ou ameaça à vida e dano à integridade física sujeito à reparação, determinados pelo Código Civil (MARTINS, 2001).

Os riscos de infeção relacionados com a hospitalização foram reconhecidos há milhares de anos. Até serem aperfeiçoados agentes antimicrobianos efetivos, o índice de mortalidade por infeção na sequência das intervenções cirúrgicas era elevado. Os avanços da tecnologia permitem hoje tratar muitos pacientes de doenças antes consideradas fatais, e há uma proporção crescente de cuidados de saúde prestados na comunidade. Contudo, o uso de dispositivos invasivos e terapêutica imunossupressora aumentam a vulnerabilidade dos doentes às infeções (Wilson, 2003).

Os cuidados de saúde submetem os doentes a um risco de infeção cada vez maior. Esse risco, de acordo com Wilson (2003), é acrescido quando os cuidados são prestados no hospital, onde os contatos com a equipa de saúde e com o equipamento ocorrem com maior frequência, e onde os outros doentes podem representar fontes de infeção.

Existem vários fatores relacionados com os cuidados de saúde que aumentam a vulnerabilidade às infeções: a doença subjacente, a idade muito baixa ou muito avançada, a exposição às infeções, os agentes patogénicos hospitalares e a quebra dos mecanismos de defesa. Relativamente a este último ponto, sabe-se que “as defesas naturais do corpo, que nos protegem da invasão pelos microrganismos, ficam por vezes alteradas ou diminuídas em consequência dos tratamentos hospitalares. A integridade da pele é afetada quando se é submetido a cirurgia, quando é colocado um dispositivo intravascular ou outro dispositivo invasivo, ou quando se tem úlceras de decúbito” (Wilson, 2003, p.56).

A prestação de cuidados de saúde, quer em meio hospitalar, quer em regime de ambulatório, pode dar origem à transmissão de infeções designadas por Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS). Se por um lado se prolonga a sobrevivência de doentes, por outro verifica-se que, os mesmos doentes se tornam vulneráveis às múltiplas infeções que podem adquirir nos locais onde ocorre a prestação de cuidados, sobretudo devido ao recurso a procedimentos mais invasivos, a terapêutica antibiótica agressiva ou imunossupressora e aos internamentos subsequentes, quer nas UCIs, quer noutras unidades (DGS, 2007).



As IACS constituem, atualmente, uma das maiores preocupações dos gestores dos sistemas de saúde, uma vez que a sua prevalência oscila entre os 5 e os 10% na maioria dos países da Europa. De acordo com a OMS, um em cada quatro doentes internados numa UCI tem um risco acrescido de adquirir uma IACS, sabendo-se ainda, que esta estimativa pode duplicar nos países menos desenvolvidos (DGS, 2007).

Como indicador bem revelador desta preocupação, realça-se o inquérito de prevalência conduzido pela OMS em 55 hospitais de 14 países, revelando que 8,7% dos doentes internados têm possibilidade de adquirir uma IACS. Para além do aumento substancial da morbilidade dos doentes internados em contexto hospitalar, a IACS constitui-se como uma das maiores causas de morte em todo o mundo. (DGS, 2007).

Relativamente a Portugal, o inquérito nacional de prevalência realizado em Maio de 2003, envolvendo 67 hospitais e 16373 doentes, identificou uma prevalência de 8,4% de doentes com IACS e uma prevalência de 22,7% de doentes com infeção adquirida na comunidade, taxas semelhantes à maioria dos estudos internacionais (DGS, 2007).

No que se refere à ocorrência de infeção por *Staphylococcus aureus metilicina-resistente* (MRSA) verifica-se que, nos países do Sul da Europa, a taxa oscila entre os 20-40%. Em Portugal, os valores de MRSA atingiram, em 2004, cerca de 50%, segundo o tipo de internamento em análise.

Os dados disponíveis sobre as infeções provocadas por agentes resistentes demonstram que 30% a 40% são resultado da colonização e infeção cruzada, tendo como veículo principal as mãos dos profissionais de saúde; 20% a 25% podem ser resultado da terapêutica antibiótica sucessiva e prolongada; 20% a 25% podem resultar do contacto com microrganismos adquiridos na comunidade e 20% têm origem desconhecida (DGS, 2007).

Assim sendo, considera-se fundamental assegurar o registo contínuo, a análise, a interpretação e a informação de retorno relativamente à IACS, no quadro de sistemas bem estruturados de vigilância epidemiológica (de estrutura, de processo e de resultado) e sustentados pela divulgação de padrões de qualidade dos cuidados, designadamente recomendações de boas práticas, e pela formação e informação dos profissionais (de gestão e de prestação).

A Direcção-Geral da Saúde reconhece que a IACS é um problema nacional de grande acuidade, afetando não só a qualidade da prestação dos cuidados mas também a qualidade de vida dos doentes e a segurança dos doentes e dos profissionais, aumentando exponencialmente os custos diretos e indiretos do sistema de saúde (DGS, 2007).



1.2.3 – PROGRAMA NACIONAL DE PREVENÇÃO E CONTROLO DAS INFEÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE

As infeções contraídas em consequência de tratamentos, hospitalares ou não, têm consequências importantes, tanto para os doentes atingidos, como para as instituições envolvidas. As IACS são entendidas como um bom indicador de qualidade, e como tal a respetiva prevenção é basililar para garantir a qualidade dos serviços fornecidos (Wilson, 2003).

De acordo com o mesmo autor, a prevenção e o controlo de infeção têm um importante papel a desempenhar na estrutura da gestão clínica, quer na identificação dos serviços onde a qualidade dos cuidados pode ser melhorada, quer em garantir que as medidas corretas de prevenção e controlo de infeção sejam implementadas, baseadas na evidência científica e regularmente fiscalizadas.

A importância do programa de controlo de infeção e das estruturas necessárias para o aplicar foi reconhecida também como uma norma de controlo de segurança. Esta norma exige que as unidades de saúde garantam o controlo do ambiente, de forma a minimizar o risco de infeção para os doentes, profissionais e visitas. Definem o que se entende por boas práticas e estabelecem os padrões pelos quais os Conselhos podem avaliar a atuação dos hospitais (Wilson, 2003).

O controlo de riscos é uma parte importante da estrutura de gestão clínica e controlo da segurança. Implica uma abordagem sistematizada, para identificar os fenómenos que têm consequências negativas, para os doentes e para os profissionais, para implementar medidas de controlo dos mesmos e providenciar a criação de estruturas e manuais de procedimentos adequados. Requer também que se investiguem os incidentes negativos e uma análise conclusiva dos mesmos, incorporada nos procedimentos habituais. Sendo assim, o controlo de infeção representa uma parte importante no controlo de riscos, uma vez que cuidar de forma segura dos doentes, do equipamento e dos fluidos orgânicos é fundamental para prevenir que doentes e profissionais contraiam infeções no hospital (Wilson, 2003).

A IACS, não sendo um problema novo, assume cada vez maior importância em Portugal e no mundo. À medida que a esperança de vida aumenta e que dispomos de tecnologias cada vez mais avançadas e invasivas, e de maior número de doentes em terapêutica imunossupressora, aumenta também o risco de infeção. Estudos internacionais revelam que cerca de um terço das infeções adquiridas no decurso da prestação de cuidados são seguramente evitáveis.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), através da *World Alliance for Patient Safety*, estabeleceu como desafio, para 2005/2006, a redução do problema da infeção associada aos



cuidados de saúde, tendo como mensagem principal *Clean Care is Safer Care*. Reconhece então que a IACS dificulta o tratamento adequado de doentes em todo o mundo, sendo também reconhecida como uma causa importante de morbilidade e mortalidade, bem como do consumo acrescido de recursos quer hospitalares, quer da comunidade.

Aceitando o desafio da OMS, de tornar a prestação de cuidados de saúde mais segura, o Ministério da Saúde, em 2007, veio reformular o Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (PNCI).

O PNCI é um programa de intervenção a nível nacional, proposto pela DGS para aplicação nas unidades de saúde, com o objetivo global de prevenir e controlar as IACS. Abrange as seguintes vertentes de intervenção: vigilância epidemiológica, elaboração e divulgação de normas de boas práticas clínicas, formação e consultadoria. Define objetivos, metas, estratégias, intervenientes, níveis de responsabilidade, cronologia das ações e metodologias de avaliação.

Este Programa visa, através de uma sistematização de registo, análise, interpretação e informação de retorno sobre a infeção nas unidades de saúde, conhecer a realidade nacional e reunir esforços para que, de forma organizada e concertada, a diminuição da incidência da IACS seja promovida a longo prazo em Portugal, contribuindo para a segurança do doente.

O objetivo principal do PNCI é identificar e reduzir os riscos de transmissão de infeções entre doentes, profissionais de saúde e visitantes, e ainda voluntários, estudantes, estagiários, trabalhadores de áreas de apoio e logística, entre outros, e consequentemente diminuir as taxas de infeção e mantê-las a um nível aceitável.

As questões relacionadas com a IACS, tem levado várias entidades internacionais, nomeadamente o Conselho da Europa e a OMS, a intervirem sobre este assunto, publicando para o efeito legislação consentânea. A DGS, consciente do esforço que é necessário desenvolver em Portugal para minimizar e controlar o risco da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde, determina a constituição/operacionalização das CCI em todas as unidades de saúde públicas e privadas, dotadas de recursos humanos e logísticos necessários ao cumprimento das vertentes essenciais de um Plano Operacional de Prevenção e Controlo de Infecção (POPCI), nomeadamente Vigilância epidemiológica (de processo, de estrutura e de resultado), elaboração e monitorização do cumprimento de normas e recomendações de boas práticas, formação e informação a profissionais de saúde, utentes e visitantes e consultadoria e apoio.

No passado, os hospitais eram considerados insalubres e restringiam-se à prestação de cuidados com uma abordagem mais humanitária do que propriamente científica. Com os trabalhos pioneiros de Semmelweiss, Lister e Florence Nightingale, foram desenvolvidos os primeiros contornos



da prevenção e controlo da infeção hospitalar, fundamentais ao pensamento moderno sobre a prestação de cuidados.

Em Portugal, a infeção hospitalar foi abordada pela primeira vez em 1930, pela Direcção-Geral da Saúde e depois, em 1979, pela Direcção-Geral dos Hospitais, através da Circular Informativa N.º6/79, de 9/2/79, quando é conhecida a Resolução do Conselho da Europa e divulgada a todos os serviços e unidades de saúde. O controlo da infeção foi recomendado pela Direcção-Geral dos Hospitais a todas as unidades de saúde pela Circular Informativa N.º 8/86 de 25/3/86, ao ter dado a conhecer a Recomendação n.º 20 de 25 de Outubro do Conselho da Europa, que abordava a temática da prevenção das infeções hospitalares.

Em Portugal, o Ministério da Saúde, considerando que as infeções hospitalares podem causar danos significativos aos clientes dos serviços de saúde, expediu instruções para o controlo e prevenção das infeções hospitalares, através da publicação do **Despacho nº 14 178/2007**, do Gabinete do Ministro, publicado no Diário da República nº 127 de 4 de Julho de 2007, que refere que:

“a) A infeção associada aos cuidados de saúde (IACS) constitui um problema de grande relevância a nível nacional, a par do crescente desenvolvimento do conhecimento científico e do aparecimento de novas tecnologias, bem como de novas terapêuticas que suportam os cuidados de saúde;

b) As implicações subjacentes à ocorrência de infeção nas unidades de prestação de cuidados de saúde comportam, entre outros, um considerável aumento da morbidade e mortalidade, assim como o recurso a terapêuticas mais agressivas e dispendiosas e a um aumento do número de dias de internamento, interferindo negativamente nos indicadores de qualidade e produtividade.”

Pelo que determinou que:

“a) Seja criada uma rede nacional de registo de IACS;

b) A coordenação nacional do PNCI e da rede nacional de registo de IACS fique sob a responsabilidade direta da Direcção-Geral da Saúde, que apresentará relatório anual ao Ministro da Saúde;

c) Sejam criadas comissões de controlo de infeção (CCI) nas unidades públicas de prestação de cuidados de saúde integradas na rede nacional de prestação de cuidados de saúde hospitalar, de cuidados continuados e cuidados de saúde primários e nas unidades privadas, de acordo com o enquadramento do Programa ora aprovado e cujo modelo de organização será definido em circular normativa da Direcção-Geral da Saúde;”



O Manual de Operacionalização do PNCI contém informação complementar que orienta as CCI na elaboração do seu regulamento interno e na implementação do Plano Operacional de Prevenção e Controlo de Infeção (POPCI) das Unidades de Saúde.

A CCI, enquanto órgão de assessoria técnica de apoio à gestão, deve ter um carácter técnico, executivo, multidisciplinar, representativo e ajustado às modalidades de gestão das unidades de saúde. Deve ser dotada de autoridade institucional e autonomia técnica, para implementar o Plano Operacional de Prevenção e Controlo de Infeção da unidade de saúde. Este deve ser regido por diretivas governamentais, ser adaptado às características de cada unidade de saúde e ter um carácter abrangente, que proporcione ações onde se evidencie a cooperação, a participação multidisciplinar e a partilha de informação (DGS, 2007).

Cabe ao Órgão de Gestão de cada unidade de saúde, aprovar o regulamento interno da CCI, que define a composição, atribuições e funções dos diversos membros. As recomendações internas e os planos de ação produzidos pela CCI, após a sua aprovação pelo Órgão de Gestão, têm carácter vinculativo (DGS, 2007).

A CCI deve integrar na sua composição: um núcleo executivo, um núcleo de apoio técnico e um consultivo e um núcleo de membros dinamizadores ou elos de ligação. Os profissionais a integrar estes núcleos são nomeados pelo Órgão de Gestão da unidade de saúde, de entre aqueles que manifestem competências, sensibilidade e interesse por esta temática (DGS, 2007).

A todos os membros da CCI é garantida formação especializada na área de prevenção e controlo da IACS, participação em eventos científicos, nacionais e internacionais e o acesso a publicações de atualização nesta área, carga horária necessária ao desenvolvimento das suas atividades na concretização do plano operacional de prevenção e controlo da infeção e articulação entre a CCI e o Órgão de Gestão e todas as Comissões e Serviços da Unidade de Saúde relevantes para a prevenção e controlo de infeção (DGS, 2007).

A Vigilância Epidemiológica (VE) é uma componente fundamental da prevenção e controlo de infeção. Consiste na recolha, registo e análise sistemática de informações sobre doentes e infeções, a fim de implementar medidas apropriadas de prevenção e controlo de infeção.

A atividade sistemática e continuada de recolha, tratamento e transmissão de informação acerca da infeção associada aos cuidados de saúde (IACS) configura um instrumento fundamental de planeamento e gestão de recursos, proporcionando elementos para uma atuação pronta e eficaz sobre fatores de risco de infeção, contribuindo assim para a sua prevenção e controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde (DGS,DQS).



Tanto a nível da União Europeia, como da OMS, é hoje aceite que uma vigilância epidemiológica bem estruturada, flexível e ágil é indispensável para a proteção e promoção da saúde dos cidadãos. No que diz respeito à IACS está atualmente comprovado que a metodologia mais eficaz passa pela busca ativa de casos e implementação de uma vigilância seletiva, incidindo nas infeções mais frequentes, nas de custos mais elevados e nas de mais fácil prevenção (relacionadas com procedimentos e equipamentos).

A vigilância nacional das infeções associadas aos cuidados de saúde implementada atualmente é a seguinte:

- Vigilância das infeções adquiridas nas Unidades de Cuidados Intensivos (HELICS-UCI), e da Infeção do Local Cirúrgico (HELICS-Cirurgia), - Rede Europeia HELICS (*Hospitals in Europe Link for Infection Control Through Surveillance*); Vigilância das Infeções Nosocomiais da Corrente Sanguínea e Vigilância das Infeções nas Unidades de Cuidados Intensivos a Recém-Nascidos;
- Realização periódica de estudos de prevalência de infeção.

Estes estudos de vigilância de infeção são realizados através de aplicações informáticas que permitem o registo *online* dos dados e a obtenção de relatórios pré-definidos em tempo útil, pelas unidades de saúde. O registo da infeção pode ser contínuo, ativo, sistemático e/ou periódico, permitindo avaliar as taxas de infeção, estratificadas por níveis de risco para reduzir a incidência da infeção nas unidades de saúde.

A VE tem por objetivos controlar diretamente a doença, detetar modificação de padrões e permitir investigação precoce/medidas de prevenção, identificar práticas que possam originar IACS, avaliar medidas de controlo, aplicar uma abordagem científica e cumprir as determinações da tutela. Encoraja os profissionais que prescrevem e prestam cuidados a cumprir as recomendações de boas práticas, a corrigir ou melhorar práticas específicas e avaliar o seu impacto. Permite também detetar precocemente surtos de infeção e monitorizar, periodicamente, os dados de avaliação de progresso.

O Programa de VE das Infeções em Unidades de Cuidados Intensivos, HELICS – UCI, é um programa de cariz europeu. Aplica-se às UCI de nível III e tem por objetivos:

- Conhecer a incidência das IACS mais importantes nas UCI;
- Conhecer a evolução da flora responsável pelas IACS nas UCI, individual e coletivamente, e respetivos padrões de sensibilidade e resistência aos antimicrobianos;
- Avaliar a epidemiologia de infeções emergentes;
- Comparar as taxas de IACS relacionada com procedimentos invasivos - entubação traqueal, ventilação mecânica e cateteres venosos centrais e urinários;



- Monitorizar o consumo de antimicrobianos nas UCI;
- Contribuir para a criação de uma base de dados de registo de IACS, a nível nacional, que permita ainda comparar os dados locais, com os nacionais e com os europeus;
- Utilizar a VE para sensibilizar os profissionais de saúde na adoção de medidas de controlo das IACS, cumprimento das normas de boas práticas e melhoria da qualidade da colheita e do registo de dados.

O Programa de VE das Infecções Nosocomiais da Corrente Sanguínea (INCS) é um programa de VE contínuo de base laboratorial, cujo ponto de partida é a hemocultura positiva. Aplica-se a todas as unidades de saúde com internamento e tem por objetivos:

- Calcular a incidência de INCS numa amostra representativa de serviços em cada unidade de saúde, tendo em conta os tempos de internamento e os fatores de risco intrínseco como a idade, género, gravidade da situação clínica e presença de dispositivos invasivos;
- Permitir às unidades de saúde participantes conhecer os microrganismos mais frequentemente implicados nas INCS na sua unidade de saúde, comparar o seu desempenho com os resultados globais das unidades de saúde participantes e seguir as tendências epidemiológicas ao longo do tempo;
- Obter informação sobre os principais fatores de risco de INCS tanto relacionadas com a presença de cateter como com outras situações clínicas de maior risco;
- Utilizar a VE para sensibilizar os profissionais de saúde para a adoção de medidas de controlo da IACS, cumprimento das normas de boas práticas e melhorar a qualidade da colheita e registo de dados (DGS, 2010).

1.2.4 – AS INFEÇÕES ASSOCIADAS AO CATETER VENOSO CENTRAL

A infeção associada a dispositivos intravasculares, nomeadamente cateteres venosos centrais (CVC), apresenta entre nós taxas elevadas, nomeadamente em algumas das Unidades de Cuidados Intensivos, que efetuam vigilância epidemiológica (PNCI,2012).

Nos dias de hoje é particularmente questionada a existência de riscos de infeção dependentes da qualidade das práticas clínicas. As questões de segurança do doente pressionam o hospital para a “tolerância zero” em alguns dos eventos adversos que ocorrem durante o internamento dos doentes.



As Infecções adquiridas no hospital (IAH) são muitas vezes causa de morte prevenível e dependente da adoção de regras e normas rigorosas durante o contacto do doente com os cuidados de saúde. A manutenção das “boas práticas” é fundamental durante o internamento e sobretudo quando o doente é sujeito a procedimentos que estão provadamente associados a risco de surgimento de infeções.

Os dispositivos endovenosos (EV) são hoje uma parte indispensável do equipamento clínico utilizado para administrar fluidos, sangue, derivados do sangue e suporte nutricional, e para monitorizar a hemodinâmica. Mais de 60% dos doentes hospitalizados recebem terapêutica através de um dispositivo endovenoso. As mais importantes infeções relacionadas com os dispositivos EV são as da corrente sanguínea que, apesar de afetarem menos de 1% dos doentes hospitalizados, estão associadas a elevados índices de mortalidade e morbilidade, principalmente entre doentes mais graves. A maneira de lidar com os dispositivos EV tem consequências significativas para a incidência das infeções relacionadas com os mesmos, e há um grande potencial de prevenção destas infeções, que reside na aplicação dos melhores princípios técnicos (Wilson, 2003).

As infeções relacionadas com a terapêutica endovenosa podem tornar-se difíceis de diagnosticar. Muitas vezes o dispositivo EV não é identificado como causa dos sintomas, e pode não chegar a ser possível identificar a causa da febre num doente grave ou imunocomprometido. Podemos estar perante toda uma variedade de complicações infecciosas.

Pode desenvolver-se uma infeção superficial no local onde o dispositivo entra na pele, manifestando-se por eritema ou pus. Existe considerável evidência sugestiva de ligação entre a presença de bactérias no local de inserção e a posterior infeção da corrente sanguínea originada pelo cateter. As bactérias que colonizam a zona de inserção na pele atingem o vaso sanguíneo, migrando pelo lado externo do cateter (Wilson, 2003).

As bactérias que colonizam a superfície do cateter podem atingir a corrente sanguínea, provocando bacteriemia. Esta é responsável por 6% das infeções contraídas no hospital, e afeta pelo menos 3 em cada 1000 doentes nos hospitais de doentes agudos. As pessoas gravemente doentes são especialmente vulneráveis, com cerca de 10 infeções por 1000 dias de internamento nas unidades de cuidados intensivos. Os dispositivos EV são responsáveis no mínimo por 38% destas infeções, e os cateteres venosos centrais são os que implicam maior risco. As infeções da corrente sanguínea têm um índice de mortalidade de pelo menos 20%, sendo que nos doentes graves, este índice atinge cerca de 35% (Wilson, 2003).

A presença de bactérias na corrente sanguínea pode ser acompanhada de sintomas sistémicos como febre, hipertensão, arrepios de frio e tremores, a que se chama septicémia. Uma vez



introduzidas na corrente sanguínea através do dispositivo EV, as bactérias podem alojar-se noutros tecidos e provocar endocardite ou osteomielite secundárias.

As duas vias principais, pelas quais os microrganismos atingem a corrente sanguínea através destes dispositivos, são a migração ao longo da face externa do cateter, a partir do local de inserção, e a progressão ao longo do lúmen do cateter (Wilson, 2003).

A maioria das infeções relacionadas com os dispositivos EV são contraídas endogenamente, a partir dos microrganismos que colonizam a pele do doente, embora também possam introduzir-se microrganismos pela extremidade externa do cateter ou pelo sistema de administração, ao serem manipulados pelos profissionais de saúde.

Uma das dificuldades em quantificar os riscos dos dispositivos EV reside em definir o que constitui uma infeção relacionada com o cateter. Muitas vezes é difícil estabelecer um diagnóstico preciso de infeção da corrente relacionada com o cateter, principalmente nas UCIs, onde os doentes têm várias localizações prováveis de infeção. Muitas vezes, o principal indicador é uma febre sem outra causa aparente e que não responde à terapêutica antibiótica (Wilson, 2003).

Um método vulgarizado de diagnóstico destas infeções é a cultura da ponta do cateter. Todavia, nem sempre isto é um método prático, porque muitas vezes não é possível remover o cateter para confirmar o mesmo como origem da febre. A cultura da pele do local de inserção pode ser uma boa alternativa, porque existe uma elevada correlação entre colonização da pele e infeção relacionada com o cateter. A bacteriémia é diagnosticada pela hemocultura. Para confirmar o dispositivo EV como fonte de infeção, devem fazer-se duas séries de hemoculturas, uma a partir de uma veia periférica, e a outra através do cateter. Se o mesmo microrganismo for identificado em ambas as fontes, e principalmente se se obtiverem mais microrganismos na amostra do cateter, o resultado é sugestivo de infeção relacionada com o dispositivo (Wilson, 2003).

Existem vários tipos de dispositivo intravascular e cada um está associado a diferentes riscos de infeção. Os cateteres venosos centrais inseridos na veia jugular têm mais tendência a ser colonizados e maior risco de infeções relacionadas com o cateter. Este aumento de risco está associado com a proximidade das secreções da orofaringe, com os efeitos mecânicos dos movimentos da cabeça e com a dificuldade de fixação e proteção do local de inserção. Os cateteres da femoral têm o mesmo risco de infeção relacionada com o cateter que os da jugular, e o risco de colonização do cateter é mais elevado. Os cateteres da subclávia estão menos associados a complicações infecciosas, mas são mais difíceis de inserir. São todavia preferíveis nos doentes de cuidados intensivos que requerem acesso venoso prolongado (Wilson, 2003).



Quanto mais tempo um dispositivo estiver colocado, mais provável é que se desenvolva infeção. No entanto, nos cateteres venosos centrais, parece não haver diferença no índice de infeção relacionada com o cateter, que sejam mudados por rotina ou mantidos durante todo o tempo do acesso venoso.

A maioria das infeções da corrente sanguínea relacionadas com os dispositivos EV pode ser evitada através do manuseamento cuidadoso do mesmo. Deve ser estabelecido e implantado um conjunto de linhas de orientação claras quanto à inserção, manuseamento e forma de retirar os dispositivos, principalmente nas unidades onde os doentes requerem cateteres venosos centrais com frequência, e onde o risco de infeção relacionada com o cateter é mais elevado. Um dos pontos-chave é a utilização de técnica asséptica rigorosa para manusear o dispositivo, outro é a lavagem das mãos antes e depois de contactar com este (Wilson, 2003).

A técnica de cateterização pode introduzir na veia bactérias da pele. Estas bactérias podem ser oriundas, quer do próprio doente, quer das mãos da pessoa que excuta a inserção. A inserção deve ser considerada uma técnica de pequena cirurgia, levada a cabo com elevado padrão de assepsia e precedida de cuidadosa lavagem das mãos. A assepsia é especialmente importante na inserção dos cateteres venosos centrais, que constitui uma técnica ainda mais invasiva, associada a maior risco de infeção.

O cateter deve ser bem fixado para não se movimentar, o que poderia arrastar microrganismos da pele para dentro da ferida e aumentar também o risco de flebite mecânica. O adesivo tem-se evidenciado como fonte de infeção pelo que deve ser estéril (Wilson, 2003).

De acordo com o mesmo autor, a limpeza da pele com clorhexidina antes da inserção de um cateter venoso central está associada a uma taxa de infeção inferior à da limpeza com iodopovidona a 10% ou com álcool a 70%. Uma preparação eficaz da pele remove tao bem as bactérias dos pelos como as da própria pele. A tricotomia provoca lesões microscópicas, que aumentam a colonização microbiana. Assim, deve ser evitada a tricotomia no local de inserção.

Nos cateteres venosos centrais, embora o risco de infeções relacionadas com os mesmos aumente com a duração da cateterização, o risco diário parece manter-se constante, e os índices de colonização e de infeção relacionada com o cateter não são reduzidos pela substituição de rotina.

No entanto, quando o doente desenvolve uma infeção relacionada com o cateter, o cateter venoso central tem de ser retirado, a ponta do cateter deve ser enviada para cultura e deve ser inserido novo cateter em local diferente (Wilson, 2003).

O método convencional para proteger o local de inserção é o penso, mas há bastante controvérsia sobre o tipo de penso mais eficaz. Os pensos de gaze não protegem o local da humidade



nem permitem visualizá-lo facilmente. Os pensos tipo película transparente permitem visualizar o local de inserção para detetar sinais precoces de flebite ou infeção, possibilitam que o doente tome banho e exigem atenção menos frequente.

Os desinfetantes utilizados na mudança do penso destinam-se a reduzir o índice de infeção dos cateteres venosos centrais, como é o caso da clorhexidina, que tem um efeito antibacteriano residual de várias horas após a aplicação (Wilson, 2003).

Para cuidar corretamente do local de inserção do cateter deve-se lavar as mãos antes de contactar com o local de inserção, usar gaze esterilizada ou película transparente para cobrir o local de inserção, mudar o penso logo que deixe de estar íntegro, ou que se junte humidade, ou pelo menos de 2/2 dias se for penso com gaze ou de 7/7 dias se for penso de película transparente, limpar o local de inserção do cateter com clorhexidina, a cada mudança do penso e vigiar o local de inserção a cada 2/3 dias para detetar sinais de infeção (inflamação, dor, pus).

A manipulação asséptica da extremidade exterior do cateter, dos pontos de conexão e do sistema de administração é essencial para prevenir a contaminação deste e a infeção subsequente. É comum a contaminação das torneiras de três vias utilizadas para administrar fármacos ou infusões, embora seja difícil demonstrar a relação causal entre a colonização destas e a infeção subsequente. Deve manter-se um número mínimo de pontos de acesso e de lumens de cateter, e aqueles devem, ser desinfetados com clorhexidina antes de utilizados.

Os fluidos infundidos podem ser contaminados durante o uso, no momento de adicionar fármacos ou de mudar o fluido a infundir ou o sistema de administração. A extensão da área de acesso aos fluidos influencia o risco de infeção. Os sistemas de administração das UCIs, onde os cateteres são manipulados com frequência, têm mais tendência a ficar contaminados pelo que devem ser mudados com regularidade. Vários estudos demonstraram que é suficiente substituir os sistemas de administração a cada 72h. Todavia estes devem ser substituídos com maior frequência quando usados para administrar fluidos que alimentem o crescimento rápido das bactérias, como a alimentação parentérica, as emulsões lipídicas, o sangue e os seus derivados (Wilson, 2003).

A importância da qualidade dos cuidados com os dispositivos EV tem sido demonstrada por numerosos estudos, que utilizaram equipas treinadas em terapêutica EV desde a inserção do cateter e ao longo do respetivo seguimento: este tipo de abordagem produz índices substancialmente mais baixos de infeção associada ao cateter. Outros estudos apostaram na formação intensiva das equipas, associada a protocolos de cuidados aos cateteres, para obter idênticas reduções.



Ao implementar sistemas de vigilância das infeções relacionadas com cateteres nas unidades de alto risco, como as UCIs, obtém-se a informação necessária para avaliar as práticas de cuidados, motivar para a mudança e incentivar à adesão aos protocolos locais (Wilson, 2003).

1.3 – QUALIDADE EM SAÚDE

O REPE, no Artigo 4.º, define a Enfermagem como “a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, 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”.

Para se ser Enfermeiro em Portugal, é necessário que este possua um curso de enfermagem legalmente reconhecido, tendo-lhe sido atribuído um “título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária” (REPE, artigo 4º, ponto 2).

Relativamente à evolução da profissão de Enfermagem em Portugal: o Decreto-lei 305/81 sobre o Diploma da Carreira de Enfermagem veio consagrar uma carreira única para todos os enfermeiros a qual veio a ser alterada com o Decreto-Lei nº 437/91 de 8 de Novembro. Cinco anos mais tarde foi publicado o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) que veio regulamentar a profissão, clarificando conceitos, intervenções e funções, bem, como os aspetos básicos dos direitos e deveres dos enfermeiros. Define Enfermagem como “ (...) a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de Enfermagem ao ser humano, são ou doente, 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” (REPE art.4º nº1).

Finalmente, o Decreto-lei nº 104/98 de 21 de Abril veio estabelecer a criação da Ordem dos Enfermeiros, que “ (...) é a associação pública representativa dos enfermeiros inscritos com habilitação académica e profissional legalmente exigida para o exercício da respetiva profissão”. (Estatuto da OE art. 1º). Mais tarde seriam publicados os Estatutos da OE que consagram o Código Deontológico dos Enfermeiros, nos quais estão os princípios inerentes à profissão, bem como os direitos e deveres por ele consagrados. “Os enfermeiros têm o dever de responder competentemente



às promessas feitas e compromissos assumidos. A Deontologia proporciona orientações para julgar a ação profissional.” (OE, 2009).

Em Dezembro de 2001, são definidos os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, que exprimem os enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros: 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.

A valorização profissional, a melhoria da qualidade e a formação contínuas, fazem parte do Domínio do Desenvolvimento Profissional, um dos 3 domínios das Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais, criadas pelo OE em Outubro de 2003. Fazem também parte destas competências o Domínio da Prática profissional ética e legal, que abrange a Prática Legal, a Responsabilidade e a Prática segundo a ética. Por fim, o Domínio da Prestação e Gestão de Cuidados divide-se em Prestação de cuidados, que abarca a promoção da Saúde, colheita de dados, planeamento, execução, avaliação e comunicação e relações pessoais e a Gestão de Cuidados, que reúne as funções de delegação e supervisão, os Cuidados e saúde interprofissionais e o Ambiente seguro (Competências do Enfermeiro de cuidados gerais, OE, 2003).

Em Dezembro de 2009, a OE define o Modelo de Desenvolvimento Profissional, que integra o Sistema de Certificação de Competências e o Sistema de Individualização das Especialidades (SIECE, 2009). O SIECE define as áreas de especialização de enfermagem, de acordo com o alvo de intervenção, os processos de saúde/doença e o ambiente. Surgem então as diferentes especialidades das quais fazem parte a Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica, que contempla os Cuidados Especializados à pessoa em Situação Crónica e Paliativa, e os Cuidados Especializados à pessoa em Situação Crítica.

Define também as Competências do Enfermeiro Especialista. Estas podem ser competências comuns que são: responsabilidade profissional, ética e legal, gestão da qualidade, gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais. No entanto, o enfermeiro especialista deve possuir competências específicas, de acordo com a sua área de especialização. No caso dos cuidados especializados à pessoa em situação crítica, as competências específicas 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 e **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 necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.



Relativamente aos cuidados especializados à pessoa em situação crónica e paliativa, as competências específicas são aprovadas na assembleia geral extraordinária da OE a 22 de Outubro de 2011 e 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 e **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.

A OE, quando definiu os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem em Dezembro de 2001, refere a necessidade de se implementarem sistemas de qualidade em saúde. Reconhece 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 do exercício profissional dos enfermeiros” (Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, OE, 2001, p.12). Neste âmbito, desenvolvemos um PIS na área da prevenção das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde relacionadas com os cateteres venosos centrais, contribuindo assim para a melhoria contínua da qualidade em saúde.

O Ministério da Saúde, no seu papel de coordenador do sistema de saúde português, tem como uma das suas missões potenciar a sua coesão e a qualidade da prestação de cuidados de saúde, para garantir os direitos dos cidadãos na sua relação com o sistema de saúde. Consolidadas, que estão, a cobertura territorial e a universalidade da prestação de cuidados de saúde, os desafios da qualidade e da segurança surgem, em primeiro plano, como uma das principais prioridades do sistema de saúde português (DGS,DQS)

O Plano Nacional de Saúde 2004-2010, na identificação que faz da situação atual quanto à qualidade em saúde, identifica uma escassa cultura de qualidade associada a um défice organizacional dos serviços de saúde, assim como a falta de indicadores de desempenho e de apoio à decisão e o insuficiente apoio estruturado às áreas de diagnóstico e decisão terapêutica (DGS, 2004).

A Lei de Bases da Saúde estabelece a equidade como princípio geral do sistema de saúde, entendida como a garantia de que o acesso à prestação de cuidados de saúde se realize em condições de igualdade efetiva. Confere, por último, especial relevância ao facto de que os meios e as atuações do sistema de saúde estejam, prioritariamente, orientados para a promoção da saúde e para a prevenção das doenças. Tal facto implica uma conceção integral da saúde e impõe o desafio, aos serviços prestadores de cuidados de saúde, de incorporarem, num quadro de melhoria contínua



da qualidade, as ações de promoção da saúde e de prevenção das doenças, da mesma forma que incorporam a prestação de cuidados curativos, reabilitadores ou de cuidados paliativos.

O Ministério da Saúde, no seu papel de coordenador do sistema de saúde português, tem, assim, como uma das suas missões potenciar a sua coesão e a qualidade da prestação de cuidados de saúde, para garantir os direitos dos cidadãos na sua relação com o sistema de saúde. Consolidadas, que estão, a cobertura territorial e a universalidade da prestação de cuidados de saúde, os desafios da qualidade e da segurança surgem, em primeiro plano, como uma das principais prioridades do sistema de saúde português (DGS, DQS)

Logo, tendo por base o Despacho nº 14223/2009 de 08 de Junho, o Ministério da Saúde, enquanto coordenador do SNS, é responsável por potenciar a coesão deste e a qualidade da prestação de cuidados de saúde, garantindo os direitos dos cidadãos na sua relação com o sistema de saúde.

Antes de abordarmos a qualidade da prestação dos cuidados de saúde mostra-se importante definir qualidade. Verifica-se uma multiplicidade de definições deste conceito, o que por si só nos leva a inferir a sua importância. Mezomo (2001) destaca nomes da área industrial para se reportar a qualidade: Crosby, que considera qualidade como conformidade com os requisitos; Juran, que a define como adequação ao uso; e Deming que a determina como redução nas variações. Em suma a qualidade é um conjunto de propriedades de um serviço (produto) que o tornam adequado à missão de uma organização (empresa) concebida como resposta às necessidades e legítimas expectativas de seus clientes (Mezomo, 2001).

Contudo, no âmbito da saúde a qualidade é uma extensão da própria missão da organização, ou seja, atender e exceder as necessidades e expectativas do cliente (Mezomo, 2001). Se para Sale (1998) corresponde a um nível aceitável de cuidados, para Donabedian (*cit in* Mezomo, 2001) a qualidade em saúde é uma propriedade da atenção médica que pode ser obtida a vários níveis, podendo ser definida como a aquisição de maiores benefícios, de acordo com os recursos disponíveis e valores sociais vigentes, com menores riscos para o cliente. Na abordagem à definição de qualidade em saúde torna-se imperativo integrar os direitos fundamentais da pessoa, reconhecendo a sua dignidade, o valor da vida e saúde, e respeitá-los na sua plenitude.

Cada organização tem a sua própria definição de qualidade, baseada nos valores e princípios que a mesma se compromete a respeitar, criando uma cultura de qualidade, imprescindível ao processo de melhoria continuada e duradoura. Tendo em conta que hoje em dia o cliente se encontra mais informado, conhecedor e por consequência mais exigente, analisando o custo-benefício dos serviços que utiliza, é importante que a organização seja gerida pela melhoria da



qualidade, aperfeiçoando os serviços, focando a perceção do cliente. Esta melhoria contínua deve ser feita quer por questões económicas, atendendo ao clima económico do próprio país, quer por questões éticas, respeitando a pessoa e defendendo os seus direitos.

Para Mezomo (2001), é preciso garantir eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade aos serviços de saúde. As instituições de saúde devem adequar os recursos e criar estruturas que acautelem o exercício profissional de qualidade. Neste sentido surge a necessidade de implementar sistemas de qualidade em saúde, como defendido pela OMS, assumindo a importância da definição por parte das associações profissionais da área da saúde, dos padrões de qualidade em cada domínio específico.

A qualidade em saúde é “tarefa multiprofissional e que tem um contexto de aplicação local” (Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, OE, 2001, p.6). Deduz-se desta premissa a importância de se definirem Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem em Portugal. Seguindo esta linha de pensamento, as organizações têm o dever de ir ao encontro das necessidades dos enfermeiros, de modo a favorecer o seu empenho na qualidade dos cuidados.

No processo da tomada de decisão e na fase de implementação das intervenções, o enfermeiro incorpora os resultados da investigação na sua prática. Assim 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, almejando os mais elevados níveis de satisfação dos clientes. Portanto podemos referir que “não é possível medir a qualidade dos cuidados se estes não forem descritos com exatidão e em termos mensuráveis. Uma das formas de o fazer é definir normas” (Sale, 1998, p.51).

Os enunciados descritivos de qualidade visam explicitar a natureza e englobar os diferentes aspetos do mandato social da profissão de enfermagem. Pretende-se que estes venham a constituir-se num instrumento importante que ajude a precisar o papel do enfermeiro junto dos clientes, dos outros profissionais, do público e dos políticos. Trata-se de uma representação dos cuidados que deve ser conhecida por todos os clientes, quer ao nível dos resultados mínimos aceitáveis, quer ao nível dos melhores resultados que é aceitável esperar (Sale, 1998).

Ao elaborarmos indicadores de qualidade de enfermagem devemos debruçar-nos sobre a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e autocuidado dos clientes, a readaptação funcional e a organização dos serviços de enfermagem. Em suma a melhoria contínua da qualidade procura oportunidades de melhoria. Constata-se a necessidade de abordagem de um determinado processo, cujos resultados não foram favoráveis ou os pretendidos, com o intuito de prevenir a repetição de eventuais problemas (Mezomo, 2001).



A segurança do doente, enquanto componente chave da qualidade dos cuidados de saúde, assumiu uma relevância particular nos últimos anos, tanto para os doentes e familiares que desejam sentir-se seguros e confiantes relativamente aos cuidados de saúde, como para os gestores e profissionais que querem prestar cuidados seguros, efetivos e eficientes.

Diversos estudos internacionais são unânimes em demonstrar que aproximadamente 10% dos doentes que recorrem ao hospital sofrem um evento adverso como consequência dos cuidados prestados. As causas mais frequentes são: o uso de medicamentos, as infeções e as complicações peri operatórias. Estes estudos são também unânimes ao afirmar que aproximadamente 50% destas complicações poderiam ter sido prevenidas (DGS,DQS).

No âmbito da implementação da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, o Departamento da Qualidade na Saúde, através da Divisão de Segurança do Doente, traduziu para língua portuguesa o documento "*Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety. Final Technical Report*", da Organização Mundial de Saúde (DGS,DQS). Este documento define, harmoniza e agrupa conceitos de segurança do doente e permite identificar e analisar fatores relevantes em segurança do doente, de forma a permitir a aprendizagem e a melhoria dos sistemas. É a estrutura concetual que expressa o consenso de peritos internacionais sobre o entendimento atual acerca da segurança do doente e é uma das iniciativas-chave da World Alliance for Patient Safety.

A Recomendação do Conselho de 9 de Junho de 2009 determina, entre outros, que:

“A prevenção e o controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde deverão constituir uma prioridade estratégica de longo prazo para as instituições de cuidados de saúde. A cooperação deverá alargar-se a todas as funções e níveis hierárquicos para que os comportamentos e as mudanças organizativas sejam orientados para a produção de resultados, definindo responsabilidades a todos os níveis, organizando estruturas de apoio e recursos técnicos locais e instituindo procedimentos de avaliação.

Nem sempre existem dados suficientes sobre as infeções associadas aos cuidados de saúde que permitam às redes de vigilância fazer uma comparação significativa entre instituições, ou monitorizar a epidemiologia dos patógenos associados aos cuidados de saúde e avaliar e orientar as políticas de prevenção e controlo destas infeções. Por conseguinte, deverão ser estabelecidos ou reforçados sistemas de vigilância nas instituições de cuidados de saúde e a nível regional e nacional.

Os Estados-Membros deverão procurar reduzir o número de pessoas afetadas por infeções associadas aos cuidados de saúde. Deverá ser incentivada a contratação de profissionais de saúde especializados no controlo de infeções, a fim de alcançar uma redução



das infeções associadas aos cuidados de saúde. Além disso, os Estados-Membros e as suas instituições de cuidados de saúde deverão ponderar a utilização de pessoal de ligação a fim de apoiar o pessoal especializado no controlo de infeções a nível clínico.”

O Departamento de Qualidade na Saúde tem como missão promover a excelência na prestação dos serviços públicos de saúde, mediante a garantia da sua qualidade e melhoria contínua, em benefício dos cidadãos e de acordo com o Plano Nacional de Saúde.

Entre os instrumentos contemplados para o cumprimento da sua missão, a acreditação de unidades prestadoras de cuidados de saúde apresenta-se como uma das prioridades estratégicas do Ministério da Saúde que, consciente desta importância, decidiu criar um sistema sustentável de acreditação para todo o Serviço Nacional de Saúde, baseado na coordenação e na colaboração eficaz entre todas as administrações dos serviços públicos de saúde.

Neste âmbito, a acreditação em saúde visa dar continuidade e apoio às políticas de qualidade vigentes, integrando-se numa perspetiva de melhoria contínua da qualidade através da disseminação de uma cultura de rigor e segurança (DGS,DQS).

Os programas de acreditação na saúde tiveram início em Portugal com a criação do Instituto da Qualidade em Saúde. Em 1999 este Instituto desenvolveu o Programa Nacional de Acreditação dos Hospitais baseado na metodologia *King's Fund*. Em 2004 a Unidade de Missão para os Hospitais S.A. introduziu o modelo da *Joint Commission International* para a acreditação destes hospitais.

Em 2008 foram conferidas à Direção-Geral da Saúde as competências nas áreas do planeamento e programação da política para a qualidade no Sistema de Saúde Português, cabendo-lhe a responsabilidade sobre o desenvolvimento do sistema de qualificação no qual se enquadra o Programa Nacional de Acreditação em Saúde. Desenvolvido por profissionais de saúde com profundo conhecimento da gestão da qualidade em saúde e da prática clínica, este modelo baseia-se no conceito de auditoria interpares, e apoia-se numa metodologia de autoavaliação que fomenta o trabalho em equipa e a partilha do conhecimento (DGS,DQS).

O modelo de acreditação contempla cinco dimensões sobre as quais incide a avaliação da qualidade (DGS, 2011). Cada uma dessas dimensões inclui um conjunto de requisitos normativos que constituem o manual de normas para a acreditação de unidades de saúde e se constituem como orientações para a avaliação e evolução progressiva no sentido da melhoria contínua da qualidade em saúde.

O Manual de Standards para acreditação das Unidades de Gestão Clínica está estruturado em cinco blocos e onze critérios (DGS, 2011):



- O cidadão, centro do sistema de saúde: satisfação, participação e direitos do utente, acessibilidade e continuidade assistencial, documentação clínica.
- Organização da atividade centrada no utente: gestão de planos e processos assistenciais integrados, atividades de promoção da saúde e programas de saúde, direção da unidade de gestão clínica.
- Os profissionais: desenvolvimento profissional e formação.
- Processos de suporte: estrutura, equipamento e fornecedores, sistemas e tecnologias da informação e comunicação, sistema da qualidade.
- Resultados da Unidade de Gestão Clínica.

Sendo a acreditação um processo gradual e evolutivo de melhoria contínua, os Manuais de Acreditação contêm requisitos normativos a que correspondem graus de exigência e complexidade crescentes, classificados em três grupos. O **Grupo I** contempla os requisitos que correspondem a elementos prioritários do Serviço Nacional de Saúde, relacionados com os direitos, a segurança e a satisfação dos cidadãos. Dentro do Grupo I existem requisitos de cumprimento obrigatório, assim definidos por constituírem áreas prioritárias de investimento na melhoria dos cuidados de saúde. O **Grupo II** considera os requisitos que correspondem a elementos associados a um maior desenvolvimento da organização (sistemas de informação, introdução de novas tecnologias, reestruturação organizacional). O **Grupo III** atende os requisitos que correspondem a elementos que fazem com que a Unidade de Saúde se constitua como referência a nível do Serviço Nacional de Saúde.

O cumprimento dos requisitos normativos incluídos nestes grupos determina o nível de acreditação: **Nível Bom** – exige o cumprimento de pelo menos 70% dos requisitos normativos do Grupo I e 100% dos obrigatórios, **Nível Ótimo** – cumprimento de 100% dos requisitos normativos do Grupo I e pelo menos 40% do Grupo II, **Nível Excelente** – cumprimento de 100% dos requisitos normativos dos Grupos I e II e pelo menos 40% dos do Grupo III.

Coerente com a estratégia nacional para a qualidade e políticas de saúde definidas, o Programa Nacional de Acreditação em Saúde deve ser entendido não como um fim em si mesmo, mas, como uma ferramenta para o desenvolvimento da estratégia da qualidade, constituindo um estímulo para a aplicação de boas práticas, de procedimentos normalizados da qualidade e segurança, de metodologias de avaliação do risco e de estudos de custo-efetividade, na prestação dos cuidados de saúde. Este Programa tem ainda como objetivo final uma mudança cultural, com vista a alterar o atual paradigma de prestação de cuidados, centrados na organização, para um novo paradigma de cuidados, centrados no cidadão (DGS, DQS e DGS, 2011).



O Hospital no qual a estudante trabalha e onde realizou o seu trabalho de projeto iniciou o Programa de Acreditação em 2006, como uma estratégia para a melhoria contínua da qualidade. Desenvolveu o programa do CHKS (*Caspe Healthcare Knowledge Systems*) com sucesso e obteve a Acreditação em Abril de 2010. Esta estratégia teve subjacente um conceito de Governação Clínica, e a sua implementação implicou a criação de novas estruturas organizacionais, nomeadamente, a Comissão de Administração Clínica (órgão máximo da decisão clínica), Comissão de Gestão de Risco, Grupo de Experiência do Doente e Grupos de Gestão de Risco Clínico (Grupo de Reanimação /Ressuscitação; Grupo de Indicadores, Risco e Auditoria Clínica; Grupo de Gestão da Informação Clínica e Grupo de Normas de Orientação Clínica). Todas estas estruturas multiprofissionais desenvolveram trabalho em rede, permitindo a disseminação de uma cultura de qualidade e de gestão de risco, tendo como objetivo principal a segurança do doente.

Há que dar continuidade a todo este processo mantendo ativo todo um mecanismo interno de auditoria permanente, comparando a atividade do Centro Hospitalar com padrões de boas práticas de referência. A Acreditação pelo CHKS representa um voto de confiança no trabalho desenvolvido pelo Hospital, em prol de uma mudança sustentável no futuro.

Acreditarmos poder contribuir para a melhoria contínua da qualidade no Centro Hospitalar com o nosso PIS, pelo que o iremos descrever no capítulo seguinte.



2 – PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO

O presente capítulo refere-se ao Projeto de Intervenção no Serviço que foi realizado na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) de um Centro Hospitalar da margem sul do Tejo, no âmbito do trabalho de projeto no decorrer do 3º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica no ano letivo 2013-2014 na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. A caracterização do serviço pode ser consultada no Apêndice I.

A metodologia utilizada foi a metodologia de trabalho de projeto que pressupõe que o mesmo se desenvolve “num determinado quadro, contextual, prescritivo e normativo, a partir da identificação de problemas e/ou necessidades, propondo objetivos, planeando a organização de ações no tempo e mobilizando recursos e estratégias para alcançar o resultado desejado” (RUIVO *et al*, 2010, p.4)

Para RUIVO *et al* (2010), 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, constituindo uma ponte entre a teoria e a prática, uma vez que o seu suporte é o conhecimento teórico para posteriormente ser aplicado na prática.

O trabalho de projeto é, portanto, uma metodologia, na medida em que é um “conjunto de técnicas e procedimentos utilizados para estudar qualquer aspeto da realidade social, que permite prever, orientar e preparar o caminho que os intervenientes irão fazer ao longo da realização do projeto, centrando-se na investigação, análise e resolução de problemas” (RUIVO *et al*, 2010, p.3).

Não é um processo estanque, pois permite flexibilidade dos procedimentos que se desenvolvem ao longo do trabalho, adaptando-se e reorientando-se ao longo da intervenção sempre que for necessário. Também não se baseia apenas numa investigação sustentada de um problema, mas na tentativa de intervenção para a resolução eficaz desse mesmo problema (RUIVO *et al*, 2010).

A metodologia de projeto é constituída pelas seguintes fases:

1. Diagnóstico de situação
2. Planificação das atividades, meios e estratégias
3. Execução das atividades planeadas
4. Avaliação
5. Divulgação dos resultados.



Utilizando a metodologia de trabalho de projeto, o PIS foi desenvolvido em várias fases. O diagnóstico de situação foi realizado no decorrer do Estágio I, que decorreu entre os dias 7 e 28 de Outubro de 2013 (Apêndice II), o planeamento do projeto foi concretizado no Estágio II que decorreu no período de 4 de Novembro de 2013 a 27 de Janeiro de 2014 (Apêndice III) e a execução, avaliação e divulgação foram concretizadas no Estágio III que decorreu entre os dias 3 de Março a 24 de Junho de 2014 (Apêndice IV), todos realizados no serviço supracitado.

2.1 – DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

O diagnóstico de situação é a “primeira etapa da metodologia de projeto e visa a elaboração de um mapa cognitivo sobre a situação-problema identificada, ou seja, elaborar um modelo descritivo da realidade sobre a qual se pretende atuar e mudar” (RUIVO *et al*, 2010, p.10).

É dinâmico, no qual a caracterização da situação é contínua, permanente e com atualizações constantes. Implica primeiramente a identificação dos problemas e posteriormente a determinação das necessidades (RUIVO *et al*, 2010).

A prática baseada na evidência é conseguida através de perguntas formuladas na prática clínica. A definição do problema “constitui o início da concretização de uma investigação ou elaboração de um projeto” (RUIVO *et al*, 2010, p.12). Para os mesmos autores, na formulação do problema existem algumas estratégias ou fontes informativas, das quais destacamos a observação direta sobre o fenómeno em estudo.

A Ficha de Diagnóstico de Situação do PIS por nós elaborada pode ser consultada no apêndice V.

A UCI onde realizámos estágio e onde exercemos funções enquanto enfermeiras participa desde sempre em programas de vigilância a nível nacional. No sentido de conhecermos os resultados solicitámos à Coordenadora da UCI, Dr^a R.R autorização para os consultar.

Pela análise dos dados do HELICS-UCI, programa de vigilância epidemiológica, disponibilizados pela Coordenadora da UCI, verificamos que embora o nº de infeções/1000 dias de CVC seja inferior na UCI relativamente aos dados nacionais, a Infeção associada aos CVC é uma realidade pelo que é necessário tomar medidas para a sua prevenção. Os dados obtidos encontram-se na tabela seguinte (Tabela 1):



Nº Inf/1000 dias CVC	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	1º Semestr e 2013
UCI- CH margem sul do Tejo	0,9	0,8	2,1	2,3	0	0,5	0,5	0
UCI - Nacional	4,8	6,6	5	2,2	1,4	1,6	1	1,2

Tabela 1 – Resultados do HELICS-UCI

Tendo consciência que os enfermeiros desempenham um papel fundamental na implementação de boas práticas de modo a prevenir as IACS, nomeadamente as infeções associadas aos cateteres venosos centrais, e após pesquisa dos procedimentos existentes na UCI, constatámos que apesar de algumas medidas identificadas como preventivas da infeção associada aos cateteres venosos centrais estarem presentes em alguns procedimentos sectoriais, não existia um procedimento específico sobre os cuidados na colocação e manutenção do CVC.

Para tomar decisões sobre intervenções, os enfermeiros precisam de recorrer à evidência de fontes múltiplas. As entrevistas são muitas vezes usadas na investigação em saúde para explorar o que os utilizadores sentem sobre os serviços que lhes são oferecidos, ou para compreender atitudes e perceções subjacentes a certos comportamentos de saúde e doença. São utilizadas para adquirir conhecimento sobre a forma como as pessoas interpretam e vivenciam o mundo que as rodeia, permitindo aos investigadores o acesso a esses pontos de vista e explorar e descobrir porque é que eles emergem. Nesta situação, o investigador é interativo e sensível à linguagem e aos conceitos utilizados por um informante. As entrevistas destinam-se a explorar o que o informante diz, de forma a descobrir novas áreas e ideias, muitas vezes inacessíveis por métodos quantitativos (CRAIG *et al*, 2004).

No sentido de conhecermos a opinião de alguns profissionais relativamente à temática das infeções associadas aos cateteres venosos centrais, realizamos entrevistas não estruturadas a um elemento dinamizador da CCI na UCI, à Enfª Coordenadora da UCI e à Enfª Coordenadora da CCI, e após análise das mesmas concluímos que o tema também assumia uma grande importância para estes profissionais, e que os mesmos consideravam ser uma área temática a trabalhar, acrescentando mesmo que seria importante a realização de um procedimento sectorial na área de modo a uniformizar os cuidados de saúde prestados.

Por fim reunimo-nos com a Enfª F.B., que além de ser a orientadora de estágio era também a Enfª Coordenadora da Comissão de Controle de Infeção, que concordou em absoluto com a necessidade de se trabalhar a área supracitada tendo mesmo sugerido que seria muito proveitoso



realizar um procedimento transversal ao Centro Hospitalar da margem Sul do Tejo para que pudesse não só ser aplicável à UCI, mas sobretudo a toda a Instituição.

No decorrer da fase de diagnóstico, de forma a acautelar algumas falhas, foi aplicada uma análise FMEA (*Failure Mode and Effect Analysis*) que “é uma metodologia que objetiva avaliar e minimizar riscos por meio da análise das possíveis falhas (determinação da causa, efeito e risco de cada tipo de falha) e implementação de ações para aumentar a confiabilidade” (SILVA, 2006, p.1). Este método de análise teve o seu auge na década de 60, estando aplicada na indústria militar, aeroespacial e automóvel. Foi progressivamente transportada para outras áreas, nomeadamente a área da saúde. (SILVA, 2006).

A análise FMEA pode, então ser descrita como um processo metódico que tem como objetivo principal prevenir a ocorrência de falhas na sequência de um determinado projeto/processo/produto de uma instituição/empresa, permitindo desta forma ganhos na qualidade dos mesmos.

Existem 2 tipos de análise FMEA: a FMEA de projeto, aplicada durante a fase de conceção e desenvolvimento de um projeto, com o intuito de melhorar as características do produto ou analisar a sua conceção. Por outro lado, a FMEA de processo é aplicada durante a fase de execução, com o intuito de reduzir as falhas e otimizar os processos (SILVA, 2006).

Na avaliação dos modos de falha, a gravidade (G) é a avaliação do impacto da falha, estando agrupada numa escala de 1 a 10, onde 1 corresponde a uma gravidade nula e 10 à pior gravidade possível. A ocorrência (O) é a avaliação da probabilidade de se prever o aparecimento de cada falha num determinado período de tempo, estando esta agrupada numa escala de 1 a 10, onde 1 corresponde a uma probabilidade remota da falha ocorrer e 10 a uma probabilidade muito frequente de ocorrer. A deteção (D) corresponde à avaliação da probabilidade que o processo tem em detetar a causa de falha. Esta encontra-se agrupada numa escala de 1 a 10, onde 1 corresponde à probabilidade muito alta de deteção da falha e 10 à probabilidade remota de deteção da falha (SILVA, 2006).

Após a atribuição de um valor a cada um destes 3 componentes, efetua-se o cálculo do RPN (*Risk Priority Number*) através da multiplicação de cada um ($RPN = G \times O \times D$). O cálculo deste valor permite demonstrar o risco de falha, dando assim uma visão das ações prioritárias a desenvolver para minimizar os seus efeitos. (Silva, 2006) Este valor varia entre 1 e 1000, pelo que para valores entre 100 e 1000 considera-se como prioridade máxima para a redução do respetivo modo de falha (Moura, 2000).



A análise FMEA encontra-se em apêndice para consulta (apêndice VI), no entanto destacamos as etapas com RPN mais elevado, nos quais havia maior necessidade de intervenção:

- Nas intervenções de enfermagem antes da colocação do CVC destaca-se a Higienização das mãos antes do contato com o doente (RPN=480) e a colocação de todo o EPI: bata e luvas esterilizadas, touca e máscara fluido-resistente (RPN=648);

- Nas intervenções de Enfermagem imediatamente após a colocação do CVC: Realizar penso com técnica asséptica (luvas esterilizadas e máscara), utilizando clorohexidina 2% solução alcoólica (RPN=500) e retirar e dar destino adequado a todo o material utilizado na colocação do CVC (RPN=480);

- Nas intervenções de Enfermagem na manutenção do CVC: Descontaminar as conexões com álcool 70° ou clorohexidina 2% solução alcoólica antes de conectar qualquer dispositivo estéril (RPN=512) e realizar penso com técnica asséptica (luvas esterilizadas e máscara), utilizando clorohexidina 2% solução alcoólica sempre que estiver sujo/descolado ou de 48/48h (penso com compressa) ou 7/7dias (penso transparente) (RPN=512).

Considerando que a existência de programas de formação são fundamentais para a prevenção das infeções associadas aos cateteres venosos centrais, procurámos saber se os enfermeiros da UCI possuíam formação nesta área, se conheciam os procedimentos existentes no âmbito da prevenção desta problemática e qual a importância atribuída às intervenções de enfermagem na prevenção das infeções da corrente sanguínea associadas ao CVC. Neste sentido, foi aplicado um questionário aos enfermeiros da Unidade, construído para esse fim (Apêndice VII). Assim após pedido de autorização ao CA (Anexo I) para a realização do PIS bem como para a aplicação do questionário com o respetivo consentimento informado (Apêndice VIII) também elaborado por nós procedemos à sua aplicação no período de 7 a 14 de Novembro de 2013, após realização de um pré-teste que segundo Fortin (1999), consiste no preenchimento do questionário por uma pequena amostra que reflita a diversidade da população visada, a fim de verificar se as questões podem ser bem compreendidas. Esta etapa é indispensável e permite corrigir ou modificar o questionário, resolver problemas imprevistos e verificar a redação e a ordem das questões. Após tratamento de dados através do programa Excel (Apêndice IX) podemos inferir que a nossa amostra era constituída por 26 enfermeiros e destes 77% eram do sexo feminino e 23% do masculino, com idades compreendidas entre os 25-29 anos, com uma média de 8,23 anos de experiência profissional como enfermeiro.

Da análise dos dados obtidos podemos constatar que só metade dos enfermeiros tinham formação nesta área, e a formação que têm é obtida principalmente através da formação em serviço.



Destes apenas 20% teve formação em 2013, sendo que os restantes 80% tiveram formação há mais de 3 ou 6 anos.

Ao contrário da realidade, cerca de 77% dos enfermeiros achavam que existia no serviço uma norma de procedimento relacionada com a prevenção das infeções associadas aos CVC, mas quando lhes foi pedido que enumerassem, eles enumeraram não normas mas sim alguns atos de enfermagem que se relacionam com a prevenção da infeção dos CVC, como por exemplo a mudança de penso de 2/2 dias, a técnica asséptica para o manuseamento, ou a troca de sistemas de perfusão de 7/7 dias.

Ao serem questionados se as normas estariam atualizadas, 61% referiam não saber, 22% desconheciam e 17% referiam que as mesmas estavam atualizadas. Na questão “Conhece os resultados da Vigilância Epidemiológica do CH?”, 89% dos inquiridos referia que não.

Na parte III do questionário, referente à importância atribuída às intervenções de enfermagem nesta temática, os enfermeiros eram unânimes em considerar que a vossa intervenção desempenha um papel fundamental na prevenção das infeções associadas aos CVC, achando que era muitíssimo importante a existência de normas de procedimento nesta área, quer na UCI, quer em todo o Hospital, sendo que a falta de formação nesta área também era alvo de preocupação para estes profissionais.

No sentido de avaliarmos a viabilidade da realização de um PIS na área que temos vindo a falar e definirmos estratégias que pudessem corrigir problemas calculáveis à partida, realizámos uma análise SWOT de modo a conhecer as forças, fraquezas, oportunidades e ameaças à implementação deste projeto (ver apêndice X) pois esta compreende a análise dos pontos Fortes (*Strengths*) e Fracos (*Weaknesses*) de uma organização e a sua relação com as Oportunidades (*Opportunities*) e Ameaças (*Threats*) do meio envolvente (Guiné *et al*, 2010).

A ferramenta SWOT subdivide-se em duas análises complementares entre si: a análise externa e a análise interna (Dyson, 2004). Na análise interna serão definidos os pontos fortes da organização que podem ser dirigidos tanto para a procura de oportunidades como para neutralizar ameaças futuras e os pontos fracos que fragilizam a unidade e que podem vir a ser objeto de ações estratégicas de estruturação e fortalecimento institucional. A análise é focada na unidade, “no sentido de examinar seus processos, capacidade e infraestruturas” (Castro *et al*, 2005, p.53).

Já a análise ambiental externa é realizada a partir da identificação de sistemas ou grupos que influenciam a organização de forma direta ou indireta, ou que são influenciados pela mesma. Nessa etapa “as mudanças e eventos futuros são analisados, na busca de oportunidades e/ou ameaças à organização” (Castro *et al*, 2005, p.57).



A análise SWOT fornece segundo Machado (2005), uma orientação estratégica bastante significativa, pois permite: Eliminar pontos fracos nas áreas pelas quais a empresa enfrenta ameaças graves da concorrência e tendências desfavoráveis perante o negócio; compreender oportunidades descobertas a partir de seus pontos fortes; corrigir pontos fracos nas áreas em que a organização vislumbra oportunidades potenciais; monitorar áreas onde a organização possui pontos fortes afim de não ser surpreendida futuramente por possíveis riscos e incertezas.

Assim, da análise efetuada concluímos que este PIS tinha mais forças e oportunidades que ameaças ou fraquezas, das quais destacamos a fato da estudante ser um elemento dinamizador da CCI, ser um tema de interesse da Enfª Coordenadora da UCI e da CCI, ser um projeto que não acarretaria custos para a instituição e que tinha como intuito a elaboração de um procedimento e a formação da equipa. Como fraqueza destacava-se a inexperiência por parte da autora do PIS no âmbito da metodologia de projeto, salientando-se como ameaças o facto da equipa de saúde da UCI ser numerosa, que em caso de formação poderia ser necessário replicar várias vezes, e a norma de procedimento não estar homologada até ao final do estágio.

Assim, após triangulação dos dados que segundo DENZIN (1989, *cit in* FORTIN, 1999) consiste numa colheita de dados junto de diversas fontes de informação (grupos, meios e períodos de tempo), a fim de estudar um mesmo fenómeno, definimos como **problema geral** deste projeto: *“Inexistência de documentos orientadores no âmbito dos cuidados de enfermagem na colocação e manutenção dos cateteres venosos centrais”*, e como problemas parcelares a falta de formação sobre os cuidados a ter com a manutenção de cateteres venosos centrais, a inexistência de um procedimento no serviço sobre o tema e a inexistência de avaliações às práticas de enfermagem e respetiva comunicação das falhas detetadas, pelo que estabelecemos como prioridades a pesquisa bibliográfica sobre as Intervenções de Enfermagem na manutenção de cateteres venosos centrais, elaborar um procedimento sobre os cuidados de enfermagem na manutenção de cateteres venosos centrais, formar a equipa sobre os cuidados de enfermagem na manutenção de cateteres venosos centrais e avaliar práticas, através de auditorias internas.

Ainda na fase de diagnóstico e no sentido de criarmos estratégias para resolvermos a problemática inicialmente identificada definimos objetivos pois estes apontam os resultados que se pretende alcançar, podendo incluir diferentes níveis que vão desde o geral ao mais específico. Os objetivos gerais são enunciados de intenções que descrevem os resultados esperados e fornecem-nos informações acerca daquilo que o formando deverá ser capaz de fazer após o seu percurso formativo. Por sua vez, os objetivos específicos são indicadores de conhecimentos e aptidões que os



formandos devem adquirir ao longo do seu processo formativo, sendo o resultado da subdivisão de um objetivo geral mais vasto em aprendizagens mais elementares (RUIVO *et al*, 2010).

Assim, enquanto enfermeiras numa Instituição e assumindo o papel de elemento dinamizador da Comissão de Controle de Infecção, e tendo em linha de conta que o nosso PIS incidia na área, traçamos como objetivo geral: Contribuir para a prevenção das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde relacionadas com os cateteres venosos centrais na UCI de um hospital da margem sul do Tejo, e como objetivos específicos elaborar um procedimento sobre a prevenção da infeção associada à cateterização venosa central no adulto, elaborar uma *checklist* de verificação do procedimento e formar a equipa sobre a prevenção da infeção associada à cateterização venosa central no adulto.

2.2 – PLANEAMENTO

De modo a darmos resposta aos objetivos traçados e ao preconizado pelo Plano Nacional Controlo de Infecção no que respeita à colocação e manutenção do CVC, passamos então à fase do Planeamento “em que é elaborado um plano detalhado do projeto, onde são definidos os métodos e técnicas de pesquisa, onde se realiza o levantamento dos recursos, são definidas as atividades a desenvolver, devidamente calendarizadas e onde se escolhem os meios e estratégias a utilizar para desenvolver essas mesmas atividades. É aqui que se faz também o levantamento das limitações previstas para a realização do trabalho” (RUIVO *et al*, 2010, p.20).

As atividades são os elementos de trabalho realizados no decurso de um projeto. Possuem uma duração, um custo e requisitos esperados. As estratégias, por outro lado, referem-se à utilização dos meios definidos no planeamento com o objetivo de utilizar de forma eficaz os recursos. Os meios consistem na determinação de quais os recursos necessários, e em que quantidades, para a realização das atividades do projeto (RUIVO *et al*, 2010).

Neste sentido, para conseguirmos atingir cada um dos objetivos específicos a que nos propusemos, delineámos atividades/estratégias a desenvolver, referindo quais os recursos a utilizar, o cronograma de atividades, o orçamento necessário e os indicadores de avaliação, bem como a previsão dos constrangimentos e forma de os ultrapassar (Apêndice XI).

Sendo assim, para atingirmos o objetivo específico **Elaborar um procedimento sobre a prevenção da infeção associada à cateterização venosa central no adulto**, sugerimos as seguintes atividades/estratégias a desenvolver:



- Realização de pesquisa bibliográfica sobre infeções associadas ao Cateter Venoso Central, recomendações existentes para a sua prevenção, procedimentos já existentes na UCI relacionados com a temática e o modelo em utilização na instituição para a elaboração de procedimentos sectoriais.
- Elaboração do “Procedimento para Prevenção da Infeção Associada à Cateterização Venosa Central no Adulto”.
- Discussão do procedimento com a Enf^a Orientadora e a docente de referência.
- Reformulação do procedimento caso seja necessário.
- Pedido de parecer à Comissão de Controlo de Infeção para validação do procedimento.
- Reformulação do procedimento caso seja necessário.
- Submissão do procedimento a aprovação da CCI.
- Submissão do procedimento ao Gabinete de Qualidade do hospital.
- Apresentação do procedimento à equipa da UCI através de ação de formação.
- Disponibilização do procedimento à equipa.
- Implementação do “Procedimento para Prevenção da Infeção Associada à Cateterização Venosa Central no Adulto”.

Estas estratégias por nós enumeradas centravam-se essencialmente na utilização dos recursos disponíveis, no método selecionado para a execução do projeto e na articulação entre os diversos membros que integravam o projeto (FORTIN, 1999).

Os recursos disponíveis podem ser referentes à pesquisa (bases de dados eletrónicas, artigos ou livros) ou às capacidades individuais de cada membro da equipa (a nível informático, da pesquisa, sintetização de informação, análise de situação e planificação), bem como os meios de suporte disponíveis (FORTIN, 1999).

Os meios consistem na determinação de quais os recursos - pessoa, equipamentos, materiais - necessários, e em que quantidades, para a realização das atividades do projeto. Para a elaboração de um projeto, deverão ser selecionados e aplicados diferentes meios, cabendo ao investigador determinar quais os mais convenientes ao seu objetivo de estudo, às questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas. Estes meios consistem nos recursos a que se pode ter acesso para a realização do projeto que vai depender do tipo de estudo em questão (FORTIN, 1999).

São ainda responsáveis pela conclusão efetiva das atividades do projeto. Estes podem estar organizados em meios humanos, técnicos, materiais e financeiros. Os meios humanos dizem respeito à criação de uma equipa, que apresente um conjunto de conhecimentos e de competências, e terá



como objeto de estudo uma população-alvo. Deve existir confiança traduzida em relações profissionais sinceras e autênticas; existir respeito recíproco entre elementos e reconhecimento das competências específicas; existir consenso quanto aos objetivos a atingir, definindo-os com precisão desde o início; distribuir tarefas consoante as capacidades de cada elemento da equipa de tal modo que todas as atividades do projeto fiquem asseguradas (CHASE e AQUILANO, 1995 cit in FORTIN, 1999).

Os meios materiais e técnicos estão relacionados com os equipamentos e tecnologias utilizadas na realização do projeto. São exemplos destes meios a entrevista, os questionários, as escalas de medida, o formulário de avaliação física, psicológica e social (FORTIN, 1999).

Para a execução destas atividades, enunciámos como necessários os seguintes recursos humanos e materiais:

- Recursos humanos: orientadora de estágio, docente de referência, Enfermeira Coordenadora da Comissão de Controlo de Infeção, Enfermeiro da UCI responsável pela Formação em Serviço;
- Recursos materiais: Computador, Livros, Revistas e Artigos.

Como indicador de avaliação para este objetivo projetámos o “Procedimento para Prevenção da Infeção Associada à Cateterização Venosa Central no Adulto”.

Para atingirmos o objetivo específico **Elaborar uma *checklist* de verificação do procedimento**”, sugerimos as seguintes atividades/estratégias a desenvolver:

- Realização de pesquisa bibliográfica sobre o conceito de *checklist*.
- Elaboração da “*Checklist* de verificação”.
- Discussão da *checklist* com a Enf^a Orientadora e a docente de referência.
- Reformulação da *checklist* caso seja necessário.
- Pedido de parecer à Comissão de Controlo de Infeção para validação da *checklist*.
- Reformulação da *checklist* caso seja necessário
- Apresentação da *checklist* à equipa da UCI através de ação de formação.
- Disponibilização da *checklist* à equipa.
- Implementação da *checklist* na UCI durante 1 mês.
- Tratamento de dados da implementação da *checklist*.
- Divulgação dos resultados à equipa da UCI.

Para a execução destas atividades, considerámos necessários como recursos humanos e materiais os seguintes:



- Recursos humanos: Orientadora de estágio, Docente de referência, Enfermeira Coordenadora da Comissão de Controlo de Infeção, Enfermeiros da UCI.
- Recursos materiais: Computador, Livros, Revistas, Artigos.

Como indicador de avaliação para este objetivo projetámos a *Checklist* de verificação do cumprimento do procedimento.

Para atingir o objetivo específico **Formar a equipa sobre a prevenção da infeção associada à cateterização venosa central no adulto**, sugerimos as seguintes atividades/estratégias a desenvolver:

- Realização de pesquisa bibliográfica sobre infeções associadas ao cateter venoso central e sua prevenção.
- Seleção dos conteúdos a apresentar.
- Construção dos diapositivos.
- Elaboração do plano da sessão.
- Apresentação e discussão da ação da formação com a Enf^ª Coordenadora da UCI, a Enf^ª orientadora de estágio e a docente de referência no sentido de proceder a alterações caso seja necessário.
- Reformulação da ação de formação, caso seja necessário.
- Marcação da ação de formação.
- Divulgação da ação de formação.
- Apresentação da ação de formação.
- Avaliação da ação de formação.

Para a execução destas atividades considerámos que seria necessário os seguintes recursos humanos e materiais:

- Recursos humanos: Orientadora de estágio, Docente de referência, Enfermeira Coordenadora da UCI, Enfermeiro da UCI responsável pela formação em serviço, médicos e enfermeiros da UCI.
- Recursos materiais: Livros, Revistas, Artigos, Computador, Data Show.

Como indicadores de avaliação para este objetivo consideramos:

- Plano da sessão de formação.
- Diapositivos apresentados na ação de formação.
- Avaliação dos formandos que assistiram à formação.



Os meios financeiros consistem nos recursos económicos disponíveis e que podem ser utilizados no financiamento do projeto e de todas as atividades que lhes estão associadas. Devem existir com elevado rigor e, também, com alguma margem de segurança os valores necessários para a concretização dos objetivos estabelecidos, ao mesmo tempo que também é muito importante encontrar fontes de financiamento fiáveis (CHASE e AQUILANO, 1995 cit in FORTIN, 1999).

Para a implementação deste projeto, não se previram custos para a instituição, quer a nível de recursos humanos, quer a nível de recursos materiais.

Quando planeamos um projeto, também equacionamos os possíveis constrangimentos com que nos poderíamos deparar e qual a forma de os ultrapassar. Por a equipa da UCI ser numerosa, ponderámos que poderia ser difícil realizar a formação a todos os elementos. De modo a ultrapassar este constrangimento pensámos realizar a ação de formação por mais do que uma vez, de modo a que um maior número de enfermeiros pudesse estar presente e que a sessão de formação seria divulgada com antecedência e que os diapositivos seriam disponibilizados a todos os enfermeiros da Unidade através de suporte digital.

Outro constrangimento previsto seria a norma de Procedimento não estar homologada até ao final do estágio. Para isso pretendíamos elaborar o procedimento, discuti-lo com a Enf^ª Orientadora e a docente de referência, realizar o pedido de parecer à Comissão de Controlo de Infeção para validação do procedimento, reformula-lo caso seja necessário e submete-lo a aprovação da CCI logo no início do Estágio III.

2.3 – EXECUÇÃO E AVALIAÇÃO

As fases de Execução e Avaliação do Projeto de Intervenção em Serviço (PIS) foram desenvolvidas durante o Estágio III, que decorreu de 3 de Março a 24 de Junho de 2014 na Unidade de Cuidados Intensivos de um hospital da margem sul do Tejo.

A execução é a fase da metodologia de projeto que materializa a realização, colocando em prática tudo o que foi planeado (RUIVO et al, 2010).

Por outro lado, as avaliações são momentos onde se questiona o trabalho desenvolvido. Deve fornecer os elementos necessários para intervir no sentido de melhorar a coerência, a eficiência e a eficácia do projeto. A avaliação operatória é aquela que orienta para a ação e tomada de decisão, é onde se utilizam os indicadores de avaliação traçados na etapa do planeamento (RUIVO et al, 2010).



Sendo assim, para cumprir o objetivo específico **Elaborar um procedimento sobre a prevenção da infeção associada à cateterização venosa central no adulto**, foi realizada uma pesquisa bibliográfica baseada nos princípios da revisão sistemática da literatura sobre Infeções associadas ao Cateter Venoso Central e as recomendações existentes para a sua prevenção. Para isso determinou-se a busca por artigos científicos em bases de dados Online, nomeadamente a B-On, EBSCO, PubMed e Google Académico com os seguintes descritores: cateter venoso central, infeção, prevenção. Realizámos também uma pesquisa sobre os procedimentos já existentes na UCI relacionados com a temática e o modelo em utilização na instituição para a elaboração de procedimentos sectoriais.

De seguida, elaborámos o “Procedimento para Prevenção da Infeção associada à Cateterização Venosa Central no Adulto” (Apêndice XII), que foi discutido com a Enf^a Orientadora e a docente de referência, procedendo-se à sua reformulação sempre que sugerido.

Posteriormente foi feito um pedido de parecer à Comissão de Controlo de Infeção do CH para validação do procedimento, que procedeu a algumas reformulações do mesmo.

O procedimento após aprovação pela CCI e pelo Gabinete de Qualidade do Centro Hospitalar foi então encaminhado para o Conselho de Administração que o aprovou e divulgou a todo o Centro Hospitalar através da Circular Informativa nº19/15 de 12/02/2015 (Anexo 2).

Para cumprir o objetivo específico **Elaborar uma *checklist* de verificação do procedimento** realizámos uma pesquisa bibliográfica sobre o conceito de *checklist*, que segundo SANTOS (2011, p.93) é “a verificação metódica de todas as etapas de um procedimento para que este se desenvolva com o máximo de segurança”.

Elaboramos a “*Checklist* de verificação do Procedimento” (Apêndice XIII) que foi discutida e reformulada com a Enf^a Orientadora e a docente de referência. Foi feito um pedido de parecer à Comissão de Controlo de Infeção para validação da *checklist* e novamente reformulada.

Para **Formar a equipa sobre a prevenção da infeção associada à cateterização venosa central no adulto**, realizámos uma pesquisa bibliográfica sobre Infeções associadas ao cateter venoso central e sua prevenção, selecionámos os conteúdos a apresentar que foram discutidos com a Enf^a Orientadora e a Docente de referência e construímos os diapositivos que apresentamos no Apêndice XIV.

Elaborámos o plano de sessão (Apêndice XV) e marcámos a ação de formação com o Enf^o Responsável pela Formação em Serviço da UCI que foi divulgada a toda a equipa (Apêndice XVI). Nesta formação foi apresentado e disponibilizado tanto o procedimento como a *checklist* à equipa.



A ação de formação foi apresentada nos dias 15 e 16 de Abril de 2014, aos médicos e enfermeiros da UCI, tendo assistido à formação 26 profissionais do serviço (adesão de 87%). No final desta foi entregue uma ficha de avaliação da ação de formação (Apêndice XVII) que foi respondida por 96% dos formandos.

Após tratamento das fichas de avaliação da formação em vigor na instituição (Apêndice XVIII) através do programa Excel podemos inferir que a nossa amostra era constituída por 26 formandos em que 73% eram enfermeiros e 27% médicos. Incluímos nesta formação a equipa médica uma vez que são eles que operacionalizam a colocação do CVC.

Todos os formandos que preencheram as fichas de avaliação da formação consideraram que a ação de formação terá impacto positivo ao nível do seu desempenho, nomeadamente ao nível da melhoria na prestação de cuidados (14), na diminuição das infeções associadas ao CVC (3), na mudança e melhoria das práticas (2) e na atualização de conhecimentos (2).

Quando questionados sobre de que forma qualificavam a formação realizada, na globalidade, 80% dos formandos consideraram Muito Bom e 20% Bom, atribuindo como Pontos Fortes da ação de formação a pertinência do tema, a motivação da equipa, os itens abordados e o facto de o procedimento ser necessário e inovador. Quanto às oportunidades de melhoria foram referidas a implementação de *guidelines* e o local de realização da ação.

Por fim, os formandos consideraram que a Intervenção da formadora nos vários itens se situa entre as classificações de Bom (5 a 11) e Muito Bom (12 a 18), sendo que apenas no item Cumprimento de horários houve 2 formadores a responderem Suficiente.

No final da formação foi concordado com todos os intervenientes a implementação da *checklist* na UCI durante 1 mês, no período entre 15 de Abril a 15 de Maio de 2014. Os dados recolhidos encontram-se no Apêndice XIX.

Durante o período de implementação da *checklist*, foram preenchidas 19 *checklists* (adesão 70%). Da análise dos dados obtidos, foram identificados 14 Cateteres, todos eles Cateteres Venosos Centrais (CVC), sendo que apenas 7 foram colocados na UCI, pelo que os restantes 7 já estavam presentes na altura da admissão na unidade.

Relativamente ao local de inserção do cateter, 57% encontravam-se na Veia Jugular, 36% na Veia Subclávia e 7% na Veia Femoral. Quanto ao número de lumens do CVC, 93% dos cateteres apresentavam 3 lumens, sendo que apenas 7% apresentavam 4 ou mais lumens. Nenhum cateter tinha menos do que 3 lumens.

Dos cateteres que foram colocados na UCI, 56% foram colocados numa situação de emergência, sendo que 44% foram colocados eletivamente, dos quais apenas 2 foram colocados na



Veia Subclávia. As limitações encontradas para a escolha desta veia foram o Elevado Risco de Hemorragia/Pneumotórax, a Distorção da Anatomia e a Inexperiência do Operador.

Antes do procedimento o médico e ajudante efetuaram lavagem cirúrgica das mãos e antebraços em 6 das 7 colocações de cateter, o médico e ajudante usaram barrete, máscara, bata e luvas estéreis em 5 das 7 colocações, foi usada solução antisséptica c/ clorohexidina a 2% em álcool na zona de inserção do CVC em todas as vezes e foi usado um campo estéril grande (pelo menos até aos joelhos) para campo cirúrgico em 5 das 7 oportunidades.

Durante o procedimento, foram sempre utilizadas luvas estéreis, máscara com viseira, barrete e bata estéril tanto pelo operador como pelo ajudante. O campo foi mantido estéril durante todo o procedimento. Em 5 das colocações, toda a equipa no ambiente envolvente do doente (2 metros) usou máscara, o mesmo não se verificou em 2 das colocações de CVC.

Após o procedimento foi mantida a técnica asséptica na realização do penso do CVC, sendo que apenas num dos casos o penso não foi datado.

Relativamente aos cuidados na manutenção do CVC, a confirmação da necessidade de CVC teve uma adesão de 88%, a descontaminação das conexões com álcool uma adesão de 58%, a higiene das mãos uma adesão de 59%, a realização do penso com técnica asséptica uma adesão de 44% e a antissepsia do local de inserção com Clorohexidina 2% uma adesão de 40%.

Após um período de implementação da *Checklist*, foi-nos sugerido pelos enfermeiros que esta seria mais fácil de preencher se fosse dividida em duas, uma de colocação e outra de manutenção, pelo que discutimos essa possibilidade com a En^{fa} Orientadora e a Docente de referência e reformulámos a *Checklist* de acordo com as sugestões (Apêndices XX e XXI).

Sendo assim, implementámos as novas *checklists* na UCI, no período entre 25 de Fevereiro e 23 de Março de 2015. Os dados recolhidos encontram-se no Apêndice XXII.

Durante esse período entraram na UCI 22 doentes, tendo sido preenchidas 17 *checklists* (adesão 77%). Foram identificados 17 Cateteres, dos quais 16 eram Cateteres Venosos Centrais (CVC) e 1 Cateter de Hemodiálise. Do total de cateteres, apenas 8 foram colocados na UCI, pelo que os restantes 9 já estavam presentes na altura da admissão na unidade.

Relativamente ao local de inserção do cateter, 53% encontravam-se na Veia Jugular, 23% na Veia Subclávia e 24% na Veia Femoral. Quanto à lateralidade do CVC, 65% foram colocados do lado direito, pelo que 35% se colocaram à esquerda. No que concerne ao número de lúmens do CVC, todos os cateteres apresentavam 3 lúmens.

Dos cateteres que foram colocados na UCI, 29% foram colocados numa situação de emergência, sendo que 71% foram colocados eletivamente. Dos 8 cateteres colocados na UCI,



apenas 2 foram colocados na Veia Subclávia. As limitações encontradas para a escolha desta veia foram o Elevado Risco de Hemorragia/Pneumotórax, a Distorção da Anatomia, o fato de ser um cateter de hemodiálise (elevado risco de trombólise) e Tentativa falhada de colocação do cateter na veia subclávia.

Antes do procedimento o médico e ajudante efetuaram lavagem cirúrgica das mãos e antebraços em todas as colocações de cateter, o médico e ajudante usaram barrete, máscara, bata e luvas estéreis em 6 das 8 colocações, foi usada solução antisséptica c/ clorhexidina a 2% em álcool na zona de inserção do CVC em todas as vezes e foi usado um campo estéril grande (pelo menos até aos joelhos) para campo cirúrgico em 5 das 8 oportunidades.

Durante o procedimento, o operador utilizou sempre luvas estéreis, máscara com viseira, barrete e bata estéril, mas o mesmo não aconteceu com o ajudante em 2 colocações de CVC. O campo foi mantido estéril durante todo o procedimento. Em todas as colocações, toda a equipa no ambiente envolvente do doente (2 metros) usou máscara. Após o procedimento foi mantida a técnica asséptica na realização do penso do CVC e o penso foi datado.

Relativamente aos cuidados na manutenção do CVC, a Confirmação da necessidade de CVC teve uma adesão de 78%, a Descontaminação das conexões com álcool uma adesão de 31%, a Higiene das mãos uma adesão de 34%, a Realização do penso com técnica asséptica uma adesão de 21% e a Antissépsia do local de inserção com Clorhexidina 2% uma adesão de 23%.

Os resultados obtidos com a implementação das *checklists* são muito semelhantes aos obtidos anteriormente relativamente à *checklist* de verificação da colocação do CVC, embora o número de *checklists* preenchidas não tenha sido igual. Quanto à *checklist* de verificação da manutenção do CVC os resultados são inferiores aos anteriormente obtidos. Uma vez que não temos forma de saber quem preencheu as *checklists*, que existem novos profissionais no serviço e que a formação anterior não abrangeu a totalidade dos profissionais, sugerimos a replicação da formação de forma a divulgarmos o procedimento a todos os profissionais e colmatarmos as lacunas existentes.

Concluimos então que a pesquisa bibliográfica, o esclarecimento de dúvidas com a Enf^a Orientadora e os aportes teóricos obtidos nas Unidades Curriculares de Gestão de processos e recursos e Investigação, nomeadamente nas Unidades temáticas Trabalho de Projeto, Ética em Investigação, Investigação em Enfermagem, Métodos de Tratamento de Informação e Gestão dos cuidados de enfermagem, proporcionaram uma fundamentação teórica importante que serviu de suporte para este PIS, bem como torna-lo exequível.



2.4 – DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

Para Ruivo *et al* (2010, p.31), “a divulgação dos resultados obtidos após a implementação de um projeto é uma fase importante (...) na medida em que se dá a conhecer à população em geral e outras entidades a pertinência do projeto e o caminho percorrido na resolução de um determinado problema”.

A divulgação dos resultados de um projeto na área da saúde possibilita que os clientes tenham conhecimento dos esforços realizados pela instituição na melhoria dos cuidados, fornece informação científica aos clientes e profissionais, servindo de exemplo par outros serviços e instituições (RUIVO *et al*, 2010).

Uma das formas de realizar a divulgação dos resultados de um projeto é através da realização de um relatório do mesmo, que consiste “num trabalho escrito onde se concretiza todo o processo de desenvolvimento do mesmo” (RUIVO *et al*, 2010, p.32).

Por outro lado também existem outras formas de divulgar o nosso PIS tais como através da realização da formação, através da emissão de relatórios sobre os resultados obtidos através da *checklist*, e através da divulgação da norma realizada.



3 – PROJETO DE APRENDIZAGEM CLÍNICA

Segundo o REPE, no ponto 3 do artigo 4º, 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, 2012, p.15).

Especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção (DR, 2ª série, nº35, 18/2/2011, p.8648).

O presente capítulo refere-se ao Projeto de Aprendizagem Clínica (PAC) que foi desenvolvido no âmbito dos estágios realizados na Unidade de Cuidados Intensivos de um hospital da margem sul do Tejo, no decorrer do 3º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica no ano letivo 2013-2014 na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal e que tinha como objetivo geral Adquirir/aprofundar as Competências Específicas dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica e da Pessoa em Situação de Doença Crónica e Paliativa,

3.1 – DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

No decorrer do estágio após um período de consulta de documentos orientadores existentes na UCI e um período de observação e reflexão sobre as nossas práticas enquanto enfermeiras, realizámos uma breve abordagem teórica sobre os assuntos emergentes das competências acima mencionadas.

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” (DR, 2ª série, n.º35, p.8656).



Os cuidados de enfermagem prestados a estes doentes exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil (DR, 2ª série, n.º35, p.8656).

Deste modo, de forma a podermos adquirir competências na esfera da *K1 — Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica*, delineámos como objetivo específico do PAC:

- **Prestar cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica.**

Segundo a norma 007/2010 da DGS, “no mundo em que vivemos estamos em permanente possibilidade de ocorrência de uma catástrofe natural, epidemia, acidente tecnológico e/ou incidente nuclear, radiológico, biológico ou químico de grandes ou importantes proporções. Neste sentido, é fundamental que as diversas Instituições do Sistema Nacional de Saúde realizem, periodicamente, uma análise da sua situação, tendo em consideração a envolvente interna e externa, em constante mutação, planeando, de forma sistemática e integrada, uma resposta de emergência a dar em qualquer um dos cenários acima referidos, ou a outro, que, pela sua natureza ou extensão, implique, momentânea ou permanentemente, um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos existentes” (DGS, 2010, p.1).

Tendo em conta a realidade atual das Unidades de Saúde, nomeadamente o funcionamento quotidiano já no máximo das suas capacidades ou perto deste, a elaboração de um Plano de Emergência torna-se essencial como ferramenta de reforço de avaliação dos meios de reação da Unidade de Saúde face a uma situação de crise, definindo regras ou normas gerais de atuação nesse contexto.

Ao investigarmos sobre o Plano de Emergência Interno do Centro Hospitalar, deparámo-nos com um fluxograma de atuação do qual faz parte integrante a Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar (EEMI). No entanto, no regulamento da referida equipa não há qualquer alusão a uma situação de catástrofe nem qual o papel da EEMI no Plano de Emergência Interno.

Assim, de modo a esclarecer a equipa e poder aprofundar competências a nível da *K2 — Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação*, delineámos o seguinte objetivo específico:



- **Formar os elementos da equipa multidisciplinar que constituem a EEMI sobre o papel desta equipa no plano de emergência interno do Centro Hospitalar.**

A Organização Mundial da Saúde definiu cuidados paliativos como uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos doentes e das suas famílias, que enfrentam o problema associado à doença com risco de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento por meio de identificação precoce, avaliação e gestão da dor e de outros problemas físicos, psicossociais e espirituais.

São cuidados direcionados aos doentes onde não existe a finalidade de curar, uma vez que a doença já se encontra em um estágio progressivo, irreversível e não responsivo ao tratamento curativo, sendo o objetivo desses cuidados proporcionar qualidade de vida nos momentos finais (BARROS *et al*, 2013).

A Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) é uma unidade de alta complexidade, caracterizada pelo atendimento de doentes graves que possuem características comuns, como instabilidade hemodinâmica e insuficiência respiratória, e/ou que necessitam de monitorização e acompanhamento como uma medida preventiva. Culturalmente, a UCI é um ambiente desconhecido e incerto, que traz aos doentes e familiares uma ideia de gravidade associada à perda que, muitas vezes, não é real (SANTANA *et al*, 2010).

Os avanços tecnológicos na manutenção da vida do doente internado em cuidados intensivos necessita de um repensar por parte da equipa que atua nesse setor. Deve ser levado em conta, até que ponto estes avanços tecnológicos são benéficos para o doente e seus familiares. Não se trata de afastar a tecnologia no processo assistencial nas UCIs, mas a utilização desses recursos de forma mais ética, humana e paliativista, percebendo o doente em todas as suas dimensões, respeitando os limites de intervenções terapêuticas e a autonomia do doente (SANTANA *et al*, 2012).

Os cuidados paliativos podem e devem ser oferecidos concomitantemente aos cuidados curativos, pois não são excludentes para a prevenção e tratamento do sofrimento do doente e seus familiares. Portanto, é errônea a suposição de que “não há mais nada a se fazer” pelo doente sem possibilidades de cura: enquanto houver vida, sempre existirá a necessidade do cuidado de enfermagem. Enquanto existe vida, há muito que se fazer para a pessoa transpor os últimos dias de sua existência sem sofrimento (FREITAS e PEREIRA, 2013).

A bioética, nas últimas décadas, vem discutindo sobre quais devem ser os limites de intervenção necessários e prudentes sobre a conduta humana para se evitar a distanásia, lembrando-se que o avanço tecnológico e científico na medicina e nas ciências da saúde possibilitou o aumento



do poder de intervenção sobre o ser humano e o adiamento da morte, à custa, muitas vezes, de prolongado e desnecessário sofrimento para os doentes e seus familiares (SANTANA *et al*, 2010).

De modo a consolidar os conhecimentos acerca da aplicabilidade dos cuidados paliativos na UCI e atingir a competência 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*, propomos o seguinte objetivo específico:

- **Elaborar um Artigo de reflexão sobre os cuidados paliativos nas unidades de cuidados intensivos.**

Os doentes da UCI são avaliados depois de decorrido o primeiro mês após a alta do serviço numa consulta de “follow-up”, com o objetivo de detetar as complicações da doença crítica ou do seu tratamento. Esta consulta de Medicina Intensiva é realizada por um médico e um enfermeiro da UCI. Tem por objetivo o acompanhamento dos doentes que estiveram internados na UCI visando identificar as consequências do internamento na referida unidade a nível funcional, nutricional e emocional, bem como identificar a necessidade de articulação/encaminhamento com os Cuidados na Comunidade.

Preferencialmente o utente deve estar acompanhado pela família nesta consulta, uma vez que aqui também se faz a avaliação subjetiva do internamento na UCI, quer do doente, quer do familiar.

Uma vez que pretendíamos assistir a esta consulta mas não possuíamos os recursos necessários para poder fazê-lo de uma forma eficaz e eficiente, achámos que seria proveitoso:

- **Organizar um *dossier* temático sobre documentos e recursos existentes para cuidar a pessoa com doença crónica,**

sendo este o quarto objetivo específico que projetámos para este PAC, que se integra na competência 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.*

3.2 – PLANEAMENTO



À semelhança do que fizemos no PIS e para conseguirmos atingir cada um dos objetivos específicos que nos propusemos atingir, delineámos atividades/estratégias a desenvolver, e enumerámos os indicadores de avaliação para cada um deles.

Para o objetivo específico **Prestar cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica**, delineámos as seguintes atividades/estratégias a desenvolver:

- Realização de estágio na Unidade de Cuidados Intensivos.
- Prestação direta de cuidados à pessoa em situação crítica, identificando prontamente focos de instabilidade e respondendo de forma pronta e antecipatória aos mesmos.

Para este objetivo o indicador de avaliação é o relatório de trabalho de projeto no qual faremos uma reflexão sobre a prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica.

Relativamente ao objetivo específico **Formar os elementos da equipa multidisciplinar que constituem a EEMI sobre o papel desta equipa no plano de emergência interno do CH**, as atividades/estratégias a desenvolver são:

- Pesquisa bibliográfica sobre Plano Distrital e Nacional para catástrofe e emergência, Planos de Emergência Interna e sobre o papel da EEMI no plano de emergência e catástrofe do CH.
- Realização de estágio de opção na Comissão de Gestão do Risco (CGR) e no Grupo de Indicadores, Auditorias e Risco Clínicos (GIARC).
- Seleção dos conteúdos a apresentar.
- Discussão dos conteúdos com a Enf^ª Orientadora e a Docente de referência.
- Construção dos diapositivos.
- Elaboração do plano de sessão.
- Marcação da ação de formação com o Enf^º Responsável pela Formação em Serviço da UCI.
- Divulgação da ação de formação.
- Apresentação da ação de formação.
- Avaliação da ação de formação.

Tendo como indicadores de avaliação o plano de sessão da formação, os diapositivos que suportaram a ação de formação e o tratamento de dados das fichas de avaliação da formação preenchidas pelos formandos



Por forma a atingirmos o objetivo específico **Elaborar um Artigo de reflexão sobre os cuidados paliativos nas unidades de cuidados intensivos** planeámos as seguintes atividades/estratégias a desenvolver:

- Pesquisa bibliográfica sobre o conceito de cuidados paliativos e sua aplicação em unidades de cuidados intensivos.
- Realização de um artigo sobre os cuidados paliativos nas unidades de cuidados intensivos.

Como indicador de avaliação temos o artigo concretizado.

Como meio de alcançarmos o objetivo específico **Organizar um *dossier* temático sobre documentos e recursos existentes para cuidar a pessoa com doença crónica** apresentámos as atividades/estratégias a desenvolver que passamos a descrever:

- Pesquisa sobre impressos existentes no CH que possam ser importantes para a consulta de medicina intensiva, testes de avaliação funcional, nutricional e emocional da pessoa com doença crónica e forma de referenciar doentes à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.
- Elaboração do *dossier* temático.
- Discussão dos conteúdos do *dossier* com a Docente de referência.
- Divulgação do *dossier* temático à equipa.

Para indicador de avaliação projetámos um *Dossier* Temático de apoio à consulta de medicina intensiva.

3.3 – EXECUÇÃO E AVALIAÇÃO

Para podermos desenvolver o PAC realizámos um conjunto de atividades ao longo dos estágios de forma a podermos dar resposta aos objetivos propostos.

Para cumprirmos o objetivo específico **Prestar cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica** realizámos estágio na UCI.

A Unidade de Cuidados Intensivos onde a estudante estagiou é uma unidade do tipo polivalente de nível III (maior nível de diferenciação de Cuidados Intensivos) que admite doentes médicos e cirúrgicos. Nesta unidade são usados meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica altamente diferenciados, frequentemente de natureza invasiva, necessários ao tipo de atividades



executadas, nomeadamente suporte hemodinâmico, ventilação mecânica e técnicas de substituição renal.

Prestar cuidados à pessoa em situação crítica é uma tarefa complexa que exige um planeamento adequado por parte de toda a equipa. Neste sentido, foram realizadas intervenções interdependentes, de acordo com o planeamento definido pela equipa multidisciplinar, decididas na reunião diária da equipa multidisciplinar, e intervenções autónomas de acordo com as nossas qualificações profissionais, a doentes com diversas patologias (cardíacas, respiratórias, neurológicas, cirúrgicas, ortopédicas, ...).

Perante a situação de saúde do doente do qual estávamos responsáveis, delineámos intervenções de vigilância e monitorização como meio de identificar focos de instabilidade, respondendo de forma pronta e antecipatória a esses focos, executando cuidados técnicos de alta complexidade.

Gerimos ainda a administração de protocolos complexos, como é o caso do protocolo de perfusão endovenosa contínua de insulina e do algoritmo de Suporte Avançado de Vida, diagnosticando precocemente as complicações resultantes da implementação dos mesmos, implementando respostas de enfermagem apropriadas às complicações e monitorizando e avaliando a adequação das respostas aos problemas identificados.

Relativamente à gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, sabe-se que a dor do doente crítico não é considerada uma prioridade quando comparada com outros sinais vitais, no entanto desde a recomendação da Direção Geral de Saúde emitida numa circular normativa nº9/DGCG de 14/06/2003, que indica que a dor é o 5º sinal vital, sendo a sua gestão um direito do doente, um dever profissional e um passo fundamental para a efetiva humanização dos cuidados de saúde.

As escalas de avaliação da dor utilizadas na UCI diferem consoante o estado de consciência do doente. De acordo com a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, “o uso da Escala Verbal Numérica é recomendada para avaliar a dor em doentes que comunicam” (SPCI, 2012, P.40). Nesta escala é questionado ao doente a quantificação da sua dor, de zero (sem dor) a dez (dor de intensidade máxima imaginável). Segundo os mesmos autores, “a dor em doentes que não comunicam, sedados e ventilados deve ser avaliada por meio subjetivo da observação de comportamentos utilizando a Behavioral Pain Scale (BPS)” (SPCI, 2012, p.40). Esta escala inclui 3 itens comportamentais (expressão facial, movimento dos membros superiores e adaptação ventilatória).



Na UCI, existe uma folha própria para registo da dor, em que é indicado o momento da avaliação, se é em repouso ou associada a estímulo, a escala utilizada, a quantificação da dor e as medidas implementadas, quer farmacológicas, quer não farmacológicas. Quanto às medidas farmacológicas é registado se o doente está a fazer analgesia em perfusão e se fez analgesia em bólus. As medidas não farmacológicas da dor incluem o posicionamento, a massagem e a escuta ativa.

Ao aplicarmos estas escalas e ao efetuarmos o registo apropriado, fica assegurado ao doente crítico o direito à sua gestão da dor, cumprindo-se um dever profissional e garantindo a efetiva humanização dos cuidados a estes doentes.

Os aportes teóricos adquiridos no módulo Intervenções de Enfermagem à Pessoa com Dor contribuíram para a compreensão da complexidade da dor do doente crítico, tendo contribuído para o melhor planeamento das nossas intervenções durante o estágio.

No primeiro contacto com a família é crucial prepará-los para aquilo que vão ver e como vão encontrar o doente. Na UCI, após a admissão do doente, é realizado o acolhimento à família. Sempre que possível, faz-se o *Family Meeting*, que é o acolhimento à família, feito no gabinete médico, em que está presente o médico e o enfermeiro responsáveis pelo doente, onde são dadas várias informações à família. O médico informa-os da situação clínica do doente e o enfermeiro prepara-os para o impacto com o doente crítico, fala-lhe das especificidades da UCI, da importância da higienização das mãos à entrada e à saída da unidade, o horário das visitas, entrega-lhes um folheto informativo e acompanha-os à unidade do doente. Na transmissão de informação é solicitado aos elementos da família que deleguem numa pessoa a obtenção de informações para evitar a sua duplicação. Essa pessoa é denominada de Familiar de Referência e é também responsável pela gestão do número de visitas ao doente. É identificada para que, se necessário, seja contactada em caso de agravamento do estado do doente, transferência, urgência e eventual falecimento se os familiares não se encontrassem presentes.

A satisfação dos familiares dos pacientes é um aspeto importante na avaliação da qualidade dos cuidados oferecidos nas instituições de saúde, sendo parte essencial das responsabilidades dos profissionais de saúde que atuam em UCI. Os internamentos em UCI geram necessidades nos familiares que nem sempre são apropriadamente atendidas. O acolhimento à família é parte indispensável do processo de humanização da assistência e requer dos profissionais de saúde disponibilidade para identificar e atender suas necessidades. O acolhimento é uma estratégia eficiente para a assistência de enfermagem, facilitando o atendimento de suas necessidades de informação, orientação e suporte psicológico (OLIVEIRA *et al*, 2010).



Também os aportes teóricos obtidos nas unidades temáticas Ética da Enfermagem, Direito da Enfermagem, Bioética e Enfermagem, Cuidados ao Cliente com Falência Multiorgânica, Questões Éticas Emergentes em Cuidados Complexos, Cuidados aos doentes com múltiplos sintomas, Cuidados em situação de crise: doente e família e Seminário de Peritos lecionados neste curso, forneceram uma fundamentação teórica importante que serviu de suporte para a prática.

No módulo Supervisão de Cuidados elaborámos um trabalho que tem por base a apreciação de um caso clínico vivenciado em contexto de trabalho (APÊNDICE XXIII). Foram formuladas intervenções de enfermagem adequadas aos focos levantados, baseadas em fundamentos éticos, jurídicos e deontológicos que validaram as nossas escolhas, uma vez que a supervisão clínica é definida como “um processo formal de acompanhamento da prática profissional, que visa promover a tomada de decisão autónoma, valorizando a protecção da pessoa e a segurança dos cuidados, através de processos de reflexão e análise da prática clínica” (OE, 2010, p. 2). Dá suporte aos cuidados de enfermagem, melhorando a qualidade dos mesmos (ABREU, 2007; SOARES, 2009 *cit. in* NOVO, 2011).

Quando trabalhamos há algum tempo num determinado serviço, temos tendência a tornar o nosso trabalho uma rotina. Acabamos por fazer o trabalho sem refletirmos porque o fazemos. Este projeto fez com que refletíssemos o porquê da nossa prática, pesquisando não só o que de mais recente há a nível de evidência científica, mas também quais os fundamentos éticos, deontológicos e legais que se aplicam a cada doente, a cada caso, a cada dia, a cada intervenção.

Este projeto revelou-se como muito enriquecedor para o nosso desenvolvimento pessoal e profissional, na medida em que permitiu um olhar diferente para o doente crítico, virado para uma prática de cuidados especializada.

Como objetivo específico para desenvolver a K2 tínhamos **Formar os elementos da equipa multidisciplinar que constituem a EEMI sobre o papel desta equipa no plano de emergência interno do CH.** Para tal, realizámos pesquisa bibliográfica sobre Plano Distrital e Nacional para catástrofe e emergência, Planos de Emergência Interna e sobre o papel da EEMI no plano de emergência e catástrofe do CH.

No dia 2 de Março de 2014 realizámos um estágio de opção na Comissão de Gestão do Risco (CGR) e no dia 15 de Abril de 2014 no Grupo de Indicadores, Auditorias e Risco Clínicos (GIARC). São competências da Comissão de Gestão do Risco (CH, 2011):

“b) Promover a elaboração, em cada hospital, do Plano de Emergência Interna e do Plano de Prevenção, programando a atuação do CH nas situações de maior risco potencial na área do concelho;



- c) Assegurar a articulação e colaboração com o Serviço Nacional de Proteção Civil;*
- d) Manter a estreita colaboração e contacto, se possível, com os centros operacionais de proteção civil nacionais e regionais, com as corporações de bombeiros, Cruz Vermelha, etc., sempre que for caso disso;*
- e) Organizar ações de prevenção, informação, formação e sensibilização dos funcionários de cada Hospital, de forma a mobilizá-los para as situações de emergência.”*

Estes estágios permitiram-nos adquirir e aprofundar conhecimentos na área da gestão do risco, perceber a importância de realizar relatos de incidente clínicos e não clínicos de modo a se adotarem medidas corretivas para prevenir novos casos, e principalmente na área da catástrofe, com maior incidência no plano de emergência interno do hospital e nas funções da EEMI dentro do mesmo.

De seguida, seleccionámos os conteúdos a apresentar, que foram discutidos com a Enf^a Orientadora e a Docente de referência, procedendo-se à construção dos diapositivos (Apêndice XXIV). Elaborámos o plano de sessão (Apêndice XXV) e marcámos a ação de formação com o Enf^o Responsável pela Formação em Serviço da UCI que foi divulgada a toda a equipa (Apêndice XXVI).

A ação de formação foi apresentada no dia 20 de Junho, tendo assistido à formação 14 dos 25 enfermeiros do serviço na altura da formação (adesão de 56%). No final desta foi entregue uma ficha de avaliação da ação de formação (Apêndice XXVII) que foi respondida por todos os formandos.

Foi realizado um tratamento de dados das fichas de avaliação da formação (Apêndice XXVIII), sendo que todos os formandos consideram que a ação de formação terá impacto positivo ao nível do seu desempenho, nomeadamente ao nível da melhoria na prestação de cuidados (3), da atuação em situação de catástrofe (4), da melhoria da qualidade (1) e da atualização de conhecimentos (3).

Quando questionados sobre de que forma qualificavam a formação realizada, na globalidade, a totalidade dos formandos consideraram Muito Bom.

Relativamente aos Pontos Fortes da ação de formação, apenas 1 formando respondeu à questão, referindo que o ponto forte da ação foi a clareza da exposição e nenhum formando respondeu à questão onde se pedia para referirem as oportunidades de melhoria da ação.

Por fim, os formandos consideraram que a Intervenção da formadora nos vários itens se situa entre as classificações de Bom (2 a 3) e Muito Bom (11 a 12).

De referir que para a concretização destes objetivos foram de extrema importância os aportes teóricos lecionados nas unidades temáticas Seminário de Peritos, Segurança e Gestão do risco nos cuidados de Enfermagem e Cuidados em Situação de Crise.



A realização destes estágios e a apresentação desta formação permitiu-nos mudar a prática neste campo. Se a estudante não os tivesse realizado, provavelmente não iria refletir sobre algumas questões, nomeadamente relativamente ao papel da EEMI no Plano de Emergência Interno e as questões que se levantam, como por exemplo: Como atuar se a equipa já estiver ativada para outra ocorrência? Deverão ser construídos fluxogramas de atuação em situação de Emergência Interna? Formação dos profissionais da Unidade Satélite? Deverá a EEMI ter na sua equipa uma Assistente Operacional? Numa situação de Emergência Interna, tocamos à campainha do serviço ou deveríamos ter os códigos das portas de todos os serviços do hospital?.

De modo a atingirmos o objetivo específico **Elaborar um Artigo de reflexão sobre os cuidados paliativos nas unidades de cuidados intensivos**, efetuámos uma pesquisa bibliográfica sobre o conceito de cuidados paliativos e sua aplicação em unidades de cuidados intensivos de modo a adquirirmos suporte para a realização do artigo.

Realizamos o artigo “Os Cuidados Paliativos nas Unidades de Cuidados Intensivos: Que Realidade?” (Apêndice XXIX) que foi apresentado à Enf^ª Orientadora e à docente de referência, que deram sugestões de melhoria do artigo que foram aceites, procedendo-se à alteração do mesmo.

Foi divulgado à equipa, em forma de suporte digital, na pasta departamental da UCI, de modo a ser possível a consulta de todos os profissionais.

A pesquisa bibliográfica, o esclarecimento de dúvidas com a Enf^ª Orientadora e os aportes teóricos obtidos nas unidades temáticas Cuidados ao cliente em fim de vida, Espiritualidade e cuidados de enfermagem, Questões éticas emergentes em cuidados complexos, Cuidados em situação de crise, Intervenções de Enfermagem ao cliente com dor e Bioética e Enfermagem lecionados neste curso, forneceram uma fundamentação teórica importante que serviu de suporte para a realização deste artigo.

Os cuidados paliativos são direcionados aos doentes onde não existe a finalidade de curar, uma vez que a doença já se encontra em um estágio progressivo, irreversível e não responsivo ao tratamento curativo, sendo o objetivo desses cuidados proporcionar qualidade de vida nos momentos finais (BARROS *et al*, 2013).

A medicina curativa nas UCIs tem sido obstinada a ganhar mais tempo de vida, mas ainda se omite em proporcionar qualidade de vida ao seu término. Para Santana *et al* (2012), a necessidade de proporcionar conforto e dignidade no processo do morrer aos doentes internados na terapia intensiva é fundamental na perspetiva dos cuidados paliativos.



A elaboração deste artigo fez inevitavelmente com que mudássemos a nossa forma de ser e estar perante um doente em situação crónica e terminal, adquirindo um olhar para necessidades diferentes daquelas a que estamos habituados a valorizar: a de existir, a de pensar, a de sentir e a de agir no mundo. O respeito e valor da dignidade humana é imprescindível para cuidar nesse estágio crítico de final de vida em que a relação terapêutica deve estar fundamentada na solidariedade para com os outros.

Relativamente ao objetivo específico **Organizar um *dossier* temático sobre documentos e recursos existentes para cuidar a pessoa com doença crónica** realizámos uma pesquisa sobre os impressos existentes no Centro Hospitalar que pudessem ser importantes para a consulta de medicina intensiva, bem como testes de avaliação funcional, nutricional e emocional da pessoa com doença crónica. Pesquisou-se também como se referenciam doentes à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e qual o impresso a utilizar.

Apresentámos então como sugestão a organização de um *dossier* temático (Apêndice XXX) nesta área à Enf^a Coordenadora da UCI e à Enf^a Orientadora tendo sido consensual a realização do mesmo. Após a sua concretização foi divulgado à equipa, tendo sido deixado em suporte informático na pasta departamental da UCI para consulta de todos os profissionais.

Um Dossier Temático consiste no arquivo ou coleção de documentos, de fácil e eficiente consulta, sobre um determinado assunto. Deve conter documentos relativos a um demarcado tema e referente a um espaço temporal definido, que se pesquisou tendo em conta os objetivos da sua elaboração. (CERQUEIRA et al, 2014)

As lembranças das pessoas internadas em UCI estão frequentemente relacionadas com acontecimentos desagradáveis que são descritos como assustadores e persecutórios da natureza. Uma UCI deve ser um lugar para a pessoa doente viver como um ser humano; não apenas um lugar para sobreviver. Por isso, é relevante estudar as vivências da pessoa doente internada em UCI, enquanto fenómeno singular e experimentado em situações de necessidades de cuidados de saúde (CASTRO, VILELAS e BOTELHO, 2011).

Para os mesmos autores, é importante perceber a experiência vivida pelas pessoas doentes durante o internamento na UCI, contribuindo para que os enfermeiros valorizem as suas competências emocionais e relacionais, que muitas vezes ficam um pouco aquém do que é esperado devido às exigências do cuidar da pessoa em estado crítico, nomeadamente às constantes solicitações dos equipamentos tecnológicos.



Ao elaborarmos este *dossier*, adquirimos os recursos necessários para poder realizar a consulta de uma forma eficaz e eficiente, tornando-se este num instrumento muito útil para todos os profissionais que efetuam esta consulta, bem como para todos aqueles que queiram vir a fazer parte deste projeto.

As unidades temáticas Espiritualidade e cuidados de enfermagem, Questões éticas emergentes em cuidados complexos e Cuidados ao doente com Múltiplos Sintomas, lecionados neste curso, facilitaram a realização deste *dossier*.

Com a concretização destes objetivos acreditamos ter adquirido as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica e do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa.



4 – ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

O conjunto de competências clínicas especializadas decorre do aprofundamento dos domínios de competência do enfermeiro de cuidados gerais. Para podermos desenvolver as Competências Comuns dos Enfermeiros Especialistas e as Competências Específicas dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica e em Situação Crónica e Paliativa, o Curso de Especialização e de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica contempla a realização de estágios em contextos clínicos onde se prestam cuidados de enfermagem médico-cirúrgica.

Este capítulo divide-se em três partes: na primeira parte iremos abordar as competências comuns do enfermeiro especialista, na segunda as competências específicas dos enfermeiros especialistas em enfermagem em pessoa em situação crítica e na terceira parte as competências específicas dos enfermeiros especialistas em enfermagem em pessoa em situação crónica ou paliativa. Em cada uma das partes tentaremos justificar como adquirimos essas mesmas competências ao longo dos cursos de Especialização e Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

4.1 – 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 atuação do enfermeiro especialista inclui competências aplicáveis em ambientes de cuidados de saúde primários, secundários e terciários, em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde. 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 de enfermagem (DR, 2ª série, nº35, 18/2/2011, p.8648).

Neste sentido, a 18 de Fevereiro de 2011, é publicado em Diário da República (2ª série, n.º35) o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Este regulamento define o perfil das competências comuns dos enfermeiros especialistas e estabelece o quadro de conceitos aplicáveis na regulamentação das competências específicas para cada área de especialização em enfermagem.



Os três estágios realizados em contexto de CPLEE da ESS do IPS permitiram-nos adquirir algumas unidades de competência dos quatro domínios contemplados no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Com o desenvolvimento do PIS, fomos desenvolvendo as competências no **Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal**, nomeadamente a A2: *“Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais”* (DR, 2ª série, nº35, 18/2/2011, p.8650)

Ao escolhermos a área do controlo de infeção, e ao reconhecermos a necessidade de intervenção na mesma, ao nível do manuseamento dos cateteres venosos centrais, demonstrámos uma conduta preventiva e antecipatória relativamente a práticas de cuidados que podem comprometer a segurança do cliente.

Como referido anteriormente, na fase de diagnóstico elaborámos um questionário que aplicámos aos enfermeiros da UCI. A elaboração do questionário foi feito em conformidade com os princípios ético-legais, no sentido em que efetuámos um pedido de autorização ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar, nomeadamente à Direção de Enfermagem, para a realização do PIS bem como para a aplicação do questionário.

Para Fortin (1999, p.116), o potencial sujeito de uma investigação “enquanto pessoa autónoma, ele é convidado a participar no estudo e escolhe voluntariamente nele participar ou não”. Para esta autora, os direitos das pessoas devem ser totalmente protegidos nos protocolos de investigação, pelo que “o investigador deve obter da parte dos potenciais sujeitos um consentimento esclarecido e livre” (1999, p.128).

Desta forma, cada enfermeiro que respondeu ao questionário assinou uma declaração de consentimento livre e esclarecido, tendo sido previamente elucidado em relação aos objetivos deste projeto e cuja participação neste estudo foi voluntária e livre de abandonar a participação no projeto a qualquer momento, se assim o entendesse, e sem que daí lhe sobreviessem quaisquer danos, o que nos leva a inferir que agimos de acordo com o Código Deontológico no que confere ao artigo 84.º que “no respeito pelo direito à autodeterminação, o enfermeiro assume o dever de respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado.” (OE, 2009)

Os questionários preenchidos pelos profissionais da UCI foram codificados, de forma a serem reconhecidos apenas pelo investigador, e os dados obtidos foram divulgados sem se identificarem os sujeitos do estudo, respeitando o anonimato e a confidencialidade das informações, pois segundo Fortin (1999, pág. 128), “os direitos da pessoa que devem ser absolutamente protegidos nos protocolos de investigação envolvendo seres humanos são os direitos à autodeterminação, à intimidade, ao anonimato e à confidencialidade, à proteção contra o desconforto e o prejuízo, assim



como, o direito a um tratamento justo e equitativo”. Estiveram assim sempre implícitos os princípios éticos ao longo de toda a investigação como contemplado no artigo 85.º do Código Deontológico: “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” e as alíneas a) e d) do artigo 85º em que “o enfermeiro deve manter o anonimato da pessoa em situação de investigação, considerando confidencial toda a informação recolhida”. (OE, 2009)

Ao elaborarmos o diagnóstico de situação reconhecemos a necessidade de prevenir e identificar práticas de risco, pelo que nos propusemos à elaboração do Procedimento para Prevenção da Infeção associada à Cateterização Venosa Central no Adulto. Com isto identificámos ações a serem tomadas nesta circunstância específica, com o intuito de adotar e promover a adoção de medidas apropriadas para combater essas práticas de risco, tal como contemplado no artigo 88.º do Código Deontológico que refere 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, assegurar, por todos os meios ao seu alcance, as condições de trabalho que permitam exercer a profissão com dignidade e autonomia e assegurar a continuidade dos cuidados das atividades que delegar, assumindo a responsabilidade pelos mesmos”. (OE, 2009)

Pelo descrito pensamos assim que desenvolvemos as competências comuns do Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal.

Com a elaboração deste PIS foi-nos permitido adquirir também algumas unidades de competência do **Domínio da Melhoria da Qualidade**.

Consideramos que ao realizarmos o projeto de intervenção em serviço na área do controlo de infeção, nomeadamente ao elaborarmos um procedimento nesta área, desenvolvemos aptidões a nível da análise e planeamento estratégico da qualidade dos cuidados, e colaborámos na realização de atividades na área da qualidade, indo assim ao encontro do que está definido pelo Centro Hospitalar como Princípios da Qualidade:” a prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade; o investimento na formação e valorização das competências técnicas e humanas dos profissionais; (...) a promoção de um ambiente seguro e saudável para profissionais e utentes e a utilização eficiente dos recursos disponíveis e também às atribuições definidas pela mesma Instituição que consiste em definir, implantar e monitorizar um sistema de vigilância epidemiológica de estruturas, processos e resultados, dirigido a situações de maior risco; propor recomendações e normas para a prevenção e controlo da infeção e monitorização da sua correta aplicação; entre outros”.



Segundo o código deontológico (OE, 2009, artigo 88º), 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, assegurar (...) as condições de trabalho que permitam exercer a profissão com dignidade e autonomia, comunicando, através das vias competentes, as deficiências que prejudiquem a qualidade de cuidados e garantir a qualidade”.

Ao desenvolvermos um PIS incorporámos diretivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática, na medida em que acedemos a evidência científica e às normas necessárias para a avaliação da qualidade, pois ao elaborarmos uma *checklist* de verificação do procedimento avaliamos a qualidade dos cuidados de enfermagem, na medida em que é um instrumento de avaliação do resultado, pois funciona como uma auditoria clínica. Ao se tratarem os dados obtidos nesta auditoria, identificaram-se oportunidades de melhoria e estabeleceram-se prioridades e estratégias adequadas para a sua realização e ao realizarmos formação aos profissionais e elaborarmos guias orientadores de boa prática, contribuímos para o desenvolvimento de programas de melhoria contínua, como é referenciado no artigo 9º do REPE, no ponto 6: “Os enfermeiros contribuem, no exercício da sua atividade na área de gestão, investigação, docência, formação e assessoria, para a melhoria e evolução da prestação dos cuidados de enfermagem” (OE, 2012, p.19).

Por outro lado, com a realização deste projeto, pensamos ter demonstrado conhecimento e compreensão das questões relativas ao fornecimento de um ambiente seguro para os utentes, colaborando na definição de recursos adequados para a prestação de cuidados seguros.

Foi também com a concretização do PIS que conseguimos adquirir algumas competências no âmbito do **Domínio da gestão dos cuidados**.

Desde o dia em que começou o estágio I que tivemos de desenvolver aptidões na área da gestão: gestão de recursos, mas principalmente gestão de tempo. Para conseguirmos organizar melhor o nosso tempo elaborámos um cronograma onde colocámos as atividades que teríamos de realizar.

Segundo o código deontológico (OE, 2009), o enfermeiro procura, em todo o ato profissional, a excelência do exercício, assumir o dever de analisar regularmente o trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude. Foi neste sentido que aplicámos dois dos instrumentos de gestão que foram abordados na UT Gestão de processos e recursos: a SWOT e a FMEA.

Ao elaborarmos um PIS, pensámos nas atividades/estratégias a desenvolver, nos recursos, quer materiais quer humanos, bem como o tempo necessário para a sua execução, elaborámos um cronograma de execução dessas atividades pois os projetos desta natureza não são estanques, são



contínuos, com necessidades de alterações e reformulações constantes, de forma a incorporar informação no processo de cuidar, criando guias orientadores para as práticas, avaliando riscos para a prestação de cuidados associados aos recursos e utilizando os recursos de forma eficiente para promover a qualidade.

Ao longo dos dias que passámos em estágio presencial na UCI, fomos acompanhando tanto a enfermeira coordenadora da UCI como a Enfermeira D.S. nas tarefas inerentes à gestão do serviço, nas quais tivemos um papel ativo, nomeadamente na requisição de material ao armazém, nos pedidos de reparação de equipamentos, requisições à farmácia, pedidos ao laboratório e elaboração de horários de trabalho.

Relativamente ao **Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais**, uma das formas de atualização dos nossos conhecimentos foi através da formação contínua realizada em serviço, de acordo com o diagnóstico das necessidades de serviço realizadas pelos profissionais, e contempladas no plano de formação em serviço, respeitando assim o código deontológico (OE, 2009, artigo 88º, ponto 1, alínea c): “o enfermeiro procura, em todo o ato profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever de manter a atualização contínua dos seus conhecimentos”.

Henderson afirma que para que uma enfermeira possa praticar como perita no seu próprio direito e usar a perspetiva científica para melhorar a prática, a enfermeira precisa do tipo de ensino apenas disponível em faculdades e universidades (HENDERSON, 1996 *cit in* TOMMEY e ALLIGOOD, 2004). Deste modo, a enfermeira deve possuir conhecimentos, assentes numa metodologia científica, que são traduzidos na prática pela apreciação, planeamento, implementação e avaliação dos 14 componentes dos cuidados básicos de enfermagem.

Ao nos termos inscrito no Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica e no Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica demonstrámos que detemos uma elevada consciência de nós enquanto pessoas e enfermeiras, uma vez que reconhecemos a necessidade de desenvolver o autoconhecimento, bem como os nossos recursos e limites pessoais e profissionais.

Quando aplicámos os questionários aos enfermeiros da UCI, diagnosticámos que a área da colocação e manuseamento do CVC era uma das necessidades formativas da equipa. Ao decidirmos realizar uma ação de formação para a equipa, responsabilizámo-nos por sermos facilitadores da aprendizagem, atuando como formadores oportunos no contexto de trabalho, favorecendo a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros.



Com o desenvolvimento deste PIS, suportámos a prática clínica na investigação e no conhecimento, atuando como dinamizadoras e gestoras da incorporação do novo conhecimento no contexto de prática clínica cuidativa, visando ganhos em saúde dos cidadãos.

Ao elaborarmos o Procedimento para Prevenção da Infecção associada à Cateterização Venosa Central no Adulto, revelámos liderança na formulação e implementação de políticas, padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho, ao demonstrarmos uma sólida base de conhecimentos de Enfermagem, aplicando-os na prestação de cuidados, tomando a iniciativa na formulação e implementação de processos de formação e desenvolvimento na prática clínica especializada.

4.2 – COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, 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 (DR, 2ª série, n.º35, p.8656).

E se em situação crítica a avaliação diagnóstica e a monitorização constantes se reconhecem de importância máxima, cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica é uma das competências clínicas especializadas — considera-se igualmente a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação, bem como a maximização da intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação. (DR, 2ª série, n.º35, p.8656).

Relativamente à competência **K1 — Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica**, podemos dizer que somos privilegiadas por trabalharmos há 6 anos numa UCI, o local ideal para adquirirmos esta competência. Ao realizarmos estágio na UCI tivemos a oportunidade de prestar cuidados à pessoa em situação emergente e, também pela nossa experiência, conseguimos identificar prontamente focos de instabilidade, respondendo de forma pronta e antecipatória a esses focos, executando cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à pessoa a vivenciar processos de saúde/doença crítica e/ou falência orgânica.



Trabalhar numa UCI foi extremamente motivador do ponto de vista do autoconhecimento. Todos os dias tivemos a necessidade de saber mais e de nos mantermos atualizadas. Foi por este motivo que em 2007 fizemos o SAV e em 2012 o SIV, com o intuito de nos mantermos atualizadas na área do suporte avançado de vida, pois diariamente lidamos com situações de PCR ou peri-paragem, que fazem com que tenhamos necessidade de ter esses conhecimentos e habilidades atualizados. Por outro lado foi também em estágio que pudemos demonstrar que conseguimos gerir a administração de protocolos terapêuticos complexos, diagnosticando precocemente as complicações resultantes da implementação de protocolos terapêuticos complexos, implementando respostas de enfermagem apropriadas às complicações e monitorizando e avaliando a adequação das respostas aos problemas identificados.

A Direção-Geral da Saúde, através Circular Normativa N° 09/DGCG de 14/06/2003, instituiu a “Dor como o 5º sinal vital”. No Programa Nacional de Controlo da Dor, pode ler-se que “O controlo da dor deve, pois, ser encarado como uma prioridade no âmbito da prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade, sendo igualmente um fator decisivo para a indispensável humanização dos cuidados de saúde”. Assim, durante o estágio na UCI percebemos a importância de fazer a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, tentando otimizar as respostas. Numa perspetiva de avaliar corretamente a dor, mediante a escala adequada a cada pessoa, garantimos que esta receba o tratamento adequado à mesma.

No estágio presencial em contexto clínico pudemos focar-nos um pouco mais nesta temática, identificando evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar, demonstrando conhecimentos na resposta às necessidades da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica com dor, garantindo a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor e demonstrando conhecimentos e habilidades em medidas não farmacológicas para o alívio da dor.

O internamento numa UCI afeta não só o doente mas também toda a família, refletindo-se psicológica e socialmente. Muitas vezes o doente é o pilar e o sustento da família que de repente se vê mutilada na sua estrutura. A dinâmica familiar fica alterada sendo necessário detetar necessidades e problemas para possibilitar uma intervenção adequada e eficaz. Importa então estabelecer um elo entre a equipa de enfermagem e a família. Sempre que possível, ao logo do estágio, observámos e colaborámos no apoio e esclarecimento dado à família.

Com a realização do acolhimento à família e do *Family Meeting*, fornecemos, com supervisão, as informações necessárias tendo em conta o nível sociocultural e o estado emocional, bem como a gravidade da situação do doente, com o intuito de esclarecer e acalmar os familiares, pesquisando uma forma específica de resolução dos problemas. De acordo com Neto (2003), a



conferência familiar corresponde a uma forma estruturada de intervenção na família, em que para além da partilha de informação e de sentimentos, acorda-se um plano e pretende-se mudar algumas interações na família.

Deste modo, pensamos ter assistido a família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica/falência orgânica do seu familiar, demonstrando conhecimentos sobre a gestão da ansiedade e do medo da pessoa e da família.

Torna-se importante identificar e perceber as reais necessidades e as dificuldades das famílias dos doentes internados nestas unidades possibilitando um cuidar consciente, verdadeiro e transformador, aperfeiçoando competências na comunicação interpessoal e competente. Assim, sempre que possível, procedemos ao estabelecimento de uma relação terapêutica alicerçada na comunicação interpessoal à globalidade dos doentes e família com os quais interagimos durante o estágio clínico.

No âmbito da competência **K2 — Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação**, fizemos um estágio na Comissão de Gestão de Risco (CGR) que “é responsável pela definição e implementação das Políticas de Gestão de Incidentes, de Segurança de Pessoas e Bens, de Saúde e Segurança e pela operacionalidade do Plano de Emergência Interno” (CH, 2011), no sentido de adquirimos conhecimentos que pudessem contribuir para a aquisição da competência referida.

Segundo a Lei de Bases da Proteção Civil, uma Catástrofe é “o acidente grave ou a série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional” (Lei nº 27/2006 de 3 de Julho, artigo 3º).

A Direção-Geral da Saúde, na sua orientação 007/2010, recomenda a todas as unidades do Sistema Nacional de Saúde a elaboração de um Plano de Emergência Médica. Assim, ao elaborarmos a Ação de Formação sobre o Plano de Emergência Interno e o Papel da EEMI, demonstrámos conhecimento do Plano Distrital e Nacional para catástrofe e emergência e planeámos a resposta concreta ante as pessoas em situação de emergência multi-vítima ou catástrofe.

Ao identificarmos os vários tipos de catástrofe e as implicações para a saúde, demonstrámos conhecer os planos e os princípios de atuação em situações de catástrofe. Ao divulgarmos o Plano de Emergência Interno (PEI) do Centro Hospitalar, demonstrámos atribuir graus de urgência e a sequência de atuação, sistematizando as ações a desenvolver em situação de e/ou Catástrofe.



Na ação de formação enfatizámos o papel da EEMI no PEI do hospital, o que evidencia capacidade de gestão dos cuidados em situações de Emergência e ou Catástrofe, liderando a atribuição e desenvolvimento dos papéis dos membros da equipa. Ao deixarmos algumas questões para a equipa refletir, avaliámos em contínuo a articulação e eficácia da equipa, na tentativa de introduzir medidas corretivas das inconformidades de atuação.

Relativamente 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**, tivemos oportunidade de a adquirir com a realização do PIS, pois com este projeto demonstramos conhecimento sobre o Plano Nacional de Controlo de Infeção e das diretivas das Comissões de Controlo de Infeção.

Com o diagnóstico de situação, diagnosticámos as necessidades do serviço em matéria de prevenção e controlo de infeção e com o desenvolvimento do projeto, nas fases de planeamento e execução, estabelecemos estratégias pró-ativas a implementar no serviço visando a prevenção e controlo de infeção no mesmo.

Ao elaborarmos e implementarmos o Procedimento para Prevenção da Infeção associada à Cateterização Venosa Central no Adulto, mostrámos liderança no desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das Infeções Associadas à Prestação de Cuidados de Saúde à pessoa em situação crítica e ou falência orgânica. Com o desenvolvimento demonstrámos também conhecimentos específicos na área da higiene hospitalar que nos permitem ser referência para a equipa que cuida da pessoa em situação crítica, na prevenção e controlo da infeção e estabelecemos os procedimentos e circuitos requeridos na prevenção e controlo da infeção face às vias de transmissão, fazendo cumprir os procedimentos estabelecidos na prevenção e controlo da infeção.

Ao elaborarmos e implementarmos a *Checklist* de verificação do procedimento, foi-nos permitido monitorizar, registar e avaliar as medidas de prevenção e controlo implementadas, o que nos leva a inferir que todo este caminho foi percorrido com base na Teoria de Faye Glenn Abdellah, nomeadamente sobre o problema de enfermagem descrito no ponto 3: “Promover a segurança através da prevenção de acidentes, ferimentos ou outros traumatismos e através da prevenção da disseminação da infeção”, teoria com que nos associámos por se centrar nas ações de enfermagem com vista à resolução de problemas.



4.3 – COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÓNICA E PALIATIVA

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 de vida e o eixo organizador é dirigido aos projetos 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 (Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em pessoa em situação crónica e paliativa, 2011).

A doença crónica não se constitui como uma entidade nosológica em si; é um termo abrangente que inclui doenças prolongadas, frequentemente associadas a um variável grau de incapacidade, de curso prolongado e geralmente de progressão lenta, com potencial de compensação e que implicam a necessidade de adaptação a diversos níveis (físico, familiar, social, psicológico, emocional e espiritual). Os pilares fundamentais dos cuidados paliativos assentam no controlo dos sintomas, no suporte psicológico, emocional e espiritual, mediante uma comunicação eficaz e terapêutica; no cuidado à família e no trabalho em equipa, em que todos se centram numa mesma missão e objetivos. (Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em pessoa em situação crónica e paliativa, 2011)

Quando ingressámos no Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, escolhemos a Escola Superior de Saúde de Setúbal por ter a vertente do cuidado à pessoa em situação crítica, uma vez que esta é a nossa área de maior interesse e por ser a área em que prestamos cuidados atualmente. Por este motivo, quando iniciámos o estágio na UCI focámo-nos mais no desenvolvimento de um Projeto de Aprendizagem Clínica (PAC) no âmbito da aquisição/aprofundamento das Competências Específicas dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica do que nas Competências Específicas dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem em Pessoa em Situação de Doença Crónica e Paliativa.

No entanto, a Unidade de Cuidados Intensivos é um local onde muitas vezes se tratam pessoas com doenças crónicas e paliativas, que agudizaram e, por esse motivo, necessitam de receber cuidados intensivos. Por outro lado, alguns doentes críticos, pelo evoluir da sua doença e pelo tempo de internamento prolongado, passam a ter uma doença crónica ou a necessitarem de cuidados paliativos



Deste modo, relativamente à competência **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**, e dado aos avanços tecnológicos na manutenção da vida do doente internado em cuidados intensivos é essencial um repensar por parte da equipa que atua nesse setor. Deve ser levado em conta, até que ponto estes avanços tecnológicos são benéficos para o doente e seus familiares. Não se trata de afastar a tecnologia no processo assistencial nas UCIs, mas a utilização desses recursos de forma mais ética, humana e paliativista, percebendo o doente em todas as suas dimensões, respeitando os limites de intervenções terapêuticas e a autonomia do doente (SANTANA *et al*, 2012).

Foi neste sentido que elaborámos o artigo “Os cuidados paliativos nas unidades de cuidados intensivos: que realidade?” com o objetivo de identificarmos as ações que promovam os cuidados paliativos em Unidades de Cuidados Intensivos.

Com a elaboração deste artigo pensamos ter adquirido bases para avaliar e diagnosticar as necessidades de cuidados paliativos na pessoa com doença crónica, incapacitante e terminal internada na UCI, ao nível físico, psicossocial, espiritual e sociofamiliar, avaliando e valorizando o peso destas necessidades na intensidade dos sintomas e do sofrimento do doente, planeando e realizando intervenções que promovam a obtenção do máximo de satisfação do doente e da sua família.

É importante a concretização de todos os cuidados na preservação da dignidade da pessoa com doença terminal, diminuindo o seu sofrimento e respeitando a sua vontade. Para isso, devem ser adotadas medidas farmacológicas e não-farmacológicas no alívio dos seus sintomas, atuando, em tempo útil, nas situações de agudização.

Este artigo permitiu-nos identificar as necessidades de intervenção especializada a pessoas em situação crónica e paliativa, sendo uma base para a conceção, implementação e avaliação de planos de cuidados, numa abordagem abrangente, compreensiva, numa 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 diminuir o seu sofrimento.

Relativamente à competência **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**, tentámos sempre promover parcerias terapêuticas com o indivíduo portador de doença crónica incapacitante, seus cuidadores e família.



Durante os estágios tivemos oportunidade de assistir a algumas consultas de Medicina Intensiva. Ao analisarmos os objetivos da mesma, reconhecemos que poderá trazer vantagens para a qualidade dos cuidados prestados. No entanto percebemos que o papel do enfermeiro nesta consulta não é nada fácil. É necessário estabelecer uma relação terapêutica com o doente e a família, o que nem sempre é simples de obter. Mas pensamos ter demonstrado conhecimentos aprofundados em técnicas e estratégias facilitadoras da comunicação, selecionando e utilizando de forma adequada as habilidades de relação de ajuda, pelo que propusemos à enfermeira coordenadora da UCI integrarmos a equipa de enfermeiros que faz parte desta consulta, pedido este que foi aceite.

Só é possível comunicar-se com os demais, expressando emoções, necessidades, temores e opiniões se o enfermeiro conseguir obter com o doente uma relação de ajuda. Esta desenvolve-se no decurso de uma entrevista que visa a compreensão profunda do que vive a pessoa ajudada, da sua maneira de compreender a sua situação e de perceber os meios de que dispõe para resolver os seus problemas e para evoluir como ser humano (PHANEUF, 2005). Implica 2 protagonistas, a pessoa ajudada e a enfermeira que ajuda. Para Phaneuf, esta última, “procura favorecer no outro o crescimento, o desenvolvimento, a maturidade, um melhor funcionamento e uma maior capacidade de enfrentar a vida” (2005, p.324).

Ao integrarmos a consulta apercebemo-nos da dificuldade em saber quais os impressos que deveríamos preencher e qual o encaminhamento que se poderia dar ao doente e família mediante a perceção dos efeitos da natureza do cuidar em indivíduos com doença crónica incapacitante e terminal, nos seus cuidadores e familiares, por forma a responder de forma mais eficaz às suas necessidades. Por forma a ultrapassar esta dificuldade realizámos uma pesquisa bibliográfica sobre o tema e elaborámos então o dossier de apoio à consulta.

Quando se prevê que o doente e a família necessitam de encaminhamento para locais onde lhe possam ser prestados cuidados mais eficazes para a sua situação, faculta-se o encaminhamento para a Equipa de Gestão de Altas, que, mediante a informação clínica fornecida pelo médico e a informação dos cuidados de enfermagem necessários para o doente, encontrará o melhor local para a continuação de cuidados a este doente.

Pensamos com estes estágios termos adquirido um conhecimento aprofundado no domínio especializado da Enfermagem Médico-Cirúrgica, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, demonstrando níveis elevados de julgamento clínico e de tomada de decisão, traduzidos no conjunto de competências especializadas nos campos de intervenção mencionados ao longo deste capítulo.



5 – ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

De acordo com o Decreto-Lei nº 74/2006 de 24 de Março, “O grau de mestre é conferido 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” (D.R.º60 de 24/03/2009, p.2246).

Foi para podermos adquirir novos conhecimentos na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica, dotarmo-nos da capacidade para integrar tais conhecimentos, lidarmos com questões complexas, desenvolvermos soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, bem como adquirirmos competências que nos permitam uma aprendizagem ao longo da vida, que decidimos ingressar neste 4º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da ESS do IPS.

E foi ao longo deste percurso e também do trabalho desenvolvido ao longo do 3º CPLEE que adquirimos as competências inerentes ao grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, que passamos a descrever.

O trabalho desenvolvido permitiu-nos **demonstrar competências clínicas específicas na conceção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem**; de várias formas, nomeadamente através do PIS. O PIS foi elaborado de acordo com a Metodologia de Trabalho de Projeto, que, segundo RUIVO *et al* (2010) 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.

De acordo com os Padrões de Qualidade “na gestão dos recursos de saúde, os enfermeiros promovem, paralelamente, a aprendizagem da forma de aumentar o repertório dos recursos pessoais, familiares e comunitários para lidar com os desafios de saúde” (CONSELHO DE ENFERMAGEM, 2001, p. 9)

Ao realizarmos o Diagnóstico de Situação munimo-nos de várias ferramentas de gestão, tais como entrevistas, análise SWOT, análise FMEA e questionários, que nos permitiram diagnosticar e gerir problemas e condições de saúde, bem como definirmos um problema geral para o projeto: a inexistência de documentos orientadores no âmbito dos cuidados de enfermagem na colocação e manutenção dos cateteres venosos centrais. A partir daqui iniciámos a fase de Planeamento, prescrevendo intervenções/atividades de enfermagem geral e especializada de modo a podermos



atingir os objetivos por nós propostos. Elaborámos um procedimento sobre a prevenção da infeção associada à cateterização venosa central no adulto, bem como uma *checklist* de verificação do mesmo, para podermos avaliar a prática e assegurar serviços de saúde profissionais, éticos, equitativos e de qualidade. O terceiro e último objetivo foi formar a equipa sobre a prevenção da infeção associada à cateterização venosa central no adulto, permitindo-nos coordenar a educação de indivíduos e comunidades para proteger e promover a sua saúde e prevenir doenças.

Ao elaborarmos este projeto, vamos ao encontro do referido no artigo 9º do REPE, no ponto 6, alíneas b) e c) “Os enfermeiros contribuem, no exercício da sua atividade na área de gestão, (...) para a melhoria e evolução da prestação dos cuidados de enfermagem, nomeadamente (...) estabelecendo normas e critérios de atuação e propondo protocolos e sistemas de informação adequados para a prestação dos cuidados” (OE, 2012, p.19).

Consideramos também que ao realizarmos o PIS na área do controlo de infeção, nomeadamente ao elaborarmos um procedimento, desenvolvemos aptidões a nível da análise e planeamento estratégico da qualidade dos cuidados e a colaborámos na realização de atividades na área da qualidade.

Os módulos lecionados ao longo do 3º CPLEE contribuíram também para a aquisição desta competência, ao proporcionarem a compreensão e a resolução de problemas do indivíduo e da família, nomeadamente os Módulos de Gestão de Processos e Recursos e Investigação. Foi também importante o módulo Cuidados em Situação de Crise pois permitiu-nos adquirir ferramentas para a realização de avaliações exaustivas do indivíduo, das famílias e das comunidades, em situações complexas. O módulo Segurança e Gestão do Risco nos Cuidados de Enfermagem deu-nos as bases para podermos sintetizar e analisar criticamente os dados das avaliações ao indivíduo e família, de modo a efetuar uma tomada de decisão segura.

No Módulo Supervisão de Cuidados, realizámos um trabalho de supervisão de cuidados, efetuando um estudo de caso no qual fizemos uma análise do ponto de vista ético jurídico e legal bem como sob o ponto de vista da prestação de cuidados ao doente, baseado na CIPE, o que nos permitiu também refletir sobre a utilização de instrumentos que permitam assegurar a continuidade dos cuidados, bem como nos apropriar de conhecimentos conducentes à tomada de decisão na enfermagem.

A CIPE foi criada para fazer parte da infraestrutura global de informação, de forma a melhorar os cuidados prestados aos doentes em todo o mundo. É um instrumento que facilita a comunicação dos enfermeiros com outros enfermeiros e outros profissionais de saúde acerca da sua prática. Facilita aos enfermeiros a documentação padronizada dos cuidados prestados aos doentes, podendo



estes dados ser utilizados para o planeamento e gestão dos cuidados de Enfermagem, previsões financeiras, análise dos resultados dos doentes e desenvolvimento de políticas (OE, 2009).

Nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem é referido que a supervisão das atividades que concretizam as intervenções de enfermagem e que foram delegadas pelo enfermeiro são importantes, quer para a prevenção de complicações, quer para o bem-estar e o autocuidado do cliente (CONSELHO DE ENFERMAGEM, 2001).

Relativamente à competência **realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências ao longo da vida e em complemento às adquiridas**; ao nos termos inscrito no Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, valorizamos a autoformação como componente essencial do desenvolvimento e ao realizarmos o PIS e o PAC identificamos os nossos próprios recursos pessoais, ajustando as necessidades de formação ao próprio projeto pessoal e profissional, o que vai ao encontro daquilo que se encontra decretado no código deontológico no artigo 78º no ponto 3: “são princípios orientadores da atividade dos enfermeiros a excelência do exercício na profissão em geral e na relação com outros profissionais” (OE, 2009). Esta excelência só é conseguida através da atualização contínua dos seus conhecimentos, através de formação contínua, que pode então ser realizada em contexto académico, em serviço, ou através da autoformação. Todas elas podem ser consideradas aprendizagem ao longo da vida. “O termo aprendizagem ao longo da vida abrange uma perspetiva 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”. (NUNES, 2007).

Para podermos concretizar estes projetos, necessitámos de mobilizar diversos conhecimentos e adquirirmos novos saberes através, por exemplo, da pesquisa bibliográfica que foi uma constante em todas as fases dos mesmos. Também os aportes teóricos lecionados nas UCs Gestão de Processos e Recursos e Investigação foram um contributo muito importante para a concretização dos mesmos promovendo competências que nos permitiram uma aprendizagem ao longo da vida de um modo auto-orientado e autónomo, na medida em que “no âmbito do exercício profissional, o enfermeiro distingue-se pela formação e experiência que lhe permite compreender e respeitar os outros numa perspetiva multicultural, num quadro onde procura abster-se de juízos de valor relativamente à pessoa cliente dos cuidados de enfermagem” (CONSELHO DE ENFERMAGEM, 2001, p. 8).

Por outro lado também de acordo com o Código Deontológico, no artigo 88º, alínea c), “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” (OE, 2009).

Também no decorrer do PIS, ao aplicarmos os questionários aos enfermeiros da UCI, diagnosticámos que a área da colocação e manuseamento do CVC era uma das necessidades formativas da equipa. Ao decidirmos realizar uma ação de formação para a equipa, responsabilizámo-nos por sermos facilitadores da aprendizagem, atuando como formadores oportunos no contexto de trabalho, favorecendo a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros, tal como preconizam os Padrões de Qualidade: “São elementos importantes face à organização dos cuidados de enfermagem, entre outros: a existência de uma política de formação contínua dos enfermeiros, promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade” (CONSELHO DE ENFERMAGEM, 2001, p. 15).

O desenvolvimento do PIS e do PAC contribuíram também para a concretização da competência **integra equipas de desenvolvimento multidisciplinar de forma proactiva**. Não adianta termos a posse de conhecimento se não o pudermos partilhar com os outros e com eles adquirir novos saberes. Para isso, é necessário a capacidade de desenvolver uma reflexão crítica e de desenvolver projetos em parceria integrando equipas multidisciplinares.

Segundo os padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, o exercício profissional dos enfermeiros insere-se num contexto de atuação multiprofissional, havendo intervenções autónomas e interdependentes (CONSELHO DE ENFERMAGEM, 2001).

O procedimento elaborado no PIS, ao ser aplicável a enfermeiros e médicos do centro hospitalar, contempla atividades de enfermagem interdependentes, que de acordo com o REPE são “ações realizadas pelos enfermeiros de acordo com as respetivas qualificações profissionais, em conjunto com outros técnicos, para atingir um objetivo comum, decorrentes de Planos de Ação previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que estão integrados e das prescrições ou orientações previamente formalizadas” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2012).

Só foi possível a realização destes projetos com a colaboração de toda a equipa que trabalhou em conjunto com o mesmo objetivo, o de prevenir as infeções associadas ao CVC, desde o momento em que cederam o seu tempo e conhecimento nas entrevistas realizadas, nos questionários preenchidos, na presença nas ações de formação e no preenchimento das *checklists*.

Sendo assim, pensamos ter aplicado os nossos conhecimentos e a nossa capacidade de compreensão e de resolução de problemas em contextos alargados e multidisciplinares, conhecendo os conceitos, fundamentos, teorias e factos relacionados com as Ciências de Enfermagem e suas aplicações, nos diferentes campos de intervenção. Esperamos de futuro continuar a servir como



consultores para outros profissionais de saúde, quando apropriado, fazendo gestão de casos quando aplicável.

No que concerne à competência **age no desenvolvimento da tomada de decisão e raciocínio conducentes à construção e aplicação de argumentos rigorosos**; pensamos que com o desenvolvimento deste trabalho de projeto, suportámos a prática clínica na investigação e no conhecimento, atuando como dinamizadoras e gestoras da incorporação do novo conhecimento no contexto de prática clínica cuidativa, visando ganhos em saúde dos cidadãos.

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. (CONSELHO DE ENFERMAGEM, 2001).

No processo da tomada de decisão e na fase de implementação das intervenções, o enfermeiro incorpora os resultados da investigação na sua prática. Assim a produção de guias orientadores da boa prática de cuidados de enfermagem, como é o “ Procedimento para prevenção da Infecção associada ao Cateter Venoso Central”, baseados na evidência, constitui uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade, almejando os mais elevados níveis de satisfação dos clientes, como preconizado nos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem.

Em todos os momentos procurámos selecionar os meios e estratégias mais adequados à resolução de um determinado problema, de forma fundamentada, avaliando os resultados, em ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem. Em todas as situações procurámos ver a perspectiva das repercussões em sentido ético e deontológico, agindo e tomando decisões baseadas num raciocínio conducente à construção e aplicação de argumentos rigorosos.

O trabalho de Supervisão Clínica em Enfermagem realizado no âmbito da Unidade Curricular Médico-Cirúrgica II, insere-se nas competências do mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica na medida em que demonstra como esta influencia o processo de tomada de decisão, ao ser definida como “um processo formal de acompanhamento da prática profissional, que visa promover a tomada de decisão autónoma, valorizando a protecção da pessoa e a segurança dos cuidados, através de processos de reflexão e análise da prática clínica” (OE, 2010, p. 2).

Relativamente à competência **inicia, contribui para e/ou sustenta investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência**, a OE, quando definiu os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem em Dezembro de 2001, refere a necessidade de se implementarem sistemas de qualidade em saúde e reconhece 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 do exercício profissional dos enfermeiros” (Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, OE, 2001, p.12). Neste âmbito, ao termos elaborado o “Procedimento para prevenção da Infeção associada ao Cateter Venoso Central”, baseado na evidência, com método científico e elevados padrões de exigência, contribuímos também para a melhoria contínua da qualidade em saúde.

Também o REPE, que regulamenta o exercício da Enfermagem, reconhece a investigação como promotora do “progresso de enfermagem em particular e da saúde em geral” (artigo 9º - ponto 5), contribuindo para a melhoria dos cuidados.

Para aprofundarmos esta competência em muito contribuíram os aportes da UC Investigação, em particular o Módulo Métodos de Tratamento de Informação/Trabalho de Projeto, sem os quais não teria sido possível a realização deste trabalho. Deram-nos capacidades para desenvolver e aprofundar conhecimentos teóricos e competências metodológicas e técnicas que permitem desenvolver investigação.

Como referido anteriormente, baseamos o nosso trabalho de projeto na teoria de Faye Glenn Abdellah. Segundo Fawcett (1992), porque o mundo não pode ser percebido sem um modelo conceptual, pois estes informam e transformam a prática de enfermagem, informando e transformando as formas em que a prática é experienciada e entendida, e a prática de enfermagem informa e transforma os próprios modelos, informando e transformando o conteúdo dos mesmos. Mas uma teoria só é importante se puder ser aplicada na prática e foi isso que nós tentámos fazer com este trabalho.

Ao desenvolvermos este projeto analisámos, concebemos e implementámos resultados de investigação e contributos da evidência para a resolução de problemas, com especial ênfase nos que emergem da área da enfermagem médico-cirúrgica, considerando os aspetos éticos e sociais relevantes, usando capacidades de investigação apropriadas para melhorar e fazer evoluir a prática.

Por fim, a competência **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** foi adquirida através das ações de formação realizadas.

Quando aplicámos os questionários aos enfermeiros da UCI, diagnosticámos que a área da colocação e manuseamento do CVC era uma das necessidades formativas da equipa. Deste modo, planeámos uma ação de formação para a equipa, sendo proactivos, favorecendo a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros.



Ao elaborarmos o Procedimento para Prevenção da Infecção associada à Cateterização Venosa Central no Adulto, revelámos liderança na formulação e implementação de políticas, padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho, demonstrámos uma sólida base de conhecimentos de Enfermagem, aplicando-os na prestação de cuidados, tomando a iniciativa na formulação e implementação de processos de formação e desenvolvimento na prática clínica especializada.

Com o desenvolvimento deste PIS, suportámos a prática clínica na investigação e no conhecimento, atuando como dinamizadoras e gestoras da incorporação do novo conhecimento no contexto de prática clínica cuidativa, visando ganhos em saúde dos cidadãos.

Com este trabalho, pensamos ter contribuído para o exercício da atividade de enfermagem nas áreas de gestão, investigação, docência e formação, para a melhoria e evolução da prestação dos cuidados de enfermagem, organizando, coordenando, executando, supervisionando e avaliando a formação dos enfermeiros, bem como participando na avaliação das necessidades da população e dos recursos existentes em matéria de enfermagem e propondo a política geral para o exercício da profissão, ensino e formação em enfermagem, indo ao encontro do presumido no REPE, no artigo 9º, nas alíneas a) e f) (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2012).

Por tudo o que expusemos neste capítulo e ao longo de todo o trabalho, pensamos ter adquirido as competências profissionais diferenciadas para intervir, suportados na evidência, para o desenvolvimento dos saberes teóricos e práticos da enfermagem médico-cirúrgica.



6 – CONCLUSÃO

Um relatório “consiste num trabalho escrito onde se concretiza todo o processo de desenvolvimento do mesmo, como tal, não deve ser subvalorizada a sua importância. A sua elaboração constitui, um aspeto importante na transmissão de informação, sendo assim um requisito obrigatório na realização de um projeto” (RUIVO *et al*, 2010, p.32), pelo que este documento pretende ser uma exposição escrita do modo como alcançamos os objetivos definidos para este trabalho de projeto, demonstrando de forma objetiva e concisa o caminho realizado com o intuito de desenvolver as competências do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica e do enfermeiro especialista em pessoa em situação crónica e paliativa.

Este relatório apresenta de forma sucinta o percurso teórico realizado durante o trabalho de projeto, e demonstra as experiências vividas ao longo das várias etapas que constituíram o percurso efetuado, que permitiu o desenvolvimento de conhecimento e competências que permitiram a aquisição das competências de enfermeira especialista e mestre em enfermagem médico-cirúrgica.

Através da realização do projeto de intervenção em serviço, foi realizado o diagnóstico de situação, tendo-se definido o problema geral e os problemas parcelares que o compõem, o planeamento das atividades/estratégias a adotar por forma a poder concretizá-los, a forma como o executámos, avaliámos e o divulgámos.

A nossa inexperiência em metodologia do projeto constituiu uma dificuldade para a realização do mesmo, com necessidade de um maior empenho na pesquisa bibliográfica e necessidade de ajustes nas diferentes fases do projeto, mas pensamos ter ultrapassado essas dificuldades à medida que nos íamos familiarizando com a metodologia.

Prevíamos que surgissem algumas dificuldades na implementação do projeto. De entre elas destacamos o fato da equipa de enfermagem da UCI ser numerosa, pelo que, poderia ser difícil a formação de todos os elementos. De modo a ultrapassar este constrangimento realizou-se a ação de formação por mais do que uma vez, de modo a que um maior número de formandos pudesse estar presente.

Outro constrangimento previsto era a norma de Procedimento não estar homologada até ao final do estágio, mas este constrangimento foi ultrapassado, uma vez que o procedimento após aprovação pela CCI e pelo Gabinete de Qualidade do Centro Hospitalar foi encaminhado para o Conselho de Administração que o aprovou e divulgou a todo o Centro Hospitalar através da Circular



Informativa nº19/15 de 12/02/2015, o que permitiu aumentar o conhecimento dos profissionais do Centro Hospitalar capazes de dotarem as suas práticas sustentadas em resultados baseados na evidência que contribuirá para a diminuição das IACS.

Com o intuito de adquirirmos e desenvolvermos as competências pretendidas, para além do PIS, foi colocado em prática um projeto de aprendizagem clínica, para o qual também foi feito um diagnóstico, planeamento e execução, sendo que na avaliação se constatou o cumprimento de todos os critérios estabelecidos.

Por fim realizámos uma reflexão sobre as competências adquiridas, tendo constatado que adquirimos um conhecimento aprofundado no domínio especializado da Enfermagem Médico-Cirúrgica, traduzidos no conjunto de competências especializadas nos campos de intervenção do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica e do enfermeiro especialista em pessoa em situação crónica e paliativa, bem como das competências de mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

O facto de termos sido orientadas por uma enfermeira especialista na área foi facilitador da aprendizagem, bem como o facto de sermos elementos dinamizadores da CCI no serviço, pois conhecíamos bem os recursos existentes no Centro Hospitalar e com quem nos poderíamos articular. Realçamos que foi extremamente positivo realizarmos os estágios no próprio serviço pois para além de ser um sítio bem conhecido para nós, sabíamos quais as necessidades aí existentes e tínhamos o apoio dos nossos colegas para a implementação dos projetos.

Tendo em conta os objetivos delineados anteriormente, consideramos que os mesmos foram atingidos na sua totalidade.



7 – BIBLIOGRAFIA:

BARROS, Nara et al. – Cuidados paliativos na UTI: compreensão dos enfermeiros. **Revista de pesquisa: cuidado é fundamental Online**. Vol.5, Nº1 (2013) p. 3293-3301. ISSN 2175-5361

CASTRO, A. M. G. et al. - Metodologia de planeamento estratégico das unidades do MCT. Brasília: DF - Ministério da Ciência e Tecnologia, Centro de Gestão e Estudos Estratégicos, 2005.

CASTRO, Cidália; VILELAS, José; BOTELHO, Maria Antónia. – A experiência vivida da pessoa doente internada numa UCI: Revisão sistemática da literatura. **Pensar Enfermagem**. Vol.15, Nº2 (2011) p.41-59

CENTRO HOSPITALAR – Comissão de Controlo de Infecção: Missão e Política. [em linha]. Setúbal. Outubro 2011. [consultado a 22.10.2013]. Disponível em http://www.hsb-setubal.min-saude.pt/pages/comissao_controle_infeccao/default.htm

CENTRO HOSPITALAR – Política de Qualidade. [em linha]. Setúbal. Outubro 2011. [consultado a 22.10.2013]. Disponível em <http://www.hsb-setubal.min-saude.pt/view.aspx?p=137>

CERQUEIRA, Andreia Ferreri; GOMES DA COSTA, Fernanda; LEAL, Fernanda Paula; NUNES, Lucília. - **Didática em Enfermagem: Documento Orientador de Processos de Ensino e Aprendizagem**. Setúbal, 2014. 65p. ISBN: 978-989-98206-2-3

CONSELHO DE ENFERMAGEM – Caderno Temático: Modelo de Desenvolvimento Profissional [em linha] Dezembro de 2009. [consultado a 12 Junho de 2013]. Disponível em <URL: <https://membros.ordemenfermeiros.pt/Documents/Documents/cadernostematicos2.pdf>

CONSELHO DE ENFERMAGEM – Divulgar: Competências do enfermeiro de cuidados gerais [em linha] Outubro de 2003. [consultado a 12 Junho de 2013]. Disponível em <URL: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CompetenciasEnfCG.pdf>

CONSELHO DE ENFERMAGEM – Divulgar: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem [em linha] Dezembro de 2001. [consultado a 12 Junho de 2013]. Disponível em <URL:



<http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/PadroesqualidadeCuidadosEnfermagem.pdf>

CRAIG, Jean; SMYTH, Rosalind e MULLALLY, Sarah. – **Prática Baseada na evidência – Manual para Enfermeiros**. Lusociência, Loures, 2004, 309p. ISBN 972-8363-61-4

Decreto-Lei nº 104/1998. D.R. I Série A. 93/98 (1998-04-21) p. 1739-1757

Decreto-Lei nº 161/1996. D.R. I Série A. 205/96 (1996-09-04) p. 2959-2962

Decreto-Lei nº 305/1981. D.R. I Série A. 261/81 (1981-11-12) p. 2998-3004

Decreto-Lei nº 35/2011. D.R. 2ª Série. 35/2011 (2011-02-18) p. 8648-8653

Decreto-Lei nº 35/2011. D.R. 2ª Série. 35/2011 (2011-02-18) p. 8656-8657

Decreto-Lei nº 437/1991. D.R. I Série A. 257/91 (1991-11-08) p. 5723-5741

Despacho nº 14 178/2007. D.R. 2ª Série. 127/2007 (2007-07-02) p. 19007

Despacho nº 14 223/2009. D. R. 2.ª Série 120/2009 (2009-06-24) p. 24667-24669

DICIONARIO DA LINGUA PORTUGUESA. Edições: Porto Editora. ISBN-10: 972-0-012220-X

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE – Departamento da Qualidade na Saúde [em linha]. [consultado a 20 Dezembro de 2013]. Disponível em <URL: <http://www.dgs.pt/ms/8/default.aspx?id=5521>

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE – **Manual de Acreditação de Unidades de Saúde**. Lisboa, Fevereiro de 2011

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE – Plano Nacional de Saúde 2004-2010 [em linha]. Lisboa, 2004 [consultado a 20 Dezembro de 2013]. Disponível em <URL: http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/media/pns_vol2.pdf

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE - **Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde**. Lisboa, Março de 2007



DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE - **Vigilância Epidemiológica Da Infecção Nosocomial Da Corrente Sanguínea**. 2010.

DYSON, RG - Strategic development and SWOT analysis at the University of Warwick. *European Journal of Operational Research*. nº 152 (2004), p. 631-640.

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE – INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL – **Guia de Curso 2º Semestre**. Ano Letivo 2013-2014.

ESTATUTOS DA ORDEM DOS ENFERMEIROS (Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril) [em linha] [consultado a 12 Junho de 2013]. Disponível em <URL: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/legislacao/Paginas/legislacaoEnfermagem.aspx>

FAWCETT, J - Conceptual models and nursing practice: the reciprocal relationship. **Journal of advanced nursing**. Vol. 17, Nº 2 (1992) p. 224–8.

FAWCETT, J et al. - On nursing theories and evidence. **Journal of nursing scholarship : an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing / Sigma Theta Tau**. Vol. 33, Nº 2 (2001) p. 115–9.

FAWCETT, J - Guest editorial: On bed baths and conceptual models of nursing. **Journal of Advanced Nursing**. (2003) p. 229–230.

FAWCETT, J; TULMAN, L - Building a programme of research from the Roy Adaptation Model of Nursing. **Journal of advanced nursing**. Vol. 15, Nº 6 (1990) p. 720–5.

FAWCETT, Jacqueline - Thoughts about nursing science and nursing sciencing on the event of the 25th anniversary of Nursing Science Quarterly. **Nursing science quarterly**. Vol. 25, Nº 1 (2012) p. 111–3.

FORTIN, Marie-Fabienne. - **O processo de Investigação – da concepção à realização**. Loures : Lusociência, 1999. 388p. ISBN: 972-8383-10-X

FREITAS, Noélie; PEREIRA, Mirana – Percepção dos enfermeiros sobre cuidados paliativos e o manejo da dor na UTI. **O Mundo da Saúde, São Paulo**. Vol. 37, Nº 4 (2013) p. 450-457.

GEORGE, Julia B. et al – Teorias de Enfermagem: Os Fundamentos À Prática Profissional. 4ªed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2000



GUINÉ, Raquel; PERES, Gabriela; FERREIRA, Dulcineia – Análise SWOT à produção da pêra passa de Viseu. [em linha]. Revista Millenium. N.38 (Junho de 2010) [consult. 8 Maio 2013]. Disponível em <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/298/1/An%C3%A1lise%20swot%20%C3%A0%20produ%C3%A7%C3%A3o%20da%20p%C3%A0ra%20passa%20de%20Viseu.pdf>

KAHN, S; FAWCETT, J - Continuing the dialogue: a response to Draper's critique of Fawcett's "Conceptual models and nursing practice: the reciprocal relationship." **Journal of advanced nursing**. (1995) p. 188–192.

MACHADO, Rosa Teresa Moreira - Estratégia e competitividade em organizações agroindustriais. Lavras: UFLA/FAEPE, 2005.

MARTINS, Maria Aparecida. – **Manual de Infecção Hospitalar – Epidemiologia, Prevenção e Controle**. Maracanã . Editora Médica e Científica Ltda., 2001. 1116p. ISBN: 85-7199-256-8

MEZOMO, João Catarin - **Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos**. Tamboré: Manole, 2001. 301p.. ISBN: 85-204-1263-7

MOURA, Cândido – **Análise de Modo e Efeitos de Falha Potencial (FMEA)**. [em linha]. (2000). [consult. 8 Maio 2013]. Disponível em www.estv.ipv.pt/PaginasPessoais/amario/Unidades%20Curriculares/Inovacao/Textos%20apoio/FMEA.pdf

NETO, IG. - A conferência familiar como instrumento de apoio à família em cuidados paliativos. **Rev Port Clin Geral**. nº 19 (2003) p. 68-74.

NOVO, Sandra – **Gestão da Supervisão do Ensino Clínico em Enfermagem: Perspectivas dos enfermeiros orientadores do CHNE, EPE**. [em linha]. Bragança: instituto Politécnico, 2011. [Consult. 26 mai 2014]. Disponível em: https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/4411/3/Sandra_Novo_MGO_2011_Gestao%20de%20Unidades%20de%20Sa%C3%BAde.pdf

NUNES, Lucília. – **Janelas da aprendizagem ao longo da vida**. 2007. Revista Percursos. Ano 2, nº3. P.6-22. ISSN 1646-5067



OLIVEIRA, Lizete et al – Grupo de suporte como estratégia para acolhimento de familiares de pacientes em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev Esc Enferm USP**. Vol. 44, Nº 2 (2010) p. 429-436.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Código Deontológico**. 2009 [em linha] [consultado a 12 Junho de 2013]. Disponível em <URL: <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Linhas orientadoras para a elaboração de catálogos CIPE**. Lisboa. 2009. 23p. ISBN: 978-989-96021-6-8.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Princípios enformadores de regulamentação do modelo de desenvolvimento profissional**. [em linha]. 2010. [consult. 26 mai 2014]. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/principiosenformadores_MDP.pdf

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em pessoa em situação crónica e paliativa** [em linha] Outubro de 2011. [consultado a 12 Junho de 2013]. Disponível em <URL: http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MCEEMC_RegulamentoCEESituacaoCronicaPaliativa.pdf

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros**. 2012.

PHANEUF, Margot – **Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação**. Loures: Lusociência, 2002. ISBN 972-8383-84-3

PORTUGAL. Direção Geral de Saúde – **Circular Normativa nº 09/DSQC. 2003/06/14**. A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor [consultado em 15/10/2013]. Disponível em <URL: <http://www.esscvp.eu/Portals/0/Dor%205%C2%BA%20Sinal%20Vital%20-%20Circular%20Normativa%20DGS.pdf>>

PORTUGAL. Direção Geral de Saúde – Circular Normativa nº 18/DSQC/DSC. 2007/10/15. Comissões de Controlo de Infeção. [consultado em 15/10/2013]. Disponível em <URL: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i009189.pdf>>

PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLO DE INFEÇÃO – Procedimento de colocação e manutenção do CVC. Novembro 2012.



RADWIN, Laurel; FAWCETT, Jacqueline - METHODOLOGICAL ISSUES IN NURSING RESEARCH A conceptual model-based programme of nursing research: retrospective and prospective applications. **Journal of advanced nursing**. Vol. 40, Nº 3 (2002) p. 355–360.

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro: Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro (com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril) [em linha] [consultado a 12 Junho de 2013]. Disponível em <URL: <http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>

RIBEIRO, Rosa; MARTINEZ, Ana Paula – Regulamento da Unidade de Cuidados Intensivos. REG.UCIN.01. 2011-06-01. Acessível no Centro Hospitalar E.P.E.

RIBEIRO, Rosa; PEDROSO, Ermelinda; BARROSO, Felisbela – Política de Controlo da Infecção. CIF. 2011-10-10. Acessível No Centro Hospitalar E.P.E

RUIVO, Alice; FERRITO, Cândida e NUNES, Lucília. – Metodologia de Projecto: Colectânea descritiva de etapas. In Revista Percursos nº 15 Janeiro - Março 2010. ISSN 1646-5067.

SALE, Diana - **Garantia da qualidade nos cuidados de saúde: para profissionais da equipa de saúde**. Lisboa: Principia, 1998. 158p.. ISBN: 972-97457-6-5

SANTANA, Júlio et al. - Cuidados paliativos nas unidades de terapia intensiva: implicações na assistência de enfermagem. **Revista Enfermagem Revista**. Vol.16, Nº3 (2012) p.327-343

SANTANA, Júlio; RIGUEIRA, Ana; DUTRA, Bianca - Distanásia: reflexões sobre até quando prolongar a vida em uma Unidade de Terapia Intensiva na perceção dos enfermeiros. **Revista Bioethikos - Centro Universitário São Camilo**. Vol.4, Nº4 (2010) p.402-411.

SANTOS, José. – Checklist. **Jornal Português de Gastrenterologia**. Vol.18, Março/Abril (2011) p. 93-94.

SILVA, Sónia Raposo Costa e; FONSECA, Manuel e BRITO, Jorge de – Metodologia FMEA e sua Aplicação à Construção de Edifícios. [em linha]. (2006). [consult. 8 novembro 2013]. Disponível em www.fep.up.pt/disciplinas/PG19/Ref_topico3/FMEA_SS_MF_JB_QIC2006.pdf

SOUSA, MJ e BAPTISTA, CS (2010) – Como fazer investigação, dissertações, teses e relatórios segundo Bolonha. Lisboa. Pactor. ISBN 978-989-693-001-1.



TOMEY, Ann Marriner; ALLIGOOD, Martha Raile – Teóricas de Enfermagem e a sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem. 5ª ed.. Loures: Lusociência, 2004. ISBN 972-8383-74-6

WILSON, Jennie. - **Controlo de Infeção na Prática Clínica**. Loures . Lusociência, 2003. 386p. ISBN: 972-8383-57-6

APÊNDICES

APÊNDICE I

Caracterização da UCI

A UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

A Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) do Hospital em que a estudante estagiou é uma unidade de cuidados intensivos de nível III (de acordo com o definido pela Direção Geral de Saúde), uma vez que possui quadro próprio e equipas funcionalmente dedicadas (médica e de enfermagem), presta assistência médica qualificada em presença física nas 24 horas, dispõe dos meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica necessários, conforme definido pela Direção Geral de Saúde (DGS), tem instituídas medidas de controlo contínuo de qualidade e programas de ensino e treino em cuidados intensivos (RIBEIRO e MARTINEZ, 2011)

É uma unidade polivalente, na medida em que assegura os cuidados integrais dos doentes médicos ou cirúrgicos que nela são admitidos, podendo ser solicitada a colaboração de outras especialidades do Centro Hospitalar. É responsável pela Equipa de Emergência Médica Interna do Centro Hospitalar (EEMI), cujo funcionamento e organização estão regulamentados.

É uma unidade funcional autónoma, integrada no Departamento de Anestesiologia e situa-se no piso 1 da ala nascente de um hospital da margem sul do Tejo.

A UCI tem como missão:

- Prestar cuidados de saúde diferenciados a doentes com alterações fisiopatológicas urgentes, potencialmente reversíveis, que põem em risco a função de um ou mais órgãos vitais. Os cuidados prestados serão de natureza multidisciplinar, sendo tratados doentes adultos com patologia médica, coronária, cirúrgica e traumatológica;
- Proporcionar os cuidados mais adequados, de acordo com o estado da arte;
- Evitar o prolongamento das medidas de suporte vital, nas situações em que o tratamento for inútil e sem perspectivas de recuperação para o doente;
- Assegurar o ensino de médicos do internato complementar da especialidade de Anestesiologia ou de outras especialidades que solicitem a frequência do estágio na valência de Cuidados Intensivos;
- Colaborar no ensino de enfermeiros e estudantes de enfermagem na área de prestação de cuidados de enfermagem a doentes críticos;
- Contribuir para o prestígio do CH e do Departamento de Anestesiologia, ao manter o nível de cuidados ajustados aos padrões de qualidade na sua área.

De acordo com Ribeiro e Martinez (2011), tem como valores:

- A excelência da prática médica e de enfermagem;

- A ética profissional;
- O respeito pela confidencialidade e dignidade do doente;
- A atenção às necessidades dos familiares (RIBEIRO e MARTINEZ, 2011).

São utilizados na UCI registos informatizados de modelos de avaliação de gravidade e prognóstico (Apache II e SAPS II), de carga de trabalho de enfermagem (TISS 28), de disfunção de órgão (SOFA), de monitorização de diagnósticos, técnicas executadas e complicações (ficheiro informatizado da UCI). São ainda monitorizadas, de forma contínua, as taxas de infeção associada aos cuidados de saúde (registo contínuo na plataforma HELICS-UCI).

A UCI possui quadro próprio, constituído por médicos, enfermeiros, assistentes operacionais e um assistente administrativo.

O número de médicos em exercício é de 2 médicos entre as 9:00 e as 17:00 horas durante os dias de semana, para além do médico escalado na EEMI. A partir das 17:00 horas nos dias úteis e nas 24 horas de sábados, domingos e feriados, as atividades (UCI e EEMI) são asseguradas por 2 médicos em presença física contínua.

Os enfermeiros trabalham em regime de horário rotativo (3 turnos cada 24 horas), funcionando em equipas. O número de enfermeiros em cada turno varia entre 4 e 6 de forma a assegurar uma relação de enfermeiro:doente de 1:2 (conforme estabelecido pela DGS para uma Unidade de nível III).

Para além dos anteriores, é escalado um enfermeiro durante 24 horas diárias para cuidados urgentes na EEMI. Este enfermeiro é escalado, pelo Enfermeiro chefe de equipa, em plano de distribuição de trabalho.

O pessoal auxiliar funciona por turnos com a duração de 8 horas, em consonância com o trabalho dos enfermeiros. Deverão ser em número de 1 a 4 elementos por turno, com maior número no turno da manhã (das 8:00 às 16:00 horas), uma vez que é o período de maior atividade.

A UCI possui 1 Assistente Administrativo a tempo inteiro, para assegurar as funções de secretariado.

A competência, qualidade e quantidade de enfermeiros da UCI são fundamentais para garantir a eficiência da Unidade. A prestação de cuidados é efetuada com o máximo de exigência qualitativa, sendo obrigatório o cumprimento das normas e procedimentos estabelecidos, que orientam as intervenções de enfermagem (RIBEIRO e MARTINEZ, 2011).

Em cada turno, existe um Enfermeiro chefe de equipa, que orienta/supervisiona a equipa de enfermagem e assistentes operacionais. É da sua responsabilidade a resolução de problemas zelando, sobretudo, pela qualidade dos cuidados prestados. A substituição do Enfermeiro chefe de

equipa, nas suas ausências ou impedimentos, é feita por outro Enfermeiro chefe de equipa ou pelo segundo elemento da equipa.

O método de distribuição de trabalho utilizado é o método individual, que consiste na atribuição a cada enfermeiro de um número de doentes, não ultrapassando o ratio de 1:2, aos quais presta cuidados na sua área de competência.

Em todos os turnos, é feita uma passagem dos doentes à equipa seguinte, junto à cama do doente, salvaguardando sempre o direito à confidencialidade da informação. A passagem de turno é obrigatória e é assistida por todos os enfermeiros, sendo discutidos os casos de forma a garantir a continuidade dos cuidados prestados.

O enfermeiro de serviço à EEMI passa ao enfermeiro que o rende, as ocorrências relativas ao seu funcionamento e também aos doentes deixados a seu cargo noutros locais do Hospital. É indispensável, em cada turno, a verificação/reposição do material necessário ao funcionamento desta equipa (RIBEIRO e MARTINEZ, 2011).

A UCI dispõe de normas de atuação em várias áreas de atividade, que estão compiladas sob a designação de “Procedimentos” ou de “Normas de Orientação Clínica (NOC)” no Manual de Políticas e Procedimentos da UCI, estando disponíveis exemplares nos Gabinetes Médico e de Enfermagem, mas também estando acessíveis na intranet, no Manual de Qualidade do Centro Hospitalar.

As decisões de admissão e alta dos doentes da UCI competem ao médico de serviço na UCI, que informa o Enfermeiro chefe da equipa de enfermagem.

A admissão à UCI pode ocorrer de forma urgente (a maior parte das vezes) ou de forma programada (cumprindo o Procedimento de Reserva de Vaga na UCI).

Consideram-se razões para admissão urgente na UCI, as seguintes situações em doentes adultos (RIBEIRO e MARTINEZ, 2011):

- Falência e necessidade de suporte de 2 ou mais órgãos, com ameaça à vida;
- Falência respiratória presente ou eminente, com previsão de necessidade de suporte ventilatório avançado;
- Falência hemodinâmica (choque) ou necessidade de suporte cardiovascular avançado;
- Pós-operatórios de risco e politraumatizados com necessidade de monitorização e terapêutica intensivas;
- Estado de morte do tronco cerebral, para cuidados de manutenção até à colheita de órgãos ou tecidos.

São ainda consideradas razões para admissão programada na UCI, as seguintes situações (RIBEIRO e MARTINEZ, 2011):

- Doentes no pós-operatório de cirurgia de alto risco ou com patologia associada que justifiquem a necessidade de monitorização ou terapêutica intensivas;
- Doentes submetidos a técnicas diagnosticas ou terapêuticas invasivas, cuja patologia associada exija cuidados intensivos após a intervenção.

Não devem ser internados na UCI os doentes em que se antecipa pouco ou nenhum benefício com a sua admissão e tratamento. Segundo Ribeiro e Martinez (2011), tais casos incluem:

- Baixa probabilidade de intervenção ativa (demasiado bem para beneficiar da UCI);
- Doentes em estado terminal, que não possuam reserva de órgão ou potencial de reversibilidade da sua situação clínica, ou que tenham baixa probabilidade de sobrevivência mesmo com a instituição de cuidados médicos intensivos (demasiado doentes para beneficiarem da UCI);
- Doentes que necessitem de cuidados médicos que não possam ser propiciados pelos recursos existentes na UCI ou no Hospital, nomeadamente, necessidade de tratamento neurocirúrgico ou de cirurgia cardíaca. Nestes casos poderá ser admissível o internamento de um doente já referenciado para outro Hospital onde estão disponíveis os cuidados necessários para equilíbrio ou manutenção do seu estado clínico até à transferência;
- Decisão do próprio doente se se expressa de forma competente.

Os doentes internados são submetidos a intervenções diagnósticas e terapêuticas que visam a prevenção e tratamento das disfunções orgânicas presentes. Todos os profissionais que prestam cuidados aos doentes internados devem:

- Cumprir as normas de prevenção da infeção, não esquecendo a higienização das mãos antes da entrada e saída da unidade envolvente do doente e o uso de EPI de acordo com os cuidados a prestar;
- Cumprir os procedimentos em vigor na UCI, nomeadamente, as medidas de prevenção da pneumonia associada ao ventilador, as normas de alimentação entérica, o controlo da glicemia, a profilaxia da trombose venosa profunda e da úlcera de *stress*;
- Cumprir as regras de assepsia em todos os procedimentos invasivos executados;
- Conhecer as NOC e protocolos da UCI que são documentos orientadores dos cuidados e tratamentos a prestar;

- Usar os antibióticos e demais antimicrobianos de forma criteriosa, procedendo a requisição e colheita de amostras biológicas para exame bacteriológico antes do início do tratamento e de acordo com os protocolos da UCI;
- Proceder aos registos clínicos, médicos e de enfermagem, conforme protocolado;
- Registrar as complicações ocorridas durante a prestação de cuidados na Folha de Acontecimentos Adversos em vigor;
- De uma forma geral, cumprir com as suas funções conforme documentado.

Os registos clínicos (médicos e de enfermagem) são informatizados, utilizando a plataforma informática em uso no CH (*SClínico*). Os Registos de Evolução de Enfermagem constam do processo clínico informatizado e podem ser consultados por todos os enfermeiros dos serviços que tratam o doente.

Em caso de alta ou transferência para outro serviço, são feitas Notas de Transferência, que ficam acessíveis aos médicos e enfermeiros que recebem o doente (constando no processo clínico do CH).

A decisão da transferência de um doente internado compete ao médico da UCI. É transmitida ao Enfermeiro responsável pelo doente, para que sejam prestados os cuidados de enfermagem inerentes à transferência. Essa transferência poderá ser feita para locais com níveis de cuidados idênticos ou inferiores aos prestados na UCI, dentro do mesmo hospital ou para outros hospitais.

Nas transferências para a enfermaria ou para outro hospital, o doente é acompanhado por um enfermeiro da UCI ou por um médico e um enfermeiro, em caso de suporte ventilatório ou instabilidade hemodinâmica durante o transporte.

Uma vez que a UCI tem doentes internados em estado crítico, sendo previsível o aumento da ansiedade por parte dos seus familiares, são permitidas as visitas entre as 15:00 às 16:00 e das 18:00 às 20:00 horas.

Os familiares devem fazer-se anunciar antes de iniciar a visita, entrando um familiar de cada vez, orientados por um assistente operacional ou pela secretária da UCI. Existe o cuidado de encaminhar o familiar para o enfermeiro responsável pelo doente, que presta as informações necessárias. O mesmo enfermeiro dá a ordem para iniciar ou suspender temporariamente a visita, de forma a não interferir com os cuidados inadiáveis do doente.

Os enfermeiros têm em conta que todas as informações devem ser dadas tendo presente o nível sociocultural e o estado emocional dos familiares, bem como da gravidade do doente. Assim,

as informações devem esclarecer e acalmar os familiares o melhor possível ajudando-os, desta forma, a consciencializar-se da evolução clínica do doente.

Não são permitidas mais que 3 visitas para cada doente internado, em cada período de visita, salvo situações excecionais, com autorização dos profissionais da UCI. Durante o período de visita, o enfermeiro responsável pelo doente procede ao Acolhimento e identificação do Familiar de Referência (Pessoa Significativa) de cada doente, que será o elemento da família preferencial para a partilha de informação sobre o estado e a evolução clínica do seu familiar internado. O acolhimento às famílias é feito, preferencialmente, pelo médico e enfermeiro, no sentido de melhorar o processo de comunicação no primeiro impacto com a UCI.

Aos familiares é distribuído o Folheto de Acolhimento da UCI, que possui algumas informações relativas ao funcionamento da UCI e regras para os visitantes.

Controlo de qualidade

Na UCI estão implementados processos de avaliação da qualidade dos cuidados prestados. Assim, são monitorizados, regularmente, os seguintes indicadores:

- Índice médio de gravidade dos doentes internados
- Índice médio de carga de trabalho de enfermagem
- Demora média
- Técnicas e exames complementares efetuados
- Taxa de infeção nosocomial
- Taxa de complicações: úlcera de decúbito, extubação não planeada, pneumotórax iatrogénico, pneumonia de aspiração
- N.º de cirurgias canceladas por falta de vaga na UCI
- Taxa de readmissão menos de 48 horas após a alta
- Mortalidade na UCI e mortalidade hospitalar
- Custos/Doente e Custos/Dia de internamento

Os resultados dos indicadores são comparados com os resultados esperados.

No âmbito da gestão de risco e em consonância com a estratégia global do CH, são realizadas, anualmente, auditorias clínicas e/ ou não clínicas, conforme ao Plano Anual de Auditorias da UCI. Os resultados são apresentados e discutidos em reunião do serviço e implementadas as estratégias de melhoria. Da mesma forma, é dado conhecimento do relatório das mesmas, ao Grupo de Indicadores, Auditorias e Risco Clínicos (GIARC), à Comissão de Gestão do Risco (CGR) e ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar.

A elaboração anual do plano de ação da UCI com delimitação dos objetivos a atingir para o ano seguinte e a discussão dos resultados com os profissionais do serviço, têm como objetivo a melhoria contínua dos cuidados prestados.

Controlo de infeção

Os doentes internados em UCI estão em maior risco de contrair infeções adquiridas no Hospital, devido, entre outros, ao seu estado crítico com várias comorbilidades e à elevada utilização de meios invasivos, que alteram as barreiras normais de proteção.

A UCI dispõe de um grupo de profissionais designados para o Controlo da Infeção, constituído por médicos e enfermeiros. Estes profissionais são responsáveis pela Vigilância Epidemiológica da Infeção na UCI, pela atualização dos procedimentos de Controlo de Infeção e pela sua divulgação e ensino a todos os profissionais. Articulam-se com a Comissão de Controlo de Infeção do Centro Hospitalar.

A limpeza da UCI é assegurada, diariamente, pela Empresa de Limpeza contratada pelo Centro Hospitalar, sendo complementada pelas Assistentes Operacionais da UCI (fora do horário daquela), de forma a garantir as condições de funcionamento contínuo da UCI e a reocupação de camas em qualquer hora. Da mesma forma, é cumprido o estabelecido no Manual de Limpeza do Centro Hospitalar.

Tendo em conta os procedimentos de limpeza recomendados para Áreas Críticas e as atuais condições estruturais da UCI, são usados procedimentos de desinfecção de todas as Unidades de Doente após a alta ou transferência (mesmo se o doente não estava sob Condições de Isolamento). Tal procedimento poderá ser alterado quando houver melhoria da estrutura arquitetural da UCI.

Semanalmente, à segunda-feira, são efetuadas colheitas para exame bacteriológico de amostras de secreções brônquicas, no doente com entubação traqueal ou traqueotomia e urina, no doente algaliado.

Todos os doentes admitidos, são submetidos a rastreio para pesquisa de estado de portador nasal de MRSA.

APÊNDICE II

Cronograma Estágio I

CRONOGRAMA ESTÁGIO I

OUTUBRO DE 2013																						
Dias	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
Elaboração do relatório																						
Pesquisa Bibliográfica																						
Entrevista com a Enfª Coordenadora da UCI																						
Reunião com Elementos Dinamizadores da CCI na UCI																						
Entrevista com a Enfª Responsável da CCI																						
Estágio presencial em contexto clínico											M (8h - 16h)				M/ (13h - 16h)	M (8h - 16h)				M (8h - 16h)		
Dias de aula na ESS																						
Entrega do diagnóstico de Situação																						

Total de horas de estágio presencial em contexto clínico: 27h

APÊNDICE III

Cronograma Estágio II

CRONOGRAMA ESTÁGIO II

NOVEMBRO DE 2013																											
Dias	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
Elaboração do relatório	[Blue]																										
Pesquisa Bibliográfica	[Purple]																										
Pedido de autorização para o desenvolvimento do projeto	[Green]	[Green]	[Green]	[Green]																							
Implementação do questionário				[Light Green]	[Light Green]	[Light Green]	[Light Green]	[Light Green]	[Light Green]	[Light Green]	[Light Green]																
Tratamento de dados												[Dark Blue]	[Dark Blue]	[Dark Blue]													
Estágio presencial na UCI																		[Yellow M]						[Yellow M]			[Yellow M]
Estágio presencial na CCI																			[Yellow M]								
Dias de aula na ESS									[Red]	[Red]						[Red]	[Red]										

DEZEMBRO 2013																				
Dias	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Elaboração do relatório	[Blue]																			
Pesquisa Bibliográfica	[Purple]																			
Estágio presencial na UCI										[Yellow M]			[Yellow M]							[Yellow M]
Estágio presencial na CCI					[Yellow M]															

APÊNDICE IV

Cronograma Estágio III

CRONOGRAMA ESTÁGIO III

	FEVEREIRO DE 2014					MARÇO DE 2014																													
Dias	24	25	26	27	28	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
Elaboração do relatório																																			
Pesquisa Bibliográfica																																			
Estágio presencial na UCI						M			M	M						M	M					M	M					M		M					
Dias de aula na ESS																																			

ABRIL DE 2014																																	
Dias	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30			
Elaboração do relatório																																	
Pesquisa Bibliográfica																																	
Estágio presencial na UCI			M	M					M	M			M	M	M																		M
Estágio presencial na CGR		M																															
Estágio presencial no GIARC															M																		
Dias de aula na ESS																																	

MAIO DE 2014																															
Dias	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Elaboração do relatório																															
Pesquisa Bibliográfica																															
Estágio presencial na UCI		M		M	M		M										M			M		M						M		M	
Estágio presencial na CCI								M							M																
Dias de aula na ESS																															

JUNHO DE 2014																								
Dias	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Elaboração do relatório																								
Pesquisa Bibliográfica																								
Estágio presencial na UCI		M		M																M				
Estágio – elaboração de relatório																M	M		M					
Dias de aula na ESS																								

Total de horas de estágio presencial em contexto clínico: 315h

M = 8h-17h

APÊNDICE V

Ficha de Diagnóstico de Situação do PIS

Definição do Problema

Estudante: Manuela Afonso da Fonseca
Instituição: Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Setúbal
Serviço: Unidade de Cuidados Intensivos (UCI)
Título do Projeto: Cuidados de Enfermagem ao doente com Cateter Venoso Central na UCI
Explicitação sumária da área de intervenção e das razões da escolha (250 palavras): <p>Quando surgiu a necessidade de identificar uma área de intervenção para a elaboração do meu projeto de intervenção em serviço (PIS), era para mim essencial encontrar um problema/necessidade do contexto onde exerço funções como enfermeira, a Unidade de Cuidados Intensivos. Por ser elemento dinamizador da Comissão de Controle de Infecção (CCI), fez-me logo sentido enveredar por esta área. Sendo assim, escolhi este tema pelas seguintes razões:</p> <ul style="list-style-type: none">- Enquadra-se nos objetivos da Unidade Curricular em que este estágio se inclui (enfermagem Médico-cirúrgica), permitindo-me ao mesmo tempo desenvolver competências, tanto a nível das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista como de algumas Competências Específicas dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica;- É uma necessidade real do serviço onde trabalho;- Enquanto enfermeira da UCI, foram-me sendo atribuídas algumas funções nesta área:<ul style="list-style-type: none">• Como 2º elemento, assumindo funções de chefe de equipa (na ausência deste) devo supervisionar a Qualidade dos Cuidados,• Enquanto Elemento Dinamizador da CCI devo colaborar com a CCI, participando na elaboração de normas para o serviço, realizando e participando em estudos de vigilância epidemiológica, dinamizando ações de formação promovidas no serviço na área da prevenção e controlo da infeção, colaborando com a CCI na identificação de necessidades de formação no serviço, bem como identificar problemas e situações que ponham em risco o controlo de infeção. <p>Deste modo, validei a pertinência deste trabalho com a minha orientadora de estágio, a professora da ESS e a Enfermeira coordenadora da UCI, que foram unânimes relativamente à pertinência do tema para a realização deste PIS.</p>
Diagnóstico de situação
Definição geral do problema <p>Inexistência de documentos orientadores no âmbito dos cuidados enfermagem na manutenção dos cateteres venosos centrais na UCI</p>
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>O Centro Hospitalar define como Princípios da Qualidade: a prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade; o investimento na formação e valorização das competências técnicas e humanas dos profissionais; (...) a</p>

promoção de um ambiente seguro e saudável para profissionais e utentes e a utilização eficiente dos recursos disponíveis (1).

Do mesmo modo, a CCI tem como atribuições: definir, implantar e monitorizar um sistema de vigilância epidemiológica de estruturas, processos e resultados, dirigido a situações de maior risco; propor recomendações e normas para a prevenção e controlo da infeção e monitorização da sua correta aplicação; entre outros (2).

As Infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) referem-se às infeções associadas à prestação de cuidados, onde quer que estes sejam prestados. O risco de contrair uma infeção associada aos cuidados de saúde é maior nos doentes com internamento prolongado ou submetidos a técnicas mais invasivas. Conduz ao aumento da morbilidade e mortalidade hospitalar, aumento do tempo de internamento e dos custos com a saúde (3). A prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde é uma responsabilidade de todos os profissionais, pelo que as ações de prevenção e controlo da infeção deverão fazer parte integrante das atividades diárias dos mesmos, contribuindo para a qualidade dos cuidados e para a segurança do doente (4).

A infeção associada a dispositivos intravasculares, nomeadamente cateteres venosos centrais (CVC), apresenta taxas elevadas, nomeadamente em algumas das Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). A manutenção das “boas práticas” é fundamental durante o internamento e sobretudo quando o doente é sujeito a procedimentos que estão provadamente associados a risco de surgimento de infeções. As regras da qualidade obrigam-nos a valorizar o cumprimento total de um conjunto de medidas como indicador de conformidade ou não conformidade das práticas (5).

Pela análise dos dados do HELICS-UCI, programa de vigilância epidemiológica, disponibilizados pela Coordenadora da UCI, verificou-se que, embora o nº de infeções/1000 dias de CVC seja inferior na UCI relativamente aos dados nacionais, a Infeção associada aos CVC é uma realidade pelo que é necessário tomar medidas para a sua prevenção.

Tendo consciência que os enfermeiros desempenham um papel fundamental na implementação de boas práticas de modo a prevenir as IACS, nomeadamente as infeções associadas aos cateteres venosos centrais, e após pesquisa dos procedimentos existentes na UCI, constata-se que apesar de algumas medidas identificadas como preventivas da infeção associada aos cateteres venosos centrais estarem presentes em alguns procedimentos sectoriais, não existe um procedimento específico para a manutenção do Cateter Venoso Central.

No sentido de conhecer a opinião de alguns profissionais relativamente a esta temática, realizei entrevistas não estruturadas a um elemento dinamizador da CCI na UCI, à Enfª Coordenadora da UCI e à Enfermeira da CCI que constataram que era de fato uma área de intervenção a desenvolver.

De seguida, para definir estratégias que pudessem corrigir problemas calculáveis à partida, realizei uma análise SWOT de modo a conhecer as forças, fraquezas, oportunidades e ameaças à implementação deste projeto.

Da análise efetuada concluímos que este PIS tem mais forças e oportunidades que ameaças ou fraquezas, pelo que será passível de execução, das quais destacamos a fato de ser um elemento dinamizador da CCI, ser um tema de interesse da Enfª Coordenadora da UCI e da CCI, ser um projeto que não acarreta custos para a instituição e que tem como intuito a elaboração de um procedimento e a formação da equipa.

Ainda no decorrer da fase de diagnóstico, de forma a acautelar algumas falhas, foi aplicada uma análise FMEA (Failure Mode and Effect Analysis), que é uma metodologia que possibilita avaliar e minimizar riscos através da análise de possíveis falhas (6). A análise FMEA encontra-se em apêndice para consulta (apêndice 3), no entanto destacamos as etapas com RPN mais elevado, nos quais há necessidade de intervenção mais precoce:

- Nas intervenções de enfermagem antes da colocação do CVC destaca-se a Higienização das mãos antes do contato com o doente (RPN=480) e a colocação de todo o EPI: bata e luvas esterilizadas, touca e máscara fluido-resistente (RPN=648);

- Nas intervenções de Enfermagem imediatamente após a colocação do CVC: Realizar penso com técnica asséptica (luvas esterilizadas e máscara), utilizando clorohexidina 2% solução alcoólica (RPN=500) e Retirar e dar destino adequado a todo o material utilizado na colocação do CVC (RPN=480);

- Nas intervenções de Enfermagem na manutenção do CVC: Descontaminar as conexões com álcool 70º ou clorohexidina 2% solução alcoólica antes de conectar qualquer dispositivo estéril (RPN=512) e Realizar penso com técnica asséptica (luvas esterilizadas e máscara), utilizando clorohexidina 2% solução alcoólica sempre que estiver sujo/descolado ou de 48/48h (penso com compressa) ou 7/7dias (penso transparente) (RPN=512)

Considerando que a existência de programas de formação são fundamentais para a prevenção das infeções associadas aos cateteres venosos centrais, procuramos saber se os enfermeiros da UCI possuíam formação nesta área, se conheciam os procedimentos existentes no âmbito da prevenção desta problemática e qual a importância atribuída às intervenções de enfermagem na prevenção das Infeções da corrente sanguínea associadas ao CVC. Neste sentido, foi aplicado um questionário aos enfermeiros da Unidade, construído para esse fim. Assim após pedido de autorização ao CA para a realização do PIS bem como a aplicação do questionário com o respetivo consentimento informado também elaborado por nós procedemos à sua aplicação no período de 7 a 14 de Novembro de 2013, após realização de pré-teste que segundo Fortin (7), consiste no preenchimento do questionário por uma pequena amostra que reflita a diversidade da população visada, a fim de verificar se as questões podem ser bem compreendidas. Esta etapa é indispensável e permite corrigir ou modificar o questionário, resolver problemas imprevistos e verificar a redação e a ordem das questões. Após tratamento de dados através do programa Excel podemos inferir que a nossa amostra era constituída por 26 enfermeiros em que 77% são do sexo feminino e 23% do masculino, com a maior parte dos enfermeiros com idade entre os 25-29anos, com uma média de 8,23 anos de experiência profissional como enfermeiro.

Da análise dos dados obtidos pode constatar-se que só metade dos enfermeiros têm formação nesta área, e a formação que têm é obtida principalmente através da formação em serviço. Destes apenas 20% teve formação no último ano, sendo que os restantes 80% tiveram formação há mais de 3 ou 6 anos.

Ao contrário da realidade, cerca de 77% dos enfermeiros acham que existe no serviço alguma norma de procedimento relacionada com a prevenção das infeções associadas aos CVC, mas quando lhes é pedido que enumerem as normas que conhecem, enumeram não normas mas sim alguns atos de enfermagem que se relacionam com a prevenção da infeção dos CVC, como por exemplo a mudança

de penso de 2/2 dias, a técnica asséptica para o manuseamento, ou a troca de sistemas de perfusão de 7/7 dias.

Ao serem questionados se as normas estão atualizadas, 61% referem “não sei”, 22% que “não” e 17% que “sim”.

Na questão “Conhece os resultados da Vigilância Epidemiológica do CH?”, 89% dos inquiridos refere que “não”.

Na parte III do questionário, referente à importância atribuída às intervenções de enfermagem nesta temática, é unânime que os enfermeiros desempenham um papel muitíssimo importante na prevenção das infeções associadas aos CVC, achando que é muitíssimo importante a existência de normas de procedimento nesta área, quer na UCI, quer em todo o Hospital, sendo que a realização de formação nesta área também é alvo de preocupação para estes profissionais.

Identificação dos problemas parcelares que compõem o problema geral (150 palavras)

Como problemas parcelares que compõem o problema identificado surgem:

- Falta de formação sobre os cuidados a ter com a manutenção de cateteres venosos centrais;
- Inexistência de um procedimento no serviço sobre o tema;
- Inexistência de avaliações às práticas de enfermagem e respetiva comunicação das falhas detetadas;

Determinação de prioridades

Após a identificação do problema de estudo, definem-se como principais prioridades:

- Pesquisa bibliográfica sobre as Intervenções de Enfermagem na manutenção de cateteres venosos centrais;
- Elaborar um procedimento sobre os cuidados de enfermagem na manutenção de cateteres venosos centrais;
- Formar a equipa sobre os cuidados de enfermagem na manutenção de cateteres venosos centrais;
- Avaliar práticas, através de auditorias internas.

Objetivos (geral e específicos, centrados na resolução do problema. Os objetivos terão que ser claros, precisos, exequíveis e mensuráveis, formulados em enunciado declarativo):

OBJECTIVO GERAL

- Contribuir para a prevenção das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde relacionadas com os cateteres venosos centrais na UCI do CH,EPE.

OBJECTIVOS ESPECIFICOS

- Elaborar um procedimento para manutenção do Cateter Venoso Central;
- Elaborar uma *checklist* de verificação do cumprimento do procedimento;
- Formar a equipa sobre os cuidados de enfermagem na manutenção de cateteres venosos centrais;

Referências Bibliográficas (Norma da ESS)

1. CENTRO HOSPITALAR – Política de Qualidade. [em linha]. Outubro 2011. [consultado a 22.10.2013]. Disponível em <http://www.hsb-setubal.min-saude.pt/view.aspx?p=137>
2. CENTRO HOSPITALAR – Comissão de Controlo de Infeção: Missão e Política. [em linha]. Outubro 2011. [consultado a 22.10.2013]. Disponível em http://www.hsb-setubal.min-saude.pt/pages/comissao_controle_infeccao/default.htm

3. **PORTUGAL. Direção Geral de Saúde – Circular Normativa nº 18/DSQC/DSC. 2007/10/15. Comissões de Controlo de Infeção. [consultado em 15/10/2013]. Disponível em <URL: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i009189.pdf>>**
4. **RIBEIRO, Rosa; PEDROSO, Ermelinda; BARROSO, Felisbela – Política de Controlo da Infeção. CIF. 2011-10-10. Acessível No Centro Hospitalar**
5. **PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLO DE INFEÇÃO – Procedimento de colocação e manutenção do CVC. Novembro 2012.**
6. FORTIN, Marie-Fabienne. - O processo de Investigação – da concepção à realização. Loures : Lusociência, 1999. 388p. ISBN: 972-8383-10-X
7. SILVA, Sónia Raposo Costa e; FONSECA, Manuel e BRITO, Jorge de – Metodologia FMEA e sua Aplicação à Construção de Edifícios. [em linha]. (2006). [consult. 8 novembro 2013]. Disponível em www.fep.up.pt/disciplinas/PG19/Ref_topico3/FMEA_SS_MF_JB_QIC2006.pdf

Data

Assinatura:

APÊNDICE VI

Análise FMEA

FMEA DE PROJETO

Descrição do Processo	Etapas	G	Modo potencial de Falhas	O	Efeitos	D	RPN	Causas	Ações a Desenvolver
Diagnóstico de Situação	Pedido de autorização ao Conselho de Administração para aplicação de questionários e desenvolvimento do projeto	8	Desconhecimento do projeto pelo conselho de administração do CH	8	Não autorização para aplicação dos questionários e desenvolvimento do projeto	5	384	Projeto aplicado de forma pouco eficaz	Elaboração de pedido de autorização ao CA explicitando o projeto
	Consulta de dados acerca do número de INCS associadas ao CVC no ano de 2012 e no 1º semestre de 2013	3	Dados obtidos não permitirem discriminar o número de INCS associadas ao CVC	4	Planeamento do projeto não contemplar o número de INCS associadas ao CVC	6	72	Inexistência de dados que discriminem o número de INCS associadas ao CVC	Pedido à Coordenadora da CCI para fornecimento de dados sobre o número de INCS associadas ao CVC no ano de 2012 e no 1º semestre de 2013

Diagnóstico de Situação	Aprofundamento de conhecimentos sobre infecções associadas aos CVC	5	Conhecimentos sobre infecções associadas aos CVC insuficientes e pouco atuais	5	Planeamento do projeto não contemplar informação atual	6	150	Pouca informação disponível atualizada	Pesquisa bibliográfica Pesquisa em bases de dados
	Conhecer a opinião dos enfermeiros da UCI sobre a pertinência do tema do projeto	6	Opinião dos enfermeiros pouco favorável ao desenvolvimento do projeto	7	Projeto não estar em consonância com opinião dos enfermeiros da UCI	7	294	Inexistência do conhecimento da opinião dos enfermeiros acerca do projeto	Aplicação de questionários aos enfermeiros da UCI
	Envolver a equipa de enfermagem no projeto	6	Pouca adesão dos enfermeiros da UCI	6	Dificuldade em implementar o projeto	7	252	Divulgação pouco eficaz do projeto	Dar a conhecer o projeto em questão; Aplicação de questionários aos enfermeiros da UCI.

FMEA DE PROCESSO									
Descrição do Processo	Etapas	G	Modo potencial de Falhas	O	Efeitos	D	RPN	Causas	Ações a Desenvolver
Intervenções de Enfermagem antes da colocação do CVC	Explicar procedimento ao doente	2	Doente ansioso, agitado, pouco colaborante	6	Dificuldade na execução da técnica de colocação do cateter	4	48	Sedação do doente Falta de formação dos profissionais	Sensibilização da equipa Formação dos profissionais
	Monitorizar sinais vitais	10	Doente instável a nível elétrico e hemodinâmico	1	Não ter valores de referência do doente	10	100	Falta de sensibilidade dos profissionais	Sensibilização da equipa Formação dos profissionais
	Realizar tricotomia do local a puncionar, se necessário	4	Não realização da tricotomia	4	Dificulta o acesso para a cateterização Dificulta a limpeza e desinfeção do local de punção Aumenta o risco de infeção	4	64	Situação emergente Falta de formação dos profissionais	Formação dos profissionais Elaborar um c para manutenção do Cateter Venoso Central

Intervenções de Enfermagem antes da colocação do CVC	Posicionar o doente de acordo com o local a puncionar.	2	Posicionamento incorreto	4	Dificuldade na realização da técnica.	2	16	Emergência da colocação do CVC Falta de formação	Elaborar um Procedimento para manutenção do CVC
	Reunir o material necessário.	6	Possibilidade de faltar de material aquando da colocação do CVC	6	Aumenta o tempo de execução da técnica Cria ansiedade para o doente e profissionais	6	216	Emergência da colocação do CVC Falta de formação	Elaborar um procedimento para manutenção do CVC
	Higienizar as mãos	10	As mãos não são corretamente higienizadas antes do contato com o doente As mãos não são corretamente higienizadas antes de procedimentos assépticos.	4	Contaminação do doente	8	480	Facilitismo Utilização de luvas Sentimento de autoproteção Não interiorização dos 5 passos para a higienização das mãos	Colocação de cartazes alusivos à higienização das mãos na unidade Elaborar um procedimento para manutenção do CVC onde se incluem os momentos de higienização das mãos Formação dos profissionais

Intervenções de Enfermagem antes da colocação do CVC	Colocar o Equipamento de Proteção Individual: bata esterilizada, luvas esterilizadas, touca e máscara fluido-resistente com viseira	8	Não utilização de todo o EPI necessário	9	Contaminação do material Contaminação do doente	9	648	Facilitismo dos profissionais Falta de sensibilização para a temática Falta de formação	Sensibilização da equipa Elaborar um procedimento para manutenção do CVC Formação para a equipa
Intervenções de Enfermagem durante a colocação do CVC	Colaborar na conexão dos sistemas ao cateter.	10	Falha na manutenção da assepsia entre o CVC e os sistemas de perfusão	4	Contaminação do material Contaminação do doente	10	400	Situação emergente Falta de formação	Elaborar um procedimento para manutenção do CVC Formação para a equipa
	Realizar flush após conexão dos lumens.	8	Não realização deste procedimento	4	Obstrução do lúmen do CVC CVC não permeável	8	256	Situação emergente Falta de formação	Elaborar um procedimento para manutenção do Cateter Venoso Central Formação para a equipa

Intervenções de Enfermagem imediatamente	Realizar penso com técnica asséptica (luvas esterilizadas e máscara), utilizando clorohexidina 2% solução alcoólica.	10	Não utilização da clorohexidina 2%	5	Contaminação do doente	10	500	Desconhecimento por parte da equipa que se deve fazer a desinfeção do local de inserção do CVC com clorohexidina 2%	Elaborar um procedimento para manutenção do Cateter Venoso Central Formação para a equipa
Intervenções de Enfermagem imediatamente após a colocação do CVC	Datar o penso.	2	Penso sem data de colocação	10	O penso pode ficar dias a mais sem ser mudado	4	80	Facilitismo Esquecimento Falta de Formação	Elaborar um procedimento para manutenção do Cateter Venoso Central Formação à equipa
	Retirar e dar destino adequado a todo o material utilizado na colocação do CVC	8	Incorreta eliminação de objetos cortantes e perfurantes Triagem dos resíduos deficiente	6	Segurança dos profissionais e do doente em risco	10	480	Facilitismo Esquecimento Falta de Formação	Elaborar um procedimento para manutenção do Cateter Venoso Central Formação dos profissionais

	Retirar e eliminar o EPI	8	EPI que não é retirado no local de prestação dos cuidados	4	Infeções cruzadas	10	320	Facilitismo Falta de sensibilização para o assunto.	Elaborar um procedimento para manutenção do Cateter Venoso Central Formação dos profissionais
	Proceder à higienização das mãos.	10	As mãos não são corretamente higienizadas depois do contato com o doente As mãos não são corretamente higienizadas após risco de exposição a sangue ou fluidos corporais	4	Infeções cruzadas	8	320	Facilitismo Não interiorização dos 5 passos para a higienização das mãos	Colocação de cartazes alusivos à higienização das mãos na unidade Elaborar um procedimento para manutenção do Cateter Venoso Central Formação à equipa

Índice de Gravidade, ocorrência e deteção para FMEA

Grau	Gravidade	Ocorrência	Deteção
1-2	BAIXO RISCO para o doente	Baixa (de 2/2 meses)	Baixa (dificilmente detetável)
3-5	MODERADO RISCO para o doente	Moderada (mensalmente)	Moderada (pode ser detetada)
6-8	ELEVADO RISCO para o doente	Elevada (semanalmente)	Elevada (facilmente detetável)
9-10	RISCO MUITO ELEVADO para o doente	Muito elevada (diariamente)	Muito elevada (certamente detetável)

APÊNDICE VII

Questionário

QUESTIONÁRIO

A informação obtida neste questionário permitirá a prossecução do Projeto de Intervenção em Serviço (PIS) a desenvolver pela Enf^a Manuela Fonseca ao longo dos estágios I, II e III, enquanto discente do Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, sob orientação da Enf^a F.B. e da Prof. E.M.

O mesmo tem como objetivo:

Obter dados que permitam conhecer a opinião da equipa de enfermagem da UCI relativamente às intervenções de enfermagem na prevenção das Infeções associadas aos Cateteres Venosos Centrais (CVC) e conhecer o nível de formação que a equipa de enfermagem possui relativamente a essa temática.

Este questionário divide-se em 3 partes: na primeira parte pretende-se caracterizar a equipa de enfermagem relativamente à sua situação profissional e académica, na segunda parte conhecer o nível de formação dos enfermeiros nesta área e na última avaliar o grau de importância que os enfermeiros dão às Intervenções de Enfermagem na Prevenção das Infeções Nosocomiais da Corrente Sanguínea.

Desde já informo que será garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados recolhidos, sendo a sua utilização limitada ao PIS descrito.

O preenchimento do questionário é anónimo e facultativo.

Desde já agradecida pela disponibilidade demonstrada, e caso esteja interessado poderão ser-lhe facultados os dados obtidos.

POR FAVOR NÃO IDENTIFIQUE O QUESTIONÁRIO.

PARTE I – CARACTERIZAÇÃO DA EQUIPA

De acordo com a sua situação assinale com um x:

1 – DADOS PESSOAIS

1.1 – SEXO

- Feminino
- Masculino

1.2 – IDADE

- 20 a 24 anos
- 25 a 29 anos
- 30 a 34 anos
- 35 a 39 anos
- 40 a 44 anos
- 45 a 50 anos

2 – HABILITAÇÕES ACADÉMICAS

2.1 – FORMAÇÃO INICIAL

- Bacharelato em Enfermagem
- Licenciatura em Enfermagem

2.2 – FORMAÇÃO COMPLEMENTAR

- Especialidade em Enfermagem Qual? _____
- Pós-Graduação Qual? _____
- Mestrado Qual? _____
- Doutoramento Qual? _____

3 – EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

Anos de serviço como Enfermeiro _____ anos

Anos de serviço na UCI _____ anos

PARTE II – FORMAÇÃO NA ÁREA DA PREVENÇÃO DAS INFEÇÕES ASSOCIADAS AOS CATETERES VENOSOS CENTRAIS

Tendo em conta o nível de formação que possui na área das intervenções de Enfermagem na Prevenção das Infeções associadas aos Cateteres Venosos Centrais, assinale com um x as respostas que mais se coadunam com a sua situação:

1 – Tem formação na área da Prevenção das Infeções associadas aos Cateteres Venosos Centrais?

Sim Não

1.1 – Se respondeu Sim, onde adquiriu essa formação?

Formação em serviço

Formação contínua

Seminários

Congressos

Outros

1.2 – Se respondeu Outros, refira em que contexto: _____

2 – Quando foi a última vez que teve formação na área da Prevenção das Infeções associadas aos Cateteres Venosos Centrais?

No último ano

Há mais de 3 anos

Há mais de 6 anos

3 – No seu serviço existem algumas normas de procedimento relacionadas com a Prevenção das Infeções associadas aos Cateteres Venosos Centrais?

Sim Não

3.1 – Se respondeu Sim, enuncie as normas que conhece:

3.2 – As respetivas normas encontram-se atualizadas?

Sim Não Não sei

4 – Conhece os resultados da Vigilância Epidemiológica do CH, EPE?

Sim Não

PARTE 3 – IMPORTÂNCIA ATRIBUIDA ÀS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DAS INFEÇÕES ASSOCIADAS AOS CATETERES VENOSOS CENTRAIS

Recorrendo a uma escala de 1 a 5 (5 – muitíssimo importante, 4 – muito importante, 3 – importante, 2 – pouco importante, 1 – nada importante) coloque um círculo à volta do número de acordo com a sua opinião nas seguintes questões:

1 – Qual o grau de importância que atribui ao papel do Enfermeiro na Prevenção das Infeções associadas aos Cateteres Venosos Centrais?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2 – Qual o grau de importância que atribui à existência de normas de procedimento na área da Prevenção das Infeções associadas aos Cateteres Venosos Centrais, no seu serviço?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3 – Qual o grau de importância que atribui à existência de normas de procedimento na área da Prevenção das Infeções associadas aos Cateteres Venosos Centrais, no seu hospital?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

4 – Qual o grau de importância que atribui à realização de formação na área da Prevenção das Infeções associadas aos Cateteres Venosos Centrais?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

APÊNDICE VIII

Declaração de Consentimento Livre e Esclarecido

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro que estou de acordo em participar no Projeto intitulado de “Intervenções de Enfermagem ao doente com Cateter Venoso Central internado na UCI do CH, EPE” da Enfermeira Manuela Fonseca a realizar estágio na UCI do Centro Hospitalar da Margem Sul do Tejo, no âmbito do Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem Médico-Cirúrgica que se encontra a frequentar na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, sob a orientação da Enf^a F.B. e da Prof. E.M., através do preenchimento do questionário acerca das Intervenções de Enfermagem para a prevenção das infeções associadas ao cateter venoso central, no sentido de fornecer dados relativamente ao nível de formação sobre o referido tema que a equipa de enfermagem do sítio supramencionado possui.

Declaro ainda que:

Fui elucidado em relação aos objetivos deste projeto e participo de forma voluntária neste estudo.

Sou livre de abandonar a participação no projeto, se eu assim o entender, e sem que daí sobrevenham danos para a minha pessoa.

Autorizo a utilização dos dados obtidos no âmbito deste estudo.

Foi-me garantido que os dados obtidos serão utilizados unicamente para este projeto.

A minha identidade jamais será revelada e os dados permanecerão confidenciais.

Data:

Assinatura:

APÊNDICE IX

Tratamento de dados do questionário



Manuela Fonseca

PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO

Instrumento de colheita de dados - Questionário

Tratamento de dados

Novembro de 2013

ÍNDICE:	Pág.
1 – INTRODUÇÃO	3
2 – TRATAMENTO DE DADOS	5
2.1 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS: QUESTIONÁRIOS	5
2.2 – TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	7
3 – CONCLUSÃO	23
4 – BIBLIOGRAFIA	24

ÍNDICE DE GRÁFICOS		Pág.
Gráfico 1	Distribuição dos enfermeiros por sexo	8
Gráfico 2	Distribuição dos enfermeiros por idade	8
Gráfico 3	Distribuição dos enfermeiros por grau acadêmico	9
Gráfico 4	Distribuição dos enfermeiros pelo tipo de formação complementar	10
Gráfico 5	Distribuição dos enfermeiros pela pós-graduação	10
Gráfico 6	Distribuição dos enfermeiros pela especialidade de enfermagem	11
Gráfico 7	Distribuição dos enfermeiros pelo mestrado	11
Gráfico 8	Distribuição dos enfermeiros pelos anos de serviço como enfermeiro e na UCI	12
Gráfico 9	Percentagem dos enfermeiros que possuem formação na área da prevenção das infecções associadas aos CVC	13
Gráfico 10	Contexto em que a formação foi realizada	14
Gráfico 11	Distribuição dos enfermeiros pela data da última formação	15
Gráfico 12	Percentagem dos enfermeiros que conhecem a existência de normas de procedimento na UCI relacionadas com a prevenção das infecções associadas aos CVC	15
Gráfico 13	Descrição das normas que conhecem	16
Gráfico 14	Distribuição dos enfermeiros de acordo com o conhecimento que possuem acerca da atualização de normas no âmbito da prevenção das infecções associadas aos CVC	17
Gráfico 15	Distribuição dos enfermeiros de acordo com o conhecimento que possuem acerca dos resultados de Vigilância Epidemiológica do CH, EPE	17
Gráfico 16	Grau de importância atribuído pelos enfermeiros às intervenções de enfermagem na prevenção das infecções associadas aos CVC	19
Gráfico 17	Grau de importância atribuído pelos enfermeiros à existência de normas de procedimento na área da prevenção das infecções associadas aos CVC, na UCI	20
Gráfico 18	Grau de importância atribuído pelos enfermeiros à existência de normas de procedimento na área da prevenção das infecções associadas aos CVC, no hospital	21
Gráfico 19	Grau de importância atribuído pelos enfermeiros à realização de formação na área da prevenção das infecções associadas aos CVC	22

1 – INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular Enfermagem Médico-Cirúrgica I, do 2º semestre do ano letivo 2013/2014, do 3º Curso de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal foi-nos proposto a execução de um projeto de intervenção em serviço, integrado nos estágios I, II e III, a realizar na Unidade de Cuidados Intensivos de um hospital da margem sul do Tejo.

No âmbito dos estágios que se encontra a realizar no serviço supracitado, pretende desenvolver um PIS de acordo com a metodologia de projeto, na área da Intervenções de Enfermagem ao doente com cateter venoso central internado na UCI do Centro Hospitalar, sob a orientação da Enfª F.B. e Prof. E.M.

Por ser uma área de particular interesse, por considerar que as Intervenções de Enfermagem na Prevenção das Infeções associadas aos Cateteres Venosos Centrais se revestem de crucial importância na prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde, e após uma entrevista não estruturada com a Enfª Coordenadora da UCI e com a Enfª Coordenadora da CCI da Instituição acima referida, se ter concluído que as mesmas consideram o tema pertinente, pretende desenvolver um projeto nesta área, que tem como objetivo contribuir para a prevenção das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde relacionadas com os cateteres venosos centrais na UCI.

Neste âmbito, e de modo a justificar a pertinência deste tema, aplicou um questionário aos Enfermeiros da UCI, no sentido de caracterizar a equipa de enfermagem, relativamente à sua situação profissional e académica, conhecer o nível de formação dos enfermeiros nesta área e avaliar o grau de importância que os mesmos dão às Intervenções de Enfermagem na Prevenção das Infeções Associadas aos Cateteres Venosos Centrais.

Através da elaboração deste documento pretende mostrar os resultados obtidos pelos questionários implementados.

Sendo assim, elabora este documento com os seguintes capítulos:

- Introdução
- Tratamento de dados
- Instrumentos de colheita de dados: o questionário

- Tratamento e análise de dados
- Conclusão
- Bibliografia
- Apêndices

O presente documento encontra-se redigido de acordo com as orientações do Acordo Ortográfico e guia-se pelas indicações da Norma Portuguesa 405.

2 – TRATAMENTO DE DADOS

Considerando que a existência de programas de formação são fundamentais para a prevenção das infeções associadas aos cateteres venosos centrais, procuramos saber se os enfermeiros da UCI possuíam formação nesta área, se conheciam os procedimentos existentes no âmbito da prevenção desta problemática e qual a importância atribuída às intervenções de enfermagem e à formação na prevenção das Infeções da corrente sanguínea associadas ao CVC. Neste sentido, foi aplicado um questionário aos enfermeiros da Unidade.

2.1 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS: QUESTIONÁRIOS

Para obter os dados referidos anteriormente, recorreremos ao questionário.

Escolhemos o questionário como instrumento de colheita de dados por ser um método que traduz os objetivos de um estudo com variáveis mensuráveis, ajuda a organizar, a normalizar e a controlar os dados, de forma que as informações procuradas possam ser colhidas de uma maneira rigorosa. Não permite ir tão em profundidade como a entrevista, mas permite um melhor controlo dos enviesamentos. (FORTIN, 1999, p.249)

Para Fortin (1999, p.249), num questionário, “as questões são concebidas com o objetivo de colher informação factual sobre os indivíduos, os acontecimentos ou as situações conhecidas dos indivíduos ou ainda sobre as atitudes, as crenças e intenções dos participantes”.

O questionário foi dividido em três partes, sendo que na primeira parte se pretendia fazer uma caracterização dos enfermeiros que desempenham funções na UCI. Para isso recorreu-se a questões fechadas: dicotómicas (questão 1.1 e questão 2.1), de escolha fixa (questão 1.2), de escolha múltipla/filtro (questão 2.2) e uma questão aberta (questão 3). Na segunda parte pretendia-se averiguar se os enfermeiros possuem formação na área da prevenção das Infeções da corrente sanguínea associadas ao CVC recorrendo-se a questões fechadas, das quais questões dicotómicas (questões 1, 3 e 4), de escolha múltipla (questão 1.1), de escolha fixa (questão 2 e 3.2) e duas questões abertas (questão 1.2 e 3.1). Na terceira parte pretendia-se avaliar o grau de importância que os enfermeiros atribuem: ao papel do enfermeiro, à existência de normas de

procedimento no serviço e no hospital e à formação na área da prevenção das Infecções da corrente sanguínea associadas ao CVC, tendo-se para isso recorrido a uma escala de Likert de 5 categorias (5 – muitíssimo importante, 4 – muito importante, 3- Importante, 2- Pouco importante, 1 – nada importante). A escala de Likert “consiste em pedir aos sujeitos que indiquem se estão mais ou menos de acordo ou em desacordo relativamente a um certo número de enunciados, escolhendo entre cinco respostas possíveis” (FORTIN, 1999, p.257).

Com o objetivo de avaliar a eficácia e a pertinência do questionário, foi realizado um pré-teste a 3 enfermeiros da UCI no dia 4 de Novembro de 2013. O pré-teste consiste no preenchimento do questionário por uma pequena amostra que reflita a diversidade da população visada, a fim de verificar se as questões podem ser bem compreendidas. Esta etapa é indispensável e permite corrigir ou modificar o questionário, resolver problemas imprevistos e verificar a redação e a ordem das questões (FORTIN, 1999, p.253). Uma vez que não houve qualquer dificuldade no preenchimento do questionário, procedeu-se à aplicação do mesmo a todos os enfermeiros da UCI.

A aplicação do questionário foi realizada entre 7 e 14 de Novembro de 2013, após ter sido solicitada autorização à Sr^a Enfermeira Diretora da instituição. Durante todo o processo foi garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados recolhidos. Portanto, todos os enfermeiros que responderam ao questionário foram elucidados em relação aos objetivos deste projeto e participaram de forma voluntária neste estudo, sendo livres de abandonar a participação no projeto, se assim o entendessem, e sem que daí sobreviessem danos para os mesmos, garantindo que os dados obtidos iriam ser utilizados unicamente para este projeto pelo que a sua identidade jamais seria revelada e os dados permaneceriam confidenciais. Todos os enfermeiros que responderam ao questionário, assinaram uma declaração de consentimento livre e esclarecido.

Foram entregues questionários a todos os enfermeiros da UCI, tendo-se excluído apenas dois elementos que se encontravam ausentes no período em que se entregaram os mesmos. Assim, foram entregues 26 questionários tendo sido respondidos os 26 (adesão 100%).

2.2- TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Após a colheita dos dados, procedeu-se a uma análise quantitativa dos mesmos, através do programa informático Excel.

De modo a facilitar a interpretação dos resultados dividiu-se o tratamento dos dados pelas partes em que o questionário foi dividido. Assim, na Parte I é feita uma caracterização dos enfermeiros da UCI que participaram no questionário, na Parte II são calculados os enfermeiros que possuem formação no âmbito das Infeções da corrente sanguínea associadas ao CVC, o contexto em que a mesma foi adquirida, o conhecimento da existência de normas de procedimento relacionadas com esta temática e na Parte III identifica-se o grau de importância que os enfermeiros atribuem ao papel do enfermeiro na prevenção das Infeções da corrente sanguínea associadas ao CVC, à existência de normas de procedimento no serviço e na instituição bem como o grau de importância atribuído à formação no mesmo âmbito.

PARTE I – CARACTERIZAÇÃO DA EQUIPA:

1 – DADOS PESSOAIS

1.1 – SEXO

Dos enfermeiros que responderam ao questionário, 77% eram do sexo feminino e 23% do sexo masculino, conforme nos indica o gráfico 1.

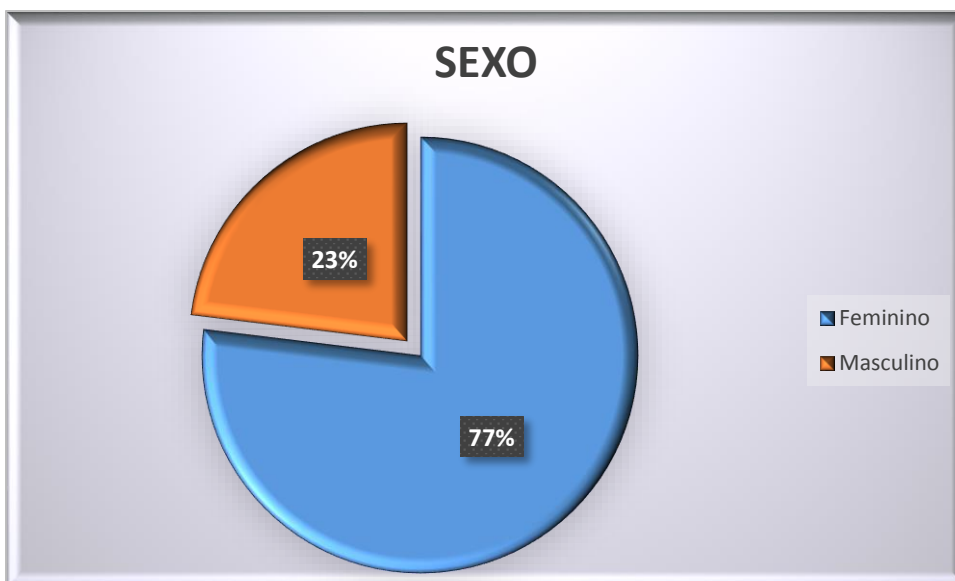


Gráfico 1 – Distribuição dos enfermeiros por sexo

1.2 – IDADE

Como se pode verificar no gráfico 2, a maior parte dos enfermeiros encontra-se na faixa etária dos 25-29 anos de idade.

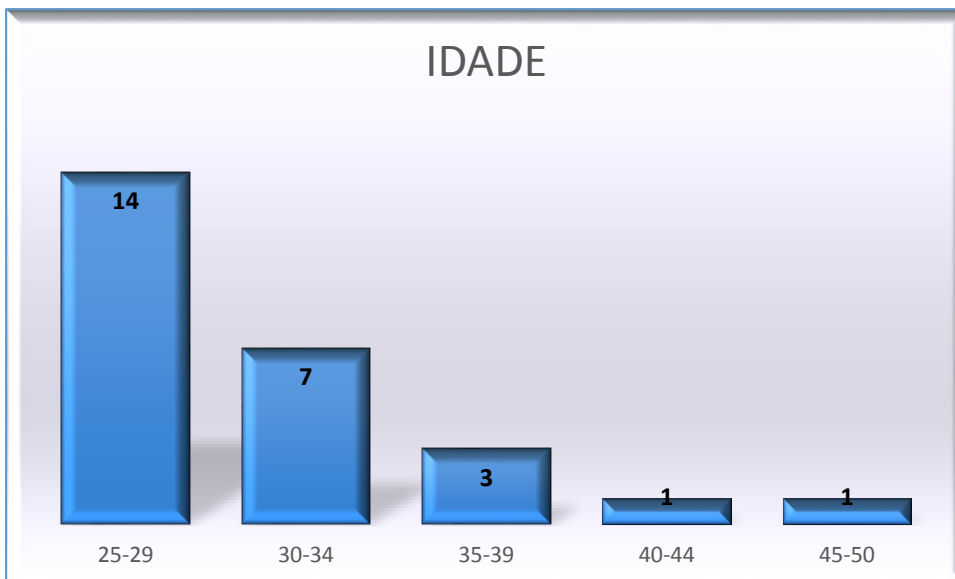


Gráfico 2 – Distribuição dos enfermeiros por idade

2 – HABILITAÇÕES ACADÉMICAS

2.1 – FORMAÇÃO INICIAL

Pela análise do gráfico 3, a maioria dos enfermeiros tem como formação inicial a Licenciatura em Enfermagem (92%), sendo que apenas 8% tem como formação inicial o Bacharelato em Enfermagem.

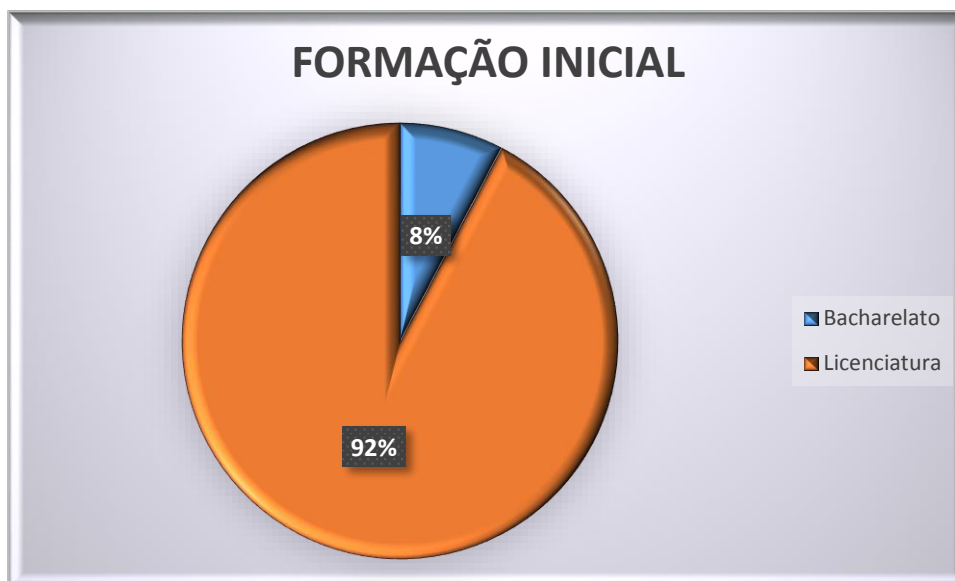


Gráfico 3 – Distribuição dos enfermeiros de acordo com o grau académico

2.2 – FORMAÇÃO COMPLEMENTAR

Como se pode ver nos gráficos 4, 5, 6 e 7, dos 26 enfermeiros que responderam ao questionário, 3 possuem pós-graduações (2 em Cuidados Intensivos e 1 em Nefrologia e Técnicas Dialíticas), 5 possuem Especialidade em Enfermagem (2 em Reabilitação, 2 em Saúde Comunitária e 1 em Médico-Cirúrgica) e 4 possuem Mestrado (Reabilitação, Saúde Pública, Saúde Comunitária e Saúde e Desenvolvimento).

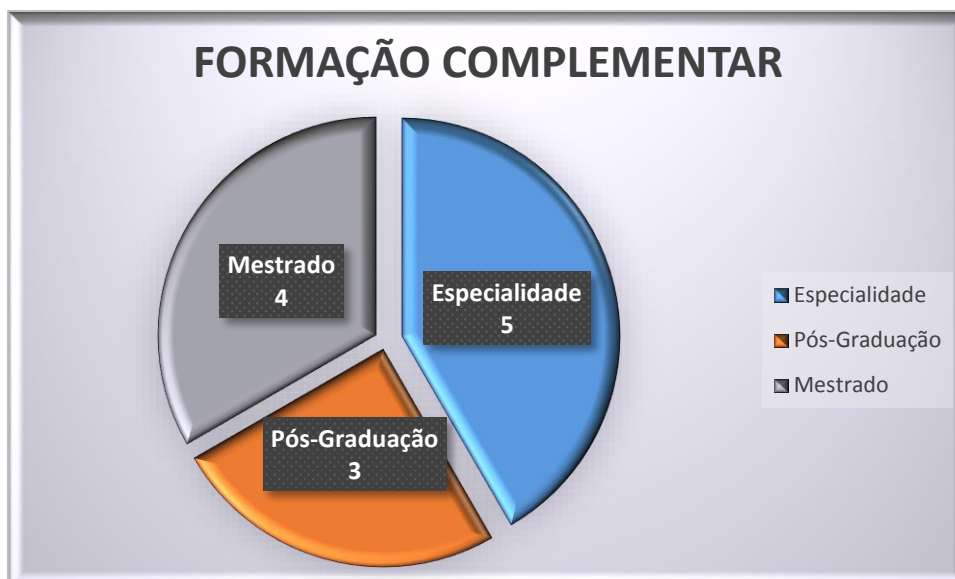


Gráfico 4 – Distribuição dos enfermeiros pelo tipo de Formação Complementar

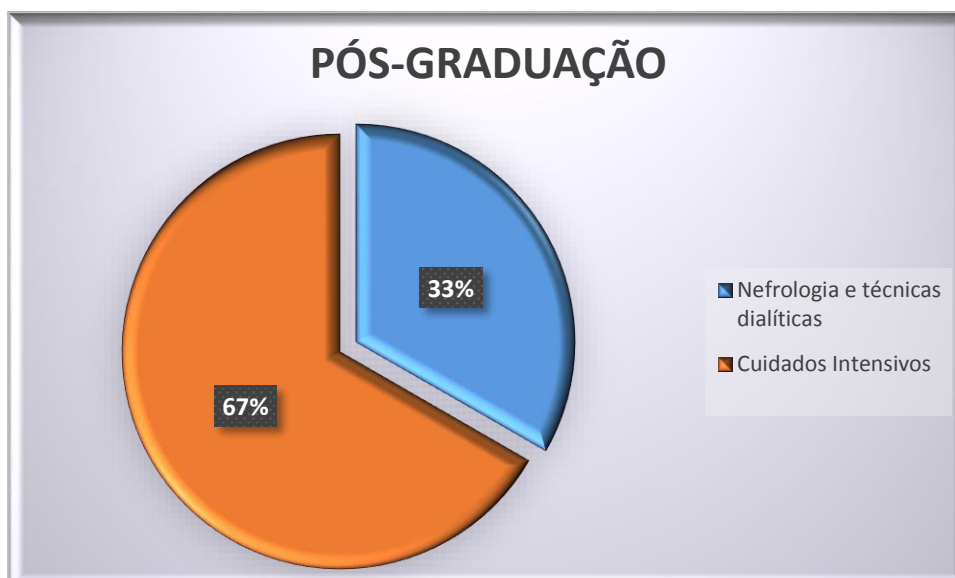


Gráfico 5 – Distribuição dos enfermeiros pela Pós-Graduação

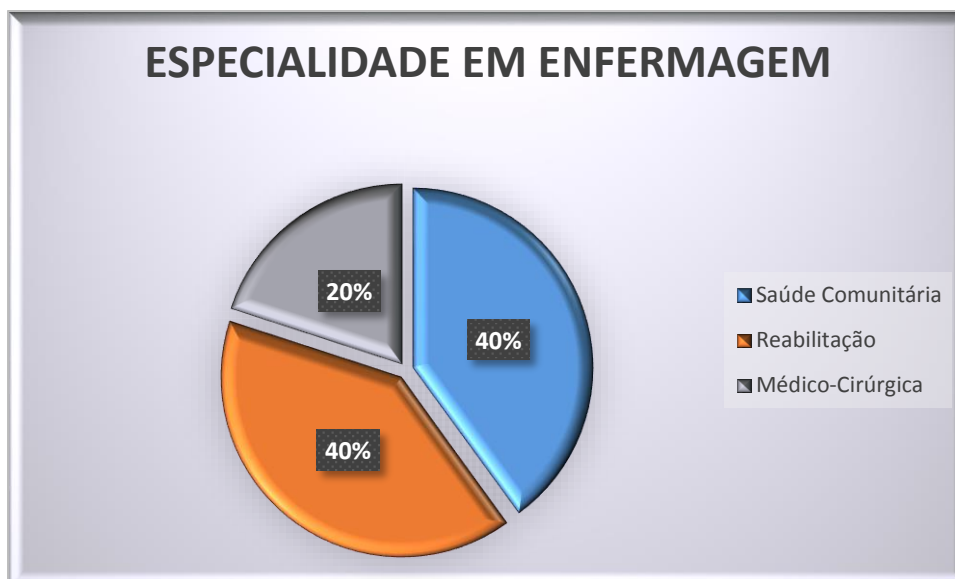


Gráfico 6 – Distribuição dos enfermeiros pela Especialidade em Enfermagem

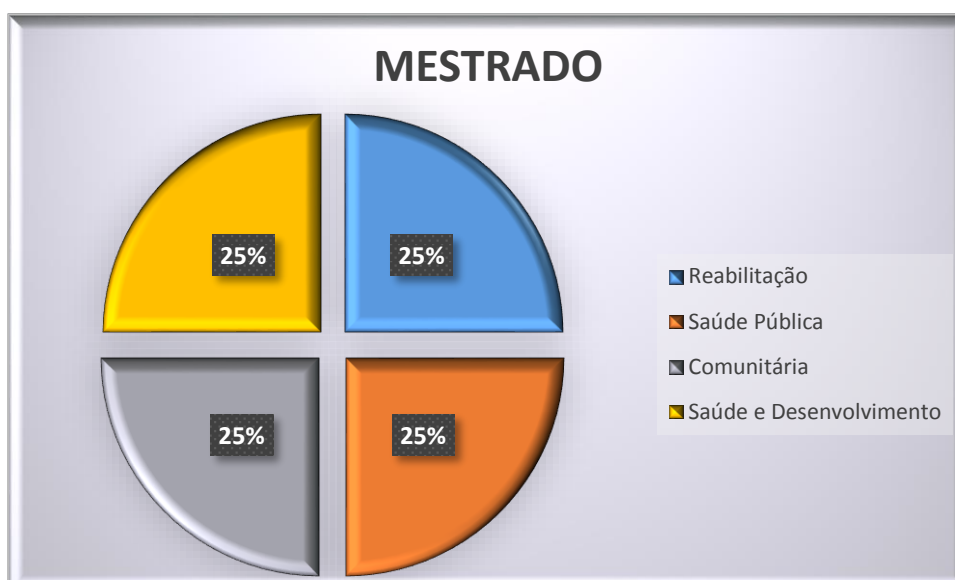


Gráfico 7 – Distribuição dos enfermeiros pelo Mestrado

3 – EXPERIENCIA PROFISSIONAL

Da análise a esta questão, verificamos que os enfermeiros da UCI têm uma média de anos de serviço como enfermeiro de 8,23 anos de serviço, com um mínimo de 3 e máximo de 21 anos, com um desvio padrão de 4,86. Quanto aos anos de serviço na UCI, estes possuem uma média de 4,67 anos de serviço,

com um mínimo de 0,4 e um máximo de 12 anos, com um desvio padrão de 3,28. Os dados são representados no gráfico 8.

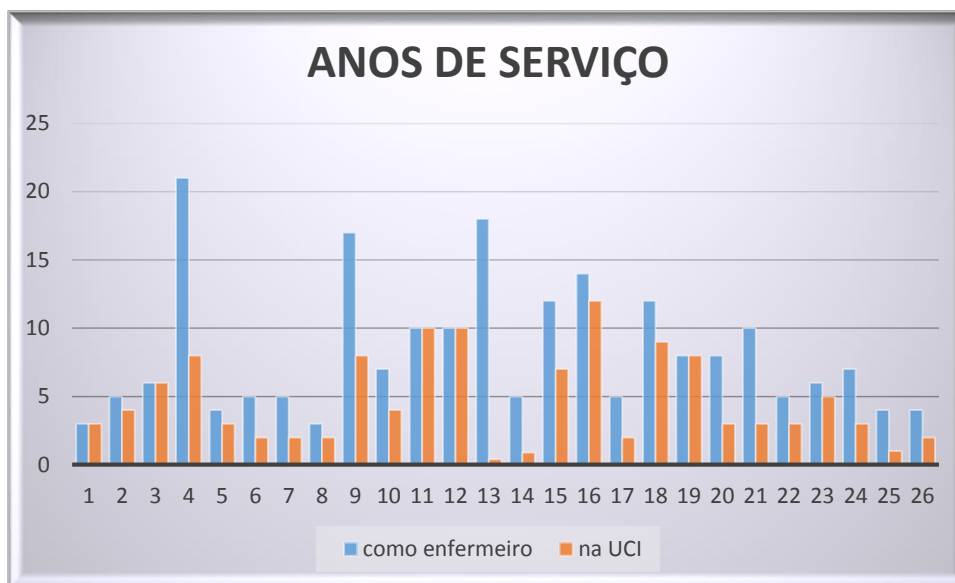


Gráfico 8 – Distribuição dos enfermeiros pelos anos de serviço como enfermeiro e na UCI

PARTE II – FORMAÇÃO NA ÁREA DA PREVENÇÃO DAS INFEÇÕES ASSOCIADAS AOS CATETERES VENOSOS CENTRAIS

Nesta parte do tratamento de dados, fez-se a análise da formação que os enfermeiros da UCI possuem no âmbito da prevenção das infeções associadas aos cateteres venosos centrais.

1 – TEM FORMAÇÃO NA ÁREA DA PREVENÇÃO DAS INFEÇÕES ASSOCIADAS AOS CATETERES VENOSOS CENTRAIS?

Relativamente a esta questão, verifica-se que apenas metade dos inquiridos possuem formação nesta área, conforme demonstra o gráfico 9.

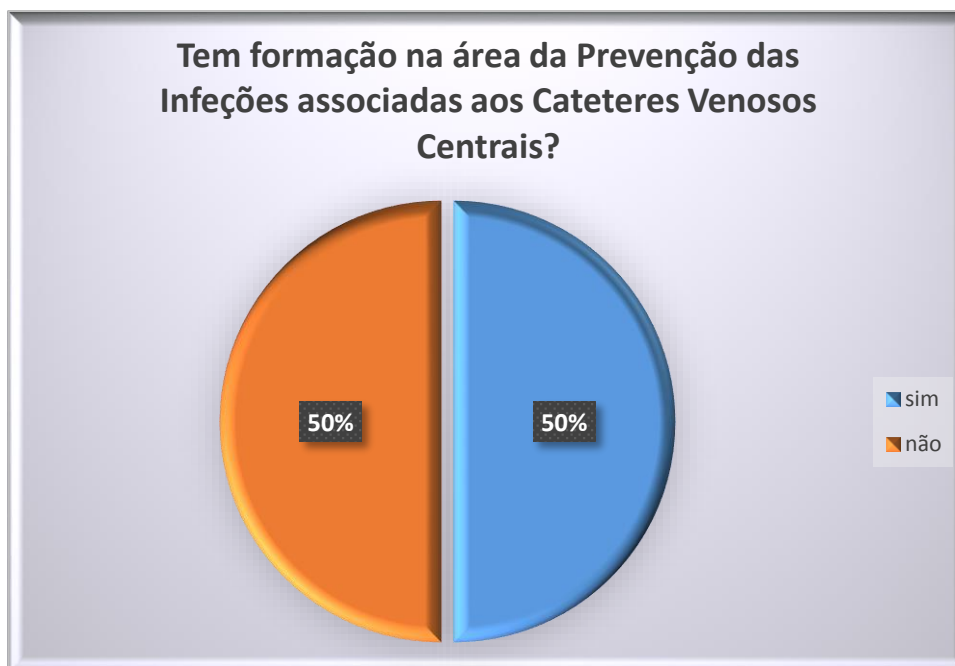


Gráfico 9 – Percentagem dos enfermeiros que possuem formação na área da prevenção das infecções associadas aos CVC

1.1 – SE RESPONDEU SIM, ONDE ADQUIRIU ESSA FORMAÇÃO?

Ao analisar o gráfico 10, constata-se que, dos enfermeiros que já realizaram formação na área da prevenção das infecções associadas aos cateteres venosos centrais, quando questionados acerca do contexto em que a mesma foi adquirida, 53% dos enfermeiros referem que foi em formação em serviço, 18% dos enfermeiros refere que foi em congressos de enfermagem, 17% dos enfermeiros que foi em formação contínua e 12% respondeu a opção Outros.

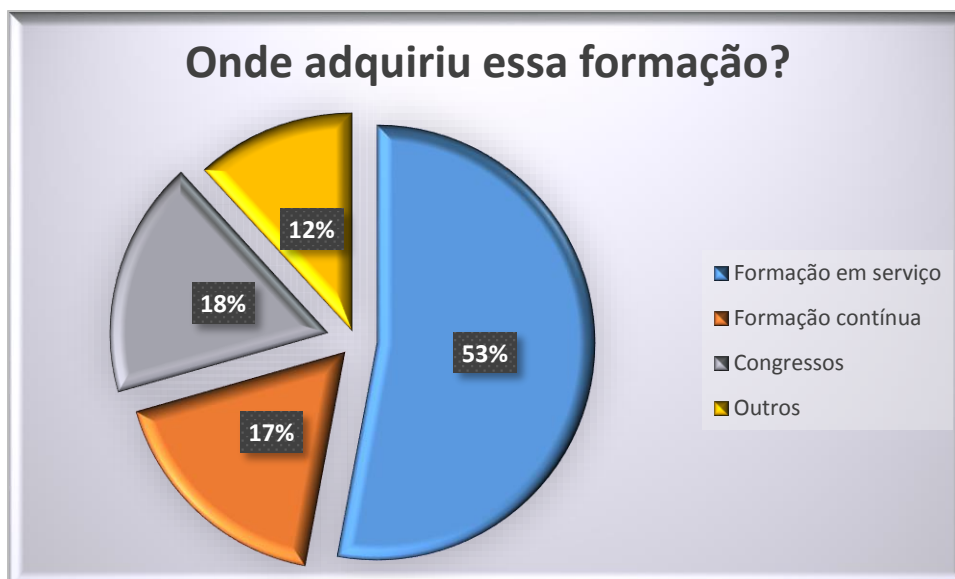


Gráfico 10 – Contexto em que a formação foi adquirida

1.2 – SE RESPONDEU OUTROS, REFIRA EM QUE CONTEXTO

Os 2 enfermeiros que responderam Outros na questão anterior, referem ter tido formação no contexto de um Curso de Controlo de Infecção do IFE e no Contexto de uma Pós-Graduação.

2 – QUANDO FOI A ÚLTIMA VEZ QUE TEVE FORMAÇÃO NA ÁREA DA PREVENÇÃO DAS INFEÇÕES ASSOCIADAS AOS CATETERES VENOSOS CENTRAIS?

De acordo como o gráfico 11, dos enfermeiros com formação nesta área, 20% referem que a mesma foi adquirida no último ano, 40% nos últimos 3 anos e 40% que foi há mais de 6 anos.

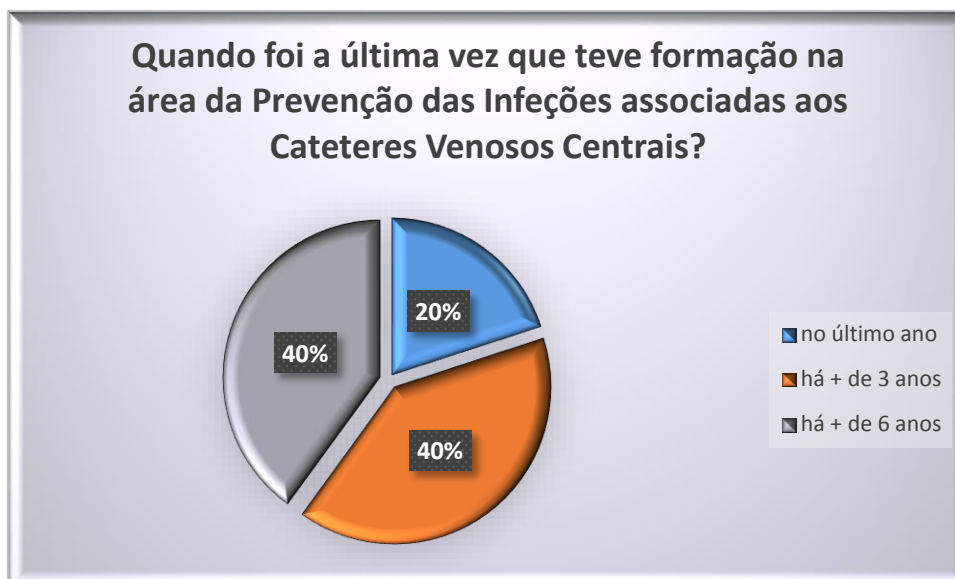


Gráfico 11 – Distribuição dos enfermeiros pela data da última formação

3 – NO SEU SERVIÇO EXISTEM ALGUMAS NORMAS DE PROCEDIMENTO RELACIONADAS COM A PREVENÇÃO DAS INFEÇÕES ASSOCIADAS AOS CATETERES VENOSOS CENTRAIS?

Pela análise do gráfico 12, 77% dos enfermeiros referem a existência de normas de procedimento na unidade relacionadas com a prevenção das infeções associadas aos cateteres venosos centrais e 23% referem que não existem normas de procedimento relacionadas com o tema.

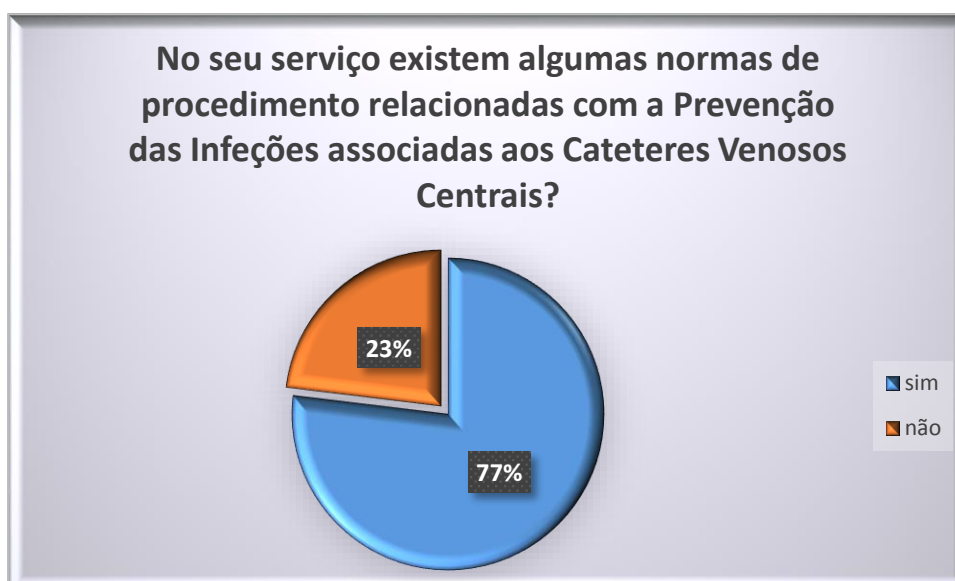


Gráfico 12 – Percentagem de enfermeiros que conhecem a existência de normas de procedimento na UCI relacionadas com a prevenção das infeções associadas aos cateteres venosos centrais

3.1 – SE RESPONDEU SIM, ENUNCIE AS NORMAS QUE CONHECE

Ao analisar o gráfico 13, podemos ver que dos enfermeiros que referem a existência de normas de procedimento na unidade relacionadas com a prevenção das infeções associadas aos cateteres venosos centrais, estes enumeram a norma de colocação do CVC (36%), técnica asséptica no manuseamento (23%), mudança de penso de 2/2 dias (18%), troca de sistemas de perfusão (14%), procedimento de enfermagem de técnicas invasivas (5%) e norma para a prevenção das infeções associadas aos cateteres venosos centrais (4%).

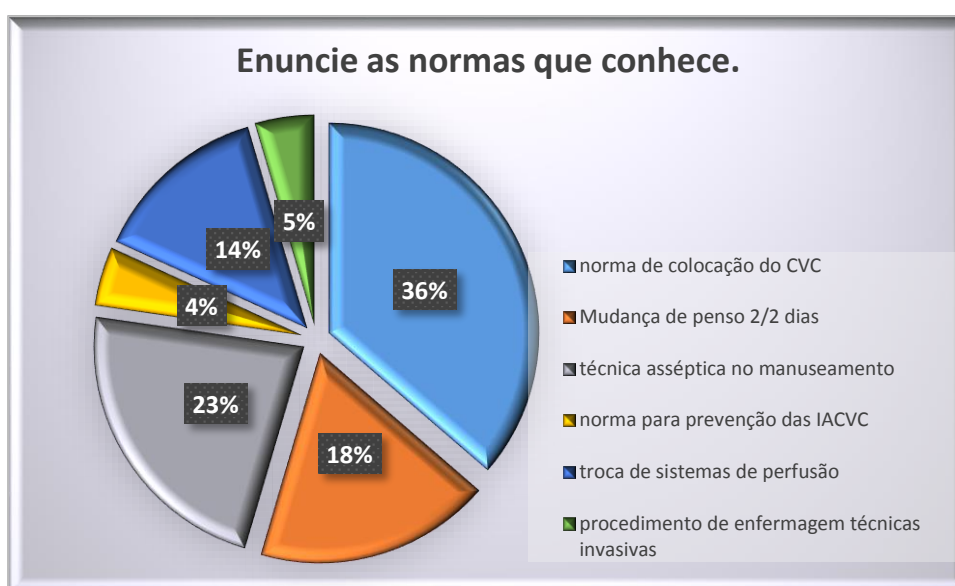


Gráfico 13 – Descrição das normas que conhecem

3.2 – AS RESPETIVAS NORMAS ENCONTRAM-SE ATUALIZADAS?

Dos enfermeiros que referiram saber da existência de normas de procedimento relacionadas com a prevenção das infeções associadas aos cateteres venosos centrais na UCI, 61% não sabe se as mesmas se encontram atualizadas, 22% referem que as mesmas não se encontram atualizadas e 17% diz que estão atualizadas, de acordo com o apresentado no gráfico 14.

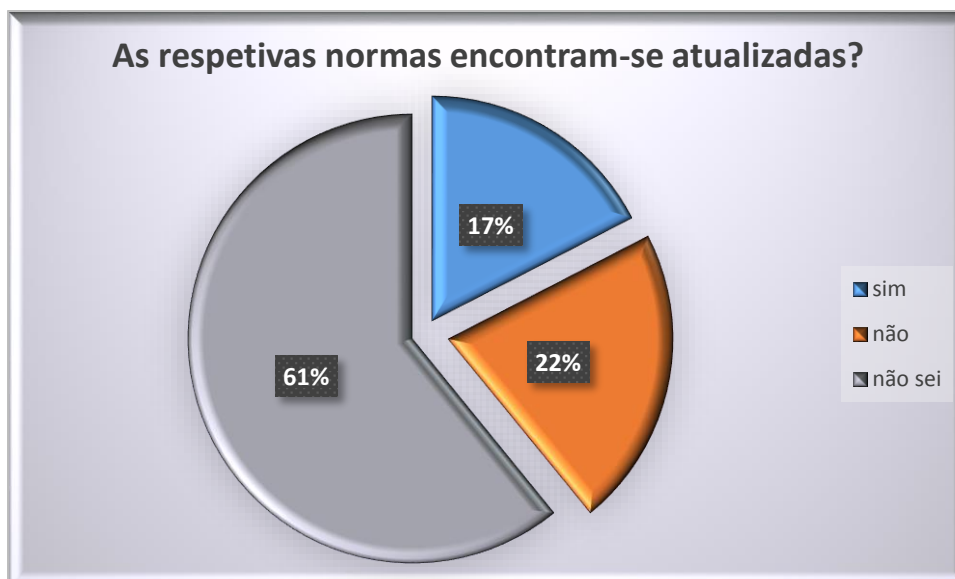


Gráfico 14 – Distribuição dos enfermeiros de acordo com o conhecimento que possuem acerca da atualização de normas no âmbito da prevenção das infeções associadas aos cateteres venosos centrais

4 – CONHECE OS RESULTADOS DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DO CH, EPE?

Quando questionados os enfermeiros se conhecem os resultados da Vigilância Epidemiológica do CGS, EPE, 89% respondem que não, sendo que apenas 11% dos enfermeiros respondem sim, tal como se verifica no gráfico 15.

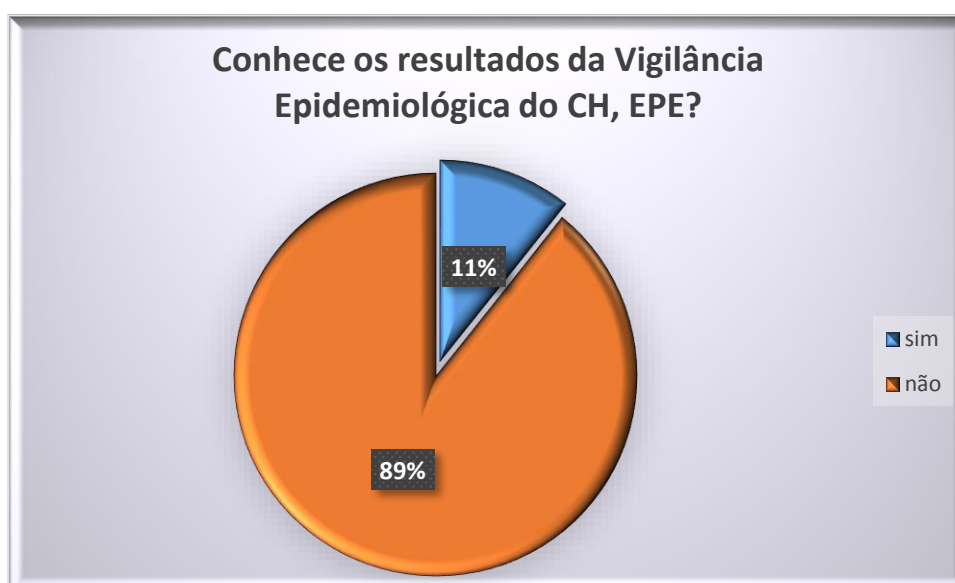


Gráfico 15 – Distribuição dos enfermeiros de acordo com o conhecimento que possuem acerca dos resultados da Vigilância Epidemiológica do CH, EPE

PARTE 3 – IMPORTÂNCIA ATRIBUÍDA ÀS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DAS INFECÇÕES ASSOCIADAS AOS CATETERES VENOSOS CENTRAIS

Na parte III do questionário, no sentido de identificar o grau de importância que os enfermeiros atribuem ao papel do enfermeiro na prevenção das infecções associadas aos cateteres venosos centrais, à existência de normas de procedimento no âmbito da prevenção das infecções associadas aos cateteres venosos centrais na instituição e na UCI, e ainda o grau de importância que atribuem à formação no âmbito da prevenção das infecções associadas aos cateteres venosos centrais. Os resultados obtidos foram os seguintes:

1 – QUAL O GRAU DE IMPORTÂNCIA QUE ATRIBUI AO PAPEL DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DAS INFECÇÕES ASSOCIADAS AOS CATETERES VENOSOS CENTRAIS?

Da análise do gráfico 16, verifica-se que todos os enfermeiros atribuem entre o grau de muito importante e muitíssimo importante ao item questionado, sendo que 18 enfermeiros consideram que o papel do enfermeiro é muitíssimo importante no âmbito da prevenção das infecções associadas aos cateteres venosos centrais e 8 enfermeiros consideram que o papel do enfermeiro é muito importante no âmbito da prevenção das infecções associadas aos cateteres venosos centrais.

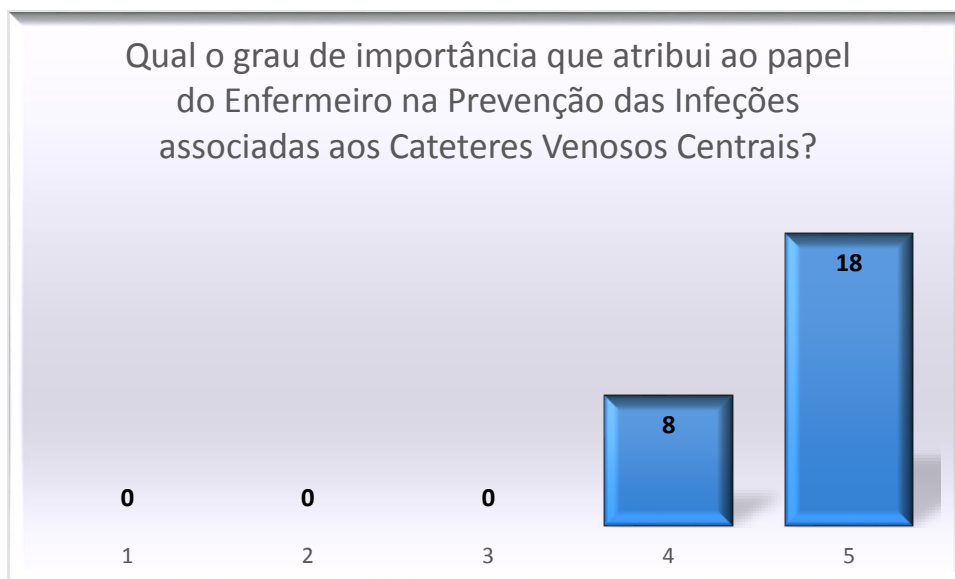


Gráfico 16 – Grau de importância atribuído pelos enfermeiros às intervenções de enfermagem na prevenção das infecções associadas aos cateteres venosos centrais

2 – QUAL O GRAU DE IMPORTÂNCIA QUE ATRIBUI À EXISTÊNCIA DE NORMAS DE PROCEDIMENTO NA ÁREA DA PREVENÇÃO DAS INFEÇÕES ASSOCIADAS AOS CATETERES VENOSOS CENTRAIS, NO SEU SERVIÇO?

De acordo com o gráfico 17, verifica-se que 17 enfermeiros consideram que a existência de normas de procedimento na UCI é muitíssimo importante no âmbito da prevenção das infecções associadas aos cateteres venosos centrais, 7 enfermeiros consideram que a existência de normas de procedimento na UCI é muito importante no âmbito da prevenção das infecções associadas aos cateteres venosos centrais e apenas 2 enfermeiros consideram que a existência de normas de procedimento na UCI é importante no âmbito da prevenção das infecções associadas aos cateteres venosos centrais.

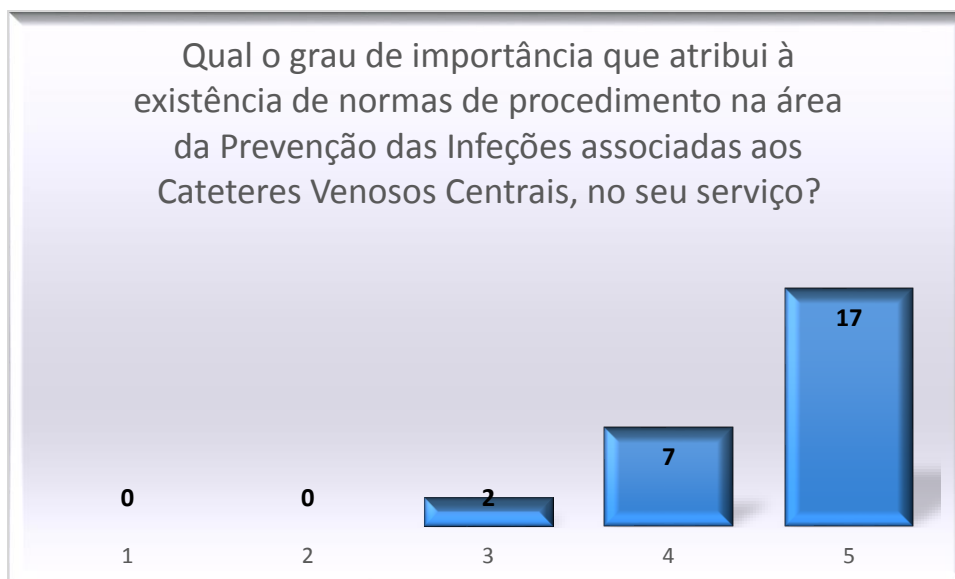


Gráfico 17 – Grau de importância atribuído pelos enfermeiros à existência de normas de procedimento na área da prevenção das infecções associadas aos cateteres venosos centrais, na UCI

3 – QUAL O GRAU DE IMPORTÂNCIA QUE ATRIBUI À EXISTÊNCIA DE NORMAS DE PROCEDIMENTO NA ÁREA DA PREVENÇÃO DAS INFEÇÕES ASSOCIADAS AOS CATETERES VENOSOS CENTRAIS, NO SEU HOSPITAL?

O gráfico 18 mostra-nos que 15 enfermeiros consideram que a existência de normas de procedimento no hospital é muitíssimo importante no âmbito da prevenção das infeções associadas aos cateteres venosos centrais, 8 enfermeiros consideram que a existência de normas de procedimento no hospital é muito importante no âmbito da prevenção das infeções associadas aos cateteres venosos centrais e apenas 3 enfermeiros consideram que a existência de normas de procedimento no hospital é importante no âmbito da prevenção das infeções associadas aos cateteres venosos centrais.

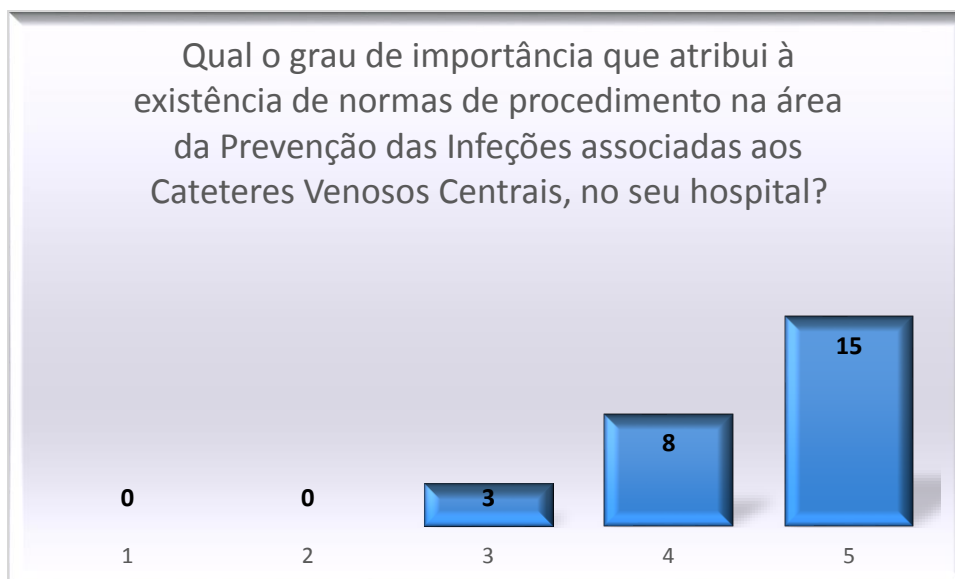


Gráfico 18 – Grau de importância atribuído pelos enfermeiros à existência de normas de procedimento na área da prevenção das infecções associadas aos cateteres venosos centrais, na UCI

4 – QUAL O GRAU DE IMPORTÂNCIA QUE ATRIBUI À REALIZAÇÃO DE FORMAÇÃO NA ÁREA DA PREVENÇÃO DAS INFEÇÕES ASSOCIADAS AOS CATETERES VENOSOS CENTRAIS?

Pela análise do gráfico 19, 17 enfermeiros consideram que a realização de formação é muitíssimo importante no âmbito da prevenção das infeções associadas aos cateteres venosos centrais, 7 enfermeiros consideram que a realização de formação é muito importante no âmbito da prevenção das infeções associadas aos cateteres venosos centrais e apenas 2 enfermeiros consideram que a realização de formação é importante no âmbito da prevenção das infeções associadas aos cateteres venosos centrais.

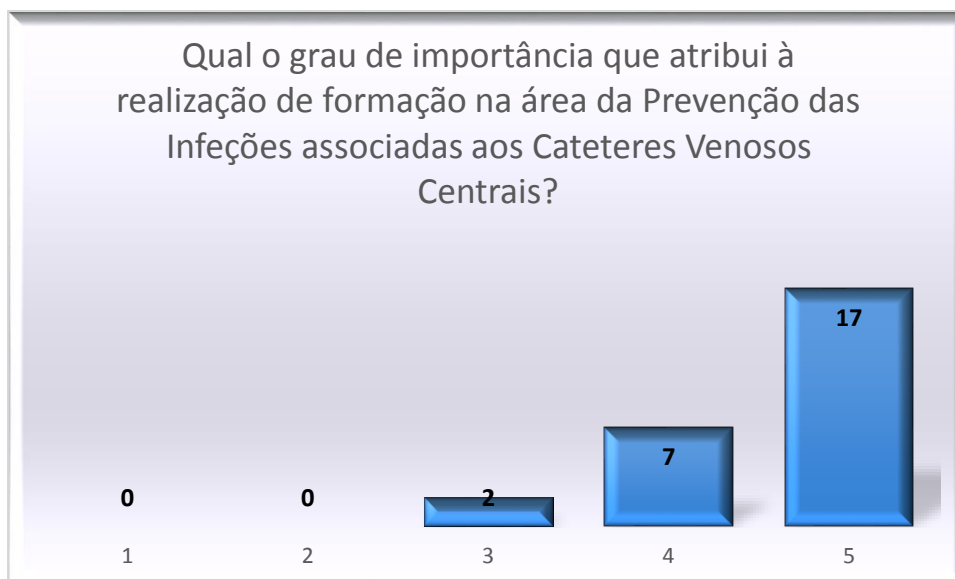


Gráfico 19 – Grau de importância atribuído pelos enfermeiros à realização de formação na área da prevenção das infeções associadas aos cateteres venosos centrais

3 – CONCLUSÃO

Após tratamento de dados através do programa Excel podemos inferir que a nossa amostra era constituída por 26 enfermeiros em que 77% são do sexo feminino e 23% do masculino, com a maior parte dos enfermeiros com idade entre os 25-29 anos, com uma média de 8,23 anos de experiência profissional como enfermeiro.

Da análise dos dados obtidos pode constatar-se que só metade dos enfermeiros têm formação nesta área, e a formação que têm é obtida principalmente através da formação em serviço. Destes apenas 20% teve formação no último ano, sendo que os restantes 80% tiveram formação há mais de 3 ou 6 anos.

Ao contrário da realidade, cerca de 77% dos enfermeiros acham que existe no serviço alguma norma de procedimento relacionada com a prevenção das infeções associadas aos CVC, mas quando lhes é pedido que enumerem as normas que conhecem, enumeram não normas mas sim alguns atos de enfermagem que se relacionam com a prevenção da infeção dos CVC, como por exemplo a mudança de penso de 2/2 dias, a técnica asséptica para o manuseamento, ou a troca de sistemas de perfusão de 7/7 dias. Ao serem questionados se as normas estão atualizadas, 61% referem “não sei”, 22% que “não” e 17% que “sim”. Na questão “Conhece os resultados da Vigilância Epidemiológica do CH?”, 89% dos inquiridos refere que “não”.

Na parte III do questionário, referente à importância atribuída às intervenções de enfermagem nesta temática, é unânime que os enfermeiros desempenham um papel muitíssimo importante na prevenção das infeções associadas aos CVC, achando que é muitíssimo importante a existência de normas de procedimento nesta área, quer na UCI, quer em todo o Hospital, sendo que a realização de formação nesta área também é alvo de preocupação para estes profissionais.

Da análise destes dados, e com todas as outras informações obtidas ao longo do Diagnóstico de Situação conseguiram-se definir os seguintes objetivos para o PIS:

- OBJECTIVO GERAL: Contribuir para a prevenção das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde relacionadas com os cateteres venosos centrais na UCI e no CH,EPE.

- OBJECTIVOS ESPECIFICOS:

- Elaborar um procedimento sobre os cuidados de enfermagem na manutenção de cateteres venosos centrais;
- Elaborar uma *checklist* de verificação do cumprimento do procedimento;
- Formar a equipa sobre os cuidados de enfermagem na manutenção de cateteres venosos centrais.

4 – BIBLIOGRAFIA

- FORTIN, Marie-Fabienne. - **O processo de Investigação – da concepção à realização**. Loures : Lusociência, 1999. 388p. ISBN: 972-8383-10-X

APÊNDICE X

Análise SWOT

ANÁLISE SWOT

	Forças	Fraquezas
Internos	<ul style="list-style-type: none"> • Ser elemento dinamizador da CCI • Ser um tema do interesse da Enf^a Coordenadora da UCI e da CCI do CH • Ser um Projeto que não acarreta custos para a Instituição 	<ul style="list-style-type: none"> • Inexperiência por parte da autora do PIS no âmbito da metodologia de projeto
Externos	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar um Procedimento • Formar a equipa 	<ul style="list-style-type: none"> • Equipa de saúde da UCI numerosa que em caso de formação pode ser necessário replicar várias vezes • A norma de Procedimento não estar homologada até ao final do estágio
	Oportunidades	Ameaças

APÊNDICE XI

Ficha de Planeamento do PIS



Planeamento do Projeto

Estudante: Manuela Afonso da Fonseca	Orientador Enf ^a F. B.
Instituição: Centro Hospitalar da Margem Sul do Tejo	Serviço: Unidade de Cuidados Intensivos
Título do Projeto: Cuidados de Enfermagem ao doente com Cateter Venoso Central na UCI	
Objetivos (geral específicos, centrados na resolução do problema. Os objetivos terão que ser claros, precisos, exequíveis e mensuráveis, formulados em enunciado declarativo, <u>já discutidos com o professor e o orientador</u>):	
<u>OBJECTIVO GERAL</u>	
- Contribuir para a prevenção das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde relacionadas com os cateteres venosos centrais na UCI	
<u>OBJECTIVOS Específicos</u>	
- Elaborar um procedimento sobre os cuidados de enfermagem na manutenção de cateteres venosos centrais;	
- Elaborar uma <i>checklist</i> de verificação do cumprimento do procedimento;	
- Formar a equipa sobre os cuidados de enfermagem na manutenção de cateteres venosos centrais;	
Identificação dos profissionais do serviço com quem vai articular a intervenção (chefia direta, orientador, outros elementos da equipa, outros profissionais, outros serviços)	
Enfermeira Coordenadora da UCI	
Enfermeira F. B.	
Professora E. M.	
Enfermeiro Responsável pela Formação em Serviço na UCI	

Objetivos Específicos	Atividades/Estratégias a desenvolver	Recursos			Indicadores de Avaliação
		Humanos	Materiais	Tempo	
Elaborar um procedimento sobre os cuidados de enfermagem na manutenção de cateteres venosos centrais	<ul style="list-style-type: none"> - Realização de pesquisa bibliográfica sobre: - Infecções associadas ao Cateter Venoso Central; - Recomendações existentes para a sua prevenção; - Procedimentos já existentes na UCI relacionados com a temática; - Modelo em utilização na instituição para a elaboração de procedimentos sectoriais. - Elaboração do “Procedimento para manutenção de cateteres venosos centrais no Centro Hospitalar - Discussão do procedimento com a Enfª Orientadora e a docente de referência - Reformulação do procedimento caso seja necessário - Pedido de parecer à Comissão de Controlo de Infecção para validação do procedimento - Reformulação do procedimento caso seja necessário - Submissão do procedimento a aprovação da CCI - Submissão do procedimento ao Gabinete de Qualidade - Apresentação do procedimento à equipa de enfermagem através de ação de formação - Disponibilização do procedimento à equipa de enfermagem - Implementação do “Procedimento para manutenção de cateteres venosos centrais no Centro Hospitalar” 	<p>Orientadora de estágio</p> <p>Docente de referência</p> <p>Enfermeira da Comissão de Controlo de Infecção</p> <p>Enfermeiro responsável pela Formação em Serviço</p>	<p>Computador</p> <p>Livros</p> <p>Revistas</p> <p>Artigos</p>		Procedimento “Cuidados de Enfermagem ao doente com Cateter Venoso Central”

<p>Elaborar uma <i>checklist</i> de verificação do cumprimento do procedimento;</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Realização de pesquisa bibliográfica sobre o conceito de <i>checklist</i>; - Elaboração da “<i>Checklist</i> de verificação” - Discussão da <i>checklist</i> com a Enfª Orientadora e a docente de referência - Reformulação da <i>checklist</i> caso seja necessário - Pedido de parecer à Comissão de Controlo de Infeção do CH para validação da <i>checklist</i> - Reformulação da <i>checklist</i> caso seja necessário - Apresentação da <i>checklist</i> à equipa de enfermagem através de ação de formação - Disponibilização da <i>checklist</i> à equipa de enfermagem - Implementação da <i>checklist</i> na UCI durante 1 mês - Tratamento de dados da implementação da <i>checklist</i> - Divulgação dos resultados à equipa de Enfermagem da UCI 	<p>Orientadora de estágio</p> <p>Docente de referência</p> <p>Enfermeiros da UCI</p>	<p>Computador</p> <p>Livros</p> <p>Revistas</p> <p>Artigos</p>		<p><i>Checklist</i> de verificação do cumprimento do procedimento;</p>
---	--	--	--	--	--

<p>Formar a equipa sobre os cuidados de enfermagem ao doente com cateter venoso central</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Realização de pesquisa bibliográfica sobre: Infeções associadas ao cateter venoso central e sua prevenção - Seleção dos conteúdos a apresentar - Construção dos diapositivos - Elaboração do plano da sessão - Apresentação e discussão da ação da formação com a Enf^a Coordenadora da UCI, a Enf^a orientadora de estágio e a docente de referência no sentido de proceder a alterações caso seja necessário - Reformulação da ação de formação, caso seja necessário - Marcação da ação de formação - Divulgação da ação de formação - Apresentação da ação de formação - Avaliação da ação de formação 	<p>Orientadora de estágio</p> <p>Docente de referência</p> <p>Enfermeiro responsável pela formação em serviço na UCI</p> <p>Enfermeira Coordenadora da UCI</p> <p>Enfermeiros da UCI</p>	<p>Livros</p> <p>Revistas</p> <p>Artigos</p> <p>Computador</p> <p><i>Data show</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Plano da sessão de formação - Diapositivos apresentados na ação de formação - Avaliação dos enfermeiros que assistem à formação
---	---	--	--	---

Cronograma:

<u>Atividade</u>	<u>Data</u>	<u>Março</u> <u>2014</u>	<u>Abril</u> <u>2014</u>	<u>Mai</u> <u>2014</u>	<u>Junho</u> <u>2014</u>
Elaborar um procedimento sobre os cuidados de enfermagem ao doente com cateter venoso central					
Pesquisa bibliográfica		■	■	■	■
Elaboração do “Procedimento para manutenção de cateteres venosos centrais”		■			
Discussão do procedimento com a Enfª Orientadora e a docente de referência		■			
Reformulação do procedimento caso seja necessário		■			
Pedido de parecer à Comissão de Controlo de Infeção do Centro Hospitalar para validação do procedimento			■		
Reformulação do procedimento caso seja necessário			■		
Submeter o procedimento a aprovação da CCI			■		
Submeter o procedimento a aprovação do Gabinete de Qualidade do Centro Hospitalar			■		

Apresentação do procedimento à equipa de enfermagem através de ação de formação				
Disponibilização do procedimento à equipa de enfermagem				
Implementação do "Procedimento para manutenção de cateteres venosos centrais no CH, EPE"				
Elaborar uma <i>checklist</i> de verificação do cumprimento do procedimento	<u>Março</u> 2014	<u>Abril</u> 2014	<u>Maió</u> 2014	<u>Junho</u> 2014
Pesquisa bibliográfica sobre o conceito de <i>checklist</i> ,				
Elaboração da " <i>Checklist</i> de verificação"				
Discussão da <i>checklist</i> com a Enfª Orientadora e a docente de referência				
Reformulação da <i>checklist</i> caso seja necessário				
Pedido de parecer à Comissão de Controlo de Infeção do CH para validação da <i>checklist</i>				
Reformulação da <i>checklist</i> caso seja necessário				
Apresentação da <i>checklist</i> à equipa de enfermagem através de ação de formação				

Disponibilização da <i>checklist</i> à equipa de enfermagem				
Implementação da <i>checklist</i> na UCI durante 1 mês				
Tratamento de dados da implementação da <i>checklist</i>				
Divulgação dos resultados À equipa de Enfermagem da UCI				
Formar a equipa sobre os cuidados de enfermagem ao doente com cateter venoso central	<u>Março</u> 2014	<u>Abril</u> 2014	<u>Maió</u> 2014	<u>Junho</u> 2014
Pesquisa bibliográfica sobre: Infeções associadas ao cateter venoso central e sua prevenção				
Seleção dos conteúdos a apresentar				
Construção dos diapositivos				
Elaboração do plano da sessão				
Apresentação e discussão da ação da formação com a Enfª Coordenadora da UCI, a Enfª orientadora de estágio e a docente de referência no sentido de proceder a alterações caso seja necessário				
Reformulação da ação de formação, caso seja necessário				

Marcação da ação de formação				
Divulgação da ação de formação				
Apresentação da ação de formação				
Avaliação da ação de formação				

Orçamento:

Recursos Humanos:

Sem custos para a Instituição

Recursos Materiais:

Sem custos para a Instituição

Previsão dos constrangimentos e forma de os ultrapassar:

A equipa de enfermagem da UCI é numerosa, pelo que, poderá ser difícil a formação de todos os elementos. De modo a ultrapassar este constrangimento poder-se-á realizar a ação de formação por mais do que uma vez, de modo a que um maior número de enfermeiros possa estar presente. A sessão de formação será divulgada com antecedência e serão fornecidos os diapositivos a todos os enfermeiros da Unidade através de suporte digital.

Outro constrangimento previsto é a norma de Procedimento não estar homologada até ao final do estágio. Para isso pretendo elaborar o "Procedimento para manutenção de cateteres venosos centrais no CH, EPE", discuti-lo com a Enf^a Orientadora e a docente de referência, realizar o pedido de parecer à Comissão de Controlo de Infeção do CH para validação do procedimento, reformula-lo caso seja necessário e submete-lo a aprovação da CCI logo no início do Estágio III.

Data ___/___/_____

Assinatura: _____

Docente: _____

APÊNDICE XII

Procedimento para Prevenção da Infecção Associada à
Cateterização Venosa Central no Adulto

	<i>Procedimento para Prevenção da Infecção Associada à Cateterização Venosa Central no Adulto</i>	Data de entrada em vigor:	--/--/--
		Versão ##	--/--/--
		Próxima revisão:	--/--/--
		Cód. Documento:	PS.YYYY.00/ XXX.00

1. Objetivo

Fornecer orientações para colocação e manutenção de Cateteres Venosos Centrais, nos doentes adultos internados no CH, com o intuito de reduzir ou minimizar as infeções associadas ao seu uso.

2. Campo de aplicação

Aplica-se aos médicos e enfermeiros que prestam cuidados a doentes adultos com cateter venoso central.

3. Siglas, abreviaturas e definições

CA – Conselho de Administração

cc – Centímetros cúbicos

CCIPRA – Comissão de Controlo de Infecção e de Prevenção de Resistências aos Antimicrobianos

CH – Centro Hospitalar

cm - centímetros

CVC – Cateter Venoso Central

EPI – Equipamento de Proteção Individual

F – Fêmea

ICS – Infecção da Corrente Sanguínea

INCS – Infecção Nosocomial da Corrente Sanguínea

M - Macho

NaCl – Cloreto de Sódio

PVC – Pressão Venosa Central

UFC – Unidades Formadoras de Colonias

VE – Vigilância Epidemiológica

Procedimento para Prevenção da Infecção Associada à Cateterização Venosa Central no Adulto	Data de entrada em vigor:	--/--/--
	Versão ##	--/--/--
	Próxima revisão:	--/--/--
	Cód. Documento:	PS.YYYY.00/ XXX.00

Cateter Venoso Central – é um cateter que termina no coração ou perto dele, ou num dos grandes vasos e que é usado para infusão de fluidos ou fármacos, colheita de sangue ou monitorização hemodinâmica. No adulto, incluem-se todos os cateteres colocados por via percutânea num dos seguintes vasos: veias subclávias, jugulares internas, femorais, basilícas, cefálicas, ilíacas, etc. Não inclui cateteres arteriais, *pacemakers* definitivos, cateteres totalmente implantados e shunts para hemodiálise.

Bacteriemia/Fungemia – É a presença de microrganismos, bactérias ou fungos, no sangue.

Colonização localizada do cateter – Crescimento significativo de microrganismos (superior a 15 UFC) na ponta do cateter, segmento subcutâneo do cateter ou da conexão do cateter, *na ausência de Infecção da Corrente Sanguínea (ICS)*.

Infecção do local de inserção do cateter – Eritema ou endurecimento no local de saída do cateter, *na ausência de ICS*. Pode estender-se ao trajeto subcutâneo de um cateter tonalizável (infecção do túnel do cateter).

Bacteriemia relacionada com infusões – Isolamento do mesmo microrganismo na infusão e na hemocultura (colhida de forma percutânea) e sem outra fonte de infecção identificável.

Bacteriemia/Fungemia relacionada com cateter – Bacteriemia/Fungemia num doente com cateter intravascular e pelo menos uma hemocultura positiva (obtida através de punção de um vaso diferente daquele onde está colocado o cateter), manifestações clínicas de infecção (febre, arrepios e/ou hipotensão) e sem a presença aparente de outras fontes de infecção.

Um resultado bacteriológico positivo da ponta do cateter apenas significa que o cateter está colonizado com um microrganismo. Para se afirmar que é o cateter a origem da ICS, é necessário que o microrganismo isolado na ponta do cateter também esteja presente no sangue, sendo por isso necessário também colher duas hemoculturas: uma antes e outra algumas horas após a remoção do cateter. Isto significa que não tem interesse enviar por rotina pontas de cateter para exame bacteriológico.

Procedimento para Prevenção da Infecção Associada à Cateterização Venosa Central no Adulto	Data de entrada em vigor:	--/--/--
	Versão ##	--/--/--
	Próxima revisão:	--/--/--
	Cód. Documento:	PS.YYYY.00/ XXX.00

4. Referências

- CDC, Centers for Disease Control and Prevention de Atlanta-USA. (2011). “*Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections*”.
- DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE - Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde. Lisboa, Março de 2007
- PROGRAMA NACIONAL CONTROLO DE INFEÇÃO - Recomendações para a prevenção da infecção associada aos dispositivos intravasculares. Instituto Ricardo Jorge. Direcção-Geral da Saúde. 2006.
- PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLO DE INFEÇÃO – Procedimento de colocação e manutenção do CVC. Novembro 2012.
- PROGRAMA NACIONAL DE PREVENÇÃO E CONTROLO DAS INFEÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE – Vigilância Epidemiológica da INCS: Protocolo. Direcção-Geral da Saúde, Departamento de Qualidade em Saúde, Divisão de Segurança do Doente. 2010.
- PROGRAMA NACIONAL DE PREVENÇÃO E CONTROLO DAS INFEÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE – Manual de Operacionalização. Direcção-Geral da Saúde. Fevereiro 2008.
- VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DAS INFEÇÕES NOSOCOMIAIS DA CORRENTE SANGUÍNEA – Relatório da vigilância epidemiológica das Infecções nosocomiais da corrente sanguínea 2012. Direcção-Geral da Saúde, Departamento de Qualidade em Saúde, Divisão de Segurança do Doente. Abril 2014.
- Andrade, A; Cardoso Pais, P; Carones, N; Ferreira, M – Como eu, Enfermeiro, faço Prevenção da Bacteriemia associada a Cateter Venoso Central. Revista Portuguesa de Medicina Intensiva. Nº17 (2010). p. 55-59.
- Silva A. Oliveira F. Ramos M. Infecção associada ao Cateter Venoso Central – Revisão da Literatura. Revista Referência. Vol. II, Nº 11 (2009) p. 125–134.

5. Responsabilidades

O CA pela sua aprovação e divulgação junto dos serviços.

Os Diretores de Serviço e Enfermeiros Chefes pela sua implementação.

Os Médicos e Enfermeiros dos Serviços pelo seu cumprimento.

	<i>Procedimento para Prevenção da Infecção Associada à Cateterização Venosa Central no Adulto</i>	Data de entrada em vigor:	--/--/--
		Versão ##	--/--/--
		Próxima revisão:	--/--/--
		Cód. Documento:	PS.YYYY.00/ XXX.00

6. Procedimento

6.1 Introdução

A cateterização venosa central é uma técnica médica que consiste na introdução de um cateter numa veia de grande calibre. O enfermeiro tem um papel preponderante na manipulação do CVC, devendo prestar cuidados de qualidade de forma criteriosa.

Existe evidência de que um número significativo de infeções nosocomiais da corrente sanguínea (INCS) tem relação com o uso de dispositivos intravasculares. As taxas de bacteriemia são mais elevadas nos doentes a quem é colocado CVC, sendo estas as INCS evitáveis. De acordo com os dados constantes no relatório nacional de VE de INCS, no ano 2012 as INCS associadas a CVC foram responsáveis por 9,8% do total de INCS.

São várias as fontes de possível contaminação que se relacionam com a infeção associada ao CVC: mãos dos profissionais; microflora da pele do doente; ponta de cateter contaminada durante a inserção; colonização das conexões do cateter; fluidos contaminados; a contaminação do cateter também pode fazer-se por via hematogénea. A implementação de boas práticas torna-se imprescindível para a redução da incidência de infeções associadas ao uso deste dispositivo.

6.2 Seleção do cateter

Deve-se seleccionar o tipo de cateter, técnica e local de inserção, prevendo o tipo e duração de terapia intravenosa que represente o menor risco de complicações infecciosas e não infecciosas.

Deve usar-se um CVC com o mínimo de acessos ou lúmenes essenciais para o tratamento do doente, uma vez que os múltiplos acessos aumentam o número de manipulações do CVC, tornando-o mais suscetível à contaminação.

<p><i>Procedimento para Prevenção da Infecção Associada à Cateterização Venosa Central no Adulto</i></p>	Data de entrada em vigor:	--/--/--
	Versão ##	--/--/--
	Próxima revisão:	--/--/--
	Cód. Documento:	PS.YYYY.00/ XXX.00

Quando se administra nutrição parentérica, deve reservar-se um dos lúmenes do CVC multilúmen, exclusivamente, para esse fim.

6.3 Seleção do Local de Inserção

Os CVC são, mais frequentemente, inseridos nas veias subclávia, jugular ou femoral.

O local em que cada cateter é colocado pode influenciar o risco subsequente de infecção. No entanto, são vários os fatores que determinam a escolha do local de inserção e que devem ser ponderados:

- Conforto, segurança e manutenção da assepsia;
- Fatores específicos do doente (cateteres pré-existentes, deformações anatómicas, risco de diátese hemorrágica, ventilação com pressão positiva, ou outros);
- Riscos relativos a complicações mecânicas (hemorragia, pneumotórax, trombose);
- Risco de infecção (devido, por exemplo, à densidade da flora bacteriana da pele no local de inserção).

Os cateteres femorais apresentam uma elevada taxa de colonização, tendo maior probabilidade de infecção e devem ser evitados, sempre que possível, porque estão também associados a um maior risco de trombose profunda do que os cateteres colocadas nas veias subclávia ou jugular.

Considera-se a veia subclávia o local de eleição. Existem, no entanto, alguns fatores que podem justificar outra decisão:

- Inexperiência do operador;
- Risco de hemorragia/pneumotórax;
- Falha na colocação na veia subclávia, anteriormente;

	<i>Procedimento para Prevenção da Infecção Associada à Cateterização Venosa Central no Adulto</i>	Data de entrada em vigor:	--/--/--
		Versão ##	--/--/--
		Próxima revisão:	--/--/--
		Cód. Documento:	PS.YYYY.00/ XXX.00

- Lesão cutânea ou sinais de infecção no local;
- Distorção da anatomia;
- Veias subclávias não disponíveis;
- CVC de hemodiálise (maior risco de trombose);
- Emergência na obtenção do acesso.

6.4 Técnica de Inserção do CVC

6.4.1 Material necessário

A. Material de higiene

- Material de tricotomia, se necessário.

B. EPI

- Bata esterilizada;
- Luvas esterilizadas;
- Máscara fluido-resistente com viseira ou óculos de proteção;
- Touca.

C. Material para cateterização venosa central

- *Kit* para colocação de cateter central: tabuleiro com 4 compartimentos, porta-agulhas, pinça e compressas;
- 1 Campo esterilizado, sem janela, para a mesa de apoio;
- 1 Campo esterilizado, com janela, que ocupe a superfície corporal do doente, no mínimo até aos joelhos;
 - Cateter Venoso Central;
 - Seda de sutura 2,0;
 - Seringa de 5cc (1) e seringa 10cc (1);
 - Agulha de diluição (1), intramuscular (1) e subcutânea (1);

Procedimento para Prevenção da Infecção Associada à Cateterização Venosa Central no Adulto	Data de entrada em vigor:	--/--/--
	Versão ##	--/--/--
	Próxima revisão:	--/--/--
	Cód. Documento:	PS.YYYY.00/ XXX.00

- Lidocaína a 2%;
- Clorohexidina 2% em álcool;
- NaCl a 0,9% 100cc com transfer (1);
- Prolongamento M/F 50 cm (1);
- Prolongamento M/F 100 cm (dependendo do nº de lúmenes);
- Válvulas anti refluxo, para todos os lúmenes, exceto o lúmen distal;
- Penso cirúrgico.

D. Material para conectar aos prolongamentos do CVC

No lúmen distal:

- Balão de NaCl 0,9% 100cc, sistema de soro, rampa de 5 torneiras, prolongamento M/F 50 cm e torneira de 3 vias;

Nos restantes lúmenes:

- Balão NaCl 0,9% 100cc, Sistema de soro, rampa de 3 torneiras.

6.4.2 Colocação do CVC

Intervenções	Justificação
<p><u>Antes da colocação:</u></p> <p>- Explicar procedimento ao doente;</p> <p>- Avaliar sinais vitais;</p> <p>- Reunir o material necessário;</p>	<p>- Diminui a ansiedade;</p> <p>- Obtém a colaboração do doente.</p> <p>- Permite detetar e prevenir complicações.</p> <p>- Garante manutenção da técnica asséptica, sem interrupções ao procedimento.</p>

	<i>Procedimento para Prevenção da Infecção Associada à Cateterização Venosa Central no Adulto</i>	Data de entrada em vigor:	--/--/--
		Versão ##	--/--/--
		Próxima revisão:	--/--/--
		Cód. Documento:	PS.YYYY.00/ XXX.00

<ul style="list-style-type: none"> - Posicionar o doente de acordo com o local a puncionar; - O médico e ajudante devem realizar lavagem cirúrgica das mãos; - Todos os profissionais que estiverem até 2 metros do doente devem usar máscara; - Realizar tricotomia do local a puncionar, se necessário; - Expor unicamente a região necessária; 	<ul style="list-style-type: none"> - Permite melhor acesso para a cateterização. - Previne INCS. <p>Respeita a privacidade do doente.</p>
<p><u>Durante a colocação:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Desinfetar a zona a puncionar com clorohexidina a 2% em álcool e deixar secar: <ul style="list-style-type: none"> • 30 Segundos - veia jugular ou subclávia; • 2 Minutos - veia femoral. - Colaborar com o médico no procedimento; - Colaborar na conexão dos sistemas ao cateter; - Realizar “flush” após conexão dos lúmenes; 	<ul style="list-style-type: none"> - Consideram-se como locais secos a abordagem à veia jugular e subclávia e como local húmido a abordagem femoral. - Facilita a execução da técnica, prevenindo complicações. - Mantém a técnica asséptica. - Evita a obstrução do cateter; - Assegura a sua permeabilidade.
<p><u>Imediatamente após a colocação:</u></p>	

	<i>Procedimento para Prevenção da Infecção Associada à Cateterização Venosa Central no Adulto</i>	Data de entrada em vigor:	--/--/--
		Versão ##	--/--/--
		Próxima revisão:	--/--/--
		Cód. Documento:	PS.YYYY.00/ XXX.00

<ul style="list-style-type: none"> - Realizar penso com técnica asséptica (luvas esterilizadas e máscara), utilizando cloroheixidina 2% em solução alcoólica; - O penso deve ser realizado: <ul style="list-style-type: none"> • Sempre que estiver húmido / repassado/descolado; • 48/48h (penso com compressa); • 7/7dias (penso transparente). - Reposicionar o doente; - Retirar e dar destino adequado a todo o material; - Retirar EPI; - Proceder à higienização das mãos; - Avaliar sinais vitais; - Providenciar controlo radiológico, quando indicado. 	<ul style="list-style-type: none"> - Previne Infecção. - Os pensos transparentes têm como vantagens complementares a fixação do cateter, permitir uma inspeção visual contínua e permitir o banho no duche sem saturar o penso. - Os pensos de gaze podem ser preferidos, se o local de inserção do cateter estiver sangrante ou houver sudação excessiva. - Ambos devem ser permeáveis ao vapor de água e estéreis, de forma a manter um ambiente limpo e seco no local de inserção. - Proporciona conforto. - Evita contaminação do ambiente. - Previne infeção cruzada; - Deteta e previne complicações.
--	---

6.5 Manutenção do CVC e do Local de Inserção

	<i>Procedimento para Prevenção da Infecção Associada à Cateterização Venosa Central no Adulto</i>	Data de entrada em vigor:	--/--/--
		Versão ##	--/--/--
		Próxima revisão:	--/--/--
		Cód. Documento:	PS.YYYY.00/ XXX.00

Intervenções	Justificação
<p>- Proceder à Higiene das mãos antes e após palpação do local de inserção, bem como antes e após inserir, substituir, aceder, ou fazer o penso de um dispositivo intravascular;</p> <p>- Usar luvas limpas na remoção do penso (o uso de luvas não dispensa a necessidade de lavagem das mãos);</p> <p>- Descontaminar as conexões com álcool a 70% ou clorohexidina 2% em solução alcoólica, antes de conectar qualquer dispositivo estéril;</p> <p>- Manter os lúmenes do cateter tapados quando não estão a ser utilizados;</p> <p>- Reservar um dos lumens do CVC exclusivamente para administrar nutrição parentérica;</p> <p>- Realizar o penso com técnica asséptica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utilizar pensos estéreis para cobrir o local de inserção; • Substituir o penso sempre que este se encontre húmido, descolado ou repassado; • 48/48h (penso com compressa); • 7/7dias (penso transparente). <p>- Proceder a desinfeção do local de inserção do CVC com clorohexidina 2%.</p>	<p>- Previne a infecção cruzada.</p> <p>- Previne contaminação do CVC e INCS.</p> <p>- Previne Infecção</p> <p>- Previne Infecção</p>
<p><u>Periodicidade de substituição dos fluidos intravenosos e sistemas de administração:</u></p>	<p>- Previne Infecção</p>

	<i>Procedimento para Prevenção da Infecção Associada à Cateterização Venosa Central no Adulto</i>	Data de entrada em vigor:	--/--/--
		Versão ##	--/--/--
		Próxima revisão:	--/--/--
		Cód. Documento:	PS.YYYY.00/ XXX.00

<ul style="list-style-type: none"> • Sistemas de administração intravenosos, incluindo rampas, torneiras e prolongamentos de 72/72h; • Sistemas de administração de sangue, derivados de sangue ou emulsões lipídicas: de 24/24h; • Sistemas de propofol: 12/12h; • Prolongamento de Amiodarona: 24/24h; • Completar as infusões dos fluidos de nutrição parentérica contendo lípidos em 24 horas; • Completar as infusões de sangue e derivados em 4 horas desde o início da infusão. 	
<p><u>Avaliação da PVC por transdução:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Proceder à higienização das mãos; - Posicionar o doente em decúbito dorsal e calibrar o sistema; - Ajustar o nível do transdutor à linha média axilar; - Determinar os zeros antes de cada medição; - Fechar o circuito doente/sistemas de infusão e estabelecer circuito transdutor/doente; - Restabelecer o circuito doente/sistemas de infusão. 	<ul style="list-style-type: none"> - Previne a infecção cruzada. - Permite valores corretos e rigorosos. - Assegura valores corretos e rigorosos de monitorização e avaliação. - Permite a avaliação da PVC. - Previne a obstrução do cateter e permite retomar as perfusões do doente.

Procedimento para Prevenção da Infecção Associada à Cateterização Venosa Central no Adulto	Data de entrada em vigor:	--/--/--
	Versão ##	--/--/--
	Próxima revisão:	--/--/--
	Cód. Documento:	PS.YYYY.00/ XXX.00

Avaliação da PVC com régua:	
<ul style="list-style-type: none"> - Proceder à higienização das mãos; - Posicionar o doente em decúbito dorsal; - Descontaminar as conexões com álcool a 70%/clorohexidina 2% em solução alcoólica, antes de conectar a régua. - Rodar a torneira que vai da régua ao NaCl de 100 cc e preencher a régua com o soro. - Ajustar o nível da régua à linha média axilar; - Fechar o circuito doente/sistemas de infusão e estabelecer circuito régua/doente; - Restabelecer o circuito doente/sistemas de infusão. 	<ul style="list-style-type: none"> - Previne a infecção cruzada. - Permite valores corretos e rigorosos. - Previne a contaminação do CVC e a INCS. - Assegura valores corretos e rigorosos de monitorização e avaliação. - Permite a avaliação da PVC. - Previne a obstrução do cateter, permitindo retomar as perfusões do doente.

6.6 Substituição do CVC

A duração da cateterização é considerada, com grande evidência, um fator de risco para a infecção. Contudo, os estudos provaram que a substituição por rotina do CVC, sem uma indicação clínica, não reduz a taxa de colonização ou de infecção relacionada com cateter. Desta forma, não se recomenda a substituição do CVC a intervalos fixos ou por rotina.

São utilizados dois métodos para substituição dos CVC:

- Mudança de cateter, utilizando o mesmo local de inserção e introduzindo um novo cateter através de um fio-guia ou;

<i>Procedimento para Prevenção da Infecção Associada à Cateterização Venosa Central no Adulto</i>	Data de entrada em vigor:	--/--/--
	Versão ##	--/--/--
	Próxima revisão:	--/--/--
	Cód. Documento:	PS.YYYY.00/ XXX.00

- Inserção de um cateter novo num local de inserção diferente.

A mudança de CVC usando o fio guia está contraindicada quando o cateter a substituir está relacionado com a infecção.

Devem ser seguidos todos os passos já descritos no ponto 6.4.2 para a substituição do CVC.

6.7 Remoção do CVC:

Intervenções	Justificação
<ul style="list-style-type: none"> - Confirmar diariamente a necessidade de CVC; - Remover o CVC sempre que não necessário; - Remover o CVC se o doente se apresenta hemodinamicamente instável e há suspeita de infecção relacionada com cateter; - Lavar as mãos; - Retirar o penso; - Desinfetar o local de inserção do CVC usando solução de clorhexidina 2% em álcool; - Calçar luvas esterilizadas e máscara; - Retirar os pontos de fixação do CVC; - Retirar o CVC e colocá-lo sobre um campo estéril, tendo o cuidado de evitar a contaminação da ponta do CVC; - Colocar penso estéril no local de inserção do CVC. 	<ul style="list-style-type: none"> - Diminui a ocorrência de INCS. - Previne complicações. - Previne a infecção cruzada. - Previne Infecção. - Previne a infecção cruzada e garante a ausência de contaminação da amostra que venha a ser colhida para microbiologia. - Previne Infecção.

Procedimento para Prevenção da Infecção Associada à Cateterização Venosa Central no Adulto	Data de entrada em vigor:	--/--/--
	Versão ##	--/--/--
	Próxima revisão:	--/--/--
	Cód. Documento:	PS.YYYY.00/ XXX.00

<p><u>Colheita da ponta do CVC para análise microbiológica:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Cortar cerca de 5cm da extremidade do cateter e colocá-la num recipiente estéril; • Identificar a amostra com uma etiqueta do doente, bem como com a data e hora da colheita. 	<p>- Garante a adequabilidade da amostra e a ausência de contaminação.</p>
---	--

6.8 Profilaxia Antibiótica

Não administrar por rotina antibióticos intranasais ou sistémicos antes da inserção ou durante o uso de dispositivos intravasculares para prevenir a colonização do cateter ou a bacteriemia.

7. Auditorias

Os serviços devem auditar o procedimento para prevenção da infecção associada ao cateter venoso central. Os resultados devem ser analisados em âmbito do serviço e instituídas medidas corretivas em caso de desvios

8. Anexos

Anexo 1 - Checklist de Verificação da colocação do CVC

Anexo 2 – Checklist de Verificação da manutenção do CVC

<p>Elaboração</p> <p>Enfª. Manuela Fonseca - UCI Dra. Rosa Ribeiro - UCI</p>	<p>Revisão</p> <p>CCIPRA</p>	<p>Ratificação</p> <p>Assinatura de quem ratifica</p> <p>Data:</p>
---	-------------------------------------	---

APÊNDICE XIII

Checklist de Verificação do Procedimento

Instruções de preenchimento:

A *checklist* deve ser aplicada a todos os doentes admitidos na unidade que aí permaneçam pelo menos **24 horas** ou dois dias de calendário consecutivos.

1. Para a identificação da checklist, colar uma **vinheta de identificação** do doente.
2. Colocar as datas no formato **dd/mm/aa**.
5. Assinalar o tipo de dispositivo intravascular utilizado. Estão **excluídos** do âmbito deste registo os seguintes dispositivos:
 - Cateteres totalmente implantados com câmara subcutânea:
 - Cateteres centrais de inserção periférica:
 - Cateteres tunelizados.
6. Assinalar o número de lumens do cateter venoso central (**excluir o cateter de artéria pulmonar** deste registo).
7. Assinalar a **localização** anatómica do dispositivo intravascular, indicando a **lateralidade** em cada um dos casos.
8. Assinalar o número de punções realizadas na pele **incluindo** a que obteve sucesso para a colocação.
9. Assinalar as limitações identificadas (até ao **máximo de 3**) que levaram à colocação do dispositivo na veia jugular ou femoral.
10. B - Observar a correta aplicação dos EPI's. Considerar "NÃO" se constatar má aplicação dos EPI's.
C - Consideram-se como **locais secos** as abordagens jugular e subclávia e como **local húmido** a abordagem femoral.

D - O campo cirúrgico deve ocupar toda a superfície corporal do doente.
11. E - Toda a equipa na sala usa máscara numa área de **2 metros** em redor do local onde está a ser colocado o cateter.
12. B - O **registo** da data do penso é realizado no processo do doente (tem de existir evidência).
13. No quadro "**durante o internamento na unidade**", assinalar os campos do seguinte modo:

■ Quadrado preenchido – atividade cumprida

☑ Quadrado "traçado" – sem indicação (para distinguir do não efetuado)

□ Quadrado não preenchido – não efetuado

Legenda:

□ = Registo diário

□□□ = Cada quadrado corresponde a um turno (N, M, T)

APÊNDICE XIV

Diapositivos da formação

“Procedimento para Prevenção da Infecção Associada
à Cateterização Venosa Central no Adulto”



IPS Instituto Politécnico de Saúde
Escola Superior de Saúde

Procedimento para Prevenção da Infecção associada à **Cateterização Venosa Central** no Adulto



Trabalho realizado por:
Manuela Afonso da Fonseca

Estudante do 3º Curso de Pós-Licenciatura de
Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

ENP Orientadora: ENP Fátima Barros
Docente de Referência: Prof. Elsa Monteiro

Abril de 2014

Infeções nosocomiais da corrente sanguínea:

As infeções da corrente sanguínea têm um índice de mortalidade de pelo menos 20%

Nos doentes graves, este índice atinge cerca de 35%

(Wilson, 2003, p.232)

Objetivos

- Relembrar conceitos relacionados com a infeção nosocomial da corrente sanguínea;
- Divulgar o Procedimento para Prevenção da Infecção Associada à Cateterização Venosa Central no adulto;
- Dar a conhecer a checklist de verificação do procedimento.

A infeção associada a dispositivos intravasculares

A infeção associada a dispositivos intravasculares, nomeadamente cateteres venosos centrais (CVC), apresenta entre nós taxas elevadas, nomeadamente em algumas das Unidades de Cuidados Intensivos, que efetuam vigilância epidemiológica.

(PNCI, 2012)

Infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS)

Infeções associadas à prestação de cuidados, onde quer que estes sejam prestados, independentemente do nível de cuidados (agudos, reabilitação, ambulatório, continuados, domiciliários).

(PROGRAMA NACIONAL DE PREVENÇÃO E CONTROLO DAS INFEÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE - Manual de Operacionalização. Direcção-Geral da Saúde. Fevereiro 2008.)

Cateter Venoso Central

- Cateter que termina no coração ou perto dele, ou num dos grandes vasos
- Usado para infusão de fluidos ou fármacos, colheita de sangue ou monitorização hemodinâmica.
- Mais de 60% dos doentes hospitalizados recebem terapêutica através de um dispositivo endovenoso.

(PNCI - Recomendações para a prevenção da infeção associada aos dispositivos intravasculares.2004.)

Infeções nosocomiais da corrente sanguínea:

Afetam menos de **1% dos doentes hospitalizados**

Mas...

...estão associadas a elevados índice de mortalidade e morbilidade, principalmente entre doentes mais graves.

(Wilson, 2003)

Cateter Venoso Central

- Colocado por via percutânea num dos seguintes vasos: veias subclávias, jugulares internas, femorais, basilicas, cefálicas, ilíacas, etc
- Não inclui cateteres arteriais, pacemakers definitivos, cateteres totalmente implantados e shunts para hemodiálise

(PNCI - Recomendações para a prevenção da infeção associada aos dispositivos intravasculares.2006.)

Definições:

- **Bacteriemia** - É a presença de microrganismos, bactérias ou fungos, no sangue.
- **Colonização localizada do cateter** - Crescimento significativo de microrganismos na ponta do cateter, segmento subcutâneo do cateter ou da conexão do cateter, na ausência de Infecção da Corrente Sanguínea (ICS).

(PNCI - Recomendações para a prevenção da infecção associada aos dispositivos intravasculares, 2006.)

Cateterização venosa central:

- Técnica médica
- Consiste na introdução de um cateter numa veia de grande calibre.
- O enfermeiro tem um papel preponderante na sua manipulação, devendo prestar cuidados de qualidade de forma criteriosa.

(SILVA, OLIVEIRA e RAMOS, 2009)

Definições:

- **Infecção do local de inserção do cateter** - Eritema ou endurecimento no local de saída do cateter, na ausência de ICS. Pode estender-se ao trajeto subcutâneo de um cateter tonalizável (infecção do túnel do cateter).
- **Bacteriemia relacionada com infusões** - Isolamento do mesmo microrganismo na infusão e na hemocultura (colhida de forma percutânea) e sem outra fonte de infecção identificável.

(PNCI - Recomendações para a prevenção da infecção associada aos dispositivos intravasculares, 2006.)

Cateterização venosa central:

- Um número significativo de infeções nosocomiais da corrente sanguínea (INCS) tem relação com o uso de dispositivos intravasculares.
- As taxas de bacteriemia são substancialmente mais elevadas nos doentes a quem é colocado CVC (ICS evitáveis).
- De acordo com os dados constantes no relatório nacional de VE de INCS, no ano 2012, as INCS associadas a CVC foram responsáveis por 9,8% do total de INCS.

(PAPICATUS - Manual de Operacionalização, Direcção-Geral da Saúde, Fevereiro 2008.)

(VEINCS - Relatório da vigilância e epidemiológica das Infecções nosocomiais da corrente sanguínea 2012)

Definições:

- **Bacteriemia/fungemia relacionada com cateter** - Bacteriemia/Fungemia num doente com cateter intravascular e pelo menos uma hemocultura positiva (obtida através de punção de um vaso diferente daquele onde está colocado o cateter), manifestações clínicas de infecção (febre, arrepios e/ou hipotensão) e sem a presença aparente de outras fontes de infecção.

(PNCI - Recomendações para a prevenção da infecção associada aos dispositivos intravasculares, 2006.)

Cateterização venosa central:

- Fontes de possível contaminação que se relacionam com a infecção associada ao CVC:
 - mãos dos profissionais;
 - microflora da pele do doente;
 - ponta de cateter contaminada durante a inserção;
 - colonização das conexões do cateter;
 - fluidos contaminados;
 - via hematogénea.

(PNCI - Recomendações para a prevenção da infecção associada aos dispositivos intravasculares, 2006.)

A implementação de boas práticas torna-se imprescindível para a redução da incidência de infeções associadas ao uso deste dispositivo.

Definições:

- Um resultado bacteriológico positivo da ponta do cateter apenas significa que o cateter está colonizado com um microrganismo.
- Para se afirmar que é o cateter a origem da ICS, é necessário que o microrganismo isolado na ponta do cateter também esteja presente no sangue, sendo por isso necessário também colher duas hemoculturas: uma antes e outra algumas horas após a remoção do cateter.
- Isto significa que não tem interesse enviar por rotina pontas de cateter para exame bacteriológico.

(PNCI - Recomendações para a prevenção da infecção associada aos dispositivos intravasculares, 2006.)

Seleção do cateter:

- Selecionar o tipo de cateter, técnica e local de inserção prevendo o tipo e duração de terapia intravenosa que represente o menor risco de complicações infecciosas e não-infecciosas.
- Utilizar um CVC com o mínimo de acessos ou lumens essenciais para o tratamento do doente: os múltiplos acessos aumentam o número de manipulações do CVC, tornando-o mais suscetível à contaminação.
- Reservar um dos lumens do CVC multilúmen exclusivamente para administrar nutrição parentérica.

(PNCI - Recomendações para a prevenção da infecção associada aos dispositivos intravasculares, 2006.)

Seleção do Local de Inserção:

Fatores que determinam a escolha do local de inserção e que devem ser ponderados:

- Conforto, segurança e manutenção da assepsia.
- Fatores específicos do doente (cateteres pré-existentes, deformações anatómicas, risco de diátese hemorrágica, ventilação com pressão positiva, ou outros)
- Riscos relativos a complicações mecânicas (hemorragia, pneumotórax, trombose)
- Risco de infeção (devido, por exemplo, à densidade da flora da pele no local de inserção)

(PNAIC - Recomendações para a prevenção da infeção associada aos dispositivos intravasculares (2006))

Técnica de Inserção do CVC: Material necessário:

C. Material para cateterização venosa central:

- Kit de cateter central;
- 1 Campo esterilizado, sem janela, para a mesa de apoio;
- 1 Campo esterilizado, com janela, que ocupe a superfície corporal do doente, no mínimo até aos joelhos;
- Cateter Venoso Central;
- Seda de sutura 2/0;
- Seringa de 5cc (1) e seringa 10cc (1);
- Agulha de diluição (1), intramuscular (1) e subcutânea (1);
- Lidocaína 2%;
- Clorexidina 2% em álcool;
- NaCl a 0,9% 100cc com transfere (1);
- Prolongamento M/F 50 cm (1);
- Prolongamento M/F 100 cm (dependendo do nº de lumens);
- Válvulas anti refluxo, para todos os lumens, excecionando o distal;
- Penso cirúrgico.

Locais de inserção do CVC:

Jugular Interna

- + tendência a ser colonizada
- Proximidade das secreções da orofaringe;
- Efeitos mecânicos dos movimentos da cabeça;
- Dificuldade de fixação e proteção do local de inserção.

Femoral

- Elevada taxa de colonização
- > Probabilidade de infeção
- > Risco de trombose venosa profunda
- Proximidade de fezes e urina

Subclávia

- Menos associados a complicações infecciosas
- Mais difíceis de inserir

Técnica de Inserção do CVC: Material necessário:

D. Material para conectar aos prolongamentos do CVC:

- No Lúmen distal:
 - Balão de NaCl 0,9% 100 cc, sistema de soro, rampa de 5 torneiras, prolongamento M/F 50 cm e torneira de 3 vias;
- Nos restantes lumens:
 - Balão NaCl 0,9% 100cc, Sistema de soro, rampa de 3 torneiras.

Locais de inserção do CVC:

Considera-se a veia subclávia o local de eleição, existem no entanto fatores que podem justificar outra decisão:

- Inexperiência do operador;
- Risco de hemorragia/pneumotórax;
- Falha na colocação na veia subclávia, anteriormente;
- Lesão cutânea ou sinais de infeção no local;
- Distorção da anatomia;
- Veias subclávias não disponíveis;
- CVC de hemodialise (maior risco de trombose);
- Emergência na obtenção do acesso.

Antes da colocação:

- Explicar procedimento ao doente;
- Avaliar sinais vitais;
- Reunir o material necessário;
- Posicionar o doente de acordo com o local a punccionar;
- O médico e ajudante devem realizar lavagem cirúrgica das mãos;
- Todos os profissionais que estiverem até 2m do doente devem usar máscara;
- Realizar tricotomia do local a punccionar, se necessário;
- Expor unicamente a região necessária;

Técnica de Inserção do CVC: Material necessário:

A. Material de higiene :

- Material de tricotomia, se necessário

B. EPI:

- Bata esterilizada;
- Luvas esterilizadas;
- Máscara fluido-resistente, com viseira ou óculos de proteção;
- Touca.

Durante a colocação:

- Desinfetar zona a punccionar com clorhexidina 2% em álcool e deixar secar:
 - 30 segundos - Veia Jugular ou Subclávia;
 - 2 minutos - Veia femoral.
- O enfermeiro deve colaborar com o médico no procedimento;
- Colaborar na conexão dos sistemas ao cateter;
- Realizar flush após conexão dos lumens;

Imediatamente após colocação:

- Realizar penso com técnica asséptica (luvas esterilizadas e máscara), utilizando clorhexidina 2% solução alcoólica;
- O penso deve ser realizado:
 - Sempre que estiver húmido / repassado / descolado;
 - 48/48h (penso com compressa);
 - 7/7dias (penso transparente).
- Reposicionar o doente;
- Retirar e dar destino adequado a todo o material;
- Retirar EPI;
- Proceder à Lavagem das mãos;
- Avaliar sinais vitais;
- Providenciar controlo radiológico;

Avaliação da PVC por transdução:

- Proceder à higienização das mãos;
- Posicionar o doente em decúbito dorsal e calibrar o sistema;
- Ajustar o nível do transdutor à linha média axilar;
- Determinar os zeros antes de cada medição;
- Fechar o circuito doente/sistemas de infusão e estabelecer circuito transdutor/doente;
- Restabelecer o circuito doente/sistemas de infusão.

Manutenção do CVC e do Local de Inserção:

- Proceder à Higiene das mãos antes e após palpação do local de inserção, bem como antes e após inserir, substituir, aceder, ou fazer o penso de um dispositivo intravascular.
- Usar luvas limpas na remoção do penso (**o uso de luvas não dispensa a necessidade de lavagem das mãos**)
- Descontaminar as conexões com álcool a 70% ou clorhexidina 2% em solução alcoólica, antes de conectar qualquer dispositivo estéril.
- Manter os lumens do cateter tapados quando não estão a ser utilizados

Avaliação da PVC com régua:

- Proceder à higienização das mãos;
- Posicionar o doente em decúbito dorsal;
- Descontaminar as conexões com álcool a 70%/clorhexidina 2% em solução alcoólica, antes de conectar a régua.
- Rodar a torneira que vai da régua ao NaCl de 100 cc e preencher a régua com o soro.
- Ajustar o nível da régua à linha média axilar;
- Fechar o circuito doente/sistemas de infusão e estabelecer circuito régua/doente;
- Restabelecer o circuito doente/sistemas de infusão.

Manutenção do CVC e do Local de Inserção:

- Reservar um dos lumens do CVC exclusivamente para administrar nutrição parentérica;
- Realização do penso com técnica asséptica:
 - Utilizar pensos estéreis para cobrir o local de inserção;
 - Substituir o penso sempre que este se encontre húmido, descolado ou repassado;
 - 48/48h (penso com compressa);
 - 7/7dias (penso transparente).
- Desinfecção do local de inserção do CVC com clorhexidina 2%.

Substituição do CVC

- A duração da cateterização é um fator de risco para a infeção.

Contudo...

- ...estudos recentes provaram que a substituição por rotina do CVC, sem uma indicação clínica, não reduz a taxa de colonização ou de infeção relacionada com cateter

os CVCs não se devem substituir por rotina.

Manutenção do CVC e do Local de Inserção:

- Periodicidade de substituição dos fluidos intravenosos e sistemas de administração:
 - Sistemas de administração intravenosos, incluindo rampas, torneiras e prolongamentos de 72/72h;
 - Sistemas de administração de sangue, derivados de sangue ou emulsões lipídicas: de 24/24h;
 - Sistemas de propofol: 12/12h;
 - Prolongamento de Amiodarona: 24/24h;
 - Completar as infusões dos fluidos de nutrição parentérica contendo lípidos em 24 horas;
 - Completar as infusões de sangue e derivados em 4 horas desde o início da infusão.

Substituição do CVC

- 2 métodos de substituição dos CVCs:
 - Mudança de cateter, utilizando o mesmo local de inserção e introduzindo um novo cateter através de um fio-guia;
 - Inserção de um cateter novo num local de inserção diferente.

A mudança de CVC usando o fio guia está contraindicada quando o cateter a substituir está relacionado com a infeção.

Remoção do CVC

- Confirmar diariamente a necessidade de CVC.
- Remover o CVC sempre que não necessário.
- Remover o CVC se o doente se apresenta hemodinamicamente instável e há suspeita de infeção relacionada com cateter.



Não esquecer:

- Proceder à **Higiene das mãos** de acordo com CIF 14 - Procedimento para Higienização das mãos
- Executar a correta **triagem dos resíduos** de acordo com GRE - Política de gestão de resíduos
- **Utilizar e remover corretamente o EPI**, segundo norma vigente no CHS (CIF 06 - Procedimento Técnico de Isolamento e Enfermagem Controlada)



Remoção do CVC

- Lavar as mãos
- Retirar o penso
- Desinfetar o local de inserção do CVC com clorexidina 2% em álcool
- Calçar luvas esterilizadas e máscara
- Retirar os pontos de fixação do CVC
- Retirar o CVC e coloca-lo sobre um campo estéril, tendo o cuidado de evitar a contaminação da ponta do CVC
- Colocar penso estéril no local de inserção do CVC



Checklist de Verificação do Procedimento:



Item	Sim	Não
1. Higiene das mãos		
2. Retirar o penso		
3. Desinfetar o local de inserção do CVC com clorexidina 2% em álcool		
4. Calçar luvas esterilizadas e máscara		
5. Retirar os pontos de fixação do CVC		
6. Retirar o CVC e colocá-lo sobre um campo estéril, tendo o cuidado de evitar a contaminação da ponta do CVC		
7. Colocar penso estéril no local de inserção do CVC		



Remoção do CVC

- Colheita a ponta do CVC para análise microbiológica:
 - Cortar cerca de 5cm da extremidade do cateter e colocá-lo num recipiente estéril;
 - Identificar a amostra com uma etiqueta do doente, bem como data e hora da colheita.



Checklist de Verificação do Procedimento:



Item	Sim	Não
1. Higiene das mãos		
2. Retirar o penso		
3. Desinfetar o local de inserção do CVC com clorexidina 2% em álcool		
4. Calçar luvas esterilizadas e máscara		
5. Retirar os pontos de fixação do CVC		
6. Retirar o CVC e colocá-lo sobre um campo estéril, tendo o cuidado de evitar a contaminação da ponta do CVC		
7. Colocar penso estéril no local de inserção do CVC		



Profilaxia antibiótica

Não administrar por rotina antibióticos intranasais ou sistémicos antes da inserção ou durante o uso de dispositivos intravasculares para prevenir a colonização do cateter ou a bacteriémia.



Bibliografia:

Andrade, A.; Cardoso Pais, P.; Carones, N.; Ferreira, M. - Conto eu, Enfermeiro, faço Prevenção da Bacteriemia associada a Cateter Venoso Central. *Revista Portuguesa de Medicina Intensiva*. Nº17 (2010), p. 55-59.

CDC, Centers for Disease Control and Prevention of Atlanta-USA. (2011). "Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections".

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE - Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde. Lisboa, Março de 2007

PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLO DE INFEÇÃO - Recomendações para a prevenção da infeção associada aos dispositivos intravasculares. Instituto Ricardo Jorge, Direcção-Geral da Saúde, 2006.

PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLO DE INFEÇÃO - Procedimento de colocação e manutenção do CVC. Novembro 2012.

PROGRAMA NACIONAL DE PREVENÇÃO E CONTROLO DAS INFEÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE - Vigilância Epidemiológica da INCS. Protocolo. Direcção-Geral da Saúde, Departamento de Qualidade em Saúde, Divisão de Segurança do Doente, 2010.

PROGRAMA NACIONAL DE PREVENÇÃO E CONTROLO DAS INFEÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE - Manual de Operacionalização. Direcção-Geral da Saúde, Fevereiro 2008.

SILVA, Andrea; OLIVEIRA, Francisco; RAMOS, Maria Emília - Infeção associada ao Cateter Venoso Central - Revisão da Literatura. *Revista Referência*. Vol. II, Nº 11 (2009) p. 125-134.

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DAS INFEÇÕES NOSOCOMIAIS DA CORRENTE SANGUÍNEA - Relatório da vigilância epidemiológica das infeções nosocomiais da corrente sanguínea 2012. Direcção-Geral da Saúde, Departamento de Qualidade em Saúde, Divisão de Segurança do Doente, Abril 2014.

APÊNDICE XV

Plano de sessão da formação
“Procedimento para Prevenção da Infecção Associada
à Cateterização Venosa Central no Adulto”

PLANO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO

Tema: Procedimento para Prevenção da Infecção Associada à Cateterização Venosa Central no Adulto

Local: Sala de reuniões da Unidade de Cuidados Intensivos (UCI)

Datas: 15 e 16 de Abril de 2014

INÍCIO: 14h

FIM: 16H

Destinatários: Médicos e Enfermeiros da UCI

Formadora: Enf^a Manuela Fonseca (estudante do 3^o Curso de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal)

Objetivos:

Objetivo geral:

- Fornecer orientações para colocação e manutenção de Cateteres Venosos Centrais, nos doentes adultos internados no CH, com o intuito de reduzir ou minimizar as infeções associadas ao seu uso.

Objetivos específicos:

- Relembrar conceitos relacionados com a infeção nosocomial da corrente sanguínea;
- Divulgar o Procedimento para Prevenção da Infecção Associada à Cateterização Venosa Central no adulto;
- Dar a conhecer a checklist de verificação do procedimento.

Material e equipamento: Computador e *Data show*

Estratégia: Vai ser utilizado o método expositivo para a apresentação dos objetivos e dos conteúdos. Durante toda a sessão vai ser utilizada a motivação/método ativo para captar a atenção e a participação dos formandos.

Avaliação: Entrega de questionário para avaliação da formação.

PLANO DA SESSÃO LECTIVA

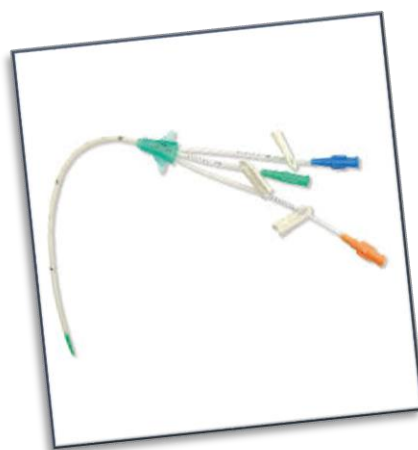
Etapas	Conteúdos	Métodos e meios audiovisuais	Tempo
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação da formadora; • Apresentação do tema; • Justificação do tema; • Apresentação dos objetivos da ação de formação. 	Expositivo <i>Data show</i>	5 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Definição de Infeções associadas aos Cuidados de Saúde; • Definição de Infeções Nosocomiais da Corrente Sanguínea; • A Infeção associada a dispositivos intravasculares; • Definição de Cateter Venoso Central (CVC); • Diferença entre bacteriemia, colonização localizada do cateter, infeção do local de inserção do cateter, bacteriemia relacionada com infusões e bacteriemia relacionada com cateter. • A cateterização venosa central; • Seleção do cateter; • Seleção do local de inserção; • Técnica de inserção do CVC; • Manutenção do CVC e do local de inserção; • Avaliação da PVC por transdução e com régua; • Substituição do CVC; • Remoção do CVC; • Profilaxia Antibiótica; • Checklist de verificação do procedimento. 	Expositivo /ativo <i>Data show</i>	45 min
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Síntese da ação; • Esclarecimento de dúvidas; • Bibliografia. 	Expositivo <i>Data show</i>	15 min
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> • Preenchimento dos questionários da avaliação da ação de formação. 	Questionário	10 min

APÊNDICE XVI

Divulgação da ação de formação
“Procedimento para Prevenção da Infecção Associada
à Cateterização Venosa Central no Adulto”



Procedimento para Prevenção da Infeção Associada à Cateterização Venosa Central no Adulto



Data: 15 e 16 de Abril 2014

Hora: 14h00 às 16h00

Destinatários: Médicos e Enfermeiros

Local: UCI

Preletora: Manuela Afonso da Fonseca

Estudante do 3º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização e Enfermagem Médico-Cirúrgica

APÊNDICE XVII

Ficha de avaliação da ação de formação
“Procedimento para Prevenção da Infeção Associada
à Cateterização Venosa Central no Adulto”

FICHA DE AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO

1 – CATEGORIA PROFISSIONAL

- Médico
 Enfermeiro

2 – PROGRAMA DA AÇÃO

	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom
Objetivos da Ação				
Conteúdos da Ação				
Estrutura				
Utilidade do Tema				
Cumprimento do horário				

3 – FUNCIONAMENTO DA AÇÃO

	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom
Instalações				
Equipamentos e Meios Audiovisuais				
Documentação				

4 – APRECIÇÃO GLOBAL DA AÇÃO

4.1 – Considera que a ação de formação terá impacto positivo ao nível do seu desempenho?

- Sim Não

4.1.1 – Se respondeu Sim, de que forma?

4.2 – Na globalidade, de que forma qualifica a formação realizada?

Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom

4.3 -

Pontos Fortes	Oportunidades de Melhoria

4.4 – Sugestões:

5 – INTERVENÇÃO DA FORMADORA

	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom
Domínio dos temas e conteúdos abordados				
Clareza da linguagem utilizada				
Capacidade para esclarecimento de dúvidas				
Capacidade de motivação/relacionamento com os formandos				
Utilização de meios didáticos				
Cumprimento de horários				

APÊNDICE XVIII

Tratamento de dados das fichas de avaliação da ação de formação
“Procedimento para Prevenção da Infecção Associada
à Cateterização Venosa Central no Adulto”



Manuela Fonseca

PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO

Ficha de avaliação da Formação:
“Procedimento para Prevenção da Infeção
associada à Cateterização Venosa Central no Adulto”

Tratamento de dados

Abril de 2014

ÍNDICE:	Pág.
1 – INTRODUÇÃO	3
2 – TRATAMENTO DE DADOS	5
2.1 – FICHA DE AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO	5
2.2 – TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	7
3 – CONCLUSÃO	23
4 – BIBLIOGRAFIA	24

ÍNDICE DE GRÁFICOS		Pág.
Gráfico 1	Distribuição dos formandos por categoria profissional	6
Gráfico 2	Classificação atribuída pelos formandos ao programa da ação	7
Gráfico 3	Classificação atribuída pelos formandos ao funcionamento da ação	8
Gráfico 4	Impacto da ação de formação	8
Gráfico 5	Áreas de impacto da ação de formação	9
Gráfico 6	Classificação atribuída pelos formandos à ação de formação, na sua globalidade	10
Gráfico 7	Pontos fortes da ação	10
Gráfico 8	Oportunidades de melhoria da ação	11
Gráfico 9	Classificação da intervenção da formadora	12

1 – INTRODUÇÃO

No âmbito do 3º Curso de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal foi-nos proposto a execução de um projeto de intervenção em serviço, integrado nos estágios I, II e III, a realizar na Unidade de Cuidados Intensivos de um hospital da margem sul do Tejo.

No âmbito dos estágios que se encontra a realizar no serviço supracitado, pretende desenvolver um PIS de acordo com a metodologia de projeto, na área da Intervenções de Enfermagem ao doente com cateter venoso central internado na UCI do Centro Hospitalar, sob a orientação da Enfª F.B. e Prof. E.M.

Por ser uma área de particular interesse, por considerar que as Intervenções de Enfermagem na Prevenção das Infeções associadas aos Cateteres Venosos Centrais se revestem de crucial importância na prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde, e após uma entrevista não estruturada com a Enfª Coordenadora da UCI e com a Enfª Coordenadora da CCI da Instituição acima referida, se ter concluído que as mesmas consideram o tema pertinente, pretende desenvolver um projeto nesta área, que tem como objetivo contribuir para a prevenção das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde relacionadas com os cateteres venosos centrais na UCI.

Neste âmbito, após se ter justificado a pertinência deste tema com a aplicação de um questionário à equipa de enfermagem, elaborou-se o “Procedimento para Prevenção da Infeção associada à Cateterização Venosa Central no Adulto” e nos dias 15 e 16 de Abril de 2014 realizaram-se ações de formação sobre o mesmo tema aos médicos e enfermeiros da UCI.

No final das ações de formação foi entregue uma Ficha de avaliação da formação, de modo a que os formandos pudessem efetuar a sua apreciação relativamente ao programa da ação, funcionamento da ação, apreciação global da ação e intervenção da formadora.

Através da elaboração deste documento pretende mostrar os resultados obtidos pelas fichas de avaliação da formação implementadas.

Sendo assim, elabora este documento com os seguintes capítulos:

- Introdução

- Tratamento de dados
- Ficha de avaliação da Formação
- Tratamento e análise de dados
- Conclusão
- Bibliografia
- Apêndice

O presente documento encontra-se redigido de acordo com as orientações do Acordo Ortográfico e guia-se pelas indicações da Norma Portuguesa 405.

2 – TRATAMENTO DE DADOS

De modo a poder avaliar o impacto da ação de formação foi distribuída uma ficha de avaliação da formação no final da mesma.

2.1 – FICHA DE AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO

Para obter os dados referidos anteriormente, elaboramos uma ficha de avaliação da formação.

A ficha de avaliação da formação foi dividida em cinco partes, sendo que no ponto 1 se pretendia fazer uma caracterização dos formandos que assistiram à formação. Para isso recorreu-se a uma questão fechada dicotómica.

No ponto 2 pretendia-se classificar o programa da ação. Para isso recorreu-se a uma questão fechada de escolha fixa.

No ponto 3 pretendia-se classificar o funcionamento da ação recorrendo-se a uma questão fechada de escolha fixa.

No ponto 4 pretendia-se conhecer a apreciação global da ação, tendo-se para isso recorrido a duas questões fechadas: uma dicotómica (3.1) e uma de escolha fixa (3.2) e questões abertas (3.1.1, 3.3 e 3.4).

No ponto 5 pretendia-se classificar a intervenção da formadora recorrendo-se a uma questão fechada de escolha fixa.

A ficha de avaliação da formação foi realizada nos dias 15 e 16 de Abril de 2014, após a ação de formação “Procedimento para Prevenção da Infeção associada à Cateterização Venosa Central no Adulto”.

Foram entregues fichas de avaliação da formação a todos os formandos presentes (26), tendo sido respondidos 25 (adesão 96%).

2.2 – TRATAMENTO E ANÁLISE DAS FICHAS DE AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO

Após o preenchimento das fichas de avaliação da formação, procedeu-se a uma análise quantitativa dos mesmos, através do programa informático Excel.

2.2.1 – CARACTERIZAÇÃO DOS FORMANDOS

Dos formandos que preencheram as fichas de avaliação da formação, 73% eram enfermeiros e 27% médicos, conforme nos indica o gráfico 1.

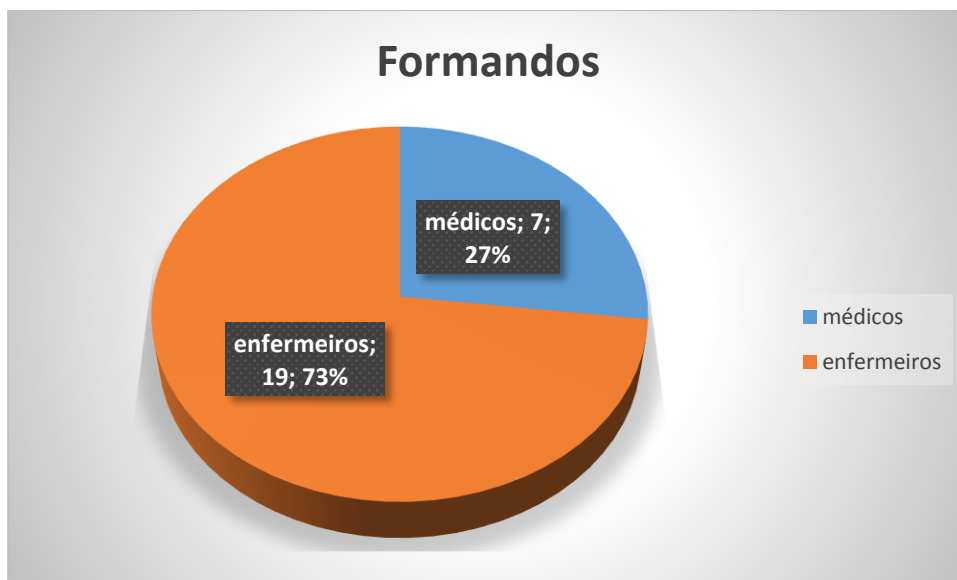


Gráfico 1 – Distribuição dos formandos por categoria profissional

2.2.2 – PROGRAMA DA AÇÃO

O gráfico 2 mostra-nos que nos vários itens considerados, os formandos atribuem a classificação de Bom e Muito Bom, existindo apenas 1 formando a classificar o cumprimento do horário como Insuficiente e outro a classificar o cumprimento do horário como Suficiente.

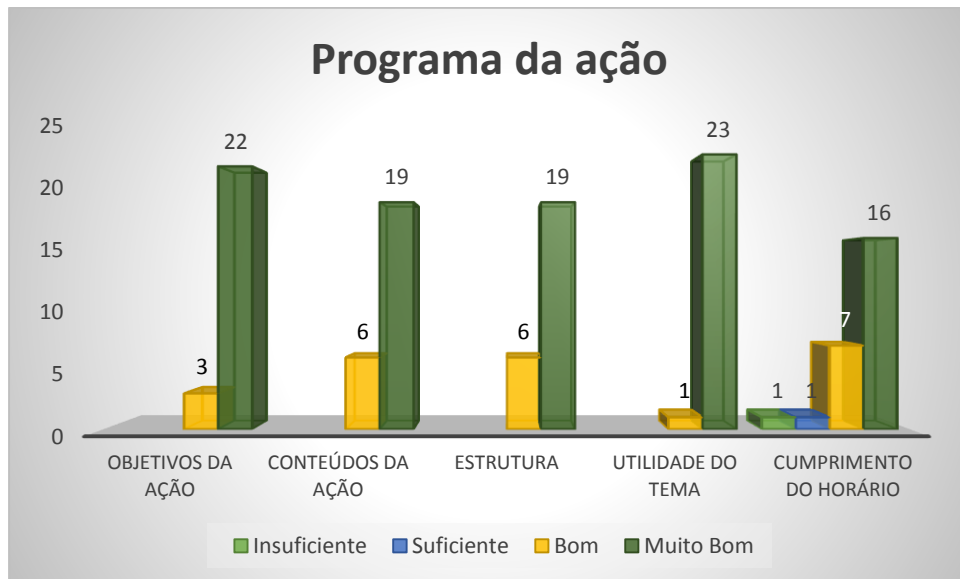


Gráfico 2 – Classificação atribuída pelos formandos ao programa da ação

2.2.3 – FUNCIONAMENTO DA AÇÃO

Pela análise do gráfico 3, relativamente às instalações, a maioria dos formandos considera que estas se encontram no nível Suficiente ou Bom, sendo que apenas 1 formando considera Insuficiente e 2 formandos Muito Bom. Quanto à utilização de equipamentos e meios audiovisuais, 16 formandos consideram ser Bom, 6 como Muito Bom e 3 como Suficientes. Em relação à documentação fornecida, a maioria analisa como Bom e Muito Bom, sendo que apenas 2 formandos a consideraram Suficiente.

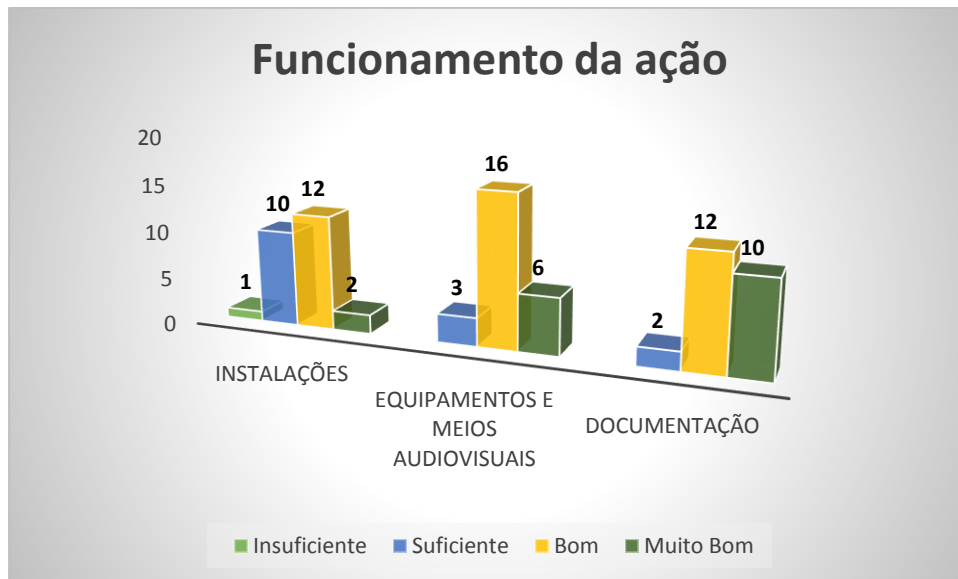


Gráfico 3 – Classificação atribuída pelos formandos ao funcionamento da ação

2.2.4 – APRECIACÃO GLOBAL DA AÇÃO

Todos os formandos que preencheram as fichas de avaliação da formação, consideram que a ação de formação terá impacto positivo ao nível do seu desempenho, conforme nos indica o gráfico 4.

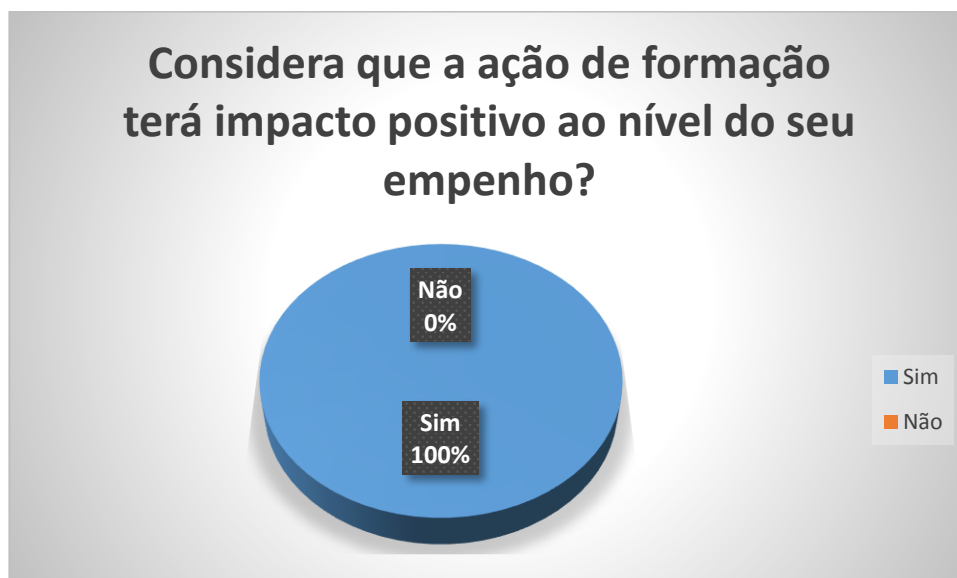


Gráfico 4 – Impacto da ação de formação

Ao analisar o gráfico 5, constata-se que, dos formandos que consideram que a ação de formação terá impacto positivo ao nível do seu desempenho, quando questionados acerca de que forma é que esse impacto será positivo, 14 referem “na melhoria na prestação de cuidados”, 3 formandos referem “na diminuição das infeções”, 2 formandos “na mudança e melhoria das práticas” e 2 formandos “na atualização de conhecimentos”.

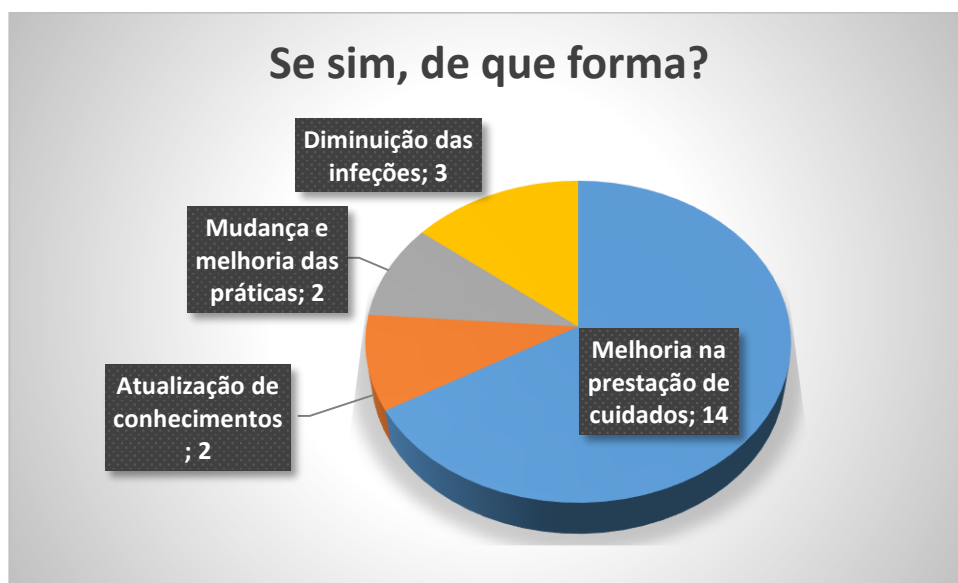


Gráfico 5 – Áreas de impacto da ação de formação

Quando questionados sobre de que forma qualificam a formação realizada, na globalidade, 80% dos formandos consideram Muito Bom e 20% Bom, de acordo com o gráfico 6.

Na globalidade, de que forma qualifica a formação realizada?

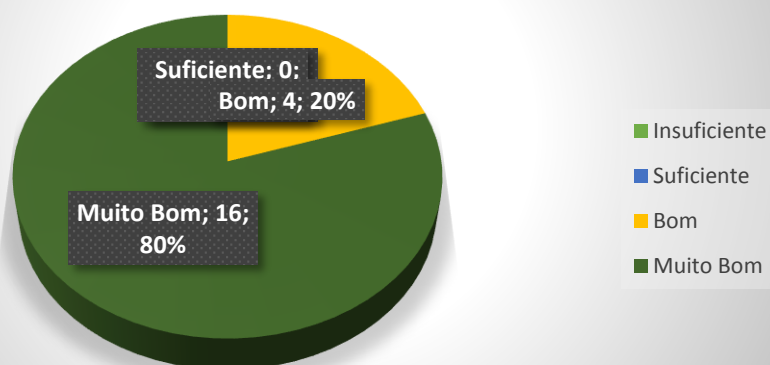


Gráfico 6 – Classificação atribuída pelos formandos à ação, na globalidade

Relativamente aos Pontos Fortes da ação de formação, foram considerados pelos formandos a pertinência do tema, a motivação da equipa, os itens abordados e o facto de o procedimento ser necessário e inovador (gráfico 7).

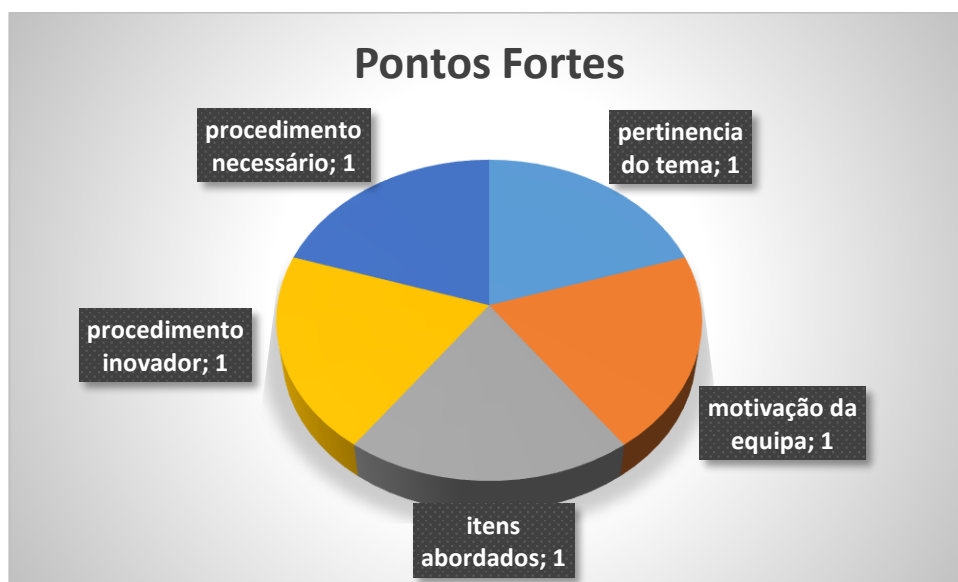


Gráfico 7 – Pontos fortes da ação

Quanto às oportunidades de melhoria foram referidas a implementação de guidelines e o local de realização da ação, conforme se pode constatar no gráfico 8.

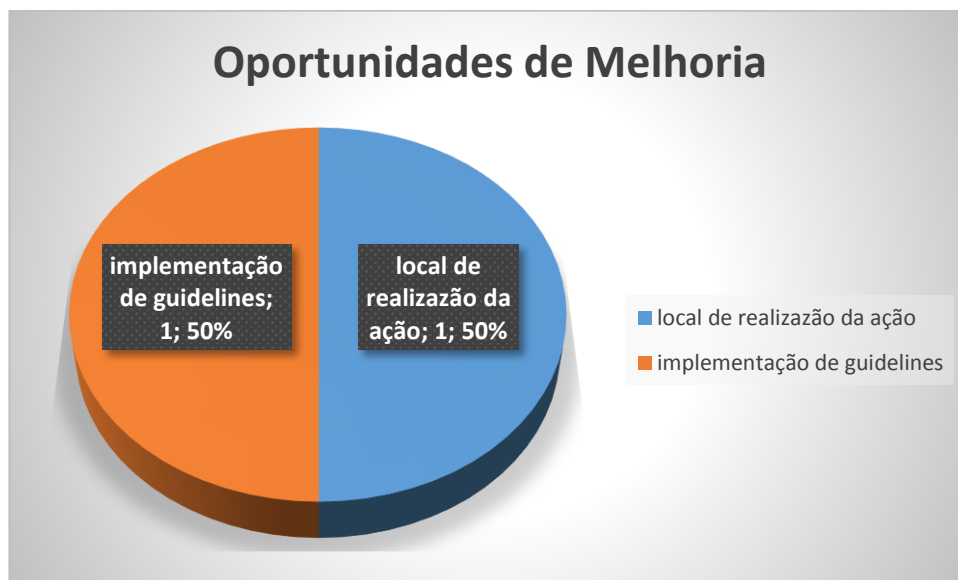


Gráfico 8 – Oportunidades de melhoria da ação

2.2.5 – INTERVENÇÃO DA FORMADORA

Pela análise do gráfico 9, os formandos consideram que a Intervenção da formadora nos vários itens se situa entre as classificações de Bom e Muito Bom, sendo que apenas no item Cumprimento de horários houve 2 formadores a responderem Suficiente.

Intervenção da formadora

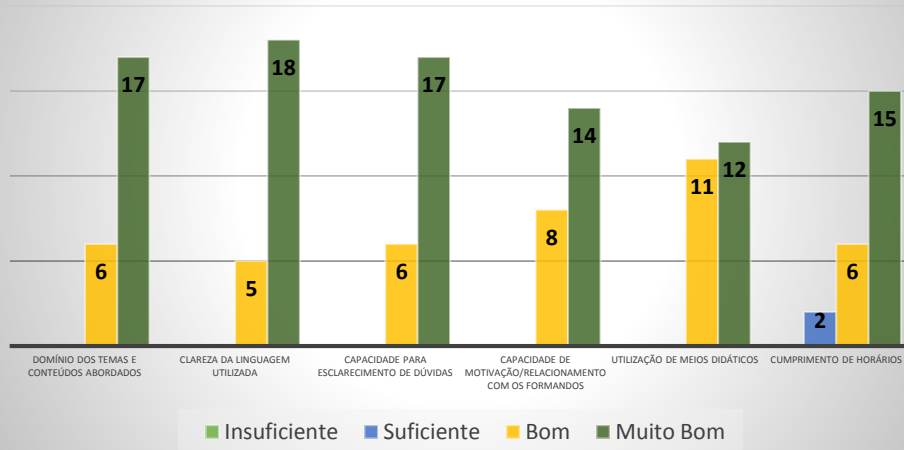


Gráfico 9 – Classificação da Intervenção da formadora

3 – CONCLUSÃO

Após tratamento das fichas de avaliação da formação através do programa Excel podemos inferir que a nossa amostra era constituída por 26 formandos em que 73% são enfermeiros e 27% médicos.

Relativamente ao programa da ação, nos vários itens considerados, os formandos atribuem a classificação de Bom e Muito Bom, existindo apenas 1 formando a classificar o cumprimento do horário como Insuficiente e outro a classificar o cumprimento do horário como Suficiente.

No Funcionamento da Ação, relativamente às instalações, a maioria dos formandos considera que estas se encontram no nível Suficiente (10) ou Bom (12), sendo que apenas 1 formando considera Insuficiente e 2 formandos Muito Bom. Quanto à utilização de equipamentos e meios audiovisuais, 16 formandos consideram ser Bom, 6 como Muito Bom e 3 como Suficientes. Em relação à documentação fornecida, a maioria analisa como Bom (12) e Muito Bom (10), sendo que apenas 2 formandos a consideraram Suficiente.

Todos os formandos que preencheram as fichas de avaliação da formação, consideram que a ação de formação terá impacto positivo ao nível do seu desempenho, nomeadamente ao nível da melhoria na prestação de cuidados (14), na diminuição das infeções associadas ao CVC (3), na mudança e melhoria das práticas (2) e na atualização de conhecimentos (2).

Quando questionados sobre de que forma qualificam a formação realizada, na globalidade, 80% dos formandos consideram Muito Bom e 20% Bom, atribuindo como Pontos Fortes da ação de formação a pertinência do tema, a motivação da equipa, os itens abordados e o facto de o procedimento ser necessário e inovador. Quanto às oportunidades de melhoria foram referidas a implementação de guidelines e o local de realização da ação.

Por fim, os formandos consideram que a Intervenção da formadora nos vários itens se situa entre as classificações de Bom (5 a 11) e Muito Bom (12 a 18), sendo que apenas no item Cumprimento de horários houve 2 formadores a responderem Suficiente.

4 – BIBLIOGRAFIA

- FORTIN, Marie-Fabienne. - **O processo de Investigação – da concepção à realização**. Loures : Lusociência, 1999. 388p. ISBN: 972-8383-10-X

APÊNDICE XIX

Tratamento de dados da
Checklist de Verificação do Procedimento



Manuela Fonseca

PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO

“Checklist de verificação do Procedimento para
Prevenção da Infecção associada à Cateterização
Venosa Central no Adulto”

Tratamento de dados

Maio de 2014

ÍNDICE:	Pág.
1 – INTRODUÇÃO	3
2 – TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS DAS CHECKLISTS	5
3 – CONCLUSÃO	12

ÍNDICE DE GRÁFICOS		Pág.
Gráfico 1	Local de Inserção do CVC	5
Gráfico 2	Número de lumens do CVC	6
Gráfico 3	Contexto de Inserção do CVC	6
Gráfico 4	Limitações encontradas para a escolha da veia subclávia	7
Gráfico 5	Observação das práticas antes do procedimento	7
Gráfico 6	Observação das práticas durante procedimento	8
Gráfico 7	Observação das práticas após o procedimento	9
Gráfico 8	Confirmação da necessidade de CVC	9
Gráfico 9	Descontaminação das conexões com álcool	10
Gráfico 10	Higiene das mãos	10
Gráfico 11	Realização do penso com técnica asséptica	11
Gráfico 12	Antissepsia do local de inserção com Clorhexidina 2%	11

1 – INTRODUÇÃO

No âmbito do 3º Curso de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal foi-nos proposto a execução de um projeto de intervenção em serviço, integrado nos estágios I, II e III, a realizar na Unidade de Cuidados Intensivos de um hospital da margem sul do Tejo.

No âmbito dos estágios que se encontra a realizar no serviço supracitado, desenvolveu um PIS de acordo com a metodologia de projeto, na área da Intervenções de Enfermagem ao doente com cateter venoso central internado na UCI desse Centro Hospitalar, sob a orientação da Enfª F. B. e Prof. E. M.

Por ser uma área de particular interesse, por considerar que as Intervenções de Enfermagem na Prevenção das Infeções associadas aos Cateteres Venosos Centrais se revestem de crucial importância na prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde, e após uma entrevista não estruturada com a Enfª Coordenadora da UCI e com a Enfª Coordenadora da CCI da Instituição referida, se ter concluído que as mesmas consideraram o tema pertinente, desenvolveu um projeto nesta área, que tem como objetivo contribuir para a prevenção das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde relacionadas com os cateteres venosos centrais na UCI do Centro Hospitalar.

Neste âmbito, após se ter justificado a pertinência deste tema com a aplicação de um questionário à equipa de enfermagem, elaborou-se o “Procedimento para Prevenção da Infeção associada à Cateterização Venosa Central no Adulto” e uma checklist de verificação do procedimento que foi aplicada entre os dias 15 de Abril e 15 de Maio de 2014.

Através da elaboração deste documento pretende mostrar os resultados obtidos pelas *checklists* implementadas.

Sendo assim, elabora este documento com os seguintes capítulos:

- Introdução
- Tratamento e análise de dados
- Conclusão
- Apêndice

O presente documento encontra-se redigido de acordo com as orientações do Acordo Ortográfico e guia-se pelas indicações da Norma Portuguesa 405.

2 – TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS DAS CHECKLISTS

As *checklists* de verificação do procedimento foram implementadas entre os dias 15 de Abril e 15 de Maio de 2014.

Entraram na UCI 27 doentes durante esse período, tendo sido preenchidas 19 *checklists* (adesão 70%).

Após o preenchimento das *checklists*, procedeu-se a uma análise quantitativa dos dados obtidos, através do programa informático Excel.

Foram identificados 14 Cateter, todos eles eram Cateteres Venosos Centrais (CVC), sendo que apenas 7 foram colocados na UCI, pelo que os restantes 7 já estavam presentes na altura da admissão na unidade.

Relativamente ao local de inserção do cateter, 57% encontravam-se na Veia Jugular, 36% na Veia Subclávia e 7% na Veia Femoral, como se pode ver no gráfico 1.

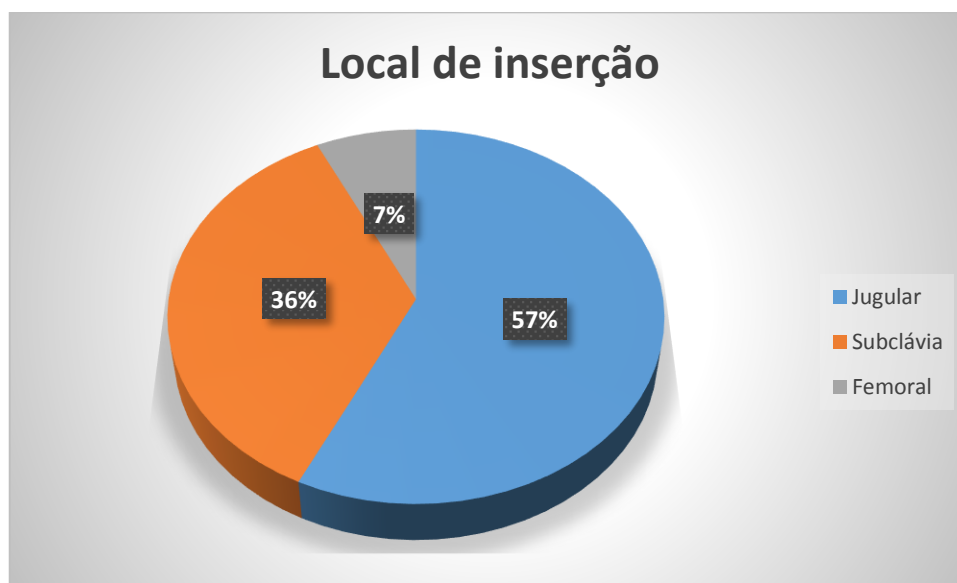


Gráfico 1 – Local de Inserção do CVC

Relativamente ao número de lumens do CVC, 93% dos cateteres apresentavam 3 lumens, sendo que apenas 7% apresentavam 4 ou mais lumens. Nenhum cateter tinha menos do que 3 lumens (Gráfico 2).



Gráfico 2 – Número de lumens do CVC

Dos cateteres que foram colocados na UCI, 56% foram colocados numa situação de emergência, sendo que 44% foram colocados eletivamente, como se pode constatar no gráfico 3.

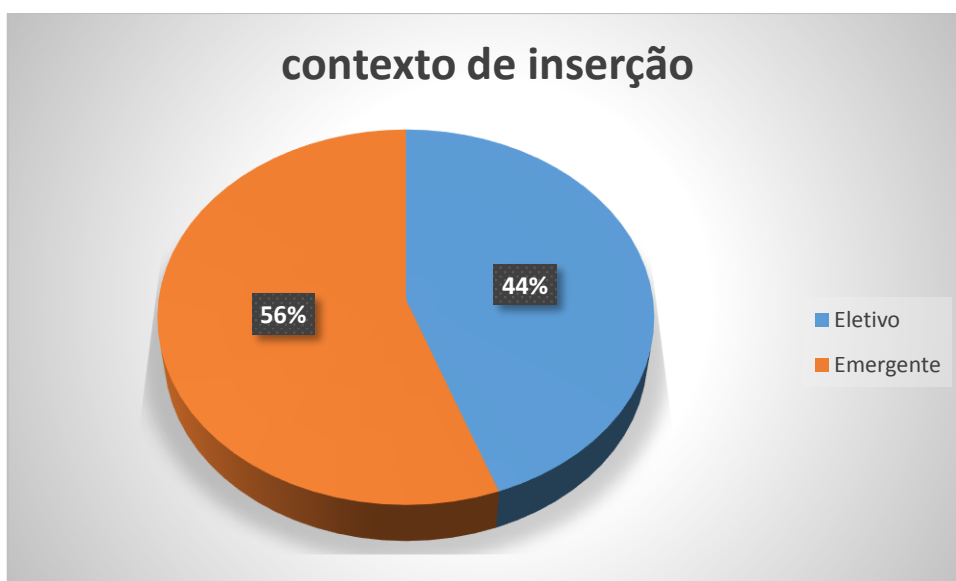


Gráfico 3 – Contexto de Inserção do CVC

Dos 7 cateteres colocados na UCI, apenas 2 foram colocados na Veia Subclávia. As limitações encontradas para a escolha desta veia foram o Elevado Risco de Hemorragia/Pneumotórax, a Distorsão da Anatomia e a Inexperiência do Operador, como se verifica no Gráfico 4.

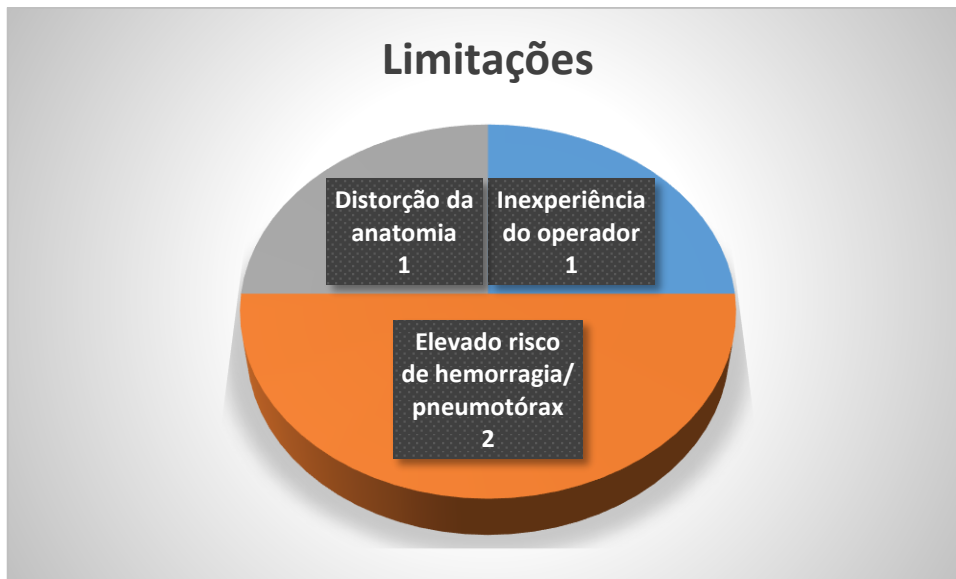


Gráfico 4 – Limitações encontradas para a escolha da veia subclávia

Ao analisar o gráfico 5, constata-se que, antes do procedimento o médico e ajudante efetuaram lavagem cirúrgica das mãos e antebraços em 6 das 7 colocações de cateter, o médico e ajudante usaram barrete, máscara, bata e luvas estéreis em 5 das 7 colocações, foi usada solução antisséptica c/ clorhexidina a 2% em álcool na zona de inserção do CVC em todas as vezes e foi usado um campo estéril grande (pelo menos até aos joelhos) para campo cirúrgico em 5 das 7 oportunidades.

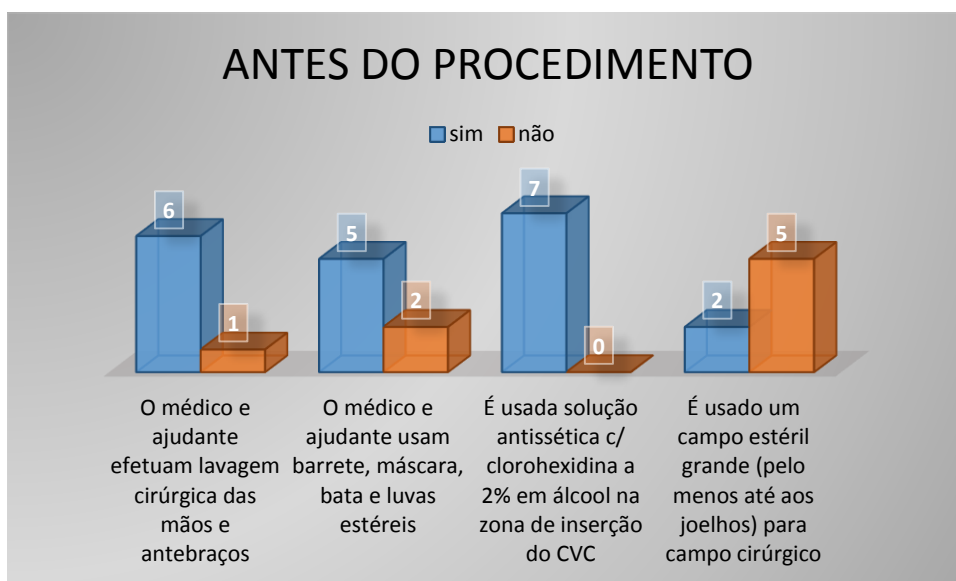


Gráfico 5 – Observação das práticas antes do procedimento

Durante o procedimento, foram sempre utilizadas luvas estéreis, máscara com viseira, barrete e bata estéril tanto pelo operador como pelo ajudante. O campo foi mantido estéril durante todo o procedimento.

Em 5 das colocações, toda a equipa no ambiente envolvente do doente (2 metros) usou máscara, o mesmo não se verificou em 2 das colocações de CVC, como consta no Gráfico 6.

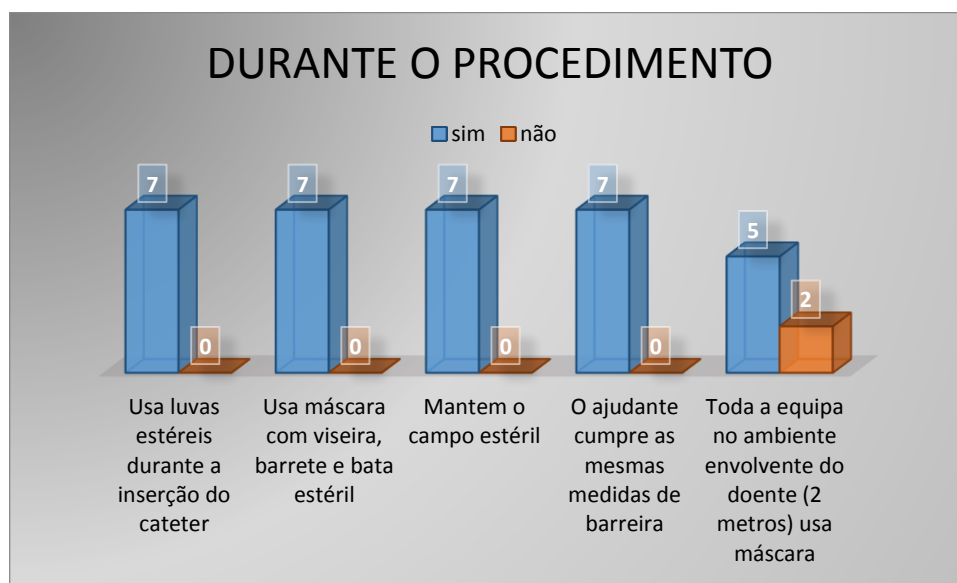


Gráfico 6 – Observação das práticas durante procedimento

Após o procedimento foi mantida a técnica asséptica na realização do penso do CVC, sendo que apenas num dos casos o penso não foi datado, como nos mostra o gráfico 7.

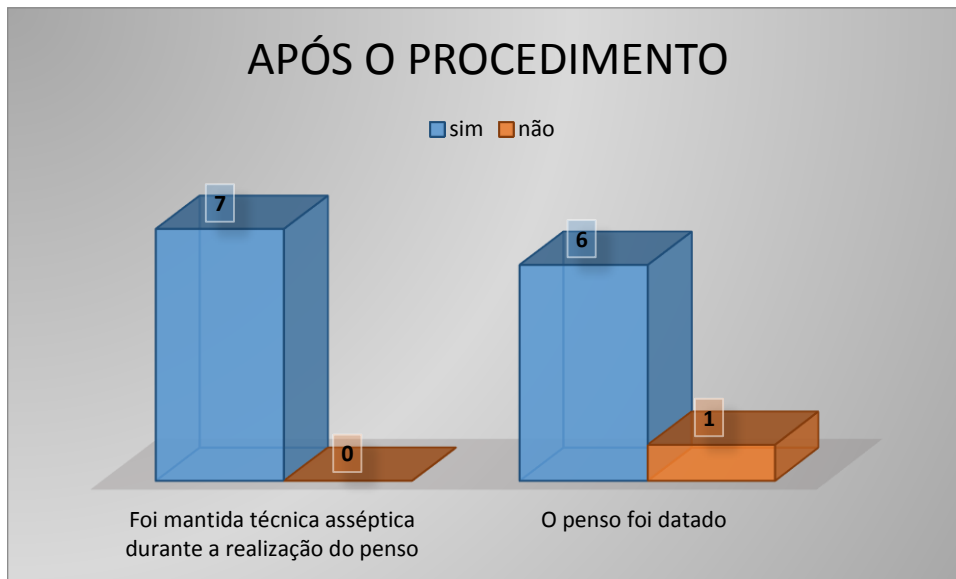


Gráfico 7 – Observação das práticas após o procedimento

Relativamente aos cuidados na manutenção do CVC, a Confirmação da necessidade de CVC teve uma adesão de 88%, a Descontaminação das conexões com álcool uma adesão de 58%, a Higiene das mãos uma adesão de 59%, a Realização do penso com técnica asséptica uma adesão de 44% e a Antissepsia do local de inserção com Clorohexidina 2% uma adesão de 40%, como se pode constatar nos gráficos 8, 9, 10, 11 e 12.

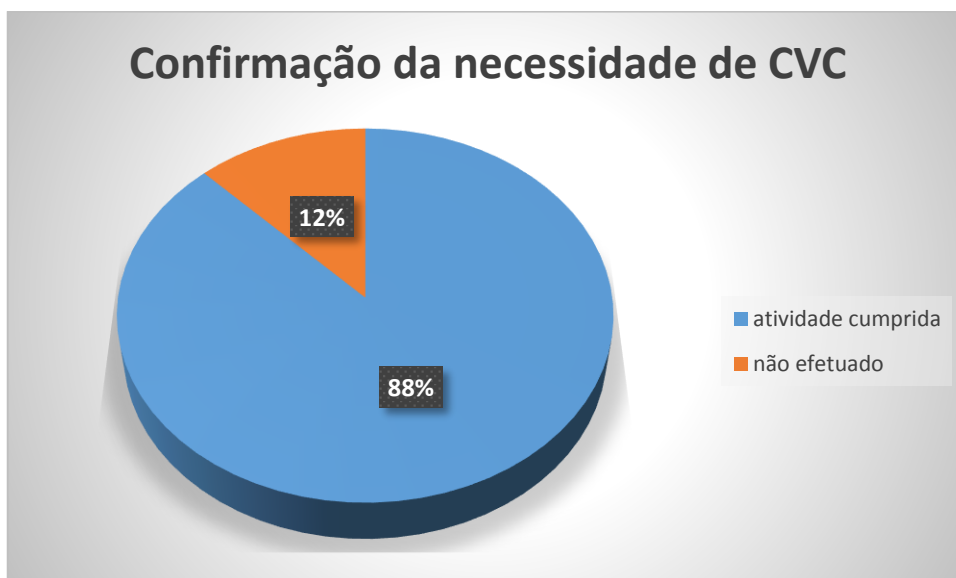


Gráfico 8 – Confirmação da necessidade de CVC

Descontaminação das conexões com álcool

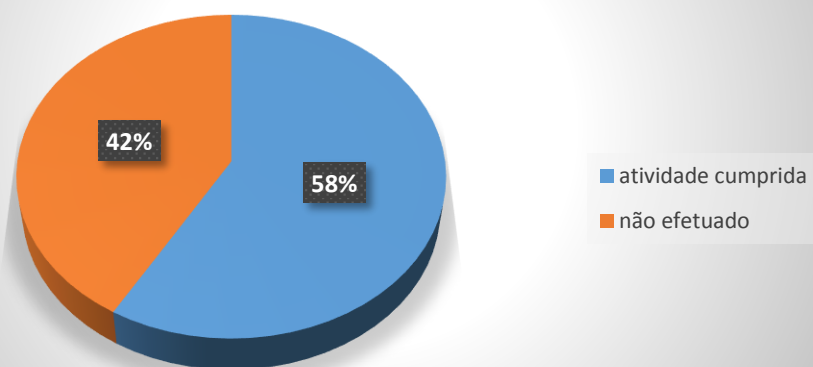


Gráfico 9 – Descontaminação das conexões com álcool

Higiene das mãos

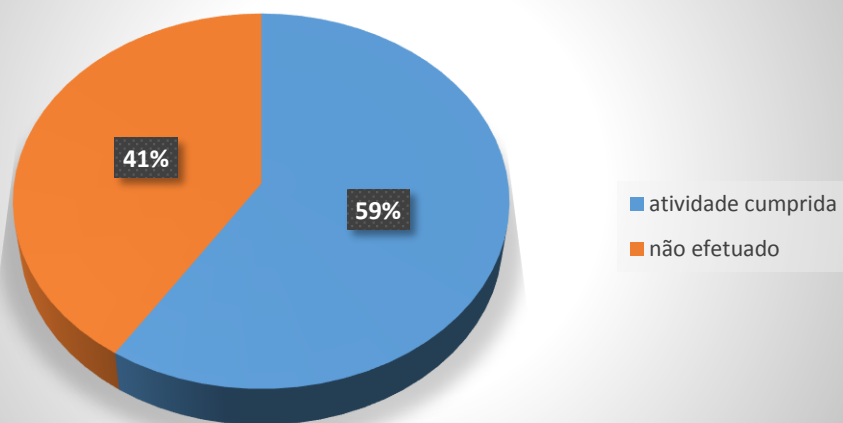


Gráfico 10 – Higiene das mãos

Realização do penso com técnica asséptica

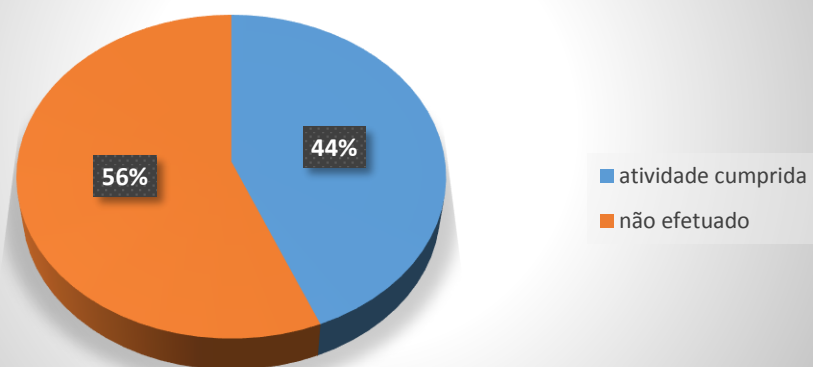


Gráfico 11 – Realização do penso com técnica asséptica

Antissepsia do local de inserção com Clorhexidina 2%

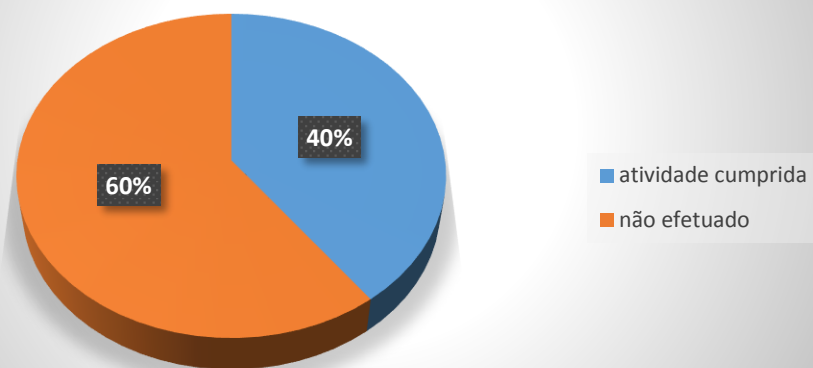


Gráfico 12 – Antissepsia do local de inserção com Clorhexidina 2%

3 – CONCLUSÃO

Após tratamento das fichas de avaliação da formação através do programa Excel podemos inferir que entraram na UCI 27 doentes durante o período de implementação da *checklist*, tendo sido preenchidas 19 *checklists* (adesão 70%).

Da análise dos dados obtidos, foram identificados 14 Cateter, todos eles Cateteres Venosos Centrais (CVC), sendo que apenas 7 foram colocados na UCI, pelo que os restantes 7 já estavam presentes na altura da admissão na unidade.

Relativamente ao local de inserção do cateter, 57% encontravam-se na Veia Jugular, 36% na Veia Subclávia e 7% na Veia Femoral. Quanto ao número de lumens do CVC, 93% dos cateteres apresentavam 3 lumens, sendo que apenas 7% apresentavam 4 ou mais lumens. Nenhum cateter tinha menos do que 3 lumens.

Dos cateteres que foram colocados na UCI, 56% foram colocados numa situação de emergência, sendo que 44% foram colocados eletivamente, dos quais apenas 2 foram colocados na Veia Subclávia. As limitações encontradas para a escolha desta veia foram o Elevado Risco de Hemorragia/Pneumotórax, a Distorção da Anatomia e a Inexperiência do Operador.

Antes do procedimento o médico e ajudante efetuaram lavagem cirúrgica das mãos e antebraços em 6 das 7 colocações de cateter, o médico e ajudante usaram barrete, máscara, bata e luvas estéreis em 5 das 7 colocações, foi usada solução antisséptica c/ clorhexidina a 2% em álcool na zona de inserção do CVC em todas as vezes e foi usado um campo estéril grande (pelo menos até aos joelhos) para campo cirúrgico em 5 das 7 oportunidades.

Durante o procedimento, foram sempre utilizadas luvas estéreis, máscara com viseira, barrete e bata estéril tanto pelo operador como pelo ajudante. O campo foi mantido estéril durante todo o procedimento. Em 5 das colocações, toda a equipa no ambiente envolvente do doente (2 metros) usou máscara, o mesmo não se verificou em 2 das colocações de CVC.

Após o procedimento foi mantida a técnica asséptica na realização do penso do CVC, sendo que apenas num dos casos o penso não foi datado.

Relativamente aos cuidados na manutenção do CVC, a Confirmação da necessidade de CVC teve uma adesão de 88%, a Descontaminação das conexões com álcool uma adesão de 58%, a Higiene das mãos uma adesão de 59%, a Realização do penso com técnica asséptica uma adesão de 44% e a Antissepsia do local de inserção com Clorhexidina 2% uma adesão de 40%.

APÊNDICE XX

Checklist de Verificação da Colocação do CVC

Checklist de verificação da colocação do CVC

1 - Identificação:		2 - Data:	
Etiqueta de Identificação do doente		Data de adm. hospitalar: __/__/__ Data de adm. no serviço: __/__/__ Data de inserção do cateter: __/__/__ Data de remoção do cateter: __/__/__ Data de alta da unidade: __/__/__ Colocação guiada por ecografia? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
3 - Contexto de inserção:	5 - Tipo de cateter:	6 - Número de lumens:	7 - Local de Inserção:
Eletivo <input type="checkbox"/> Emergente <input type="checkbox"/>	Venoso Central <input type="checkbox"/> Artéria Pulmonar <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> ≥ 4 <input type="checkbox"/>	Veia Jugular <input type="checkbox"/> Veia Subclávia <input type="checkbox"/> Veia Femoral <input type="checkbox"/> Direita <input type="checkbox"/> Esquerda <input type="checkbox"/>
4 - Motivo:	Díalise <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/>		8 - Número de punções da pele:
Nova indicação <input type="checkbox"/> Substituição <input type="checkbox"/>			1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> ≥ 4 <input type="checkbox"/>
9 - Limitações encontradas para escolha da veia subclávia:			
<input type="checkbox"/> Inexperiência do operador <input type="checkbox"/> Elevado risco de hemorragia/pneumotórax <input type="checkbox"/> Tentativa falhada de colocação do cateter na veia subclávia <input type="checkbox"/> Local de inserção infetado ou com lesão cutânea <input type="checkbox"/> Distorção da anatomia <input type="checkbox"/> Veias subclávias não disponíveis <input type="checkbox"/> CVC de Hemodiálise (risco de trombólise) <input type="checkbox"/> Emergência na obtenção do acesso			
10 - Antes do Procedimento:		Sim	Não
A – O médico e ajudante efetuam lavagem cirúrgica das mãos e antebraços		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B - O médico e ajudante usam barrete, máscara, bata e luvas estéreis.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C - É usada solução antisséptica c/ clorhexidina a 2% em álcool na zona de inserção do CVC		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Deixa secar 30" (locais secos)			
<input type="checkbox"/> Deixa secar 2' (locais húmidos)			
D – É usado um campo estéril grande (pelo menos até aos joelhos) para campo cirúrgico		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 - Durante o procedimento:		Sim	Não
A - Usa luvas estéreis durante a inserção do cateter		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B - Usa máscara com viseira, barrete e bata estéril		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C - Mantem o campo estéril		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D - O ajudante cumpre as mesmas medidas de barreira		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E - Toda a equipa no ambiente envolvente do doente (2 metros) usa máscara		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 - Após o procedimento:		Sim	Não
A - Foi mantida técnica asséptica durante a realização do penso		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B - O penso foi datado		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Instruções de preenchimento:

A *checklist* deve ser aplicada a todos os doentes admitidos na unidade que aí permaneçam pelo menos **24 horas** ou dois dias de calendário consecutivos.

3. Para a identificação da checklist, colar uma **vinheta de identificação** do doente.
4. Colocar as datas no formato **dd/mm/aa**.
14. Assinalar o tipo de dispositivo intravascular utilizado. Estão **excluídos** do âmbito deste registo os seguintes dispositivos:
 - Cateteres totalmente implantados com câmara subcutânea;
 - Cateteres centrais de inserção periférica;
 - Cateteres tunelizados.
15. Assinalar o número de lumens do cateter venoso central (**excluir o cateter de artéria pulmonar** deste registo).
16. Assinalar a **localização** anatómica do dispositivo intravascular, indicando a **lateralidade** em cada um dos casos.
17. Assinalar o número de punções realizadas na pele **incluindo** a que obteve sucesso para a colocação.
18. Assinalar as limitações identificadas (até ao **máximo de 3**) que levaram à colocação do dispositivo na veia jugular ou femoral.
19. B - Observar a correta aplicação dos EPI's. Considerar "NÃO" se constatar má aplicação dos EPI's.
C - Consideram-se como **locais secos** as abordagens jugular e subclávia e como **local húmido** a abordagem femoral.
D - O campo cirúrgico deve ocupar toda a superfície corporal do doente.
20. E - Toda a equipa na sala usa máscara numa área de **2 metros** em redor do local onde está a ser colocado o cateter.
21. B - O **registo** da data do penso é realizado no processo do doente (tem de existir evidência).

APÊNDICE XXI

Checklist de Verificação da Manutenção do CVC

Checklist de verificação da manutenção do CVC

1 - Identificação:		2 - Data:					3 - Tipo de cateter:					4 - Número de lumens:			5 - Local de Inserção:	
Etiqueta de Identificação do doente		Data de adm. hospitalar: __/__/__ Data de adm. no serviço: __/__/__ Data de inserção do cateter: __/__/__ Data de remoção do cateter: __/__/__ Data de alta da unidade: __/__/__					Venoso Central <input type="checkbox"/> Artéria Pulmonar <input type="checkbox"/> Diálise <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/>					1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> ≥ 4 <input type="checkbox"/>			Veia Jugular <input type="checkbox"/> Veia Subclávia <input type="checkbox"/> Veia Femoral <input type="checkbox"/> Direita <input type="checkbox"/> Esquerda <input type="checkbox"/>	
6 – Durante o internamento no serviço:																
Dia	Adm	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Data	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__
Confirmação da necessidade de CVC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Descontaminação das conexões com álcool ou Clorhexidina 2%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Higiene das mãos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Realização do penso com técnica asséptica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antissepsia do local de inserção com Clorhexidina 2%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Instruções de preenchimento:

A *checklist* deve ser aplicada a todos os doentes admitidos na unidade que aí permaneçam pelo menos **24 horas** ou dois dias de calendário consecutivos.

5. Para a identificação da checklist, colar uma **vinheta de identificação** do doente.
6. Colocar as datas no formato **dd/mm/aa**.
7. Assinalar o tipo de dispositivo intravascular utilizado. Estão **excluídos** do âmbito deste registo os seguintes dispositivos:
 - Cateteres totalmente implantados com câmara subcutânea;
 - Cateteres centrais de inserção periférica;
 - Cateteres tunelizados.
8. Assinalar o número de lumens do cateter venoso central (**excluir o cateter de artéria pulmonar** deste registo).
9. Assinalar a **localização** anatómica do dispositivo intravascular, indicando a **lateralidade** em cada um dos casos.
10. No quadro "**durante o internamento na unidade**", assinalar os campos do seguinte modo:

■ Quadrado preenchido – atividade cumprida

☒ Quadrado "traçado" – sem indicação (para distinguir do não efetuado)

□ Quadrado não preenchido – não efetuado

Legenda:

□ = Registo diário

□□□ = Cada quadrado corresponde a um turno (N, M, T)

APÊNDICE XXII

Tratamento de dados das *checklists* de verificação do procedimento

Manuela Fonseca

PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO

“Checklist de verificação da manutenção do CVC”
e
“Checklist de verificação da colocação do CVC”

Tratamento de dados

Março de 2015

ÍNDICE:	Pág.
1 – INTRODUÇÃO	3
2 – TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS DAS CHECKLISTS	5
3 – CONCLUSÃO	12
APÊNDICE 1 – Checklists de verificação do procedimento	

ÍNDICE DE GRÁFICOS		Pág.
Gráfico 1	Local de Inserção do CVC	5
Gráfico 2	Lateralidade do CVC	6
Gráfico 3	Contexto de Inserção do CVC	6
Gráfico 4	Limitações encontradas para a escolha da veia subclávia	7
Gráfico 5	Observação das práticas antes do procedimento	8
Gráfico 6	Observação das práticas durante procedimento	8
Gráfico 7	Observação das práticas após o procedimento	9
Gráfico 8	Confirmação da necessidade de CVC	9
Gráfico 9	Descontaminação das conexões com álcool	10
Gráfico 10	Higiene das mãos	10
Gráfico 11	Realização do penso com técnica asséptica	11
Gráfico 12	Antissépsia do local de inserção com Clorohexidina 2%	11

1 – INTRODUÇÃO

No âmbito do 3º Curso de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal foi-nos proposto a execução de um projeto de intervenção em serviço, realizado na Unidade de Cuidados Intensivos de um hospital da margem sul do Tejo.

No âmbito dos estágios que realizamos no serviço supracitado, desenvolvemos um PIS de acordo com a metodologia de projeto, na área da Intervenções de Enfermagem ao doente com cateter venoso central internado na UCI desse Centro Hospitalar, sob a orientação da Enfª F. B. e Prof. E. M.

Por ser uma área de particular interesse, por considerar que as Intervenções de Enfermagem na Prevenção das Infeções associadas aos Cateteres Venosos Centrais se revestem de crucial importância na prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde, e após uma entrevista não estruturada com a Enfª Coordenadora da UCI e com a Enfª Coordenadora da CCI da Instituição referida, se ter concluído que as mesmas consideraram o tema pertinente, desenvolvemos um projeto nesta área, com o objetivo de contribuir para a prevenção das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde relacionadas com os cateteres venosos centrais na UCI do Centro Hospitalar.

Neste âmbito, após se ter justificado a pertinência deste tema com a aplicação de um questionário à equipa de enfermagem, elaborou-se o “Procedimento para Prevenção da Infeção associada à Cateterização Venosa Central no Adulto” e uma checklist de verificação do procedimento que foi aplicada entre os dias 15 de Abril e 15 de Maio de 2014.

Após o tratamento de dados dessa Checklist, concluiu-se que esta seria mais fácil de preencher se fosse dividida em duas, uma de colocação e outra de manutenção, pelo que discutimos essa possibilidade com a Enfª Orientadora e a Docente de referência e reformulámos a *Checklist* de acordo com as sugestões (Apêndice 1) que aplicámos no mesmo serviço entre os dias 25 de Fevereiro e 23 de Março de 2015.

Através da elaboração deste documento pretende mostrar os resultados obtidos pelas checklists implementadas.

Sendo assim, elabora este documento com os seguintes capítulos:

- Introdução
- Tratamento e análise de dados
- Conclusão
- Apêndice

O presente documento encontra-se redigido de acordo com as orientações do Acordo Ortográfico e guia-se pelas indicações da Norma Portuguesa 405.

2 – TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS DAS CHECKLISTS

As checklists de verificação do procedimento foram implementadas entre os dias 25 de Fevereiro e 23 de Março de 2015.

Entraram na UCI 22 doentes durante esse período, tendo sido preenchidas 17 checklists (adesão 77%).

Após o preenchimento das checklists, procedeu-se a uma análise quantitativa dos dados obtidos, através do programa informático Excel.

Foram identificados 17 Cateteres, dos quais 16 eram Cateteres Venosos Centrais (CVC) e 1 Cateter de Hemodiálise. Do total de cateteres, apenas 8 foram colocados na UCI, pelo que os restantes 9 já estavam presentes na altura da admissão na unidade.

Relativamente ao local de inserção do cateter, 53% encontravam-se na Veia Jugular, 23% na Veia Subclávia e 24% na Veia Femoral, como se pode ver no gráfico 1.

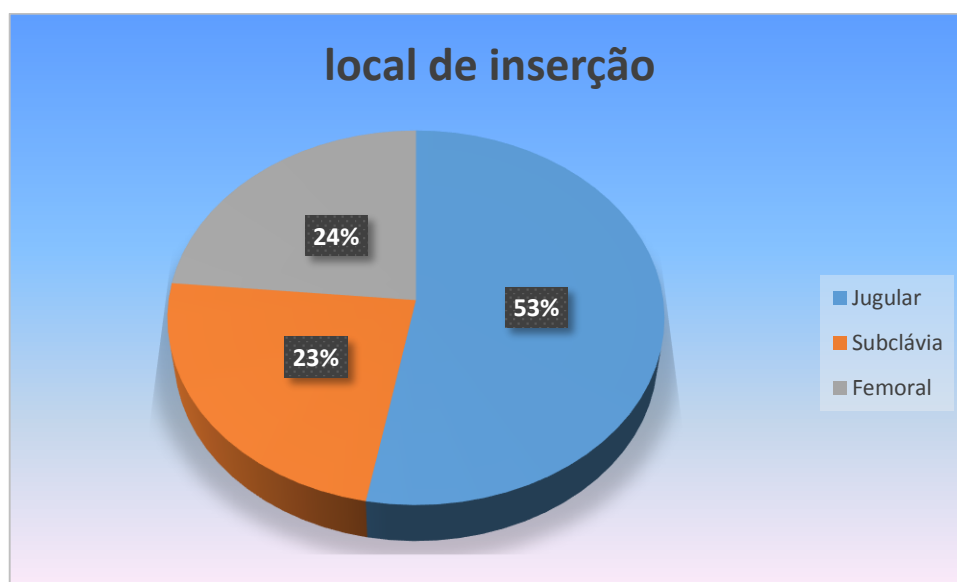


Gráfico 1 – Local de Inserção do CVC

Quanto à lateralidade do CVC, 65% foram colocados do lado direito, pelo que 35% se colocaram à esquerda (Gráfico 2).

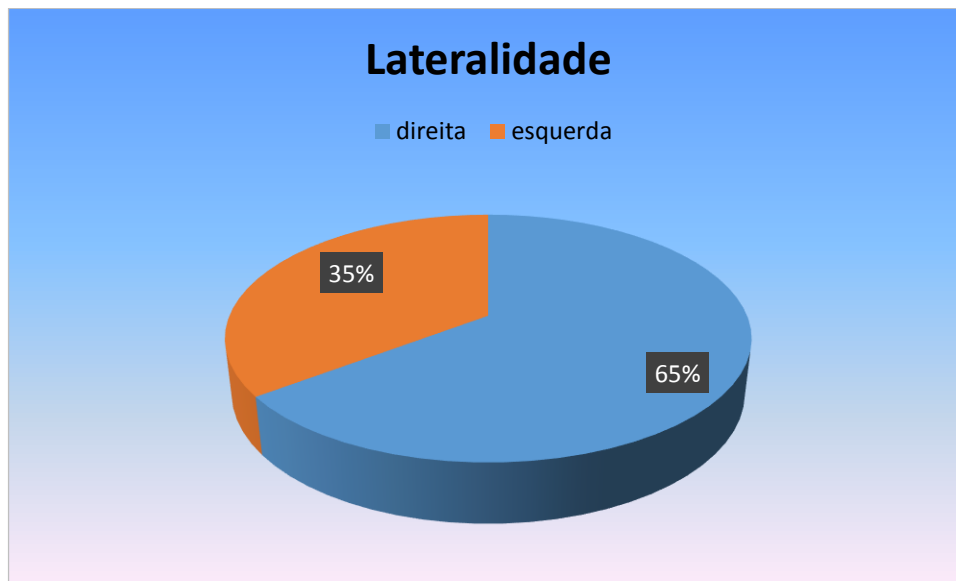


Gráfico 2 – Lateralidade do CVC

Relativamente ao número de lúmens do CVC, todos os cateteres apresentavam 3 lumens.

Dos cateteres que foram colocados na UCI, 29% foram colocados numa situação de emergência, sendo que 71% foram colocados eletivamente, como se pode constatar no gráfico 3.

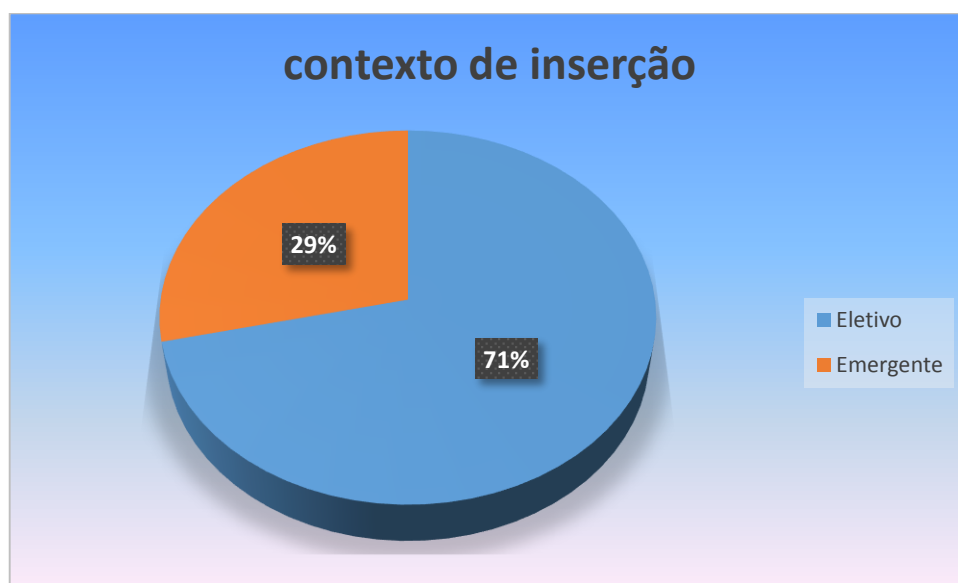


Gráfico 3 – Contexto de Inserção do CVC

Dos 8 cateteres colocados na UCI, apenas 2 foram colocados na Veia Subclávia. As limitações encontradas para a escolha desta veia foram o Elevado Risco de Hemorragia/Pneumotórax, a Distorção da Anatomia, o fato de ser um cateter de hemodiálise (elevado risco de trombólise) e Tentativa falhada de colocação do cateter na veia subclávia, como se verifica no Gráfico 4.

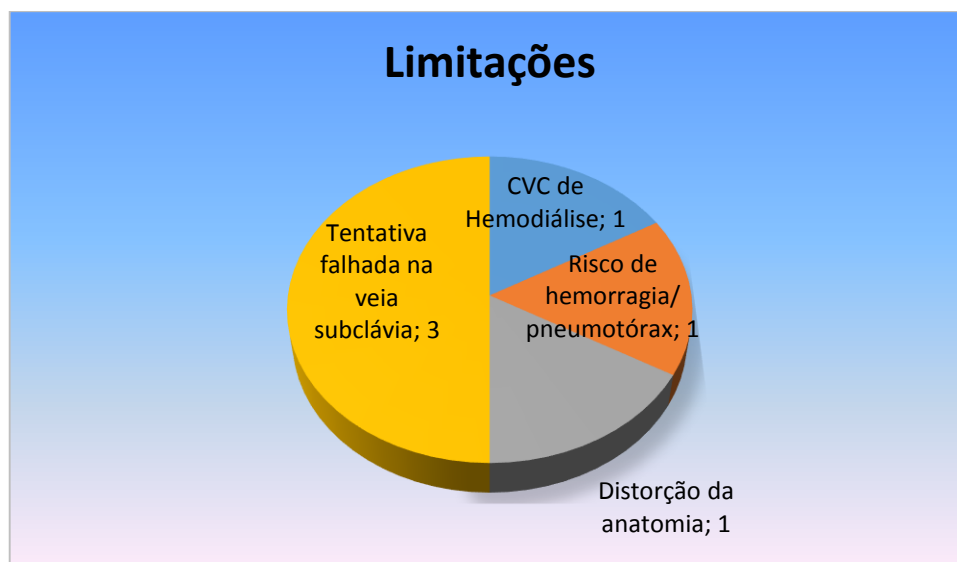


Gráfico 4 – Limitações encontradas para a escolha da veia subclávia

Ao analisar o gráfico 5, constata-se que, antes do procedimento o médico e ajudante efetuaram lavagem cirúrgica das mãos e antebraços em todas as colocações de cateter, o médico e ajudante usaram barrete, máscara, bata e luvas estéreis em 6 das 8 colocações, foi usada solução antisséptica c/ clorhexidina a 2% em álcool na zona de inserção do CVC em todas as vezes e foi usado um campo estéril grande (pelo menos até aos joelhos) para campo cirúrgico em 5 das 8 oportunidades.

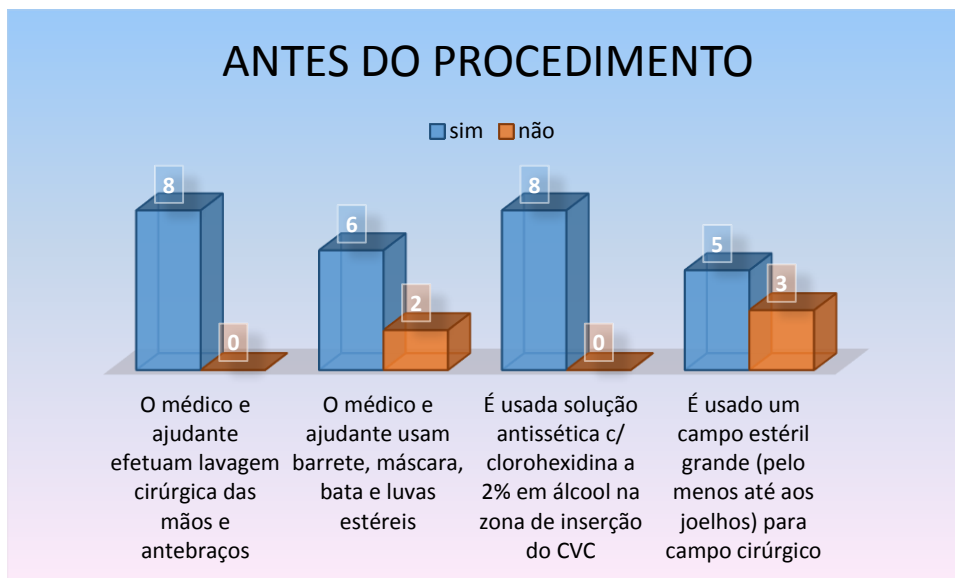


Gráfico 5 – Observação das práticas antes do procedimento

Durante o procedimento, o operador utilizou sempre luvas estéreis, máscara com viseira, barrete e bata estéril, mas o mesmo não aconteceu com o ajudante em 2 colocações de CVC. O campo foi mantido estéril durante todo o procedimento.

Em todas as colocações, toda a equipa no ambiente envolvente do doente (2 metros) usou máscara, como consta no Gráfico 6.

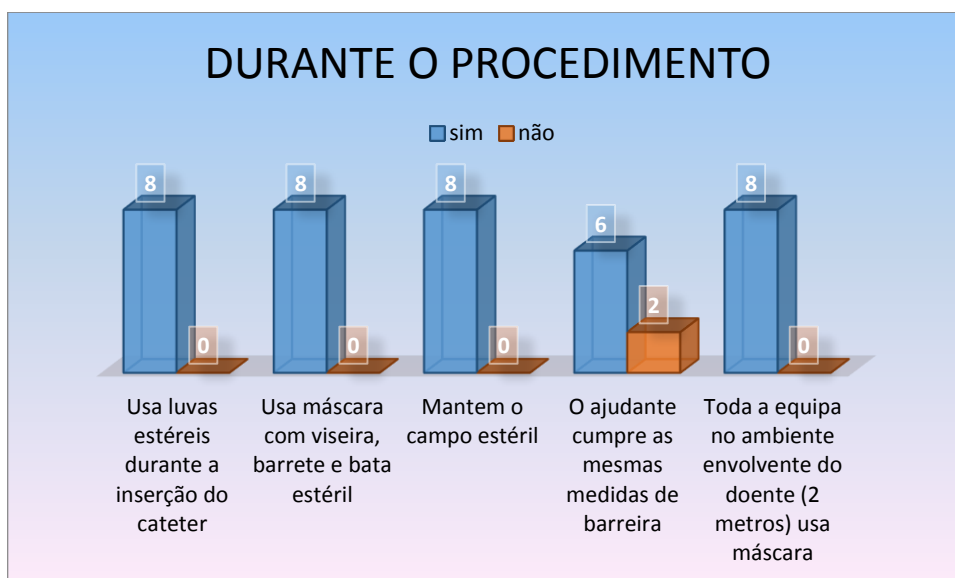


Gráfico 6 – Observação das práticas durante o procedimento

Após o procedimento foi mantida a técnica asséptica na realização do penso do CVC e o penso foi datado, como nos mostra o gráfico 7.

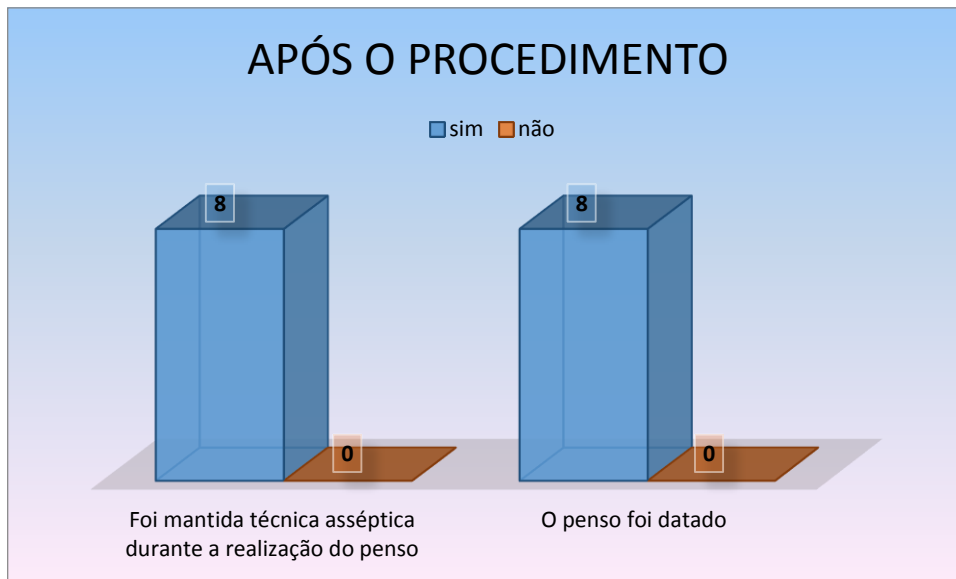


Gráfico 7 – Observação das práticas após o procedimento

Relativamente aos cuidados na manutenção do CVC, a Confirmação da necessidade de CVC teve uma adesão de 78%, a Descontaminação das conexões com álcool uma adesão de 31%, a Higiene das mãos uma adesão de 34%, a Realização do penso com técnica asséptica uma adesão de 21% e a Antissépsia do local de inserção com Clorohexidina 2% uma adesão de 23%, como se pode constatar nos gráficos 8, 9, 10, 11 e 12.

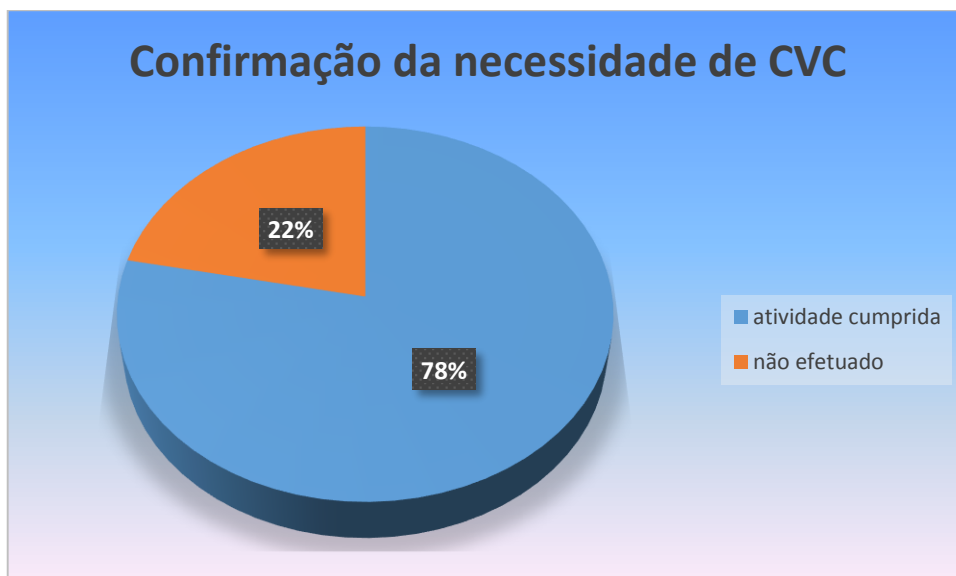


Gráfico 8 – Confirmação da necessidade de CVC

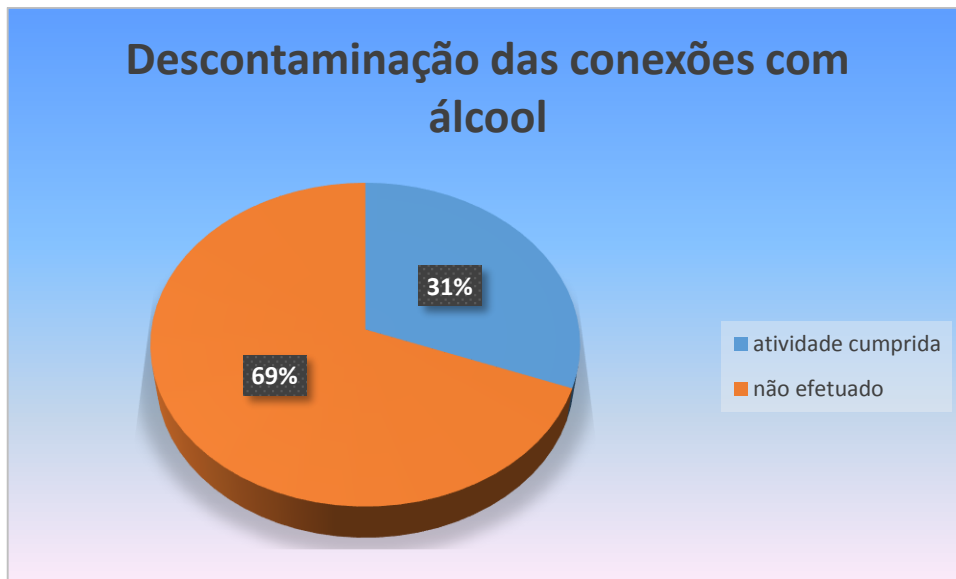


Gráfico 9 – Descontaminação das conexões com álcool

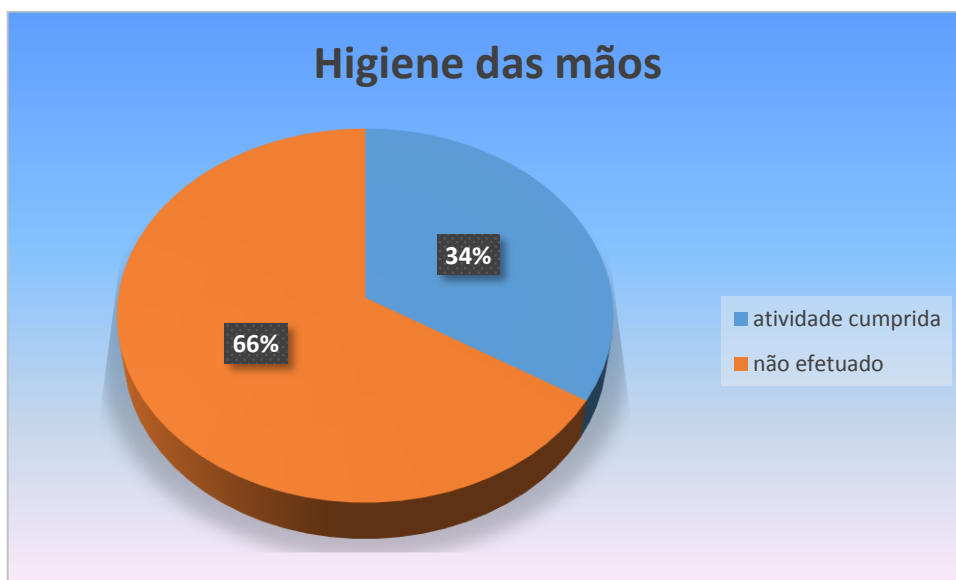


Gráfico 10 – Higiene das mãos

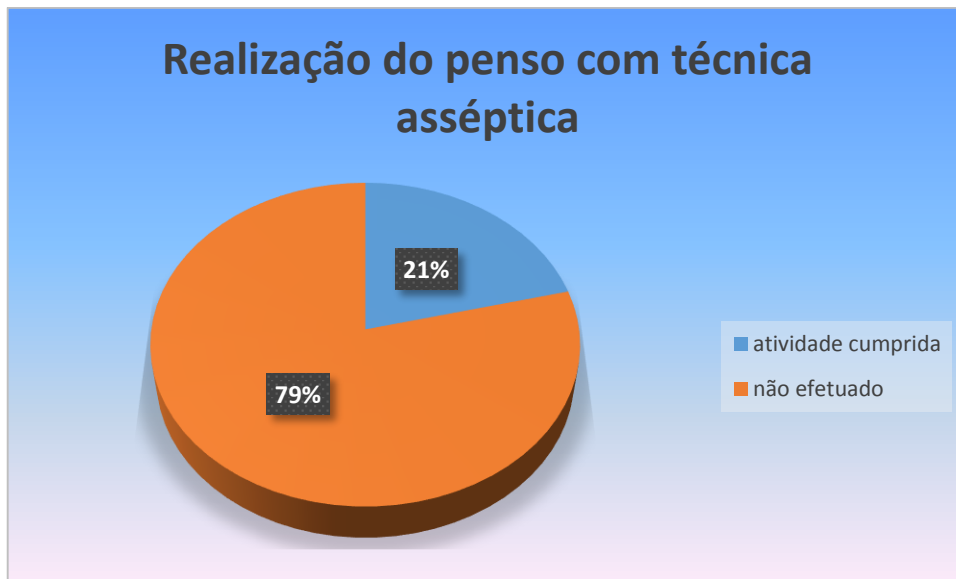


Gráfico 11 – Realização do penso com técnica asséptica

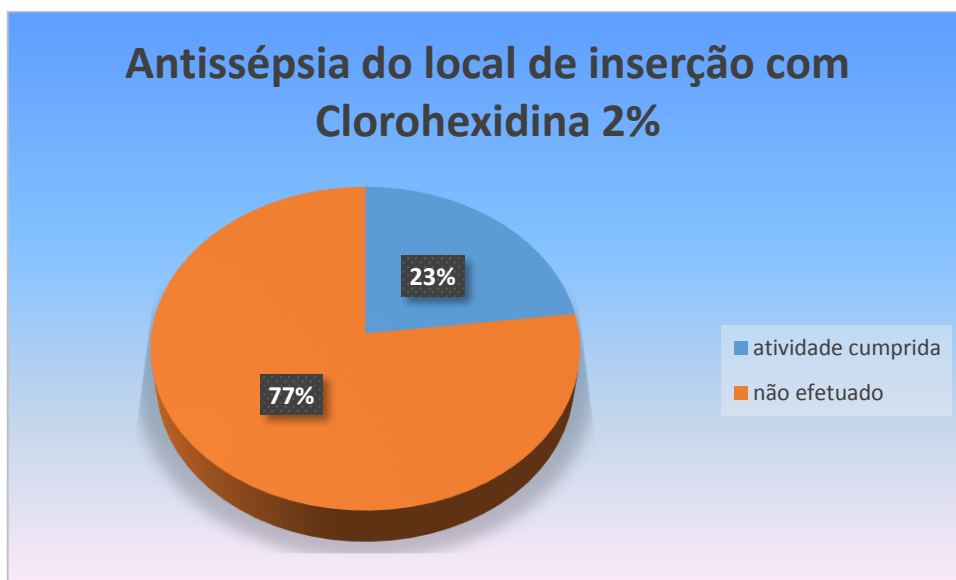


Gráfico 12 – Antissépsia do local de inserção com Clorhexidina 2%

3 – CONCLUSÃO

Após tratamento das fichas de avaliação da formação através do programa Excel podemos inferir que entraram na UCI 22 doentes durante o período de implementação das checklists, tendo sido preenchidas 17 checklists (adesão 77%).

Da análise dos dados obtidos, foram identificados 17 Cateteres, 16 Cateteres Venosos Centrais (CVC) e 1 Cateter de Hemodiálise, sendo que apenas 8 foram colocados na UCI, pelo que os restantes 9 já estavam presentes na altura da admissão na unidade.

Relativamente ao local de inserção do cateter, 53% encontravam-se na Veia Jugular, 23% na Veia Subclávia e 24% na Veia Femoral. Quanto à lateralidade do CVC, 65% foram colocados do lado direito, pelo que 35% se colocaram à esquerda. Todos os cateteres colocados apresentavam 3 lumens.

Dos cateteres que foram colocados na UCI, 29% foram colocados numa situação de emergência, sendo que 71% foram colocados eletivamente, dos quais apenas 2 foram colocados na Veia Subclávia. As limitações encontradas para a escolha desta veia foram o Elevado Risco de Hemorragia/Pneumotórax, a Distorção da Anatomia, o fato de ser um cateter de hemodiálise (elevado risco de trombólise) e Tentativa falhada de colocação do cateter na veia subclávia.

Antes do procedimento o médico e ajudante efetuaram lavagem cirúrgica das mãos e antebraços em todas as colocações de cateter, o médico e ajudante usaram barrete, máscara, bata e luvas estéreis em 6 das 8 colocações, foi usada solução antisséptica c/ clorhexidina a 2% em álcool na zona de inserção do CVC em todas as vezes e foi usado um campo estéril grande (pelo menos até aos joelhos) para campo cirúrgico em 5 das 8 oportunidades.

Durante o procedimento, o operador utilizou sempre luvas estéreis, máscara com viseira, barrete e bata estéril, mas o mesmo não aconteceu com o ajudante em 2 colocações de CVC. O campo foi mantido estéril durante todo o procedimento. Em todas as colocações, toda a equipa no ambiente envolvente do doente (2 metros).

Após o procedimento foi mantida a técnica asséptica na realização do penso do CVC e o penso foi datado

Relativamente aos cuidados na manutenção do CVC, a Confirmação da necessidade de CVC teve uma adesão de 78%, a Descontaminação das conexões com álcool uma adesão de 31%, a Higiene das mãos uma adesão de 34%, a Realização do penso com técnica asséptica uma adesão de 21% e a Antissépsia do local de inserção com Clorhexidina 2% uma adesão de 23%.

Apêndice 1: Checklists de Verificação do Procedimento

Checklist de verificação da colocação do CVC

1 - Identificação: <div style="background-color: #4a86e8; color: white; text-align: center; padding: 20px; margin: 10px 0;">Etiqueta de Identificação do doente</div>			2 - Data: Data de adm. hospitalar: __/__/__ Data de adm. no serviço: __/__/__ Data de inserção do cateter: __/__/__ Data de remoção do cateter: __/__/__ Data de alta da unidade: __/__/__ Colocação guiada por ecografia? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
3 - Contexto de inserção: Eletivo <input type="checkbox"/> Emergente <input type="checkbox"/>	5 - Tipo de cateter: Venoso Central <input type="checkbox"/> Artéria Pulmonar <input type="checkbox"/> Diálise <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/>	6 - Número de lumens: 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> ≥ 4 <input type="checkbox"/>	7 - Local de Inserção: Veia Jugular <input type="checkbox"/> Veia Subclávia <input type="checkbox"/> Veia Femoral <input type="checkbox"/> Direita <input type="checkbox"/> Esquerda <input type="checkbox"/>	8 - Número de punções da pele: 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> ≥ 4 <input type="checkbox"/>
4 - Motivo: Nova indicação <input type="checkbox"/> Substituição <input type="checkbox"/>				
9 - Limitações encontradas para escolha da veia subclávia: <input type="checkbox"/> Inexperiência do operador <input type="checkbox"/> Elevado risco de hemorragia/pneumotórax <input type="checkbox"/> Tentativa falhada de colocação do cateter na veia subclávia <input type="checkbox"/> Local de inserção infetado ou com lesão cutânea <input type="checkbox"/> Distorção da anatomia <input type="checkbox"/> Veias subclávias não disponíveis <input type="checkbox"/> CVC de Hemodiálise (risco de trombólise) <input type="checkbox"/> Emergência na obtenção do acesso				
10 - Antes do Procedimento:			Sim	Não
A – O médico e ajudante efetuam lavagem cirúrgica das mãos e antebraços			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B - O médico e ajudante usam barrete, máscara, bata e luvas estéreis.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C - É usada solução antisséptica c/ clorohexidina a 2% em álcool na zona de inserção do CVC			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> deixa secar 30" (locais secos)				
<input type="checkbox"/> deixa secar 2' (locais húmidos)				
D – É usado um campo estéril grande (pelo menos até aos joelhos) para campo cirúrgico			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 - Durante o procedimento:			Sim	Não
A - Usa luvas estéreis durante a inserção do cateter			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B - Usa máscara com viseira, barrete e bata estéril			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C - Mantem o campo estéril			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D - O ajudante cumpre as mesmas medidas de barreira			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E - Toda a equipa no ambiente envolvente do doente (2 metros) usa máscara			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 - Após o procedimento:			Sim	Não
A - Foi mantida técnica asséptica durante a realização do penso			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B - O penso foi datado			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Instruções de preenchimento:

A checklist deve ser aplicada a todos os doentes admitidos na unidade que aí permaneçam pelo menos **24 horas** ou dois dias de calendário consecutivos.

11. Para a identificação da checklist, colar uma **vinheta de identificação** do doente.
12. Colocar as datas no formato **dd/mm/aa**.
22. Assinalar o tipo de dispositivo intravascular utilizado. Estão **excluídos** do âmbito deste registo os seguintes dispositivos:
 - Cateteres totalmente implantados com câmara subcutânea;
 - Cateteres centrais de inserção periférica;
 - Cateteres tunelizados.
23. Assinalar o número de lúmens do cateter venoso central (**excluir o cateter de artéria pulmonar** deste registo).
24. Assinalar a **localização** anatómica do dispositivo intravascular, indicando a **lateralidade** em cada um dos casos.
25. Assinalar o número de punções realizadas na pele **incluindo** a que obteve sucesso para a colocação.
26. Assinalar as limitações identificadas (até ao **máximo de 3**) que levaram à colocação do dispositivo na veia jugular ou femoral.
27. B - Observar a correcta aplicação dos EPI's. Considerar "NÃO" se constatar má aplicação dos EPI's.
C - Consideram-se como **locais secos** as abordagens jugular e subclávia e como **local húmido** a abordagem femoral.

D - O campo cirúrgico deve ocupar toda a superfície corporal do doente.
28. E - Toda a equipa na sala usa máscara numa área de **2 metros** em redor do local onde está a ser colocado o cateter.
29. B - O **registo** da data do penso é realizado no processo do doente (tem de existir evidência).

Instruções de preenchimento:

A checklist deve ser aplicada a todos os doentes admitidos na unidade que aí permaneçam pelo menos **24 horas** ou dois dias de calendário consecutivos.

13. Para a identificação da checklist, colar uma **vinheta de identificação** do doente.
14. Colocar as datas no formato **dd/mm/aa**.
15. Assinalar o tipo de dispositivo intravascular utilizado. Estão **excluídos** do âmbito deste registo os seguintes dispositivos:
 - Cateteres totalmente implantados com câmara subcutânea;
 - Cateteres centrais de inserção periférica;
 - Cateteres tunelizados.
16. Assinalar o número de lúmens do cateter venoso central (**excluir o cateter de artéria pulmonar** deste registo).
17. Assinalar a **localização** anatómica do dispositivo intravascular, indicando a **lateralidade** em cada um dos casos.
18. No quadro "**durante o internamento na unidade**", assinalar os campos do seguinte modo:

- Quadrado preenchido – atividade cumprida
- Quadrado "traçado" – sem indicação (para distinguir do não efetuado)
- Quadrado não preenchido – não efetuado

Legenda:

= registo diário

= cada quadrado corresponde a um turno (N, M, T)

APÊNDICE XXIII

Trabalho de Supervisão de Cuidados



Ana Coelho
Inês Albuquerque
Manuela Fonseca
Patrícia Carvalho

**Supervisão Clínica em
Enfermagem**

Trabalho realizado no âmbito da Unidade Curricular Médico-Cirúrgica II, sob orientação da Prof. Elsa Monteiro.

Junho 2014

SIGLAS

%	Percentagem
CH	Centro Hospitalar
CIPE®	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem®
DGS	Direção Geral de Saúde
EV	Endovenoso
FiO ₂	Fração Inspirada de Oxigénio
IACS	Infeção Associada aos Cuidados de Saúde
IH	Infeção Hospitalar
NOC	Norma de Orientação Clínica
O ₂	Oxigénio
REPE	Regulamento do Exercício para a Prática de Enfermagem
SCE	Supervisão Clínica em Enfermagem
SPCI	Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos
SpO ₂	Saturação Periférica de Oxigénio
SUG	Serviço de Urgência Geral
UCI	Unidade de Cuidados Intensivos

ÍNDICE

INTRODUÇÃO 3

1. SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM	5
2. COMPETENCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E A TOMADA DE DECISÃO	9
3. CASO CLÍNICO	11
4. PLANO DE CUIDADOS	13
4.1. HIPÓXIA	14
4.2. DOR	17
4.3. INFEÇÃO	20
4.4. CONFUSÃO	25
5. CONCLUSÃO	30
6. BIBLIOGRAFIA	31
APÊNDICE 1 – Intoxicação por Cogumelos	36



INTRODUÇÃO

O presente trabalho, proposto no âmbito da Unidade Temática Supervisão de Cuidados do 3º Curso de Pós-licenciatura em de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, no ano letivo de 2013/2014, tem por base a apreciação de um caso clínico vivenciado em contexto de trabalho. O trabalho foi analisado tendo em conta o processo de enfermagem, em que os diagnósticos, intervenções e resultados foram elaborados de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE Beta 2).

O caso analisado, que tem por base uma situação de intoxicação involuntária por cogumelos (*Amanita Phalloides*), foi vivenciado pela maior parte do grupo, numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) de um Hospital da Margem Sul (cujo enquadramento é facultado no APÊNDICE 1). Trata-se de um acontecimento inesperado e potencialmente mortal pela multiplicidade de sistemas orgânicos que podem ser afetados, pelo que pode e deve ser analisado à luz da Supervisão Clínica.

Segundo Abreu (2003, p.27) “O supervisor das práticas clínicas deve analisar o conteúdo e o contexto da informação em função do perfil de competências que pretende promover nem determinado domínio”.

A Supervisão Clínica em Enfermagem (SCE) é:

“um processo dinâmico, interpessoal e formal de suporte, acompanhamento e desenvolvimento de competências profissionais, através da reflexão, ajuda, orientação e monitorização, tendo em vista a qualidade dos cuidados de enfermagem, a protecção e seguranças dos utentes e o aumento da satisfação profissional” (MAIA; ABREU, 2003 *cit. in* ABREU 2007,p.177).

Ao elaborarmos este trabalho propomo-nos a atingir os seguintes objetivos:

- Planificar os cuidados de enfermagem de acordo com as competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica;
- Adquirir competências que orientem a tomada de decisão na SCE;
- Fundamentar os cuidados de enfermagem do ponto de vista ético, deontológico e jurídico.

O presente trabalho encontra-se dividido em 5 partes distintas.

No primeiro capítulo é realizado o enquadramento conceptual, onde é contextualizada a SCE, nomeadamente o seu conceito, o papel do supervisor e uma breve abordagem aos modelos de SCE.



Em seguida, no segundo capítulo, fazemos alusão às competências do Enfermeiro especialista relacionando-as com a tomada de decisão.

No terceiro capítulo é apresentado o cliente alvo dos nossos cuidados e a sua história clínica. Posteriormente no quarto capítulo são formulados os diagnósticos de enfermagem de acordo com a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Virgínia Henderson. Seleccionámos os mais sensíveis aos cuidados de enfermagem, que analisámos do ponto de vista ético, deontológico e jurídico, bem como à luz das *guidelines* e protocolos atuais.

Por fim, no quinto e último capítulo, é apresentada a conclusão, onde refletimos sobre o trabalho realizado ao abordar as ideias mais significativas, a avaliação dos objetivos e os aspetos facilitadores e dificuldades sentidas.

Este trabalho foi redigido tendo em conta as orientações do novo acordo ortográfico, respeita os critérios bibliográficos da Norma Portuguesa 405 e teve em conta o guia de elaboração de trabalhos escritos da referida escola.



1. SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM

Em Portugal, os estudos pioneiros desenvolvidos em torno do conceito de supervisão devem-se a Alarcão e Tavares. Estes investigadores definiram supervisão como um processo em que o professor, possuidor de inúmeros conhecimentos, colabora no desenvolvimento profissional de um professor recentemente integrado nas ações pedagógicas (ALARCÃO; TAVARES, 1987 *cit. in* CUNHA, 2008). Desta forma, o conceito de supervisão era vulgarmente utilizado na prática pedagógica na formação inicial de professores e educadores (ALARCÃO, 1987 *cit. in* MACEDO, 2012) e não na área de enfermagem, já que só recentemente é que tem ganho visibilidade.

Ao longo da história de enfermagem foram vários os teóricos que de uma forma direta ou não se têm debatido relativamente à SCE.

Apesar de os princípios da SCE não terem sido atribuídos aos trabalhos de Florence Nightingale, foram estes que lançaram as primeiras bases, já que influenciaram o Mundo Ocidental, nas áreas de formação e administração (ABREU 2007; CUNHA, 2008).

Para Betty Neuman as práticas de supervisão permitem avaliar os objetivos e uma eventual reformulação, tendo em conta os diagnósticos de enfermagem e os resultados esperados. Imogene King referiu que o acompanhamento das práticas permitia uma avaliação sobre o tipo de informação a considerar na tomada de decisão, sobre as alternativas e sobre os conhecimentos das mesmas. Hildegare Peplau identificou o processo como o desenvolvimento de atitudes, habilidades e características pessoais, em paralelo com a inteligência emocional, o pensamento relacional e preocupações éticas. Na área de enfermagem, esta última teórica sistematizou um conjunto de preocupações que mais tarde veio a dar corpo à SCE (ABREU, 2007)

Abreu (2007) refere que em Portugal, o aparecimento da SCE deve-se a factos que marcaram o desenvolvimento da enfermagem, que foram:

- O movimento da educação permanente, nos anos 70;
- Os estudos em matéria de qualidade e cuidados de enfermagem;
- Os processos de certificação da qualidade.

Assim, no sentido de dar resposta às exigências sociais, aos cuidados cada vez mais complexos e melhorar a qualidade dos serviços prestados, é exigido cada vez mais aos profissionais, pelo que foi neste contexto que surgiu a SCE (GARRIDO, 2004; ABREU 2007; CUNHA, 2008).

Definir SCE é difícil, dada a diversidade de definições, que por vezes são semelhantes entre si, complementares e até mesmo divergentes, sendo que não há definições melhores que outras.



Este facto depende dos valores, convicções e interesses das pessoas envolvidas, assim como do contexto em que a supervisão é desenvolvida (MACEDO, 2012).

A palavra *Supervisão* deriva do latim *super* que significa *sobre* e *video* que significa *eu vejo* (SANTIAGO; CUNHA, 2011). Estes dois termos suscitam a ideia de autoridade, presentes na visão tradicional, em que alguém define, comanda, impõe, inspeciona e fiscaliza (MACEDO, 2012). Assim, tradicionalmente, o ato de supervisionar implicava verificar se as práticas eram devidamente cumpridas, tendo em conta as regras e os procedimentos. O supervisor planeava o trabalho e os outros teriam de obedecer sem questionar (GARRIDO, 2004). Esta forma tradicional perdurou durante muitos anos e ainda hoje há quem mantenha esta ideia de supervisão.

Em Portugal, as primeiras referências de supervisão na área de enfermagem surgiram no Decreto Regulamentar 3/88, de 22 de Janeiro, em que eram os enfermeiros-chefes das unidades ou serviços que desempenhavam a função de supervisionar.

Frequentemente, a expressão “supervisão clínica” é utilizada na orientação de alunos de enfermagem, em ensino clínico e na formação em exercício dos enfermeiros (MACEDO, 2012). Antes do surgimento das escolas, era no hospital que as enfermeiras se formavam e exerciam as suas atividades de supervisão (MACEDO, 2012). Na altura, os hospitais não reuniam as condições necessárias para que os cuidados fossem realizados com a perfeição exigível (MACEDO, 2012).

A supervisão clínica dos alunos em estágio era, até há pouco tempo, unicamente da responsabilidade dos docentes, pelo que os enfermeiros não eram envolvidos na formação dos alunos porque se considerava que estes não possuíam conhecimentos atualizados. No entanto, desde a integração da enfermagem no Ensino Superior, os enfermeiros têm tido um papel mais ativo na formação dos estudantes de enfermagem (SILVA; PIRES; VILELA, 2011).

Na década de 90, multiplicaram-se os estudos na área da SCE, entendida como um “processo de acompanhamento de competências clínicas dos alunos e da formação em exercício dos enfermeiros” (ABREU, 2003, p.17).

No nosso país, no que respeita a prática de enfermagem, era mais comum utilizar-se a expressão *orientação da prática clínica* em vez de SCE, pelo que só recentemente é que se tornou mais frequente utilizar este novo vocabulário (MACEDO, 2012).

Investigações feitas no âmbito da supervisão, a reorganização e desenvolvimento do ensino em enfermagem das novas metodologias de acreditação da qualidade dos cuidados despertaram para a evolução da SCE (ABREU, 2007; CUNHA, 2008; GARRIDO; SIMÕES; PIRES, 2008 *cit. in* FERNANDES *et. al*, 2012).



Numa visão mais moderna, a supervisão está associada ao controle e à educação, favorecendo as práticas (REIS; HORTALE, 2002 *cit. in* SANTIAGO; CUNHA, 2011). Atualmente, o trabalho de supervisionar é interagir com o supervisionado, ajudando-o no sentido da resolução de problemas, visando a qualidade (CORREIA;SERVO, 2006 *cit. in* SANTIAGO; CUNHA, 2011).

Segundo Maia e Abreu, (2003 *cit. in* ABREU 2007, p.117), a SCE é

“um processo dinâmico, interpessoal e formal de suporte, acompanhamento e desenvolvimento de competências profissionais, através da reflexão, ajuda, orientação e monitorização, tendo em vista a qualidade dos cuidados de enfermagem, a protecção e seguranças dos utentes e o aumento da satisfação profissional.”

Segundo Simões (2004 *cit. in* FERNANDES, 2012), a SCE diz respeito a uma relação profissional centrada na exigência, na formação, no trabalho e no desenvolvimento emocional, envolvendo uma reflexão sobre o desenvolvimento das práticas orientadas por um profissional qualificado.

No contexto do modelo de desenvolvimento profissional, a supervisão clínica é definida como “um processo formal de acompanhamento da prática profissional, que visa promover a tomada de decisão autónoma, valorizando a protecção da pessoa e a segurança dos cuidados, através de processos de reflexão e análise da prática clínica” (OE, 2010, p. 2).

Face ao exposto, a SCE dá suporte aos cuidados de enfermagem, melhorando a qualidade dos mesmos (ABREU, 2007; SOARES, 2009 *cit. in* NOVO, 2011).

A função do supervisor é a desenvolver nos supervisionados competências profissionais e atitudes que visem a melhoria dos cuidados. Desta forma, o supervisor deverá ser perito na área de enfermagem, com capacidade de se adaptar a diferentes circunstâncias e reconhecido pelos outros (COTRELL, 2000 *cit. in* MARTINS *et. al*, 2014). Conhecendo a sua equipa, o supervisor clínico ajuda os outros elementos, orientando e ensinando-os (SANTIAGO; CUNHA, 2011).

O supervisor clínico deve assumir o papel de professor, enfermeiro e de pessoa (NASCIMENTO, 2007 *cit. in* FERNANDES *et. al*, 2012). Para que o trabalho do supervisor seja eficaz deverá ser capaz de estimular, motivar, envolver os outros nas tomadas de decisões, assim como saber ouvi-los (GARRIDO, 2002; SANTIAGO; CUNHA, 2011).

O trabalho de supervisor influencia a assistência prestada, tornando-se num elo entre a organização, os doentes e a equipa de enfermagem (SANTIAGO; CUNHA, 2011).

Nos últimos anos surgiram vários modelos de supervisão clínica em enfermagem (GARRIDO, 2004 *cit in* FERNANDES *et. al*, 2012), justificados pela diversidade de áreas clínicas e organizações.



O modelo de SCE numa UCI é totalmente diferente do modelo de um centro de saúde, já que a organização dos cuidados e as pessoas são diferentes.

Faugier e Butterworth (1993, cit. in ABREU, 2007) propuseram a classificação dos modelos de SCE em três tipos:

- Os que salientam a relação de supervisão;
- Os que descrevem as funções do papel desempenhado;
- Os desenvolvimentais que se centram no desenvolvimento da relação supervisora.

Proctor (1991, cit. in ABREU, 2007) afirmou que a SCE compreende três funções estruturantes:

- **Normativa:** Diz respeito a um conjunto de iniciativas destinadas a promover a qualidade assistencial e a seguranças das práticas.
- **Formativa:** Relacionada com o desenvolvimento de competências pessoais e profissionais.
- **Restaurativa:** Compreende o suporte necessário para que o profissional se adapte a um conjunto de pressões provenientes dos múltiplos contextos.

O modelo de Proctor tem sido referenciado em vários estudos e contextos de enfermagem, tais como na saúde mental, na saúde ocupacional e na enfermagem médico-cirúrgica (ABREU, 2007).

O modelo proposto por Nickelin, baseado no modelo anterior, é composto por seis fases: análise da prática, identificação do problema, objetivo, planeamento, implementação e avaliação (ABREU, 2007; FERNANDES *et. al.*, 2012). Para Abreu (2002, cit. in FERNANDES *et. al.*, 2012), é o modelo que melhor se enquadra à prática clínica.

Tendo em conta o supracitado a SCE insere-se nas competências comuns do enfermeiro especialista e irá influenciar o processo de tomada de decisão.



2. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E A TOMADA DE DECISÃO

A boa prática em Enfermagem baseia-se no respeito pelos valores, costumes e religiões. Assim o enfermeiro na sua prática diária necessita de sensibilidade para perceber o cliente como ser único e singular, tentando obter elevados níveis de satisfação por parte dos clientes (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2001).

O enfermeiro especialista detém um conhecimento aprofundado numa determinada área de enfermagem, o que se traduz num julgamento clínico e tomada de decisão de nível superior reveladores das competências especializadas que possuem. Este possui um papel importante na educação dos clientes e dos pares, na orientação, no aconselhamento e na liderança (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010).

Enquanto prestador de cuidados, o enfermeiro especialista deve incidir nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal ao nível do seu campo de intervenção, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. Esta competência assenta não só no domínio ético-deontológico, mas também numa avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente. Deste modo, cabe ao enfermeiro a promoção de práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais ao analisar, interpretar e gerir situações potencialmente comprometedoras para os clientes (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010).

A tomada de decisão caracteriza-se como um processo cognitivo complexo que implica a escolha entre várias alternativas para a resolução de problemas. Em Enfermagem apresenta-se como um elemento fundamental na prestação de cuidados de qualidade, uma vez que estes constituem um direito da pessoa e um dever moral do enfermeiro ao basear-se nos princípios éticos e nos valores da profissão (BUTES *et al.*, 2010).

O processo de tomada de decisão ocorre por fases. Inicialmente procede-se à recolha de informação, que conduz à formulação de hipóteses. Verifica-se então um processo de raciocínio interpretativo, no qual as mesmas ou as alternativas colocadas são avaliadas e, por fim, seleciona-se a que se considera mais pertinente de acordo com a evidência existente (NUNES, 2006).

No âmbito da Saúde, a interdisciplinaridade revela-se indispensável para a tomada de decisão, visto que os dilemas éticos devem ser analisados em equipa (BUTES *et al.*, 2010).

Assim, a decisão pode ser influenciada por uma ideologia, crenças e valores, pelas prioridades e ainda pelos objetivos. Contudo, a resolução do problema é condicionada pela própria escolha e pela existência, ou ausência, de competências. Enquanto enfermeiros especialistas torna-



se importante refletir sobre a própria tomada de decisão, uma vez que esta é influenciada pelas normas, regras ou cultura da organização, pelas necessidades ou interesses dos profissionais ou se se centra nos próprios cuidados (NUNES, 2006).



3. CASO CLINICO

Neste capítulo passaremos a apresentar o cliente alvo dos nossos cuidados e a sua história clínica.

Identificação do Cliente

Nome: F.D.

Idade: 76 anos

Raça: Caucasiana

Sexo: Masculino

Estado civil: Casado

Nacionalidade: Portuguesa

Antecedentes de Saúde:

- Hipertensão arterial;
- Dislipidémia;
- Hiperuricemia;
- Bronquite crónica (ex-fumador);
- Admissão no Serviço de Urgência Geral (SUG) por episódio de Isquemia Cerebral Transitório;
- Internamento prévio por Hemorragia Digestiva Alta por úlcera bulbar com teste de urease positivo, tendo efetuado erradicação do *Helicobacter Pylori*.

- Coaprovel e outro hipertensor que não soube especificar;
- Pravastatina;
- Alopurinol.

Trazido ao SUG de um hospital da margem sul, pelos Bombeiros Voluntários, por um quadro de náuseas, vómitos e diarreia com 3 dias de evolução, após ingestão de cogumelos selvagens.

A esposa encontrava-se internada na UCI de um outro hospital por insuficiência hepática aguda, por suspeita de intoxicação por *Amanita Phalloides*.

Na observação inicial apresentava-se:

- Consciente e orientado - Escala de Glasgow 15;
- Colaborante;
- Com hipoacusia marcada;
- Hipertenso - 155/68 mmHg;
- Taquicárdico - 100 bpm;
- Com queixas de dor (não quantificada) com desconforto e distensão abdominal;
- Com discreta disfunção hepática de padrão hepatocelular;
- Com discreta hiperbilirrubinémia e alterações da função renal.



Motivo: Acidose metabólica após intoxicação com cogumelos, para vigilância.

Parâmetros vitais:

- Tensão arterial: 164/100 mmHg
- Frequência cardíaca: 90 bpm
- Temperatura timpânica: 37 ° C
- Frequência respiratória: 13 cpm
- Dor: Presente (não quantificada)

Outros parâmetros:

- SatO₂: 96 %
- FiO₂: 60 %
- Peso: 85 Kg
- Glicémia capilar: 135 mg/dl
- Score da Escala de Glasgow: 15

Dispositivos médicos:

- Cateter Venoso Central na jugular interna direita;
- Sonda nasogástrica e encontra-se em dieta zero;
- Sonda Vesical nº 16.

Os diagnósticos de enfermagem identificados, segundo a CIPE® foram:

- Hipoxia;
- Alimentar-se interrompido;
- Autocuidado: Uso do sanitário dependente em grau elevado;
- Transferir-se dependente em grau moderado;
- Sono comprometido;
- Dor presente;
- Autocuidado: Vestuário dependente em grau moderado;
- Autocuidado: higiene em grau elevado;
- Risco de maceração;
- Risco de queda;
- Risco de infeção;
- Confusão presente raramente;
- Comunicação comprometida.

Para a realização deste trabalho debruçámo-nos sobre os diagnósticos mais sensíveis à prática de enfermagem (hipoxia, dor, risco de infeção e confusão), que serão desenvolvidos no capítulo seguinte.



4. PLANO DE CUIDADOS

Para Doenges, Moorhouse e Geissler (2003, p.6),

“o conceito de processo de enfermagem foi introduzido na década de 50 como um processo de três etapas: histórico, plano e evolução com base no método científico de observação, mensuração, obtenção de dados e análise dos achados. Ao longo do tempo este processo tornou-se parte do referencial conceitual de todos os currículos de enfermagem e foi aceite como uma parte da definição legal da enfermagem na lei do exercício profissional”.

O plano de cuidados é formado por 5 etapas sequenciais: colheita de dados, identificação do problema, planeamento, implementação e evolução (DOENGES; MOORHOUSE; GEISLER, 2003)

A principal função do enfermeiro é prestar cuidados de enfermagem às pessoas, tendo sempre como objetivo a independência, quando tal é possível, no entanto quando não o é, estabelece cuidados para que a pessoa consiga se adaptar à sua nova condição. Para isso, é necessário que realizem avaliação inicial, planeiem e implementem os cuidados e, por fim, realizem uma avaliação final dos cuidados prestados, através da aplicação do processo de enfermagem.

Segundo Virgínia Henderson, a Enfermagem é definida como a profissão do enfermeiro que assiste a Pessoa (indivíduo/família/grupo), doente ou saudável, na realização das atividades que contribuem para a saúde ou recuperação (ou morte serena) e que seriam desempenhadas por esta, caso tivesse força, vontade e conhecimentos necessários. Pretende-se que a pessoa recupere a independência o mais breve possível, contribuindo para um indivíduo autónomo.

Segundo esta autora toda a Pessoa possui 14 necessidades básicas que o enfermeiro ajuda a satisfazer, capacitando-a a funcionar no meio que a rodeia e com os outros, sem auxílio e são organizadas em necessidades fisiológicas, psicológicas, sociais e espirituais.

Com base nestes dados e de acordo com a teoria das necessidades humanas básicas de Virgínia Henderson, foram identificados os focos que nos permitiram formular os diagnósticos de enfermagem supracitados e respetivas intervenções a desenvolver com vista a atingir um resultado esperado, constituindo o plano de cuidados que considerámos mais adequado ao caso clínico em estudo.

Para que uma pessoa seja admitida numa UCI deverá obedecer a determinados critérios, quer seja por falência respiratória, orgânica ou até por intoxicações graves, como é o caso do Sr. F.D aqui abordado. Desta forma, independentemente do motivo do internamento, toda a pessoa vê uma ou mais necessidades humanas básicas alteradas e por isso, os profissionais de enfermagem devem contribuir para a recuperação destas necessidades e recuperação da independência.



4.1. HIPÓXIA

Foco: Hipoxia - Processo do Sistema Respiratório Comprometido: Redução da tensão de oxigénio celular associada a cianose, taquicardia, vasoconstricção periférica, sons respiratórios diminuídos, acompanhados de tonturas e confusão mental.

Juízo: presente.

Diagnóstico de enfermagem: Hipoxia.

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Descrição	Resultados Esperados/Obtidos
Hipoxia	<ul style="list-style-type: none"> Aplicar oxigenoterapia; 	Aplicar é um tipo de distribuir, dar utilização prática a alguma coisa;	<ul style="list-style-type: none"> Padrão respiratório normalizado; SpO2 superior a 90%; Frequência respiratória entre os 16 e 20 ciclos/min; Ausência de sinais de dificuldade respiratória.
	<ul style="list-style-type: none"> Explicar procedimento; 	Explicar é um tipo de informar com a característica específica tornar alguma coisa compreensível ou clara para alguém;	
	<ul style="list-style-type: none"> Otimizar oxigenoterapia; 	Otimizar é um tipo de manter com as características específicas: obter o melhor resultado;	
	<ul style="list-style-type: none"> Gerir oxigenoterapia; 	Gerir é um tipo de ação, estar encarregado de e organizar para alguém ou alguma coisa;	
	<ul style="list-style-type: none"> Trocar dispositivos de oxigenoterapia; 	Trocar é um tipo de executar, substituir uma coisa por outra;	
	<ul style="list-style-type: none"> Monitorizar SpO2; 	Monitorizar é um tipo de determinar com a característica específica de escrutinar em ocasiões repetidas ou regulares alguém ou alguma coisa;	
	<ul style="list-style-type: none"> Monitorizar frequência respiratória; 	Monitorizar é um tipo de determinar com a característica específica de escrutinar em ocasiões repetidas ou regulares alguém ou alguma coisa;	
	<ul style="list-style-type: none"> Vigiar respiração; 	Vigiar é um tipo de monitorizar com a característica específica de averiguar minuciosamente algum ou alguma coisa de forma repetida e regular ao longo do tempo;	
	<ul style="list-style-type: none"> Vigiar sinais de dificuldade respiratória; 	Vigiar é um tipo de monitorizar com a característica específica de averiguar minuciosamente algum ou alguma coisa de forma repetida e regular ao longo do tempo;	



	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elevar cabeceira da cama; ▪ Vigiar resposta / reação comportamentais; 	<p>Elevar é um tipo de posicionar, levantar ou erguer a totalidade ou partes do corpo;</p> <p>Vigiar é um tipo de monitorizar com a característica específica de averiguar minuciosamente algum ou alguma coisa de forma repetida e regular ao longo do tempo.</p>	
<p>A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;</p>	<p>A1.1. Demonstra tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada; A1.4. Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão;</p>		
	<p>B3.1. Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo;</p>		
<p>C1. Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional;</p>	<p>C1.1. Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão;</p>		
	<p>C2.1. Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados;</p>		
<p>K1. Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;</p>	<p>K.1.1. Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica; K.1.6 – Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica;</p>		

O Sr. F.D. entrou na UCI com Hipoxia que se caracteriza pela redução da tensão de oxigénio celular associada a cianose, taquicardia, vasoconstricção periférica, sons respiratórios diminuídos, acompanhados de tonturas e confusão mental.

A respiração é, segundo Maslow, uma necessidade humana básica que influencia o comportamento do homem. Quando esta é eficaz a pessoa consegue satisfazer as suas necessidades. Uma respiração é eficaz quando as trocas gasosas são efetuadas com eficácia, e os detritos celulares removidos pela corrente sanguínea e pulmões. Quando esta função é alterada, se não houver intervenção por parte do enfermeiro, o doente pode sofrer graves consequências podendo ocorrer a morte (ELKIN, PERRY, POTTER, 2005).

O Sr. F.D. durante o internamento viu o seu padrão respiratório alterado, tendo necessitado de aporte de oxigénio (concentração de O₂ a 60%) para suprir as suas necessidades.

O oxigénio é, provavelmente, o fármaco mais frequentemente administrado no tratamento de doentes em contexto hospitalar, quer seja por equipas médicas ou de enfermagem. São vários os sistemas de administração de O₂. As Máscaras de Venturi permitem administrar uma FiO₂ mais elevada, mas estão



relacionadas a um maior desconforto associado à dificuldade em falar e impossibilidade de ingerir alimentos com a máscara colocada (PEDROSO e TRABULO, 2011).

O enfermeiro tem um papel ativo na identificação de alterações respiratórias, como tal, deve estar atento ao padrão respiratório, aos sinais de dificuldade respiratória e ao estado de consciência do doente. Com o intuito de promover uma otimização da oxigenação o enfermeiro deve planear intervenções que melhorem o sistema respiratório.

Todos os doentes que fazem oxigenoterapia devem ter avaliação do pulso, pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória e saturação de oxigénio. O tratamento deve ter como alvo a saturação de oxigénio. Assim, a concentração do oxigénio inspirado deve variar a fim de manter a saturação na amplitude desejada (PEDROSO e TRABULO, 2011).

No Centro Hospitalar (CH), a Norma de Orientação Clínica “Prescrição, administração e monitorização de oxigenoterapia em ambiente hospitalar”, deve ser consultada na abordagem e tratamento desta condição.

É importante que neste processo o enfermeiro incida a sua atenção no doente, suas preocupações e inseguranças, devendo explicar todos os procedimentos que realiza e permitir ao doente a possibilidade de expressar ansiedade e dificuldades.

No desígnio fundamental da Ordem dos Enfermeiros está claro o duplo fundamento: de garantir o interesse público e a dignidade do exercício da enfermagem, assegurando a observância das regras da ética e deontologia profissional (NUNES, 2006).

O profissional de enfermagem deve aceitar que o doente/utente tem o direito a ser informado sobre tudo o que se vai realizar na sua pessoa (tratamentos, cuidados, exames para diagnóstico, etc.) para que possa tomar as decisões que considerar mais oportunas, segundo as suas crenças e valores (PARENTE, 1998).

O respeito pelo doente é o reconhecimento de que este tem direito à autonomia, não sendo por isso considerado como um meio, mas como um fim. “O respeito pela pessoa requer individualidade pelo paciente e sua situação, de modo a promover ao máximo o respeito pela pessoa do doente e pela sua dignidade para que não fique marginalizado nem diminuído devido à sua situação como tal” (PARENTE, 1998, p.45).

A informação a ser-lhe prestada fica determinada pelas suas necessidades específicas de sujeito individual. Com este critério pretende defender-se melhor a autonomia do doente e é um convite aos profissionais de saúde a que procurem melhor conhecer os anseios do doente e tenham um bom relacionamento com ele (PARENTE, 1998).

Um enfermeiro não necessita apenas de conhecimento técnico, mas também de formação moral e ética que lhe dê suporte no momento da tomada de decisão, já que labuta com vidas, devendo, portanto, respeitar o princípio da dignidade do ser humano. A enfermagem deve sempre trabalhar em prol da promoção da pessoa, fazendo valer sua autonomia e seu direito à dignidade. De nada adianta o conhecimento sem a intervenção, sem a prática, além do que, o profissional da enfermagem tem um compromisso social (MALAGUTTI, 2007).



A formação técnica do enfermeiro é importante mas não basta, pois também tem de ser ética, respeitando o princípio da dignidade do ser humano. (MALAGUTTI, 2007). A informação sobre o estado de consciência de uma pessoa adulta, é fundamental para analisar uma decisão de cuidado de Enfermagem, à luz dos princípios da autonomia ou da beneficência, conforme a sua capacidade para consentir (DEODATO, 2008).

Ao processo de tomada de decisão do enfermeiro, importa a identificação dos princípios e dos valores e de que forma estes se concretizam, nomeadamente nos planos deontológico e jurídico, para que a adequação dos atos seja a mais próxima possível (DEODATO, 2008).

Os enfermeiros têm responsabilidade na promoção e proteção da saúde, prevenção da doença, suporte na reabilitação e alívio do sofrimento. Os cuidados de enfermagem devem ser prestados sem discriminação, sem distinção a partir de aspetos que excedem a natureza essencial de ser humano. Têm a missão de ajudar as pessoas, famílias e grupos a determinarem e atingirem o desenvolvimento das suas potencialidades, encorajando o autocuidado e a autonomia (NUNES, 2006).

4.2. DOR

Foco: Dor - Perceção Comprometida: Aumento de sensação corporal desconfortável, referência subjetiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tônus muscular, comportamento de autoproteção, limitação do foco de atenção, alteração da perceção do tempo, fuga do contato social, processo de pensamento comprometido, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite.

Juízo: Presente

Duração: Aguda – Ocorrer durante um intervalo de tempo curto, com início abrupto ou súbito

Localização: Abdómen

Diagnóstico de enfermagem: Dor aguda presente no abdómen

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Descrição	Resultado Esperado/Obtido
	Monitorizar a dor através de escala de dor;	Monitorizar é um tipo de determinar com a característica específica de escrutinar em ocasiões repetidas ou regulares alguém ou alguma coisa.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dor melhorada;



Dor aguda presente no abdómen	Vigiar dor;	Vigiar é um tipo de monitorizar com a característica específica de averiguar minuciosamente algum ou alguma coisa de forma repetida e regular ao longo do tempo;
	Gerir analgesia;	Gerir é um tipo de ação, estar encarregado de e organizar para alguém ou alguma coisa;
	Gerir ambiente físico;	Gerir é um tipo de ação, estar encarregado de e organizar para alguém ou alguma coisa;
	Vigiar ação do doente.	Vigiar é um tipo de monitorizar com a característica específica de averiguar minuciosamente algum ou alguma coisa de forma repetida e regular ao longo do tempo.

Competências do enfermeiro especialista e unidades de competência

A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;	A.1.1 Demonstra tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada; A1.4. Participa na construção da tomada de decisão em equipa.
A2. Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;	A2.1. Promove a proteção dos direitos humanos; A.2.2. Gere na equipa, de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente;
B.2. Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade	B2.1. Avalia a qualidade dos cuidados de enfermagem nas vertentes de estrutura, processo e Resultado
K.1. Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica	K.1.3. Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas

Justificação

A Dor é “uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a lesão tecidual real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão” (IASP, 1994 cit. por ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2008, p. 11). Assim sendo, a dor é um fenómeno complexo, que envolve não só aspetos sensoriais, como também emocionais. Nem sempre há um motivo que justifique a existência de dor, já que ela pode existir sem uma causa que lhe dê origem.

A presença de dor agrava a situação clínica das pessoas e interfere com a qualidade de vida, sendo prioritário controlá-la, já que ao fazê-lo estamos a oferecer maior conforto à Pessoa, prevenir complicações, proporcionar alta precoce e contribuímos para a humanização dos cuidados (DGS, 2001).

A dor não controlada pode interferir com o sono, induzir agitação e *stress* manifestado por taquicardia, aumento do consumo de oxigénio pelo miocárdio, hipercoagulabilidade, imunossupressão e catabolismo persistente (EPSETEIN, 1999; LEWIS; WHIPPLE; MICHAEL, 1994 cit. in SACRAMENTO, 2005).

Dada a importância do tratamento da dor, a DGS (2003) emitiu a Circular Normativa nº 9/DGCG que passou a encarar a dor como o 5º sinal vital. Desde então, passou a ser considerado como boa prática a monitorização da intensidade da dor, juntamente com os restantes sinais vitais, a partir de escalas de avaliação validadas internacionalmente e adequadas a cada situação, usando a mesma escala na mesma pessoa.



As escalas propostas pela DGS são a Escala Visual Analógica, a Escala de Avaliação Numérica e a Escala Qualitativa. Estas escalas não estão recomendadas para pessoas submetidas a ventilação mecânica ou sedadas, no entanto estas também têm dor (SPCI, 2010). Nas pessoas ventiladas ou inconscientes, é proposto a utilização da *Behavioral Pain Scale* e a *Critical-Care Pain Observation Tool* para a avaliação da dor (SPCI, 2010). Em 2010 apenas 25% das UCI's portuguesas utilizavam escalas adequadas à situação da pessoa, sendo que 67% utilizavam a Escala de Avaliação Numérica (SPCI, 2010).

Sacramento (2005) refere que a melhor forma de se avaliar a dor é ouvindo as queixas das pessoas, sempre que isto for possível. A dor deverá ser avaliada em todos os turnos e sempre que se justifique (SPCI, 2010).

Neste caso, estando o Sr. F.D. consciente e orientado no espaço e no tempo, poder-se-ia aplicar três das escalas propostas pela DGS (2003). No entanto, ao Sr. em causa foi aplicada a Escala de Avaliação Numérica, que antes de a aplicar foi necessário assegurar a sua compreensão.

A escala utilizada para uma determinada pessoa deverá ser sempre a mesma (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010). Verificamos que os enfermeiros da UCI tiveram em consideração esta afirmação, já que utilizaram sempre a mesma.

Estudos referem que a duração do internamento na UCI é proporcional à intensidade da dor, assim quanto mais duradouro o internamento maior é a dor (IASP, 2010).

Por vezes é comum ouvir dizer que “ninguém morre de dor”, desvalorizando-a. Por outro lado, nas UCI's devido ao estado clínico da Pessoa é necessário dar prioridade a outros sinais vitais. Desta forma, a dor é subestimada, no entanto, neste caso concreto a dor foi avaliada à semelhança dos outros sinais vitais, já que no momento da entrada o Sr. referia dor abdominal que não foi desvalorizada.

Verifica-se que apesar do desenvolvimento de novas tecnologias e da disponibilidade de analgésicos eficazes, a dor ainda é tratada/controlada de forma inadequada. No relatório elaborado pelo Grupo de Avaliação da Dor da SPCI (2010), em que procuraram saber de que forma era avaliada a dor nas UCI's portuguesas, verificou-se que 8% não avaliava a dor do doente crítico, nem a resposta ao analgésico administrado.

A Ordem dos Enfermeiros (2008) publicou o documento Dor - Guia Orientador de Boa Prática, onde consta a abordagem da dor; princípios de avaliação e controlo da dor e recomendações para a prática profissional. Esta ferramenta procura uniformizar/orientar as práticas relativas à dor, contribuindo para a melhoria dos cuidados.

Os profissionais devem controlar eficazmente a dor das pessoas e estas, por sua vez, têm direito ao tratamento desta (OE, 2008), sobretudo quando esta é causada pelos profissionais durante procedimentos dolorosos. A SPCI (2010) recomenda que se avalie a dor antes, durante e após o procedimento doloroso e registar no momento da colheita dos dados.

A dor em doentes críticos é comum, pelo que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, na competência “Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2011b), deve fazer a gestão diferenciada



da dor e do bem-estar da pessoa. Assim, o tratamento/controle da dor é um dever de todos os profissionais de enfermagem, com especial ênfase dos enfermeiros especialistas nesta área.

Em Outubro de 2013, foi aprovado o Plano Nacional Estratégico de Prevenção e Controlo da Dor que definiu como eixo de intervenção, entre outros, o controlo da dor em grupos específicos, nomeadamente nos doentes críticos. Por isso, está prevista a elaboração de orientações técnicas sobre o controlo da dor nestas pessoas.

O resultado esperado é que a pessoa não tenha dor, tal resultado foi obtido com sucesso, já que no momento da transferência para um serviço de internamento, o Sr. F.D não referia qualquer tipo de queixas algícas, descrevendo-a como zero na escala de avaliação numérica

4.3. INFEÇÃO

Foco: Infeção: invasão do corpo por microrganismos patogénicos que se reproduzem e multiplicam, causando doença por lesão celular local.

Juízo: Risco – Possibilidade de perda ou problema, problema que é esperado com uma certa probabilidade, potencial para um estado negativo.

Diagnóstico de Enfermagem: Risco de infeção.

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Descrição	Resultado Esperado/Obtido
Risco de infeção	Iniciar medidas de prevenção de contaminação;	Iniciar: começar a fazer mudanças em alguma coisa ou começar a fazer alguma coisa diferente;	<ul style="list-style-type: none"> Ausência de sinais e sintomas de infeção.
	Manter medidas de prevenção de contaminação: <ul style="list-style-type: none"> Lavar as mãos antes e depois do contato com o doente; Utilização de técnica limpa; Utilizar equipamento de proteção individual; 	Manter: conservar, reter ou continuar alguma coisa;	
	Vigiar sinais de infeção;	Vigiar: manter o escrutínio de alguém ou de alguma coisa de forma repetida e regular ao longo do tempo;	
	Vigiar sinais inflamatórios nos locais de inserção de cateteres e drenos;	Vigiar: manter o escrutínio de alguém ou de alguma coisa de forma repetida e regular ao longo do tempo;	



	Monitorizar temperatura corporal;	Monitorizar: observar alguém ou alguma coisa em ocasiões repetidas e regulares;	
	Incentivar ao auto controlo: infeção;	Incentivar: levar alguém a atuar num sentido;	
	Ensinar sobre condições de risco para a infeção;	Ensinar: dar a alguém informação sistemática sobre temas relacionados com a saúde;	
	Ensinar sobre medidas de prevenção da contaminação;	Ensinar: dar a alguém informação sistemática sobre temas relacionados com a saúde;	
	Ensinar sobre sinais de infeção.	Ensinar: dar a alguém informação sistemática sobre temas relacionados com a saúde.	
A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;		A1.1. Demonstra tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada; A1.3. Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética de maior complexidade na sua área de especialização; A1.4. Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão;	
A2. Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;		A2.1. Promove a proteção dos direitos humanos; A2.2. Gere na equipa, de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente;	
B1. Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;		B1.1. Inicia e participa em projetos institucionais na área da qualidade; B1.2. Incorpora diretivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática;	
B2. Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade;		B2.1. Avalia a qualidade dos cuidados de enfermagem nas vertentes de Estrutura, Processo e resultado;	
B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico seguro;		B3.1. Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo; B3.2. Gere o risco ao nível institucional ou das unidades funcionais;	
C1. Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional;		C1.1. Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão; C1.2. Orienta e supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade;	
C2. Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados;		C2.1. Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados;	
K1. Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;		K1.2. Gere a administração de protocolos terapêuticos complexos; K1.5. Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica;	



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.

K3.1. Concebe um plano de prevenção e controlo da infeção para resposta às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica;
K3.2. Lidera o desenvolvimento de procedimentos de prevenção e controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das Infeções Associadas à Prestação de Cuidados de Saúde à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.

O Sr. F.D., durante o seu internamento na UCI, esteve algaliado e tinha cateter venoso central (CVC) e cateter arterial, logo possuía dispositivos invasivos que aumentam a possibilidade de contrair uma infeção.

O Risco de Infeção diz respeito a clientes que podem ter fatores de risco específicos, que levam ao aumento do seu potencial para contrair uma infeção (ELKIN; PERRY; POTTER, 2005).

Em Portugal, a DGS tem vindo a desenvolver várias atividades no âmbito do controlo de infeção, traduzindo a sua ação a partir de 1999, no Programa Nacional do Controlo de Infeção.

Segundo BOLLICK *et. al.* (2000, p.79) infeção é “a invasão e a multiplicação dos microrganismos dentro ou nos tecidos do corpo, produzindo sinais e sintomas e também uma resposta imunológica. A reprodução desses micróbios produz lesões no hospedeiro”.

A infeção nosocomial, ou infeção contraída no hospital, é “toda a infeção que se desenvolve em consequência do tratamento no hospital, de que o doente não sofria ou estava em incubação no momento da admissão no hospital” (WILSON, 2003, p.53).

A prestação de cuidados de saúde, quer em meio hospitalar, quer em regime de ambulatório, pode dar origem à transmissão de infeções designadas por Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS). Se por um lado se prolonga a sobrevida de doentes, por outro verifica-se que, os mesmos doentes se tornam vulneráveis às múltiplas infeções que podem adquirir nos locais onde ocorre a prestação de cuidados, sobretudo devido ao recurso a procedimentos mais invasivos, a terapêutica antibiótica agressiva ou imunossupressora e aos internamentos subsequentes, quer nas UCI, quer noutras unidades (DGS, 2007).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, um em cada quatro doentes internados numa UCI tem um risco acrescido de adquirir uma IACS, sabendo-se ainda, que esta estimativa pode duplicar nos países menos desenvolvidos (DGS, 2007).

Relativamente a Portugal, o inquérito nacional de prevalência realizado entre 23 de Maio e 8 de Junho de 2012, envolvendo 43 hospitais e 18258 doentes, identificou uma taxa global de prevalência de Infeções Hospitalares (IH) de 10,6%. A prevalência de IH foi mais elevada nas UCI (24,5% de IH). Quanto à localização das IH, as mais frequentes foram as das vias respiratórias (29,3%), seguido das vias urinárias (21,1%) e das Infeções do Local Cirúrgico (18%). As Infeções Nosocomiais da Corrente Sanguínea corresponderam a 8,1% (DGS, 2013).



Observaram-se diferenças estatisticamente significativas na taxa de IH associada aos dispositivos invasivos, versus a taxa de IH nos doentes não submetidos a estes dispositivos (ex: os doentes com CVC tiveram 31,3% de IH, versus, os doentes sem CVC (9,7%); a infeção das vias urinárias foi de 9,7% em doentes não algaliados e de 32,9% nos doentes algaliados (DGS, 2013).

As normas de higiene do ambiente, bem como as medidas universais de precaução de prevenção da infeção associada aos cuidados de saúde, contribuem de modo determinante para diminuir o risco de infeção. O enfermeiro tem um papel preponderante na prevenção e na redução do risco.

A 29 de Dezembro de 2012, a DGS elaborou a Norma de Precauções Básicas do Controlo da Infeção. Esta incide sobre a colocação de doentes, higiene das mãos, etiqueta respiratória, utilização de Equipamento de Proteção Individual, descontaminação do equipamento clínico, controlo ambiental, manuseamento seguro da roupa, recolha segura de resíduos, práticas seguras na preparação e administração de injetáveis e exposição a agentes microbianos no local de trabalho.

Como já foi referido anteriormente, a infeção hospitalar está muito associada à presença de dispositivos invasivos, nomeadamente o cateter venoso central, dispositivo presente no Sr. F. D.

A infeção associada a dispositivos intravasculares, nomeadamente CVC, apresenta taxas elevadas, nomeadamente em algumas das UCI's, que efetuam vigilância epidemiológica (PNCI, 2012).

Mais de 60% dos doentes hospitalizados recebem terapêutica através de um dispositivo endovenoso (EV). As mais importantes infeções relacionadas com os dispositivos EV são as da corrente sanguínea que, apesar de afetarem menos de 1% dos doentes hospitalizados, estão associadas a elevados índices de mortalidade e morbidade, principalmente entre doentes mais graves.

A maneira de lidar com os dispositivos EV tem consequências significativas para a incidência das infeções relacionadas com os mesmos, e há um grande potencial de prevenção destas infeções, que reside na aplicação dos melhores princípios técnicos (WILSON, 2003).

A maioria das infeções da corrente sanguínea relacionadas com os dispositivos EV pode ser evitada através do manuseamento cuidadoso do mesmo. Deve ser estabelecido e implantado um conjunto de linhas de orientação claras quanto à inserção, manuseamento e forma de retirar os dispositivos, principalmente nas unidades onde os doentes requerem cateteres venosos centrais com frequência, e onde o risco de infeção relacionada com o cateter é mais elevado. Um dos pontos-chave é a utilização de técnica asséptica rigorosa para manusear o dispositivo, outro é a lavagem das mãos antes e depois de contactar com este (WILSON, 2003).

É importante a realização dos pensos de cateteres centrais com técnica asséptica, de modo a evitar a disseminação de patógenos e reduzir o risco de infeção hospitalar (RALPH; TAYLOR, 2007). Deve-se aproveitar este momento para vigiar sinais inflamatórios nos locais de inserção, por forma a detetar precocemente o desenvolvimento de infeção aguda na prevenção de complicações mais sérias (DOENGUES *et. al.*, 2003). A manipulação asséptica da extremidade exterior do cateter, dos pontos de conexão e do sistema de administração é essencial para prevenir a contaminação deste e a infeção subsequente.



O Sr. F.D. além de possuir um CVC, também estava algaliado. O uso de cateter urinário constitui hoje uma componente essencial dos cuidados de saúde. A infeção do trato urinário associada à cateterização vesical é a infeção nosocomial mais comum e representa cerca de 40% do total das infeções associadas aos cuidados de saúde. A frequência com que os doentes são algaliados e o tempo da permanência da algália determinam o risco de infeção (CARVALHO, 2010).

Uma forma de prevenir e minimizar o impacto dessas complicações é utilizar protocolos e práticas adequadas quer para a inserção quer para a manutenção dos cateteres (CARVALHO, 2010). No CH os enfermeiros devem seguir a Norma de Orientação Clínica (NOC) Para Procedimentos Técnicos de Enfermagem (NOC.CH.13), a qual adota como normas de orientação clínica para os enfermeiros do CH, todos os procedimentos contidos no Manual de Normas de Enfermagem – Procedimentos Técnicos elaborado pela ACSS em 2008. Nele constam, entre outros o Procedimento para Cateterismo urinário e para a Manutenção do cateter urinário. (ACSS, 2008)

A prevenção da infeção urinária em doente algaliado assenta essencialmente em quatro níveis de intervenção, todos eles igualmente importantes. É preciso que sejam cumpridos todos os pressupostos de prevenção quer estes sejam baseados em evidência científica, quer em evidência clínica e que são os seguintes (DGS, 2004): Avaliação da necessidade de algaliação (com base na avaliação de risco individual do doente), Seleção do tipo de algália (de acordo com a duração prevista da algaliação), Inserção e manutenção asséptica da algália e sistema e Remoção correta da mesma.

No Estudo Nacional de Prevalência de 2009, a infeção urinária foi a infeção nosocomial mais frequente (24%). Aponta-se para que 80% destes episódios se relacionem com a cateterização vesical. Por cada dia de algaliação o risco de infeção aumenta em 3 a 10%, aproximando-se dos 100% ao fim de 30 dias. (PINA et al, 2010)

O Sr. F.D apresentava dispositivos médicos cuja manipulação exigiu técnica assética, nomeadamente o cateter venoso central e a sonda vesical. Verificamos que não foram registados sinais de infeção, em momento algum e todos os exames bacteriológicos efetuados foram negativos.

São graves as consequências de uma infeção hospitalar, não só do ponto de vista individual, como institucional. Um doente com IH é submetido a tratamentos agressivos, a sua permanência no hospital é prolongada e a sua evolução pode ser fatal. Para a instituição, as perdas são enormes, com aumento da morbilidade e mortalidade, aumento dos custos com os internamentos e diminuição da oferta de leitos à comunidade (WILSON, 2003).

Além das questões assistenciais, económicas e éticas, o profissional de saúde tem de estar atento para as implicações legais do controlo de infeção hospitalar. O resultado de uma infeção hospitalar poderá configurar não só os crimes de homicídio, lesão corporal ou ameaça à vida, como também o dano à integridade física, sujeito à reparação, na forma determinada pelo Código Civil (MARTINS, 2001).

As estratégias para a prevenção de infeções associadas a dispositivos invasivos implicam uma atualização constante por parte dos profissionais e a operacionalização de uma cultura de discussão e planeamento dos cuidados (PINA *et al*, 2010).

Convencionalmente os enfermeiros regem-se pelos princípios éticos hoje aceites em cuidados de saúde – Autonomia, Justiça, Beneficência e Não-Maleficência – dos valores profissionais enunciados do Código Deontológico do Enfermeiro – igualdade, liberdade responsável, verdade, justiça, altruísmo,



solidariedade, competência e aperfeiçoamento profissional – e também dos “princípios orientadores da atividade dos enfermeiros” prescritos igualmente no Código Deontológico: “a responsabilidade inerente ao papel assumido perante a sociedade”, o “respeito pelos direitos humanos” e a “excelência do exercício” (DEODATO, 2008).

A cada enfermeiro incumbe a tarefa de agir no sentido de se desenvolver, de prestar um cuidado equitativo e excelente, que se reflete na melhoria da qualidade de vida da pessoa. Respeitar os direitos e a autonomia do Outro, assumir a responsabilidade numa perspetiva do encargo confiado e garantir a sua capacidade de ser imputável serão fundantes da prática (NUNES, 2006).

Os princípios éticos dos enfermeiros são um suporte seguro que rege a nossa profissão, ao qual nos devemos reportar, para atuarmos com mais tranquilidade, segurança e transparência. É imprescindível que os enfermeiros tenham consciência de seguir todos esses princípios éticos, procurando seguir os mesmos de uma maneira totalitária e abrangente, servindo de respaldo para as suas ações profissionais no quotidiano (MALAGUTTI, 2007).

4.4. CONFUSÃO

Foco: Confusão: compromisso da memória com desorientação em relação ao tempo, local ou pessoa, desorientação, discurso incoerente, agitação, ausência de sentido de direção

Juízo: Presente.

Diagnóstico de Enfermagem: Confusão presente.

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Descrição	Resultado Esperado/Obtido
Confusão presente	Monitorizar a consciência através da escala de Comas de Glasgow;	Monitorizar: observar alguém ou alguma coisa em ocasiões repetidas e regulares;	<ul style="list-style-type: none"> Doente está orientado no tempo, espaço e pessoa; sem compromisso do julgamento, da tomada de
	Vigiar a ação do doente;	Vigiar: manter o escrutínio de alguém ou de alguma coisa de forma repetida e regular ao longo do tempo;	
	Vigiar confusão;	Vigiar: manter o escrutínio de alguém ou de alguma coisa de forma repetida e regular ao longo do tempo;	
	Gerir a comunicação;	Gerir: estar encarregado de, ou enquadrar, alguém ou alguma coisa;	
	Gerir o ambiente físico;	Gerir: estar encarregado de, ou enquadrar, alguém ou alguma coisa;	



	Manter grades da cama;	Manter: conservar, reter ou continuar alguma coisa;	decisões e sem diminuição do leque de atenção.
	Estimular a memória;	Estimular: incitar ou despertar alguma coisa;	
	Facilitar suporte familiar;	Facilitar: tornar alguma coisa mais fácil para alguém;	
	Orientar a pessoa no ambiente.	Orientar: dirigir alguém para uma decisão em assuntos relacionados com a saúde;	
A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;	A1.1. Demonstra tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada; A1.3. Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética de maior complexidade na sua área de especialização; A1.4. Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão;		
A2. Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;	A2.1. Promove a proteção dos direitos humanos; A2.2. Gere na equipa, de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente;		
B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico seguro;	B3.1. Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo; B3.2. Gere o risco ao nível institucional ou das unidades funcionais;		
C1. Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional;	C1.1. Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão; C1.2. Orienta e supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade;		
K1. Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;	K1.5. Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica; K1.6. Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica ou falência orgânica.		

Durante a sua estadia na UCI, o cliente em estudo manteve-se sempre consciente, no entanto com períodos de confusão coincidentes com agitação psico-motora. Por diversas vezes questionou os profissionais sobre o estado de saúde da sua esposa, chegando a referir que ela havia ingerido uma maior quantidade de cogumelos. Perante a situação de prognóstico muito reservado da esposa e os episódios de confusão manifestados, os filhos do cliente consideravam que o mesmo não deveria ser informado do estado clínico desta. Reportando-nos ao estudo de caso elaborado e incidindo sob o diagnóstico de enfermagem “Confusão” surge o dilema de informar ou não o cliente sobre o estado de saúde da esposa.

A ética é definida como uma ciência que incide sobre o que o homem deve fazer e os valores que deve realizar. Ou seja, é a ciência do comportamento humano que abrange os valores, os princípios e as normas morais vigentes em determinada sociedade (SGRECCIA, 2009).



Tendo em conta Beauchamp e Childress (1999) os princípios da beneficência, da não maleficência, da autonomia e da justiça são também bases importantes para ultrapassar conflitos éticos. Assim sendo, torna-se importante relacionar o processo de tomada de decisão nos cuidados de saúde com estes mesmos princípios (BUTES et al., 2010).

De acordo com o princípio da beneficência/não maleficência, é visada a promoção do bem (beneficência), perante o doente ou sociedade, e evitado o mal (não maleficência). Este princípio encontra-se expresso no juramento de Hipócrates, e não implica somente a abstenção de provocar o dano mas impõe sobretudo fazer o bem e prevenir o mal. Surge como uma obrigação moral de agir em benefício do outro (LOCH, 2002; SGRECCIA, 2009).

O profissional de saúde tem o dever de fazer o que for melhor para o doente, seja a nível dos cuidados ou a nível ético (LOCH, 2002). Impera a exigência de fazer o que é realmente melhor para o doente, tendo por base todos os conhecimentos e habilidades profissionais, e não apenas a vontade ou o querer fazer (LOCH, 2002; SGRECCIA, 2009). Implica que o enfermeiro avalie a relação custo/benefício da sua atuação, com o intuito de promover a saúde do cliente e/ou prevenir a sua deterioração. Sgreccia (2009) refere que este princípio é limitável quando o praticar o bem e evitar o mal se encontram ligados a obrigações sociais de justiça distributiva.

Nesta situação em concreto, revelar a gravidade do estado de saúde da esposa significaria diferentes consequências. Por um lado o facto de ele se encontrar num processo de doença aguda, poderia impossibilitar que o mesmo desenvolvesse estratégias de *coping* que possibilitassem a aceitação desta informação, resultando num agravamento do seu estado confusional. Pelo outro, este mesmo desconhecimento pode ser gerador do seu estado confusional, uma vez que o mesmo questionou diversas vezes a equipa de saúde em relação à esposa.

O princípio da Autonomia remete para o respeito pelos direitos fundamentais do homem, incluindo o da autodeterminação, ao favorecer a participação ativa nos cuidados que lhe dizem respeito (KOVÁCS, 2003; SGRECCIA, 2009). Cabral (2003) refere que a autonomia implica independência e inexistência de imposições, coações externas, limitações ou incapacidade que impeçam ou diminuam a capacidade de decisão. Assenta na moralidade inculcada pelo respeito mútuo, baseando-se na máxima “não faças aos outros aquilo que não queres que te façam a ti”. Este princípio verifica-se na partilha de informação e conhecimento da equipa multidisciplinar com o doente, garantindo que a decisão a ser tomada seja feita em consciência (KOVÁCS, 2003).

Neste caso, a família considerava que não deveria ser revelado o estado de saúde da esposa ao cliente. Esta posição da família inibe o direito à autonomia uma vez a sua vontade sobrepõe-se à vontade do próprio cliente, tomando esta decisão sem o seu consentimento.

Atualmente, ainda se constata um certo paternalismo por parte dos profissionais de saúde, que acham legítimo decidir pelo doente sem terem em conta a opinião e decisão deste. Torna-se urgente alterar práticas e mentalidades, de modo a que o cuidar enquanto foco de atuação, pressuponha a promoção da liberdade e dignidade do doente (COLLIÈRE, 1999). Para Resende (2011) deverá prevalecer a tomada de decisão livre do indivíduo, independentemente dos outros interesses que possam existir.



Por último surge o princípio da Justiça, que se reporta ao dever de existência de igualdade assistencial, ainda que isto não implique tratar todos de igual modo porque, os contextos clínicos e sociais variam de pessoa para pessoa (SGRECCIA, 2009). Tendo em conta este princípio, estabelece-se que situações semelhantes devam ser tratadas de modo semelhante, mantendo-se assim a equidade e justiça no tratamento (GONÇALVES; AMARAL; NUNES, 2005).

Em suma os princípios éticos elencados devem ser aplicados a situações reais e específicas, com o intuito de elaborar juízos morais particulares (SGRECCIA, 2009).

O Código Deontológico dos enfermeiros portugueses apresenta-se como um conjunto de diretrizes baseado em princípios e valores, cujo objetivo é guiar o exercício profissional, respeitando os direitos dos clientes alvo dos cuidados de enfermagem (GONÇALVES; AMARAL; NUNES, 2005; MONTEIRO et al., 2008).

De acordo com o artigo nº 78 do Código Deontológico, qualquer cuidado prestado pelo enfermeiro deve ser baseado no respeito pela dignidade do cliente e, conseqüentemente, pela sua autonomia e autodeterminação, possuindo liberdade de escolha. (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2012)

Reportando ao estudo caso em questão, o cliente tem o direito de decidir se quer ou não receber a informação do estado de saúde da sua esposa. O enfermeiro ao privilegiar a vontade da família de não informar o cliente em detrimento da vontade deste está a negar ao mesmo o direito à autonomia.

O Enfermeiro no seu exercício profissional tem o dever de informar o seu cliente, respeitando deste modo o seu direito à autodeterminação conforme descrito no artigo 84º do código Deontológico (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2012).

De acordo com Trindade (2010), ao assumir este dever deontológico, o enfermeiro reconhece ao cliente o direito deste decidir de um modo esclarecido sobre si. O cliente como pessoa livre e autónoma pode exercer o seu direito a ser informado e o enfermeiro, por seu lado, deverá informar e esclarecer o cliente convenientemente. Posto isto, no caso descrito, o enfermeiro deveria fornecer a informação sobre o estado de saúde da esposa do cliente, visto que esta informação é importante para o mesmo e poderia ser benéfica para o seu próprio estado de saúde na medida em que poderia aliviar a sua ansiedade e diminuir os períodos de confusão acompanhados de agitação (TRINDADE, 2010).

O artigo nº 81 refere que no seu exercício profissional o enfermeiro deverá respeitar os valores humanos pelos quais o cliente se rege, abstendo-se de juízos de valor e de imposições de critérios e valores, pelo que, ao cliente alvo do estudo não deve ser imposta a não informação se isso contraria a sua vontade e os valores de família que possui (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2012). Este artigo reforça o papel da ética na prática do enfermeiro estando estritamente ligado aos conceitos anteriormente analisados.

Quando confrontado com situações dilemáticas, e tendo por base o artigo nº88 do Código Deontológico referente à excelência do exercício, o enfermeiro deverá analisar a sua prática e procurar melhorar os aspetos que mereçam uma mudança. O facto deste tipo de situações poder ocorrer mais do que uma vez impõe também a adequação de normas de qualidade, que permitam uma equidade e justiça no tratamento, tendo sempre em conta cada situação e as suas particularidades (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2012).



A deontologia em Enfermagem tem a sua fundamentação alicerçada na responsabilidade, expressando os deveres do enfermeiro para com quem ele cuida. É um princípio orientador da prática de enfermagem e um compromisso com o cliente e tudo o que dele advém (NUNES, 2008).

Em 1948 a Organização das Nações Unidas elaborou a Declaração Universal dos Direitos Humanos, que em 1978 é reconhecida e aplicada em Portugal. De acordo com a mesma, todas as pessoas nascem livres e iguais em dignidade e direitos e devem agir em espírito de fraternidade (“Declaração Universal dos Direitos do Homem,” 1978). No artigo 1º da Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia é referido que a “dignidade do ser humano é inviolável” e que a mesma deve ser respeitada e protegida (UNIÃO EUROPEIA, 2010, p. 4).

Em Portugal, a Constituição Portuguesa refere que “a vida humana é inviolável” bem como a integridade física e moral das pessoas (“Constituição da República Portuguesa,” 2005, p. 7). Ela foca também o princípio da igualdade referindo que todos os cidadãos possuem a mesma dignidade social e igualdade perante a lei (“Constituição da República Portuguesa,” 2005).

Estes direitos foram transpostos para a área da saúde ao serem descritos no estatuto dos utentes da Lei de Bases da Saúde. Segundo esta lei os utentes têm direito a serem tratados humanamente e com correção técnica, privacidade e respeito (“Lei de Bases da Saúde,” 1990). Assim sendo, foi elaborada a Carta dos direitos do doente internado pela Direção Geral de Saúde, que reforça a ideia do direito à dignidade humana (DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE, 1996).

Tendo por base a legislação vigente, os enfermeiros devem prestar cuidados de enfermagem de forma humana e respeitosa (“Lei no 15/2014 de 21 de Março,” 2014), assegurando assim o direito do cliente à sua dignidade e autonomia.

Segundo o artigo 19º da Declaração dos Direitos do Homem (1978, p. 490) “todo o indivíduo tem direito à liberdade de opinião e de expressão, o que implica o direito de não ser inquietado pelas suas opiniões e o de procurar, receber e difundir, sem consideração de fronteiras, informações e ideias por qualquer meio de expressão”.

Por outro lado, a Constituição da República Portuguesa proclama o direito à informação, sem qualquer tipo de impedimento ou discriminação, sendo que este ato não pode ser impedido ou limitado (“Constituição da República Portuguesa,” 2005).

Posto isto, constitui um dever do enfermeiro informar o cliente o mais adequadamente possível, tendo em conta as características deste. Esta informação deve ser facultada de um modo empático, respeitando a confidencialidade e privacidade, quer do próprio cliente, quer da sua família (DGS, 1996). Baseando-se na Lei 15/2014 de 21 de Março, o enfermeiro terá que assegurar uma transmissão acessível, objetiva, completa e compreensível da informação.

O exercício profissional dos enfermeiros é regulamentado pelo REPE que, no artigo 8º, estabelece a adoção de uma conduta responsável e ética, garantindo o respeito pelos direitos legalmente estabelecidos dos cidadãos.

De acordo com os princípios referidos, ao remetermo-nos para o caso em questão, verificamos que a divulgação da informação ao cliente constitui um direito fundamental do mesmo. Apesar da posição dos familiares e de apresentar períodos de confusão, a informação não pode ser omitida, pois tal ato opõe-se à Constituição Portuguesa e à Declaração dos Direitos Humanos. Tendo em conta que o cliente apresentava períodos de confusão, a informação deveria ser prestada no momento considerado como adequado e de uma forma clara e objetiva.



5. CONCLUSÃO

Finalizado o trabalho, pretendemos efetuar uma síntese das ideias significativas, avaliar os objetivos a que nos propusemos inicialmente e refletir sobre o percurso, aludindo os aspetos facilitadores e dificuldades sentidas no desenvolvimento e consecução do mesmo.

A Supervisão Clínica é relativamente recente na área da Enfermagem, sendo que tradicionalmente ela estava mais associada à verificação do cumprimento de regras e não ao acompanhamento e orientação de alunos e profissionais na prática de cuidados.

Assim, com a elaboração deste trabalho desenvolvemos uma aprendizagem valiosa para nós, já que este proporcionou a aquisição de conhecimentos que poderão orientar e melhorar a prática dos nossos cuidados.

A formulação do plano de cuidados mostrou-se complexa na medida em que a área da enfermagem médico-cirúrgica é de tal forma abrangente, o que dificulta a objetivação dos fenómenos identificados. Com o intuito de superar este obstáculo foi necessária uma reflexão crítica que relacionasse os focos e o desenvolvimento de uma prática clínica especializada.

Os conhecimentos adquiridos no 2º semestre do Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica cederam-nos fundamentos na área da ética, deontologia e do direito, o que se tornou crucial para a fundamentação do presente trabalho.

Outro dos aspetos facilitadores foi o facto de praticamente todas nós termos contactado com o doente, o que permitiu a realização do trabalho com base numa situação real que emergiu da nossa prática e que proporcionou um conhecimento aprofundado do caso clínico.

Deste modo, julgamos ter atingido os objetivos a que nos propusemos no início do trabalho.

Em suma o carácter teórico-prático deste documento revelou-se uma mais-valia para a nossa formação ao proporcionar um aprofundamento de uma temática complexa e tão atual no âmbito dos cuidados à pessoa em situação crítica.



6. BIBLIOGRAFIA

ABREU, Wilson – **Formação e Aprendizagem em contexto clínico: Fundamentos, teorias e considerações didáticas**. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde, Lda, 2007. ISBN 978-972-8485-87-0

ABREU, Wilson – **SUPERVISÃO, QUALIDADE E ENSINOS CLÍNICOS: Que parcerias para a excelência em saúde?**. Cadernos Sinais Vitais, nº1, 2003, Formasau, Coimbra, ISBN 972-8485-35-2

ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE – **Manual de Normas de Enfermagem – Procedimentos Técnicos**. Lisboa, 2008.

BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. - **Princípios de ética biomédica**. Barcelona: [s.n.]. ISBN 84-458-0480-4.

BOLICK, Dianna, et al. – **Segurança e Controle de Infecção**. Rio de Janeiro. Reichmann & Affonso, Editores. 2000. ISBN 85-87148-40-0

BUTES, Lara et al. - Informar, quando? - Análise de caso, princípios éticos e normas deontológicas e do direito. **Percursos**. Nº 18 (2010) p. 8–19.

CABRAL, Jorge Roque - **Temas de ética**. Braga: Universidade Católica Portuguesa, 2003. ISBN 972-697-156-X.

CARVALHO, Alexandre – **Infeção do aparelho urinário**. [em linha]. Cadernos de Saúde. V.3 (2010) [consult. 20 Maio 2014].

Disponível em: http://www.cadernosdesaude.org/menu/docs/C_Saude_3_Especial_Infeccao.pdf

COLLIÈRE, M. F. - **Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de Enfermagem**. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1999. ISBN 972- 757-109-3.

Constituição da República Portuguesa. [em linha]. Portugal, 2005. [consult. 19 Maio 2014]

Disponível em: <http://www.parlamento.pt/Legislacao/Paginas/ConstituicaoRepublicaPortuguesa.aspx>

CUNHA, Ana Patrícia – **Supervisão das práticas clínicas: o caso particular da utilização dos sistemas de informação em enfermagem**. [em linha]. Universidade de Aveiro: Departamento de didáctica e tecnologia educativa, 2008. [consult. 26 mai 2014].

Disponível em WWW:URL< <https://ria.ua.pt/bitstream/10773/1344/1/2009000050.pdf>>

Declaração Universal dos Direitos do Homem. [em linha]. Portugal. Diário da República: série I, nº 57, 1978 [consult. 10 maio. 2014].

Disponível em: <<http://www.multieditoras.com.br/produto/PDF/500877.pdf>>.

DEODATO, Sérgio – **Responsabilidade profissional em enfermagem: valoração da sociedade**. Coimbra : Almedina, 2008. 194 p. ISBN 978-972-40-3401-0

DIÁRIO DA REPÚBLICA - Decreto Regulamentar 3/88. [em linha]. 22 janeiro. [consult. 27 mai 2014]. Disponível em : <http://www.dre.pt/cgi/dr1s.exe?t=dr&cap=1-1200&doc=19880193%20&v02=&v01=>



[2&v03=1900-01-01&v04=3000-12-21&v05=&v06=&v07=&v08=&v09=&v10=&v11=Decreto-Lei&v12=270/92&v13=&v14=&v15=&sort=0&submit=Pesquisar](#)

[DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE - Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde. Lisboa, Março de 2007](#)

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE – **Recomendações para a Prevenção das Infecções do Trato Urinário.** Lisboa, 2004.

DIREÇÃO - GERAL DA SAÚDE - **A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da Intensidade da Dor.** Ministério da Saúde. Lisboa: 2003.

DIREÇÃO - GERAL DA SAÚDE – **Plano Nacional da Luta contra a Dor.** Lisboa: Ministério da Saúde, 2001. ISBN 972-9425-95-7.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. **Carta dos direitos do doente internado.** [em linha]. Lisboa, 1996. [consult. 06 Maio 2014]

Disponível em: <<http://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/carta-dos-direitos-do-doente-internado.aspx>>

DOENGES, Marilyn E.; MOORHOUSE, Mary Frances; GEISSLER, Alice C. - **Planos de Cuidados de Enfermagem.** 5ª ed. ed. Rio de Janeiro: [s.n.]. p. 970

ELKIN, Martha Keene; PERRY, Anne Griffin; POTTER, Patricia A. - **Intervenções de Enfermagem e Procedimentos Clínicos.** 2ª ed. Loures: [s.n.]. p.1333. ISBN 972-8383-96-7

FERNANDES, Carla; *et. al.* – Refletindo sobre a qualidade da Supervisão no Ensino Clínico de Enfermagem em saúde Mental: Perspectivas dos supervisores. **Revista Portuguesa de Enfermagem de saúde Mental.** [em linha]. 2012, nº7, pp. 25-32. Porto. [consult. 26 mai 2014].

Disponível em: http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S1647-21602012000100005&script=sci_arttext&tlng=pt

GARRIDO, António – **A Supervisão Clínica e a Qualidade de Vida dos Enfermeiros.** [em linha]. Universidade de Aveiro: Departamento de didáctica e tecnologia educativa, 2004. [consult. 26 mai 2014]. Disponível em:> <https://ria.ua.pt/bitstream/10773/1464/1/2008000333.pdf>

GONÇALVES, Rogério; AMARAL, Manuela; NUNES, Lucília - **Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos.** Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2005. p. 456 ISBN 9729964602.

KOVÁCS, MJ - Bioética nas questões da vida e da morte. **Psicologia USP.** Vol. 14, Nº 2 (2003) p. 115–167.

Lei de Bases da Saúde. [em linha]. 1990. [consult: 1 fev. 2014]
Disponível em: <<http://dre.pt/pdf1s/1990/08/19500/34523459.pdf>>.

Lei nº 15/2014 de 21 de Março. [em linha]. Portugal, 2014. [consult. 5 março 2014]
Disponível em: <<http://www.dgs.pt/em-destaque/lei-n-152014-de-21-de-marco-direitos-e-deveres-do-utente-dos-servicos-de-saude-.aspx>>



LOCH, Jussara de Azambuja. **Uma Introdução à Bioética - Temas de Pediatria Nestlé.** [em linha] 2002. [consult: 1 fev. 2014]

Disponível em: <<http://www.pucrs.br/bioetica/cont/jussara/principiosdebioetica.pdf>>.

MACEDO, Ana Paula – **Supervisão em Enfermagem: Construir as Interfaces entre a escola e o Hospital.** De facto Editores, Santo Tirso, 1º ed, 2012, ISBN 978-989-8557-01-8

MALAGUTTI, William - **Bioética e enfermagem : controvérsias, desafios e conquistas.** Rio Janeiro : Rubio, cop. 2007. p.212. ISBN 978-85-87600-95-0

MARTINS, Lurdes *et. al.* **Apontamentos apresentados em sala de aula.** 2014.

MARTINS, Maria Aparecida. – **Manual de Infecção Hospitalar – Epidemiologia, Prevenção e Controle.** Maracanã . Editora Médica e Científica Ltda., 2001. 1116p. ISBN: 85-7199-256-8

MONTEIRO, Ana Sofia et al. - **IX S 10 Anos de Deontologia Profissional de Direitos Humanos.** número 31 ed. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2008. p. 52. ISBN 1646-2629.

NOVO, Sandra – **Gestão da Supervisão do Ensino Clínico em Enfermagem: Perspectivas dos enfermeiros orientadores do CHNE, EPE.** [em linha]. Bragança: instituto Politécnico, 2011. [Consult. 26 mai 2014].

Disponível em: https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/4411/3/Sandra_Novo_MGO_2011_Gestao%20de%20Unidades%20de%20Sa%C3%BAde.pdf>

NUNES, Lucília. **Autonomia e responsabilidade na tomada de decisão clínica em enfermagem.** [em linha]. II Congresso da Ordem dos Enfermeiros .Lisboa, 2006. [consult: 15 Maio 2014]

Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/eventos/Documents/II_Congresso_2006/IICong_ComLN.pdf>.

NUNES, Lucília - **Justiça, poder e responsabilidade : articulação e mediações nos cuidados de enfermagem.** Loures : Lusociência, 2006. XXII, p.84. ISBN 972-8930-17-8

NUNES, Lucília - **Responsabilidade ética e deontológica do enfermeiro.** 29 ed. Lisboa: [s.n.]. p. 72–82. ISBN1646-2629.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – DOR: Guia Orientador de Boa Prática. Ordem dos Enfermeiros, 2008. ISBN 978-972-99646-9-5

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. **Lisboa (PT): Divulgar.** (2001) p. 24.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Princípios enformadores de regulamentação do modelo de desenvolvimento profissional.** [em linha]. 2010. [consult. 26 mai 2014].

Disponível em:http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/principiosenformadores_MDP.pdf

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **REPE E Estatuto da Ordem dos Enfermeiros.** [S.l: s.n.], . p. 94



ORDEM DOS ENFERMEIROS. **Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista.** [em linha]. Lisboa, 2010. [consult: 22 jan. 2014]

Disponível em: <<http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Paginas/RegulamentoCompetenciasComunsEspecificas.aspx>>

ORDEM DOS ENFERMEIROS. **Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica,** 2011.

PARENTE, Paulo - **Ética nos cuidados de saúde.** Coimbra : Formasau, 1998. p.65. ISBN 972-8485-04-2

PEDROSO, Ermelinda; TRABULO, Daniel - **Prescrição, administração e monitorização de oxigenoterapia em ambiente hospitalar.** NOC.CH.23. 2011.03.15. Acessível no Centro Hospitalar E.P.E.

PINA, Elaine; FERREIRA, Etelvina; MARQUES, Alexandre; MATOS, Bruno – **Infeções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente.** [em linha]. Revista Portuguesa de Saúde Pública. V.10 (2010) p.27-39

[PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLO DE INFEÇÃO – Procedimento de colocação e manutenção do CVC. Novembro 2012.](#)

RALPH, Sheila; TAYLOR, Cynthia – **Manual de diagnóstico de Enfermagem.** Rio de Janeiro. Editora Guanabara Koogan. 2007. ISBN: 978-85-277-1281-1

RESENDE, MS. **Doação Presumida de Órgãos-Uma Questão de Autonomia.** [em linha]. [Tese de Mestrado]. Porto. Universidade do Porto, 2011. [consult. 03 fev 2014]
Disponível em: <<http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/21969>>.

SACRAMENTO, António – A Dor no doente de Cuidados Intensivos. **Dor.** 13:4 (2005), pp. 35-39. ISBN 0872-4814

SANTIAGO, Ariane; CUNHA, Juliana – Supervisão de enfermagem: Instrumento para a promoção da qualidade na assistência. **Revista Saúde e Pesquisa.** [em linha]. 4:3 (2011), pp. 443-448. [Consult. 27 mai 2014].

Disponível em: <http://www.cesumar.br/pesquisa/periodicos/index.php/saudpesq/article/viewFile/1964/1395>

SGRECCIA, Elio - **Manual de Bioética: Fundamentos e ética biomédica.** 1ª ed. Cascais: [s.n.]. p. 958. ISBN 978-989-8131-15-7.

SILVA, Rosa; PIRES, Regina; VILELA, Carlos – Supervisão de estudantes em Ensino Clínico – Revisão sistemática da literatura. **Revista de enfermagem Referência.** [em linha]. v.ser III:3 (2011), pp.113-122. [Consult. 27 mai 2014].

Disponível em: http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832011000100012&lng=es&nrm=iso&tlng=pt>

SOCIEDADE PORTUGUESA DE CUIDADOS INTENSIVOS – **Resultados: Plano Nacional de Avaliação da Dor** [em linha]. 2010. [consult. em 23 de jan. 2014].

Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PNAvaliacao_dor.pdf



TRINDADE, Ângela - Informação em saúde: perspectiva deontológica. **X Seminário de Ética**. (2010) p. 29–31.

UNIÃO EUROPEIA - Carta dos direitos fundamentais da União Europeia. **Jornal Oficial da União Europeia**. Vol. C-83 (2010) p. 389–403.

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DAS INFEÇÕES NOSOCOMIAIS DA CORRENTE SANGUÍNEA – **Relatório da vigilância epidemiológica das Infecções nosocomiais da corrente** sanguínea. Direcção-Geral da Saúde, Departamento de Qualidade em Saúde, Divisão de Segurança do Doente. Abril 2014.

WILSON, Jennie. - **Controlo de Infecção na Prática Clínica**. Loures . Lusociência, 2003. p.386. ISBN: 972-8383-57-6



APÊNDICE 1 – Intoxicação por Cogumelos

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Os cogumelos sempre integraram a alimentação humana devido à sua fácil obtenção. Em Portugal, atendendo à cultura gastronómica, as regiões com maior consumo de cogumelos eram Trás-os-Montes e Beira Interior. Contudo, a globalização e o interesse crescente pela redescoberta do meio rural e do turismo de natureza permitiram uma mudança de hábitos alimentares, verificando-se uma nova geração de coletores de cogumelos. Assim, torna-se importante ressaltar a existência de várias espécies de cogumelos tóxicas, algumas delas potencialmente letais. Este fato justifica a pertinência da abordagem desta temática devido ao potencial perigo de intoxicação (BRANDÃO *et al.*, 2011).

Em seguida iremos focar a intoxicação involuntária por cogumelos ou micetismo, nomeadamente pelo *Amanita Phalloides*, por constituir uma das espécies mais perigosas e letais, tendo sido a responsável pelo desenvolvimento de patologia na pessoa abordada neste estudo. Assim, trataremos dados estatísticos, a fisiopatologia e o tratamento da doença.

1.1. EPIDEMIOLOGIA

O reino *Fungi* é caracterizado pela sua enorme diversidade, estimando-se que existam cerca de 1,5 milhões de espécies espalhadas pelo mundo inteiro, em que somente 5% dessa população se encontra devidamente classificada. No que diz respeito à sua classificação taxonómica, os fungos encontram-se separados das plantas, dos animais e das bactérias pertencendo portanto, ao reino *Fungi*.

“Fungo” é uma palavra portuguesa que deriva do termo [latino](#) *fungus* que significa cogumelo. Apesar da perigosidade de alguns destes fungos eles são uma presença constante no dia-a-dia, tais como, as leveduras, os bolores e os mais familiares, os cogumelos.

Desde os primórdios da história do homem que os cogumelos fazem parte do seu regime alimentar, quer seja pela sua disponibilidade ou pela sua fácil colheita. Graças à sua composição química rica em água, matéria seca equilibrada e presença de quantidades importantes de vitaminas, torna-se um alimento útil numa dieta equilibrada (BRANDÃO *et al.*, 2011).



De entre 2000 espécies de cogumelos já identificados em todo o mundo apenas 50 são tóxicos ao ser humano (ESCUDIÉ *et al.*, 2007).

Apesar da dificuldade em obter taxas de incidência exatas, por falta de conhecimento de todos os casos ocorridos, na Europa Ocidental todos os anos são reportados 50 a 100 casos fatais (SANTI *et al.*, 2012). Embora a maioria das ingestões de cogumelos não cause dano à pessoa, algumas resultam em intoxicação com uma toxicidade significativa e morte (WARD *et al.*, 2013).

São três as espécies de cogumelos *Amanita* que causam envenenamento, a *Galerina*, a *Lepiota* e a *Phalloides*. A esta última é atribuída a maior percentagem de casos fatais ocorridos, cerca de 90%, constituindo um problema mundial (SANTI *et al.*, 2012). A *Amanita Phalloides*, mesmo em pequenas doses, pode ser fatal, e a dificuldade no seu diagnóstico prende-se com o fato de haver um atraso no aparecimento dos sintomas (WARD *et al.*, 2013).

A *American Association of Poison Control Centers* reportou, em 2009, 5902 casos de ingestão de cogumelos, dos quais resultaram três mortes, sendo que, duas delas foram associadas diretamente à *Amanita* (WARD *et al.*, 2013).

O Centro de Informação de Intoxicações suíço realizou um estudo retrospectivo de exposição e envenenamento por cogumelos que abrangeu os casos reportados a este, de janeiro de 1995 a dezembro de 2009. Em 5638 chamadas representaram 5144 eventos com 6307 doentes expostos a cogumelos, sendo que 135 chamadas se reportaram à intoxicação por *Amanita Phalloides*. Um total de 235 espécies fora envolvido nessa exposição (SCHENK-JAEGER *et al.*, 2012).

Foram confirmados 32 casos de intoxicação por *Amanita*. Em 30 dos casos as pessoas sofreram intoxicação acidental por os cogumelos por os terem confundido com espécies similares. Os *Amanita Phalloides* foram responsáveis por 11 intoxicações, das quais resultaram 5 intoxicados em estado grave e um caso mortal (SCHENK-JAEGER *et al.*, 2012).

Em Portugal, foi realizado um estudo em que se analisaram os processos clínicos de casos internados em dez Unidades Hospitalares entre 1990 e 2008, notificados com intoxicação aguda por cogumelos. Foi obtida uma amostra de 93 casos, com representantes de todos os grupos etários, mas com maior prevalência de casos entre os 21 e os 50 anos. Pela análise sintomática realizada detetou-se que 63,4% correspondiam a um perfil hepatotóxico e 31,7% ao gastroenterítico, e somente 5% à sintomatologia muscarínica e atropínica (BRANDÃO *et al.*, 2011).



Verificou-se na amostra uma mortalidade de 6,8%, em que todos os casos correspondiam ao síndrome hepatotóxico, ou seja, dentro deste síndrome houve uma percentagem de mortalidade de 22,8%. O único óbito com correta identificação do agente mostrou que se tratava de intoxicação por *Amanita Phalloides* (BRANDÃO *et al.*, 2011).

Já em 2011, num total de 28.472 chamadas para o Centro de Informação AntiVeneno (CIAV), 41 eram referentes a intoxicações por ingestão de cogumelos, e destas 9 eram relativas a crianças. Assim, apesar de não se ter encontrado mais dados estatísticos que o comprovem, presume-se que as intoxicações por cogumelos, em Portugal, sejam pouco frequentes, uma vez que a nossa população é geralmente micófila (CENTRO DE INFORMAÇÃO ANTIVENENO, 2014).

Face aos resultados obtidos, apesar de pouco prevalentes entre outras patologias, as intoxicações por cogumelos são pouco conhecidas e uma atuação errada pode resultar em morte.

1.2. FISIOPATOLOGIA

As intoxicações por cogumelos têm sido classificadas de diversas formas e tendo por base parâmetros muito variados. No entanto, nas últimas décadas tem vigorado uma classificação que considera o tempo de latência desde a ingestão até ao aparecimento dos sintomas como o mais importante fator de sistematização. Assim, a toxicidade precoce inclui os síndromes normalmente mais ligeiros, nos quais os sintomas surgem menos de 6 horas após a ingestão; a toxicidade tardia engloba os síndromes potencialmente mais graves, cujos sintomas surgem mais de 6 horas após a ingestão; e a toxicidade retardada abarca os síndromes em que os sintomas surgem 24 horas após a ingestão, constituindo, também intoxicações graves (BRANDÃO *et al.*, 2011).

1.2.1. Síndrome hepatotóxico

O síndrome hepatotóxico é o responsável por mais de 90% da mortalidade associada ao micetismo. Mesmo após tratamento, estas intoxicações apresentam uma mortalidade que pode ascender até aos 20%, sendo que as crianças com idade inferior a dez anos evidenciam pior prognóstico (BRANDÃO *et al.*, 2011).

Os macrofungos que possuem os ciclopeptídeos pertencem a três géneros: *Amanita*, *Galerina* e *Lepiota* (BRANDÃO *et al.*, 2011).



Como referido anteriormente, o fungo *Amanita Phalloides* é o cogumelo mais tóxico incluído neste grupo, sendo que um único píleo desta espécie pode causar insuficiência hepática e morte de um indivíduo adulto (BRANDÃO *et al.*, 2011; BONNET; BASSON, 2002).

Os ciclopeptídeos são as toxinas responsáveis pelo micetismo, em que de acordo com as toxinas hepatotóxicas, podem dividir-se em três grandes grupos: as falotoxinas, as amatoxinas (das quais se salienta a amanitina), e as virotoxinas (estas últimas sem papel patogénico significativo no ser humano) (BRANDÃO *et al.*, 2011).

A toxicidade de *Amanita Phalloides* está relacionada com duas toxinas distintas resistentes ao calor (ESCUDIÉ *et al.*, 2007; SANTI *et al.*, 2012).

A primeira toxina, a falotoxina, provoca alterações da membrana celular dos enterócitos. As faloxitinas encontram-se inativas no sistema digestivo não sendo por isso responsáveis pela reação tóxica inicial. Apresentam uma afinidade acentuada com as células hepáticas, verificando-se uma dilatação do retículo endoplasmático, que reduz a síntese proteica, edema e deposição de gordura (BONNET; BASSON, 2002).

A segunda toxina, amatoxina, inibe a síntese de proteínas a nível da transcrição de ADN nos enterócitos, hepatócitos e células tubulares proximais renais (ESCUDIÉ *et al.*, 2007). A interrupção da síntese proteica que decorre dessa inibição é a responsável pela necrose celular hepática (BONNET; BASSON, 2002), causando uma alta taxa de mortalidade. No entanto, nem em todos os casos de ingestão de *Amanita Phalloides* se verifica insuficiência hepática aguda e morte (ESCUDIÉ *et al.*, 2007), como se poderá verificar na análise do nosso estudo de caso.

A amanitina é também filtrada pelo glomérulo renal e alvo de reabsorção tubular causando necrose tubular aguda (ESCUDIÉ *et al.*, 2007).

As primeiras alterações celulares que ocorrem no núcleo são a fragmentação nuclear e a condensação da cromatina, devido à elevada afinidade entre o ARN polimerase e a amanitina. Os seus principais efeitos são a nível gástrico, dado que são os primeiros tecidos a absorver esta toxina, hepático e renal (BONNET; BASSON, 2002).

Para além das lesões hepática e renal, este composto causa alterações graves em outros órgãos cujas células sejam altamente dependentes de elevados índices de síntese proteica, como por exemplo o trato gastrointestinal, pâncreas, suprarrenais e testículos. As amatoxinas não se ligam significativamente a proteínas plasmáticas, sendo totalmente depuradas do plasma em cerca de 48 horas



após a sua ingestão. São predominantemente excretadas na urina, mas também podem ser encontradas na bÍlis.

Quanto ao quadro tóxico por elas causado, destaca-se a existência de três fases distintas:

- **Fase 1 – Toxicidade gastrointestinal subaguda:** ocorre entre 6 a 24 horas após a ingestão dos cogumelos e manifesta-se através de náuseas, vômitos, cólicas abdominais e diarreia. Devido à inespecificidade dos sintomas pode ser confundido com outras patologias (BONNET; BASSON, 2002);
- **Fase 2 – Melhoria clínica transitória:** ocorre entre os 2 e 3 dias, na qual a lesão hepática é mais evidente, uma vez que se verifica fraqueza, deterioração geral e necrose hepática (BONNET; BASSON, 2002);
- **Fase 3 – Falência hepática, renal e, por vezes, pancreática:** esta fase requer um internamento numa UCI. Verifica-se uma deterioração do sistema nervoso central, coagulação intravascular com graves manifestações hemorrágicas, incluindo coagulação intravascular disseminada, insuficiência renal e, ocasionalmente, morte. Mesmo os doentes que aparentam remissão total, muitas vezes, desenvolvem hepatite crónica ativa. Deste modo, a remissão total não deve ser tomada como garantida (BONNET; BASSON, 2002).

Quanto a testes diagnósticos, sabe-se que as amanitinas circulantes podem ser medidas através de cromatografia líquida de alta resolução, cromatografia de camada fina ou por radioimunoensaio. Se, por um lado, estes testes raramente se encontram disponíveis na prática clínica, por outro, apenas identificam a amanitina. Embora este seja o ciclopeptídeo mais tóxico, alguns cogumelos apresentam outras toxinas do mesmo grupo que não seriam detetadas por estes testes, o que evidencia problemas de sensibilidade. Assim, a avaliação seriada da lesão e da função hepática assume-se como vital (SANTI *et al.*, 2012).

1.3. TRATAMENTO

A literatura científica internacional descreve várias síndromes de intoxicação por cogumelos. Vivemos, portanto, num paradigma propício ao aumento dos micetismos, cujo diagnóstico exige elevado nível de suspeição e o conhecimento dos quadros clínicos associados (BRANDÃO *et al.*, 2011).



Verifica-se que são várias as espécies responsáveis por síndrome gastrointestinal, cujos sintomas mais frequentes são as náuseas, vômitos, dor abdominal e diarreia, que surgem nas primeiras após a ingestão de cogumelos, sendo que o tratamento é exclusivamente de suporte e é restrito apenas aos casos mais graves, ou seja, aqueles que se acompanham de desidratação. Normalmente os casos evoluem favoravelmente ao fim de 12 a 48 horas (BRANDÃO *et. al.*, 2011).

Os pacientes que não desenvolveram lesão hepática também podem beneficiar de N-acetilcisteína e esta também pode ser benéfica na prevenção de lesões hepáticas (WARD *et. al.*, 2013).

Dada a elevada mortalidade do síndrome hepatotóxico, o tratamento da intoxicação deve ser realizado em contexto de cuidados intensivos, com uma monitorização cuidada e contínua do estado geral do paciente, com especial atenção à reposição eletrolítica e de fluidos, à administração de glicose e à correção de coagulopatia (BRANDÃO *et. al.*, 2011).

A estas medidas básicas de suporte do doente crítico acrescem ainda outras modalidades terapêuticas que visam melhorar o prognóstico do doente, algumas delas já protocoladas. Assim, advoga-se a realização de esvaziamento gástrico e a administração de carvão ativado através de sonda nasogástrica, com o intuito de diminuir a absorção entérica da toxina, interrompendo um ciclo de circulação enteropática. Recomenda-se também uma diurese moderadamente aumentada (≈ 200 ml/h), dada a eliminação renal significativa da amanitina (BRANDÃO *et. al.*, 2011).

No tratamento do síndrome hepatotóxico surgem também três fármacos que parecem ter efeitos benéficos na sobrevivência: a penicilina G (300 000 U/Kg/d), a silibinina (20 a 50 mg/Kg/d) e a N-acetilcisteína. Apesar de não consistirem verdadeiros antídotos, estes fármacos parecem antagonizar a ação tóxica dos ciclopeptídeos (BRANDÃO *et. al.*, 2011). No entanto a penicilina deve ser usada com precaução devido ao risco de anafilaxia rara (WARD *et. al.*, 2013), pelo que o enfermeiro desempenha um papel importante na recolha sistemática de informação, nomeadamente na identificação de alergias junto do doente e família.

No âmbito do presente estudo de caso verificamos que a medicação supracitada foi administrada de imediato à pessoa no serviço de urgência geral (SUG).

A cimetidina tem sido defendida no tratamento da intoxicação por cogumelos contendo amatoxina. Altas doses de cimetidina, reduziram a necrose hepatocelular e a lesão mitocondrial em estudos em animais envenenados com amatoxina. Em estudos em humanos, quando a cimetidina foi administrada em doses elevadas, houve uma diminuição na mortalidade e um retorno mais rápido aos níveis normais de transaminases, o que implica uma diminuição da lesão hepatocelular em curso (WARD *et. al.*, 2013).



Atualmente têm adquirido um papel cada vez mais relevante na terapêutica da intoxicação hepatotóxica o uso de métodos de purificação extracorporal. O método a usar preferencialmente tem sido alvo de muito debate. Os relatos de casos têm proliferado na literatura internacional (BRANDÃO *et al.*, 2011).

Estudos têm demonstrado a eficácia da hemoperfusão e da plasmaferese na diminuição da mortalidade. No entanto, carecem estudos que comparem as eficácias relativas dos diferentes métodos de purificação extracorporal, não só em termos clínicos como experimentais (BRANDÃO *et al.*, 2011).

O transplante de fígado pode, eventualmente, ser necessário em casos de hepatotoxicidade grave, encefalopatia e comprometimento hemodinâmico (WARD *et al.*, 2013), uma opção que se mostrou eficaz em inúmeros casos, embora apenas uma minoria de doentes precisa de transplante emergente de fígado.

Têm sido propostos vários conjuntos de critérios para decidir o transplante de emergência em pacientes com insuficiência hepática aguda. No entanto, esses critérios não foram claramente avaliados no contexto de envenenamento por *Amanita Phalloides* (ESCUDIÉ *et al.*, 2007)

BIBLIOGRAFIA:

BONNET, M S; BASSON, P W - The toxicology of *Amanita phalloides*. **Homeopathy : the journal of the Faculty of Homeopathy**. Vol. 91, Nº 4 (2002) p. 249–54.

BRANDÃO, JL et al. - Intoxicação por cogumelos em Portugal. **Acta Médica Portuguesa**. Vol. 24, Nº 2 (2011) p. 269–278.

ESCUDIÉ, Luc et al. - *Amanita phalloides* poisoning: reassessment of prognostic factors and indications for emergency liver transplantation. **Journal of hepatology**. Vol. 46, Nº 3 (2007) p. 466–73.

SANTI, Luca et al. - Acute Liver Failure Caused by *Amanita phalloides* Poisoning. **International journal of hepatology**. Vol. 2012 (2012) p. 487480.

SCHENK-JAEGER, Katharina M et al. - Mushroom poisoning: a study on circumstances of exposure and patterns of toxicity. **European journal of internal medicine**. Vol. 23, Nº 4 (2012) p. 85–91.

WARD, Jeanine et al. - Amatoxin poisoning: case reports and review of current therapies. **The Journal of emergency medicine**. Vol. 44, Nº 1 (2013) p. 116–21.

APÊNDICE XXIV

Diapositivos da ação de formação
“Plano de Emergência Interno e o Papel da EEMI”



Plano de emergência hospitalar (PEH)

- Planeando uma resposta de emergência a dar em qualquer um dos cenários que, pela sua natureza ou extensão, implique um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos existentes.
- Essencial como ferramenta de reforço de avaliação dos meios de reação da Unidade de Saúde face a uma situação de crise, definindo regras ou normas gerais de atuação nesse contexto.

(Orientação DGS 007/2010, 6 de Outubro)

Objetivos:

- Relembrar conceito de acidente grave e catástrofe;
- Recordar conceito de Plano de Emergência Hospitalar;
- Divulgar o Plano de Emergência Interno (PEI) do CHS:
 - Explicar as situações de emergência;
 - Ativação do PEI;
 - Fluxograma de atuação;
 - Equipas:
 - Intervenção
 - Evacuação (tipo A e B)
 - Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar (EEMI)
 - Apoio Técnico
 - Apoio Logístico
- Levantar questões relativas à EEMI.

Plano de emergência hospitalar (PEH)

Conjunto de ações a realizar ordenadamente para dar resposta a uma situação catastrófica em que o hospital de veja envolvido.

- 2 vertentes, consoante o local onde tem lugar a catástrofe:
 - Fora do hospital - emergência externa
 - Que atinge o hospital - emergência interna

Segundo a Lei de Bases da Proteção Civil:

1—Acidente grave é 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.

2—Catástrofe é o acidente grave ou a série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional.

(Lei nº 27/2006 de 3 de Julho, artigo 3º)

Plano de emergência hospitalar (PEH)

- Logo o PEH é constituído por:
 - Plano de Catástrofe Externa (PCE)
 - Plano de Emergência Interno (PEI)

Plano de emergência hospitalar (PEH)

- Obrigatoriedade de participação, segundo a Lei de Bases de Proteção Civil

(Lei 27/2006 Artigo 6º - Deveres)

- A Direcção-Geral da Saúde recomenda a todas as unidades do Sistema Nacional de Saúde a elaboração de um Plano de Emergência Médica

(Orientação DGS 007/2010, 6 de Outubro)

Plano de emergência Interno (PEI)

- Conjunto de ações ordenadas e regras de procedimento a realizar pelo pessoal hospitalar, em caso de sinistro
- De acordo com a Política de Gestão do Risco e o Plano de Emergência Interno, os profissionais que detetam uma emergência devem ativar o número **3333**.

Plano de emergência hospitalar (PEH)

- Possibilidade de ocorrência de:
 - catástrofe natural,
 - epidemia,
 - acidente tecnológico,
 - incidente nuclear, radiológico, biológico ou químico
- Pelo que é fundamental que as Instituições do SNS realizem, periodicamente, uma análise da sua situação, tendo em consideração a envolvente interna e externa

(Orientação DGS 007/2010, 6 de Outubro)

Plano de emergência Interno (PEI)

- São consideradas Emergências:
 - Incêndio;
 - Explosão;
 - Sismo;
 - Ameaça de bomba/pacote suspeito;
 - Corte total de Energia;
 - Inundação;
 - Incidente de violência/distúrbios, que envolvam muitas pessoas.

(Plano de Emergência Interno do Hospital de São Bernardo - Setúbal - Maio de 2007)

Plano de emergência Interno (PEI)

- Outras Emergências:
 - Emergência nos elevadores (paragem com encerramento de pessoas no seu interior);
 - Fuga de doentes;
 - Rapto de crianças;
 - Derrames ou acidentes com produtos químicos e/ou gases medicinais;
 - Acidentes com radiações ou material radioativo;
 - Catástrofes naturais (sismos, tempestades, descargas elétricas - raios, entre outras).

(Procedimento de atuação perante emergência/catastrofe interna no HSB-GRI.05)

Equipa de Intervenção

- Composta por elementos do Serviço de Instalações e Equipamentos e Vigilantes;
- Tem formação mais aprofundada na utilização dos meios de 1ª intervenção;
- Missão: acorrer ao local onde se produz uma emergência, e com os meios disponíveis proceder ao seu controlo.

(Plano de Emergência Interno do Hospital de São Bernardo - Setúbal - Maio de 2007)

Plano de emergência Interno (PEI)

- O profissional que efetua a chamada para o 3333 deve:
 - Falar de forma clara e pausada;
 - Identificar-se;
 - Descrever a emergência;
 - Identificar o local onde está a ocorrer a emergência.

(Procedimento de atuação perante emergência/catastrofe interna no HSB-GRI.05)

Equipa de Intervenção

- Interrompem o trabalho imediatamente e dirigem-se para o local do sinistro;
- À chegada ao local pedem toda a informação disponível sobre as causas e evolução do sinistro;
- Combatem o incêndio com os extintores existentes no local;
- Se detetarem feridos ou pessoas soterradas, informam a Central Telefónica, indicando a localização das vítimas e a gravidade dos ferimentos;

(Plano de Emergência Interno do Hospital de São Bernardo - Setúbal - Instruções especiais de Segurança - Maio de 2007)

Plano de emergência Interno (PEI) Fluxograma de atuação



Equipa de Intervenção

- Mantêm-se junto dos sinistrados;
- Têm formação para fazer busca e resgate de pessoas, pelo que começam a libertar os sinistrados, retirando os escombros um a um, começando pelo de cima;
- Em caso de derrame de produtos inflamáveis, limpam a área com materiais absorventes (não combustíveis);
- Utilizam também os meios de 2ª intervenção: linhas de água e carretéis.

(Plano de Emergência Interno do Hospital de São Bernardo - Setúbal - Instruções especiais de Segurança - Maio de 2007)

Plano de emergência Interno (PEI)

- Para a satisfação dos seus objetivos, implica a criação de uma estrutura orgânica adequada para operar eficazmente, composta por:
 - Órgão Coordenador - Diretor de Emergência;
 - Órgão Consultivo - Comissão de Emergência;
 - Órgãos operacionais.

(Plano de Emergência Interno do Hospital de São Bernardo - Setúbal - Maio de 2007)

Equipa de Apoio Técnico

- Apoiar as equipas de intervenção e de evacuação
- Constituída pelo pessoal do Serviço de Instalações e Equipamentos (eletricistas, canalizadores, técnicos de manutenção, etc.)
- Providencia:
 - Corte parcial da energia elétrica;
 - Corte de redes de gases medicinais (local ou geral);
 - Corte do abastecimento de gás combustível (local ou geral);
 - Corte dos sistemas de ventilação e extração do ar (sempre que possível);
 - Corte de água (quente e fria);
 - Controlo da rotura de esgotos

(Plano de Emergência Interno do Hospital de São Bernardo - Setúbal - Maio de 2007)

Órgãos operacionais:

- Chefe de intervenção:
 - Equipas de Intervenção
 - Equipa de Apoio técnico
- Coordenadores de evacuação:
 - Equipas de Evacuação - A
 - Equipas de Evacuação - B
- EEMI
- Equipa de Apoio Logístico
- Sala de segurança
- Operadores da Central Telefónica

(Plano de Emergência Interno do Hospital de São Bernardo - Setúbal - Maio de 2007)

Equipa de Apoio Técnico

- Atuação de botoneiras de corte geral de equipamentos (Central Térmica);
- Atuação dos dispositivos de chamada dos ascensores ao piso de saída;
- Verificação de eventuais anomalias em equipamentos nevrálgicos, como o grupo de bombagem da rede de incêndios ou os geradores de emergência;
- Movimentação de produtos e materiais combustíveis, no caso de um sinistro de incêndio.
- Participar em ações de salvamento de elementos importantes como processos clínicos e equipamentos específicos.

(Plano de Emergência Interno do Hospital de São Bernardo - Setúbal - Maio de 2007)

Coordenador de evacuação

- Missão: assegurar que a evacuação é total, no seu serviço, e transmitir as informações pertinentes ao Chefe de intervenção e/ou ao Diretor de Emergência.
- Assume a responsabilidade da gestão dos elementos afetos às Equipas de Evacuação A e B.
- Os elementos com melhor perfil para assegurar esta função são os Chefes de Equipa de Enfermagem de cada Serviço ou na sua ausência o elemento hierarquicamente inferior:
 - Tomada de decisão;
 - Conhecimento efetivo do nº de pessoas no serviço e das patologias dos doentes, bem como dos equipamentos necessários para a sua evacuação.

(Plano de Emergência Interno do Hospital de São Bernardo - Setúbal - Maio de 2007)

Equipa de Apoio Logístico:

- Constituída por elementos do Serviço de Gestão de Aprovisionamento e Logística e dos Serviços Farmacêuticos;
- Estabelecem todos os contactos solicitados com os fornecedores dos meios e serviços necessários ao controlo adequado da Emergência;

(Plano de Emergência Interno do Hospital de São Bernardo - Setúbal - Maio de 2007)

Equipas de evacuação - Tipo A

- Composta pelos assistentes técnicos e assistentes operacionais;
- Evitam que se instale o pânico nos ocupantes da sua zona/serviço;
- Asseguram a evacuação total e ordenada de todo o pessoal não essencial e do público presente nos serviços;
- Asseguram que o alarme foi transmitido e entendido por todos os ocupantes da sua área de responsabilidade;
- Verificam que todos os ocupantes do sector foram evacuados;

(Plano de Emergência Interno do Hospital de São Bernardo - Setúbal - Maio de 2007)

Serviço de Segurança:

- Composta por vigilantes + agente da PSP.
- Gerem o controlo de acessos e mantêm a ordem pública;
- Coordenam a entrada de pessoas nas instalações, assegurando que só têm acesso ao Hospital os elementos das equipas de socorro.
- Asseguram a abertura de portas, em particular na situação noite.

(Plano de Emergência Interno do Hospital de São Bernardo - Setúbal - Maio de 2007)

Equipa de evacuação - Tipo A

- Dirigem os ocupantes no sentido das vias de evacuação e saídas, indicando-lhes a localização dos Pontos de Reunião mais próximos;
- Fazem a evacuação de todos os pacientes que deambulam pelo próprio pé, para os pontos de reunião;
- Solicitam o apoio da Equipa de Apoio Médico para assistir a elementos eventualmente feridos ou doentes em dificuldades durante a evacuação.

(Plano de Emergência Interno do Hospital de São Bernardo - Setúbal - Maio de 2007)

Operadores da Central Telefónica

- Receber e difundir todos os alarmes;
- Solicitar a confirmação de alarmes, no local;
- Estabelecer e manter canais de comunicação entre os diversos intervenientes no controlo da emergência e o Diretor de Emergência;
- Interromper todas as comunicações não relacionadas com as ações de Controlo da Emergência;
- Dar o alerta aos meios de socorro externos, ligando para os Bombeiros, que automaticamente aciona o Serviço Municipal de Proteção Civil e a PSP que também se dirigem para o local.

(Plano de Emergência Interno do Hospital de São Bernardo - Setúbal - Maio de 2007)

Equipa de evacuação - Tipo B

- Composta por médicos, enfermeiros, técnicos de diagnóstico e terapêutica e técnicos superiores de saúde;
- Asseguram a evacuação dos pacientes que têm dificuldade de locomoção e que precisam de ajuda;
- A evacuação é realizada, começando pelos pacientes mais autónomos até aos acamados;

(Plano de Emergência Interno do Hospital de São Bernardo - Setúbal - Maio de 2007)

Questões relativas à EEMI:

- Como atuar se a equipa já estiver ativada para outra ocorrência?
- Deverão ser construídos fluxogramas de atuação em situação de Emergência Interna?
- Formação dos profissionais da Unidade Satélite?
- Deverá a EEMI ter na sua equipa uma AO?
- Numa situação de Emergência Interna, tocamos à campanha do serviço ou deveríamos ter os códigos das portas de todos os serviços do hospital? (Alternativa - em vez de código de porta, um cartão de identificação ou sistema biométrico)

EEMI

- Composta por médico e enfermeiro: **EEMI**
- Ativados pelo chefe do SUG ou coordenador de evacuação.
- Prestar assistência a ocupantes ou pessoal das equipas de emergência que tenha sofrido lesões ou ferimentos durante o processo de evacuação e combate ao sinistro.
- Apoio médico à evacuação das áreas sinistradas.
- Recolher os feridos e encaminhá-los para local seguro.

(Plano de Emergência Interno do Hospital de São Bernardo - Setúbal - Maio de 2007)

Bibliografia:

- COMISSÃO DE GESTÃO DO RISCO - Regulamento da Comissão de Gestão do Risco. REG. CGRI 01. 2009-10-27. Acessível no Centro Hospitalar de Setúbal E.P.E.
- Lei n.º 27/2006. D.R. 2.ª Série. 126/2006 (2006-07-03) p. 4696-4706.
- PEIRESO, Ermelinda. ELEUTERIO, Solange - Procedimento de atuação perante Emergência/Catástrofe Interna (Plano de Emergência Interno) do HSB. GRI 05. 2012-11-20. Acessível no Centro Hospitalar de Setúbal E.P.E.
- PORTUGAL, Direção Geral de Saúde - Orientação n.º 007/2010. 2010/10/06. Elaboração de um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde [consultado em 13/05/2014]. Disponível em <URL: <https://www.dgs.pt/directores-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-0-0072010-de-06102010.aspx>>
- SILVA, Tiago Manuel Oliveira Santos - Segurança contra incêndio em Hospitais. [em linha]. (2010). [consult. 14 Maio 2014]. Disponível em <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/10207/1/000149312.pdf>
- SUCHEITZENAP - Plano de Emergência Interno do Hospital de São Bernardo. Centro Hospitalar de Setúbal, EPE. Acessível no Centro Hospitalar de Setúbal E.P.E.

APÊNDICE XXV

Plano de sessão da formação
“Plano de Emergência Interno e o Papel da EEMI”

PLANO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO

Tema: “Plano de Emergência Interno e o Papel da EEMI”

Local: Sala de reuniões da Unidade de Cuidados Intensivos (UCI)

Data: 20 de Junho de 2014

INÍCIO: 14h

FIM: 14H45

Destinatários: Enfermeiros da UCI

Formadora: Enf^ª Manuela Fonseca (estudante do 3º Curso de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal)

Objetivos:

Objetivo geral:

- Divulgar o Plano de Emergência Interno do CH e refletir sobre o papel da EEMI numa situação de catástrofe.

Objetivos específicos:

- Relembrar conceito de acidente grave e catástrofe;
- Recordar conceito de Plano de Emergência Hospitalar;
- Divulgar o Plano de Emergência Interno (PEI) do CH:
 - Explicar as situações de emergência;
 - Ativação do PEI;
 - Fluxograma de atuação;
 - Equipas:
 - Intervenção
 - Evacuação (tipo A e B)
 - Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar (EEMI)
 - Apoio Técnico
 - Apoio Logístico
- Levantar questões relativas à EEMI.

Material e equipamento: Computador e *Data show*

Estratégia: Vai ser utilizado o método expositivo para a apresentação dos objetivos e dos conteúdos. Durante toda a sessão vai ser utilizada a motivação/método ativo para captar a atenção e a participação dos formandos.

Avaliação: Entrega de questionário para avaliação da formação.

PLANO DA SESSÃO LECTIVA

Etapas	Conteúdos	Métodos e meios audiovisuais	Tempo
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação da formadora; • Apresentação do tema; • Justificação do tema; • Apresentação dos objetivos da ação de formação. 	Expositivo <i>Data show</i>	5 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Definição de Acidente Grave; • Definição de Catástrofe; • Explicação da noção de Plano de Emergência Hospitalar; • Constituição de um de Plano de Emergência Hospitalar; • Definição de Plano de Emergência Interno; • A ativação do de Plano de Emergência Interno; • Fluxograma de atuação perante Emergência/Catástrofe Interna; • Estrutura orgânica do Plano de Emergência Interno; • Constituição dos órgãos operacionais; • Funções da Equipa de Intervenção; • Funções da Equipa de Apoio Técnico; • Funções do Coordenador de Evacuação; • Funções da Equipa de Evacuação Tipo A e Tipo B; • Funções da EEMI; • Funções da Equipa de Apoio Logístico; • Funções do Serviço de Segurança; • Funções dos operadores da Central Telefónica; • Questões relativas à EEMI. 	Expositivo /ativo <i>Data show</i>	30 min
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Síntese da ação; • Esclarecimento de dúvidas; • Bibliografia. 	Expositivo <i>Data show</i>	5 min
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> • Preenchimento dos questionários da avaliação da ação de formação. 	Questionário	5 min

APÊNDICE XXVI

Divulgação da ação de formação
“Plano de Emergência Interno e o Papel da EEMI”



Plano de Emergência Interno e o papel da EEMI



Data: 20 de Junho 2014

Hora: 14h00 às 14h45

Destinatários: Enfermeiros

Local: UCI

Preletora: Manuela Afonso da Fonseca

Estudante do 3º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização e Enfermagem Médico-Cirúrgica

APÊNDICE XXVII

Ficha de avaliação da ação de formação
“Plano de Emergência Interno e o Papel da EEMI”

FICHA DE AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO

1 – PROGRAMA DA AÇÃO

	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom
Objetivos da Ação				
Conteúdos da Ação				
Estrutura				
Utilidade do Tema				
Cumprimento do horário				

2 – FUNCIONAMENTO DA AÇÃO

	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom
Instalações				
Equipamentos e Meios Audiovisuais				
Documentação				

3 – APRECIÇÃO GLOBAL DA AÇÃO

3.1 – Considera que a ação de formação terá impacto positivo ao nível do seu desempenho?

Sim Não

3.1.1 – Se respondeu Sim, de que forma?

3.2 – Na globalidade, de que forma qualifica a formação realizada?

Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom

3.3 -

Pontos Fortes	Oportunidades de Melhoria

3.4 – Sugestões:

4 – INTERVENÇÃO DA FORMADORA

	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom
Domínio dos temas e conteúdos abordados				
Clareza da linguagem utilizada				
Capacidade para esclarecimento de dúvidas				
Capacidade de motivação/relacionamento com os formandos				
Utilização de meios didáticos				
Cumprimento de horários				

APÊNDICE XXVIII

Tratamento de dados das fichas de avaliação da ação de formação
“Plano de Emergência Interno e o Papel da EEMI”



Manuela Fonseca

PROJETO DE APRENDIZAGEM CLÍNICA

Ficha de avaliação da Formação:
“Plano de Emergência Interno e o papel da EEMI”

Tratamento de dados

Junho de 2014

ÍNDICE:	Pág.
1 – INTRODUÇÃO	3
2 – TRATAMENTO DE DADOS	5
2.1 – FICHA DE AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO	5
2.2 – TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	5
3 – CONCLUSÃO	11
4 – BIBLIOGRAFIA	12

ÍNDICE DE GRÁFICOS		Pág.
Gráfico 1	Classificação atribuída pelos formandos ao programa da ação	6
Gráfico 2	Classificação atribuída pelos formandos ao funcionamento da ação	7
Gráfico 3	Impacto da ação de formação	7
Gráfico 4	Áreas de impacto da ação de formação	8
Gráfico 5	Classificação atribuída pelos formandos à ação de formação, na sua globalidade	9
Gráfico 6	Classificação da intervenção da formadora	10

1 – INTRODUÇÃO

No âmbito do 3º Curso de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal foi-nos proposto a execução de um projeto de aprendizagem clínica, integrado nos estágios I, II e III, a realizar na Unidade de Cuidados Intensivos de um hospital da margem sul do Tejo.

No âmbito dos estágios que se encontra a realizar no serviço supracitado, pretende desenvolver um PAC que vá de encontro à aquisição das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, nomeadamente as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica e competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crónica e paliativa. Este trabalho foi realizado sob a orientação da Enf^a F.B. e da Prof. E.M.

Relativamente às competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica, nomeadamente em relação à competência K2 – Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação, foi proposto a realização de uma formação sobre o Plano de Emergência Interno (PEI) e o papel da EEMI numa situação de catástrofe em que seja ativado o PEI.

Neste âmbito, após se ter justificado a pertinência deste tema numa entrevista informal com a Enf^a S.E. da Comissão de Gestão de Risco e de discussão do tema com a Enf^a F.B. e a prof. E.M., elaborou-se a apresentação “Plano de Emergência Interno e o papel da EEMI” que foi apresentada aos enfermeiros da UCI no dia 20 de Junho de 2014.

No final da ação de formação foi entregue uma Ficha de avaliação da formação de modo a que os formandos pudessem efetuar a sua apreciação relativamente ao programa da ação, funcionamento da ação, apreciação global da ação e intervenção da formadora.

Através da elaboração deste documento pretende mostrar os resultados obtidos pelas fichas de avaliação da formação implementadas.

Sendo assim, elabora este documento com os seguintes capítulos:

- Introdução

- Tratamento de dados
- Ficha de avaliação da Formação
- Tratamento e análise de dados
- Conclusão
- Bibliografia
- Apêndice

O presente documento encontra-se redigido de acordo com as orientações do Acordo Ortográfico e guia-se pelas indicações da Norma Portuguesa 405.

2 – TRATAMENTO DE DADOS

De modo a poder avaliar o impacto da ação de formação foi distribuída uma ficha de avaliação da formação no final da mesma.

2.1 – FICHA DE AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO

Para obter os dados referidos anteriormente, elaboramos uma ficha de avaliação da formação.

A ficha de avaliação da formação foi dividida em quatro partes, sendo que no ponto 1 se pretendia classificar o programa da ação. Para isso recorreu-se a uma questão fechada de escolha fixa.

No ponto 2 pretendia-se classificar o funcionamento da ação recorrendo-se a uma questão fechada de escolha fixa.

No ponto 3 pretendia-se conhecer a apreciação global da ação, tendo-se para isso recorrido a duas questões fechadas: uma dicotómica (3.1) e uma de escolha fixa (3.2) e questões abertas (3.1.1, 3.3 e 3.4).

No ponto 4 pretendia-se classificar a intervenção da formadora recorrendo-se a uma questão fechada de escolha fixa.

A ficha de avaliação da formação foi realizada no dia 20 de Junho de 2014, após a ação de formação “Plano de Emergência Interno e o papel da EEMI”.

Foram entregues fichas de avaliação da formação a todos os formandos presentes (14), tendo sido respondidos 14 (adesão 100%).

2.2 – TRATAMENTO E ANÁLISE DAS FICHAS DE AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO

Após o preenchimento das fichas de avaliação da formação, procedeu-se a uma análise quantitativa dos mesmos, através do programa informático Excel.

2.2.1 – PROGRAMA DA AÇÃO

O gráfico 1 mostra-nos que nos vários itens considerados, os formandos atribuem a classificação de Bom e Muito Bom.

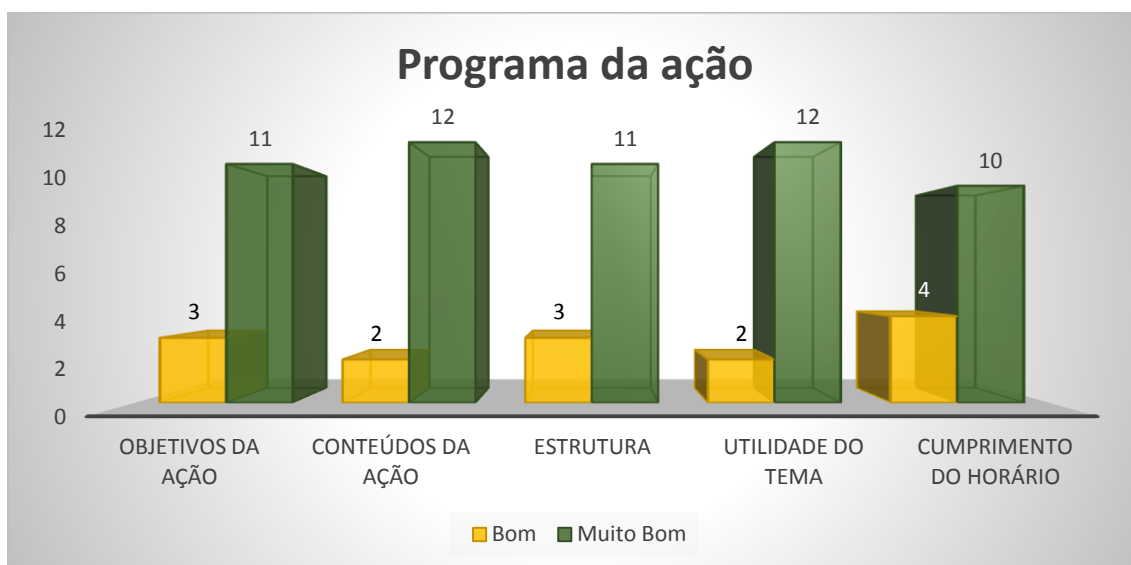


Gráfico 1 – Classificação atribuída pelos formandos ao programa da ação

2.2.2 – FUNCIONAMENTO DA AÇÃO

Pela análise do gráfico 2, relativamente às instalações, a maioria dos formandos considera que estas se encontram no nível Bom ou Muito Bom, sendo que apenas 3 formandos consideram Suficiente. Quanto à utilização de equipamentos e meios audiovisuais, 8 formandos consideram ser Muito Bom, 5 como Bom e 1 como Suficientes. Em relação à documentação fornecida, a maioria analisa como Bom e Muito Bom, sendo que apenas 1 formando a considera Insuficiente.

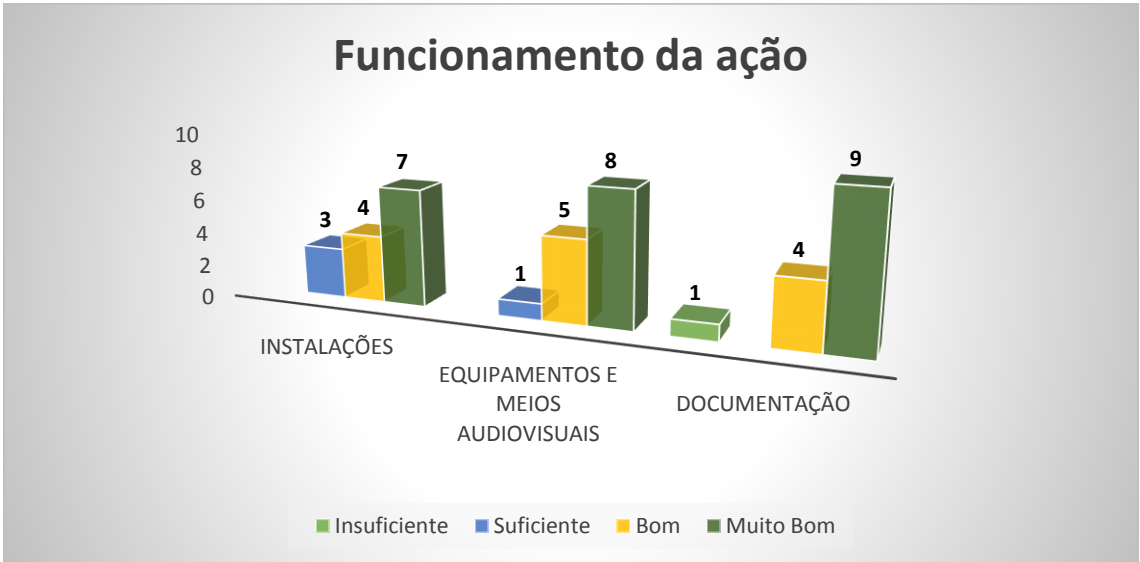


Gráfico 2 – Classificação atribuída pelos formandos ao funcionamento da ação

2.2.3 – APRECIACÃO GLOBAL DA AÇÃO

Todos os formandos que preencheram as fichas de avaliação da formação, consideram que a ação de formação terá impacto positivo ao nível do seu desempenho, conforme nos indica o gráfico 3.

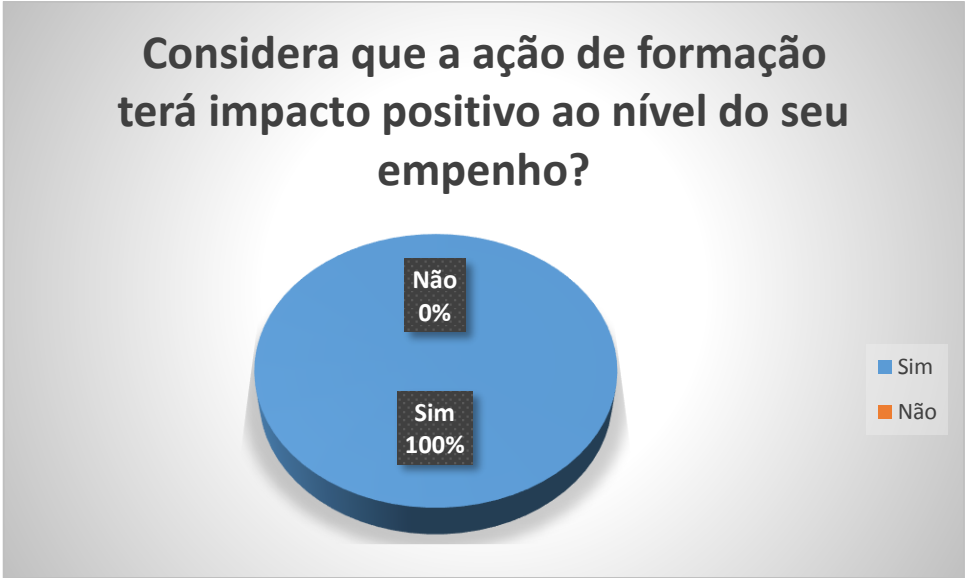


Gráfico 3 – Impacto da ação de formação

Ao analisar o gráfico 4, constata-se que, dos formandos que consideram que a ação de formação terá impacto positivo ao nível do seu desempenho, quando questionados acerca de que forma é que esse impacto será positivo, 3 referem “na melhoria na prestação de cuidados”, 4 formandos referem “na atuação em situação de catástrofe”, 1 formando “na melhoria da qualidade” e 3 formandos “na atualização de conhecimentos”.

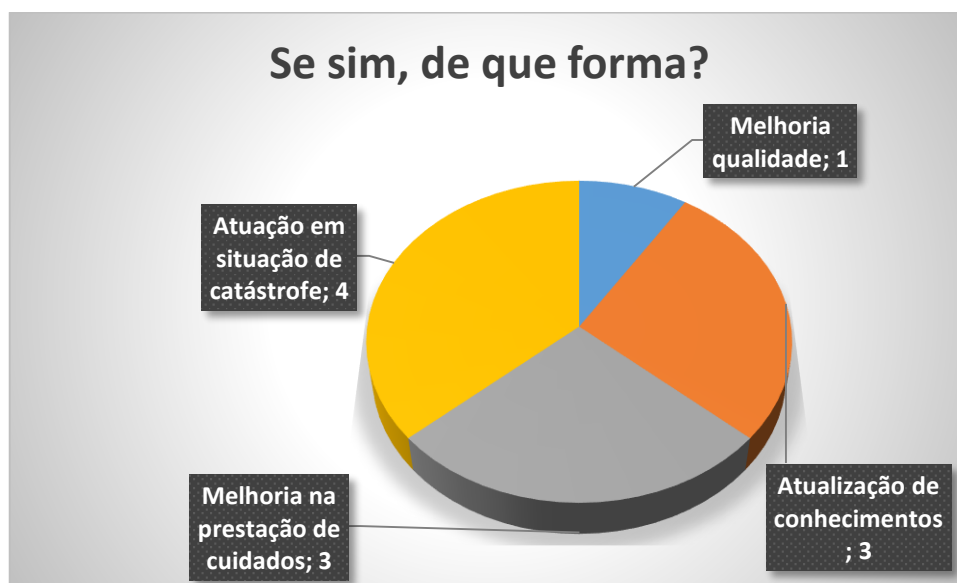


Gráfico 4 – Áreas de impacto da ação de formação

Quando questionados sobre de que forma qualificam a formação realizada, na globalidade, a totalidade dos formandos consideram Muito Bom, de acordo com o gráfico 5.

Na globalidade, de que forma qualifica a formação realizada?

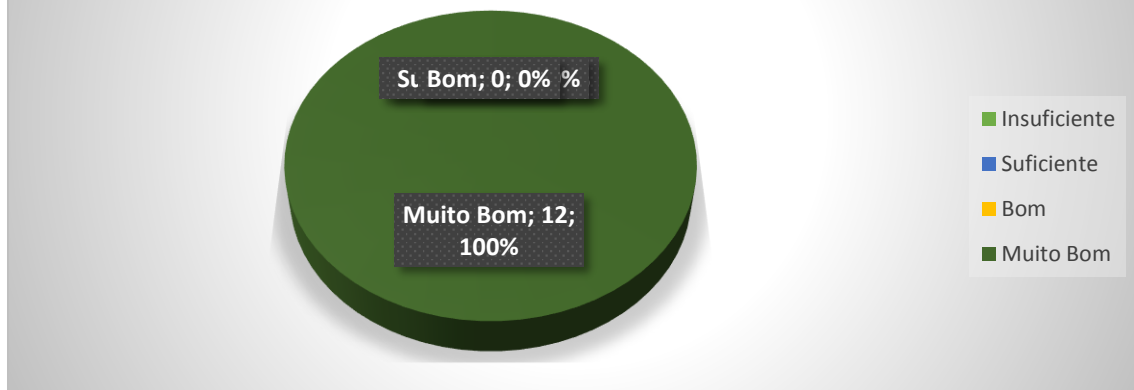


Gráfico 5 – Classificação atribuída pelos formandos à ação, na globalidade

Relativamente aos Pontos Fortes da ação de formação, apenas 1 formando respondeu à questão, referindo que o ponto forte da ação foi a clareza da exposição.

Nenhum formando respondeu à questão onde se pedia para referirem as oportunidades de melhoria da ação.

2.2.4 – INTERVENÇÃO DA FORMADORA

Pela análise do gráfico 6, os formandos consideram que a Intervenção da formadora nos vários itens se situa entre as classificações de Bom e Muito Bom, sendo que apenas no item Cumprimento de horários houve 2 formadores a responderem Suficiente.

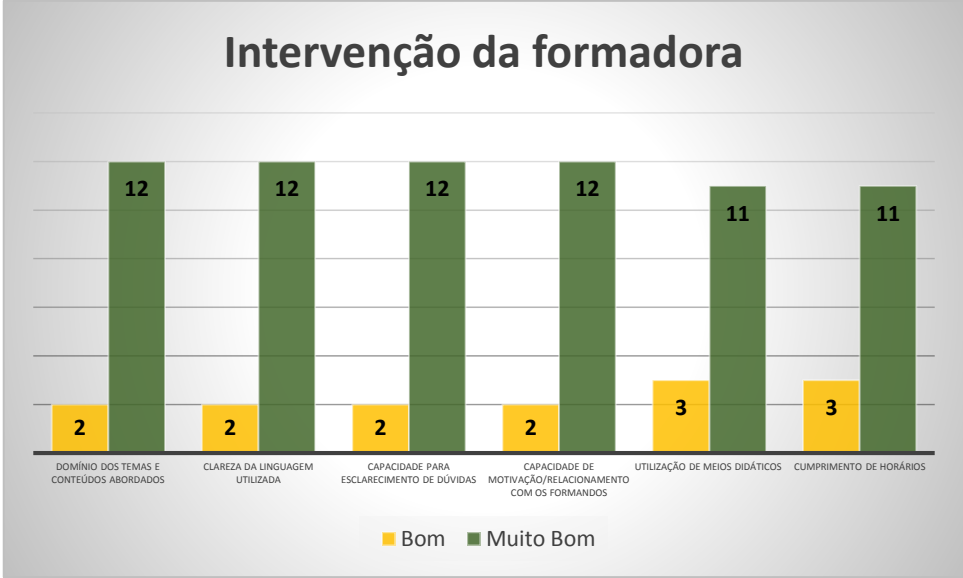


Gráfico 6 – Classificação da **Intervenção da formadora**

3 – CONCLUSÃO

Após tratamento das fichas de avaliação da formação através do programa Excel podemos inferir que a nossa amostra era constituída por 14 formandos.

Relativamente ao programa da ação, nos vários itens considerados, os formandos atribuem a classificação de Bom e Muito Bom.

No Funcionamento da Ação, relativamente às instalações, a maioria dos formandos considera que estas se encontram no nível Muito Bom (7) ou Bom (4), sendo que apenas 3 formandos consideram Suficiente. Quanto à utilização de equipamentos e meios audiovisuais, 8 formandos consideram ser Muito Bom, 5 como Bom e 1 como Suficientes. Em relação à documentação fornecida, a maioria analisa como Muito Bom (9) e Bom (4), sendo que apenas 1 formando a considera Insuficiente.

Todos os formandos que preencheram as fichas de avaliação da formação, consideram que a ação de formação terá impacto positivo ao nível do seu desempenho, nomeadamente ao nível da melhoria na prestação de cuidados (3), da atuação em situação de catástrofe (4), da melhoria da qualidade (1) e da atualização de conhecimentos (3).

Quando questionados sobre de que forma qualificam a formação realizada, na globalidade, a totalidade dos formandos consideram Muito Bom.

Relativamente aos Pontos Fortes da ação de formação, apenas 1 formando respondeu à questão, referindo que o ponto forte da ação foi a clareza da exposição e nenhum formando respondeu à questão onde se pedia para referirem as oportunidades de melhoria da ação.

Por fim, os formandos consideram que a Intervenção da formadora nos vários itens se situa entre as classificações de Bom (2 a 3) e Muito Bom (11 a 12).

4 – BIBLIOGRAFIA

- FORTIN, Marie-Fabienne. - **O processo de Investigação – da concepção à realização**. Loures : Lusociência, 1999. 388p. ISBN: 972-8383-10-X

APÊNDICE XXIX

Artigo “Os Cuidados Paliativos
Nas Unidades De Cuidados Intensivos:
Que Realidade?”

OS CUIDADOS PALIATIVOS NAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS: QUE REALIDADE?

Manuela Fonseca¹

Elsa Monteiro²

1 – Estudante do 3º Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal

2 – Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, professora da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal

RESUMO:

Com o objetivo de identificar as ações que promovem os cuidados paliativos em Unidades de Cuidados Intensivos, realizámos uma pesquisa bibliográfica baseada na revisão sistemática da literatura sobre a relação entre cuidados paliativos e as Unidades de Cuidados Intensivos, com análise de artigos encontrados em bases de dados *online*. Esperamos com este artigo contribuir com os profissionais que lidam com as questões de vida e de morte, fomentando a vontade de cuidar integralmente, de forma humanizada, voltando o olhar para os cuidados paliativos, como uma possibilidade para os doentes terminais, tratando-os de forma digna, respeitando sua autonomia e integrando a família nesse cenário.

Descritores: Enfermagem, Cuidados Paliativos, Unidades de Cuidados Intensivos

INTRODUÇÃO:

A Organização Mundial da Saúde definiu cuidados paliativos como uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos doentes e das suas famílias, que enfrentam o problema associado à doença com risco de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento por meio de identificação precoce, avaliação e gestão da dor e de outros problemas físicos, psicossociais e espirituais.

São cuidados direcionados aos doentes onde não existe a finalidade de curar, uma vez que a doença já se encontra em um estágio progressivo, irreversível e não responsivo ao tratamento curativo, sendo o objetivo desses cuidados proporcionar qualidade de vida nos momentos finais (BARROS *et al*, 2013).

Para estes mesmos autores, a busca da qualidade de vida do doente tem sido reiterada

como uma das pedras angulares dos cuidados paliativos, havendo um número significativo e crescente de pesquisas sobre o que seria qualidade de vida em cuidados no fim da vida, e sobre quais seriam seus possíveis indicadores, especialmente para o doente e seu cuidador.

O conceito de morte é sempre relativo, complexo e sofre mudanças influenciadas pelo contexto situacional, social e cultural. A morte e o morrer são vistos de formas diferentes, a depender do contexto histórico e cultural em que o indivíduo está inserido, tratando-se de um tema bastante complexo (SILVA *et al*, 2011).

A Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) é uma unidade de alta complexidade, caracterizada pelo atendimento de doentes graves que possuem características comuns, como instabilidade hemodinâmica e insuficiência respiratória, e/ou que necessitam de

monitorização e acompanhamento como uma medida preventiva. Culturalmente, a UCI é um ambiente desconhecido e incerto, que traz aos doentes e familiares uma ideia de gravidade associada à perda que, muitas vezes, não é real (SANTANA *et al*, 2010).

O cuidado é a essência da enfermagem e cuidar do doente terminal exige do enfermeiro conhecimentos específicos sobre controlo da dor, administração de analgésicos, comunicação com o doente, além da reflexão sobre o processo de terminalidade da vida (FREITAS e PEREIRA, 2013).

O enfermeiro que atua na UCI deve ter conhecimentos sobre essa temática, pois é uma unidade que amplia as perspetivas terapêuticas em diversas situações clínicas, mas, por outro lado, possibilita o prolongamento da vida a qualquer custo, acarretando, muitas vezes, tratamentos fúteis. Para Freitas e Pereira (2013) a utilização dessas medidas ocorre, muitas vezes, por desconhecimento dos profissionais sobre os cuidados paliativos que poderiam ser empregues.

O objetivo de encaminhar doentes terminais para a UCI é disponibilizar os mais modernos recursos tecnológicos para a manutenção da vida. Contudo, esse aparato técnico, mesmo quando suficiente para oferecer aos doentes o alívio de seus sintomas, não será, certamente, suficiente para eliminar o sofrimento e a angústia do doente e de seus familiares (FONSECA, JUNIOR e FONSECA, 2012).

Os avanços tecnológicos na manutenção da vida do doente internado em cuidados intensivos necessita de um repensar por parte da equipa

que atua nesse setor. Deve ser levado em conta, até que ponto estes avanços tecnológicos são benéficos para o doente e seus familiares. Não se trata de afastar a tecnologia no processo assistencial nas UCIs, mas a utilização desses recursos de forma mais ética, humana e paliativista, percebendo o doente em todas as suas dimensões, respeitando os limites de intervenções terapêuticas e a autonomia do doente (SANTANA *et al*, 2012).

A medicina curativa nas UCIs tem sido obstinada a ganhar mais tempo de vida, mas ainda se omite em proporcionar qualidade de vida ao seu término. Para Santana *et al* (2012), a necessidade de proporcionar conforto e dignidade no processo do morrer aos doentes internados na terapia intensiva é fundamental na perspetiva dos cuidados paliativos.

Os cuidados paliativos podem e devem ser oferecidos concomitantemente aos cuidados curativos, pois não são excludentes para a prevenção e tratamento do sofrimento do doente e seus familiares. Portanto, é errônea a suposição de que “não há mais nada a se fazer” pelo doente sem possibilidades de cura: enquanto houver vida, sempre existirá a necessidade do cuidado de enfermagem. Enquanto existe vida, há muito que se fazer para a pessoa transpor os últimos dias de sua existência sem sofrimento (FREITAS e PEREIRA, 2013).

Uma habilidade fundamental para o paliativismo é a comunicação, que esta ligada à construção da relação entre a equipa de saúde, os doentes e familiares. Os profissionais devem ser preparados e treinados no que diz respeito à

comunicação e diálogo de forma que estejam aptos a lidar com situações indesejadas, relacionadas aos doentes e familiares, além de sua própria equipa (SANTANA *et al*, 2012).

É importante também a inserção da família dentro das UCIs, preferencialmente junto à equipa de saúde, medidas de controlo que aliviam a dor e o uso de sedação de forma correta (SANTANA *et al*, 2012).

Os Cuidados Paliativos ampliam o arsenal terapêutico para além das tecnologias de cuidado tradicionais da UCI. O respeito à autonomia do enfermo e de sua família, estimulando-os a coparticipar das decisões, é também iniciativa que pode contribuir para minimizar as angústias que a terapêutica medicamentosa costuma não conseguir (FONSECA, JUNIOR e FONSECA, 2012).

O cuidar envolve atos humanos no processo de assistir ao indivíduo, à família ou à comunidade, de tal forma, que envolve de maneira igualitária o relacionamento interpessoal baseado em valores humanísticos e em conhecimento científico. Os enfermeiros possuem mais oportunidades de efetivação do cuidar, em virtude de serem os profissionais que passam as 24 horas do dia junto ao doente (SILVA *et al*, 2011).

Toda vida humana tem inevitavelmente um fim, e é de fundamental importância que o processo final de vida ocorra respeitando-se a dignidade da pessoa. Nem tudo o que é tecnicamente possível é eticamente correto. Perceber o momento de interromper um tratamento, com o objetivo de não prolongar o sofrimento gera muitas dúvidas nas UCIs (SANTANA *et al*, 2010).

A bioética, nas últimas décadas, vem discutindo sobre quais devem ser os limites de intervenção necessários e prudentes sobre a conduta humana para se evitar a distanásia, lembrando-se que o avanço tecnológico e científico na medicina e nas ciências da saúde possibilitou o aumento do poder de intervenção sobre o ser humano e o adiamento da morte, à custa, muitas vezes, de prolongado e desnecessário sofrimento para os doentes e seus familiares (SANTANA *et al*, 2010).

METODOLOGIA:

O referente estudo é do tipo bibliográfico com uma análise integrativa, composto pelas seguintes etapas: pesquisa de artigos relacionados ao tema, leitura dos artigos, interpretação dos dados obtidos, análise, discussão e apresentação dos resultados.

Determinou-se a busca por artigos científicos em bases de dados Online, nomeadamente a B-On, EBSCO, PubMed e Google Académico com os seguintes descritores: cuidados paliativos e unidades de cuidados intensivos.

Para seleção dos artigos relacionados ao tema foram estabelecidos os seguintes critérios: artigos em língua portuguesa, publicados no período entre 2007 a 2013.

Foram analisados um total de 23 artigos dos quais foram eleitos apenas 8 para construção da pesquisa por serem os mais recentes e apresentarem um objetivo mais próximo da pesquisa.

Os critérios de inclusão dos artigos definidos para a presente pesquisa bibliográfica foram:

artigos publicados cuja metodologia adotada permitisse obter evidências sobre a atuação do enfermeiro em unidades de cuidados intensivos.

Foram analisados os artigos que contemplam aspectos relacionados à enfermagem e assistência ao doente em fim de vida na UCI, discussão e apresentação dos resultados.

Em seguida estabeleceu-se a apresentação dos resultados e discussão dos dados obtidos, feita de forma descritiva, estabelecendo um diálogo entre os autores e as ideias na qual foi proposto discutir.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após o estudo bibliográfico, surge a reunião dos pontos convergentes entre os autores. Reunimos os pontos de maior importância dentro do estudo, a fim de analisar os dados de relevância para a pesquisa.

Os artigos levam-nos a elaborar categorias sobre os principais temas abordados tais como: 1) conceito de cuidados paliativos, 2) cuidados de enfermagem em cuidados paliativos na UCI, 3) medidas para avaliar e controlar a dor e outros sintomas, 4) a integração da família na UCI, 5) a importância da humanização dos cuidados, 6) promoção de uma comunicação efetiva e 7) a ética de enfermagem.

1) Conceito de cuidados paliativos

No estudo de Barros *et al* (2013), mediante a questão “qual a sua compreensão sobre cuidados paliativos?”, emergiram duas ideias centrais: ações multiprofissionais que visam

promover bem-estar aos doentes e seus familiares através do alívio da dor e de problemas, físicos, psicossociais e espirituais e ações que não resultam em melhora. No entanto, a maioria dos entrevistados apresenta uma compreensão fragilizada no que diz respeito aos cuidados paliativos.

Freitas e Pereira (2013) mostram-nos no seu estudo que, para os enfermeiros da UCI estudada, os cuidados paliativos são aqueles que amenizam a dor e proporcionam conforto ao doente em fase terminal da vida. No entanto, os depoimentos dos enfermeiros tiveram como foco o conforto físico relacionado ao alívio da dor e pouco foi abordado sobre a questão do conceito de dor total, o qual trata sobre todas as dimensões do ser humano, incluindo, além do alívio do sofrimento físico, o psicológico, social e espiritual.

Os cuidados paliativos na UCI são da responsabilidade da equipa multidisciplinar. As condutas devem ser discutidas com toda a equipa para determinar quais medidas terapêuticas utilizar para cada doente. Além disso, essa equipa precisa ter preparação para lidar com os medos, angústias e sofrimento do indivíduo e família (FREITAS e PEREIRA, 2013).

Santana *et al* (2012), referem que na UCI encontramos muitos doentes que não respondem mais às medidas curativas, o que torna coerente a implantação de cuidados paliativos, para promoção de conforto e bem-estar na fase final da vida destes doentes.

Percebe-se nesse mesmo estudo a importância das ações de Enfermagem que visam o conforto e bem-estar dos doentes internados nos

Cuidados Intensivos. É importante realizar ações que aliviam o sofrimento humano, propiciar um ambiente agradável, respeitar o horário do banho e do sono, realizar intervenções de forma mais humana possível, em consonância com as necessidades do doente e a participação dos familiares.

Os Cuidados Paliativos proporcionam a oportunidade de intervir sob outro prisma, oferecendo conforto, alívio e respeito à autonomia do doente e de seus familiares (FONSECA, JUNIOR e FONSECA, 2012).

Quando questionados acerca do cuidado de enfermagem ao doente fora de possibilidade de cura na UCI, os entrevistados do estudo de Silva *et al* (2011) responderam guiados por uma prática de como deve ser o cuidado a partir de normalizações e rotinas e muito pouco expressando a sua atitude diária diante da sua prática assistencial. Observou-se também a supervalorização do tecnológico em detrimento da essência do cuidado humano, em prol de um processo de morte e de morrer com dignidade.

Com o avanço da medicina, tem sido possível manter a sobrevivência de doentes graves por longo período nas UCIs, com a ajuda das medidas de suporte de vida e do aparato tecnológico. Sendo assim, o limite terapêutico torna-se difícil de ser identificado. Quando não existem mais possibilidades de cura, manter todas as intervenções sem perceber os limites traduz em obstinação terapêutica e gera o prolongamento da agonia, do sofrimento e da morte do doente, que é a distanásia (SANTANA *et al*, 2010).

2) Cuidados de enfermagem em cuidados paliativos na UCI

Os cuidados paliativos tratam os doentes como um todo e procuram melhorar a sua qualidade de vida. Esses cuidados destinam-se a garantir cuidados aos doentes em condições que viabilizam e incentivam o doente a viver uma vida de forma útil, produtiva e gratificante até o momento da sua morte. Tem como importância oferecer a reabilitação, em termos de saúde física, mental e espiritual e que não pode ser negligenciada (BARROS *et al*, 2013).

Percebe-se que a enfermagem tem grande participação nas ações paliativistas devido à sua proximidade com o doente, visto que a profissão do enfermeiro está relacionada ao cuidado direto ao doente e ao suprimento de suas necessidades (SANTANA *et al*, 2012).

O conceito evidenciado nos depoimentos dos enfermeiros do estudo de Freitas e Pereira (2013) sobre os cuidados de enfermagem aos doentes em cuidados paliativos na UCI foi relacionado somente à questão do alívio do sofrimento físico mediante procedimentos técnicos, tais como higiene, medicação, prevenção de úlceras por pressão e outras complicações. Poucos enfermeiros abordaram a questão da humanização do cuidado e do aspecto afetivo ao cuidar do doente terminal.

Essa dificuldade é fruto da formação acadêmica que prioriza a qualidade do ensino técnico-científico, desvalorizando os aspectos humanistas do cuidado, principalmente relacionados à terminalidade. Assim, é imprescindível para os enfermeiros que o cuidado seja humanizado,

algo que transcende uma assistência puramente técnica (FREITAS e PEREIRA, 2013).

Neste contexto percebe-se a importância dos cuidados de enfermagem nas UCIs, com vista a proporcionar conforto e bem-estar ao doente e seus familiares. É fundamental o processo da comunicação, o respeito pela autonomia do doente e um cuidado de forma humana e paliativa em consonância com os avanços tecnológicos presentes no quotidiano dessas unidades (SANTANA *et al*, 2012).

Borges *et al* (2013) concluem no seu estudo que “devemos estar sempre atentos, para não deixar que o cuidado paliativo perca o seu espaço, para os atos mecânicos. E sim que ganhe cada vez mais espaço, prestando uma assistência de enfermagem mais qualificada e especializada fazendo com que os cuidados paliativos sejam mais valorizados e executados nas práticas de enfermagem”.

O papel importante desempenhado pela enfermagem nos Cuidados Paliativos foi um item frequente nas publicações selecionadas por Fonseca *et al* (2012) para o seu estudo. Os artigos destacam que os enfermeiros são profissionais com função essencial na equipa nas intervenções paliativas. Cabe a esse profissional o cuidado direto do enfermo que contribui para aproximar toda a equipa de saúde da UCI na participação ativa nessa atenção. Obviamente que uma equipa multiprofissional paliativista contempla outras categorias e estas também são importantes, cada uma em sua área de atuação. Entretanto, o destaque ao profissional da enfermagem é necessário, pois, muitas vezes, é

o condutor do plano de atenção nos Cuidados Paliativos (FONSECA *et al*, 2012).

Percebe-se na fala dos enfermeiros entrevistados por Santana *et al* (2010) os conflitos vivenciados nas UCIs referente ao prolongamento da vida dos doentes. Discute-se até quando é lícito manter um doente ligado por aparelhos, com diversas intervenções invasivas, quando não mais existe perspectiva de cura. As grandes diferenças culturais, econômicas, religiosas, sociais e legais podem justificar as dificuldades encontradas por profissionais, doentes e familiares ao lidar com esse tipo de decisão.

3) Medidas para avaliar e controlar a dor e outros sintomas

Na essência do conceito de cuidados paliativos, destaca-se o alívio dos sintomas, a dor e o sofrimento em doentes que sofrem de doenças crónico-degenerativas, ou estão em fase final (BARROS *et al*, 2013).

São várias as formas de executar esse tipo de ação paliativa, porém a mais importante é oferecer conforto ao doente em seus momentos restantes de sua vida, no qual a maior queixa desses doentes que se encontram em fase terminal é na sua maioria relativos à dor, e para o alívio desta, há uma diversidade de analgésicos e sedativos (BARROS *et al*, 2013).

A avaliação da dor possibilita planejar os cuidados, de acordo com as necessidades individuais e permite verificar a eficácia dos tratamentos de modo confiável. Para isso existem algumas escalas que permitem auxiliar

na mensuração e avaliação da dor. As escalas propostas pela DGS são a Escala Visual Analógica, a Escala de Avaliação Numérica e a Escala Qualitativa. Estas escalas não estão recomendadas para pessoas submetidas a ventilação mecânica ou sedadas. Nestas é proposta a utilização da *Behavioral Pain Scale* para a avaliação da dor.

Em relação às medidas para controle da dor, os enfermeiros descreveram que o principal método utilizado na UCI é a medicação para analgesia (FREITAS e PEREIRA, 2013).

Mesmo com as evidências disponíveis sobre a importância dos Cuidados Paliativos na UCI, com os avanços nas discussões sobre ética, autonomia e morte e, sendo os Cuidados Paliativos área de atuação médica, os doentes ainda morrem com um grau elevado de sofrimento e, muitas vezes, de dor (FONSECA, JUNIOR e FONSECA, 2012).

De referir que nos estudos selecionados, não há referência a medidas não-farmacológicas de combate à dor, como seja a massagem, o posicionamento, a escuta ativa, a musicoterapia, entre outros, tão sensíveis e independentes do cuidado de enfermagem.

4) A integração da família na UCI

Outra ação que se destaca é em relação ao apoio que a equipa de saúde presta aos familiares e ao doente e as informações acerca da doença fornecidas aos mesmos por meio do diálogo. Tanto o doente quanto os familiares passam a pensar em questões existências, pensam no processo vida-morte e com isso surge a

inconformidade e muitas vezes a revolta. O apoio oferecido pela equipa deve estender-se até a fase de luto (BARROS *et al*, 2013).

O enfermeiro deve abordar a família durante a permanência do doente na UCI, porém, pode-se evidenciar nos depoimentos realizados no estudo de Freitas e Pereira (2013) que ainda há pouco envolvimento com a família, principalmente devido à sobrecarga de trabalho e escassez de recursos humanos.

A família é parte integrante do tratamento paliativo ao doente, pois ela também está sofrendo junto às dores de um tratamento intensivo. No entanto necessita também ser amparado pela equipa de enfermagem, porém o que se percebe no estudo de Borges *et al* (2013) é que na maioria das vezes preocupamo-nos tanto com o doente e não há um cuidado com a família do mesmo.

Através deste estudo foi possível identificar que a família se sente um pouco esquecida pela equipa durante o tratamento do seu familiar. Muitas vezes intervêm no tratamento ou até mesmo na rotina da unidade pensando que seu familiar está a ser mal cuidado pelo simples fato dela não ter sido atendida como gostaria.

É fundamental, não só mas principalmente dentro de uma UCI, compreender a família como extensão do doente. Conforme evidenciado no estudo de Silva *et al* (2011), os familiares foram citados como necessitados dos cuidados de enfermagem para melhor compreenderem e minimizar o seu sofrimento diante do processo de morte e morrer.

5) A importância da humanização dos cuidados

Um doente que tem uma patologia sem possibilidades de cura, não aceita facilmente a morte. E diante desse fato surge a necessidade da enfermagem cuidar, confortar e aliviar esse doente de seus medos e angústias.

De acordo com Borges *et al* (2013), fica claro que a tecnologia se tornou indispensável para o tratamento dos doentes intensivos, porém interferiu no processo de humanização dos doentes. A enfermagem tem como fundamentação conciliar a humanização e a tecnologia aos doentes terminais nas unidades intensivas, já que ambos são indispensáveis para uma humanização de qualidade.

Evidencia-se grande ênfase dada ao hipertecnicismo e muito pouco presente, se não mesmo ausente, o cuidado a nível emocional e espiritual em relação ao doente (SILVA *et al*, 2011).

Os enfermeiros ressaltam a importância do emprego dos cuidados paliativos nas UCIs, discutem a necessidade da presença dos familiares, das medidas de conforto e higiene, do respeito à autonomia do doente e da presença humana do cuidar. Os cuidados paliativos apresentam-se, então, como uma possibilidade de terapêutica digna, trazendo a humanização para o processo de morte (SANTANA *et al*, 2010).

6) Promoção de uma comunicação efetiva

A equipa de enfermagem está sempre presente ao lado do doente e não pode ser diferente em

relação à família. A comunicação é considerada algo muito importante para a família do doente, pois significa a ligação com o saber sobre o estado do doente (FREITAS e PEREIRA, 2013). Assim, os enfermeiros devem atuar junto à família colaborando para diminuir o sofrimento, ao esclarecer dúvidas, encorajar atitudes positivas e ser acessível durante o internamento do doente na UCI.

A comunicação é indispensável na qualidade de vida dos doentes terminais e uma comunicação de qualidade torna-se facilitadora de uma assistência de qualidade. Torna-se praticamente impossível não levar em consideração qualquer forma de comunicação do doente (BORGES *et al*, 2013).

Os dados coletados no estudo de Santana *et al* (2012) permitiram uma reflexão da comunicação como atributo na terapêutica para aqueles que vivenciam a terminalidade. Destacando conceitos da comunicação, do relacionamento interpessoal no contexto da terminalidade, a relação de confiança estabelecida com os profissionais de saúde e cuidadores a partir da leitura dos sinais não-verbais dos mesmos e a valorização do otimismo.

O processo da comunicação na UCI visa proporcionar um diálogo transparente aos familiares, favorece a integração do doente com a equipa e seus familiares. É importante valorizar a comunicação verbal e não-verbal nos Cuidados Intensivos, com o intuito de atender às necessidades do doente, favorecer a sua recuperação e propiciar um ambiente mais humano e paliativo (Santana *et al*, 2012).

Para os mesmos autores, uma comunicação adequada entre a equipa de saúde, os doentes e seus familiares torna-se cada vez mais um fator primordial no que concerne à discussão sobre a futilidade de um tratamento.

A comunicação entre a equipa e os familiares é então um fator primordial para enfrentar a difícil situação de ter um ente querido internado. É importante esclarecer as suas dúvidas, colocá-los informados da real situação do doente e permitir que os familiares participem do processo do tratamento e dos momentos das decisões acerca dos limites de intervenções (SANTANA *et al*, 2010).

7) A ética de enfermagem

Cada vez mais são identificadas metas que visam reduzir tensões éticas associadas ao tratamento de doentes com doenças terminais, com ênfase ao tratamento baseado na obtenção do conforto. A promoção de uma melhor comunicação e do melhor conhecimento sobre cuidados paliativos nas UCI pode prevenir conflitos e melhorar o tratamento do doente crítico. Sob este especto, é aconselhado que sejam respeitados os aspetos socioculturais dos doentes e de seus familiares e que também sejam avaliados os aspetos éticos e práticos da recusa ou suspensão de terapia fútil, da administração de sedo-analgésicos e da abordagem não farmacológica, que possam diminuir o sofrimento de todos os envolvidos no processo (BARROS *et al*, 2013).

Além da própria vontade do doente também deve ser levada em consideração a necessidade da

família em acompanhar as decisões sobre esse doente e contribuir na solução dos dilemas envolvidos (BORGES *et al*, 2013).

A assistência do cuidar prestada aos doentes terminais é uma busca a possibilitar uma assistência com qualidade, proporcionando momentos de dignidade e paz para o doente que aguarda o seu momento final. Para Silva *et al* (2011), os profissionais de saúde são aqueles que têm a incumbência em zelar por uma assistência de qualidade a estes doentes, de modo a lhes proporcionar uma morte com dignidade.

Percebe-se uma necessidade emergente de discutir e refletir sobre o prolongamento da vida nas UCIs, em uma perspectiva que envolva o lado religioso, profissional, legal e ético (SANTANA *et al*, 2010).

Continuar um tratamento considerado fútil e doloroso é contra todos os princípios fundamentais da ética médica: contra a beneficência, pois não provê nenhum benefício ao doente; contra a não-maleficência, pois pode causar sofrimento e prejuízo ao doente; contra a justiça, pois exige custos, tempo e energia que poderiam ser mais bem usadas em outros doentes; e até mesmo contra a autonomia, pois ninguém quer receber uma terapia fútil que simplesmente prolonga por horas ou dias a morte (inevitável) em estado vegetativo irreversível, sem acrescentar qualidade de vida (SANTANA *et al*, 2010)

CONCLUSÃO:

As pessoas que estão hospitalizadas, principalmente as internadas nas Unidades de Cuidados Intensivos, encontram-se fragilizadas e sensíveis. Nesta perspectiva, a equipa de enfermagem tem um papel fundamental na assistência humanizada e paliativista, visto que o foco da enfermagem é o cuidado ao ser humano em todas as suas dimensões (física, psicológica, espiritual e emocional). Cabe a estes profissionais, estabelecer uma relação de confiança com o doente e seus familiares, identificar as suas necessidades e atendê-las, proporcionando-lhe conforto e bem-estar.

Para um cuidado efetivo nas UCIs é necessário uma equipa multidisciplinar que trabalhe diretamente ou indiretamente para suprir todas as necessidades do doente, sejam biológicas, físicas, sociais ou psicológicas e de seus entes próximos, proporcionando desta forma um cuidado mais direcionado. Neste contexto é fundamental proporcionar os cuidados curativos em consonância com os cuidados paliativos desde a admissão do doente na UCI até às situações onde não existe mais perspectiva de vida.

Os cuidados paliativos surgem como uma esperança de humanização do processo de morte, especialmente nas UCIs. Implementá-los

é propor uma nova cultura de respeito e dignidade ao ser humano nesse momento tão difícil, em que encara a própria morte. Esta preocupação não se limita ao doente que está sob os cuidados, mas também com seus familiares e amigos.

A presença dos familiares é de extrema importância para a reintegração biopsicossocial do doente, sendo assim, é de grande valia que o cuidado não seja voltado apenas ao doente, mas, também à família, uma vez que esta também sofre diretamente com a enfermidade de seu ente.

Cuidar do doente em processo de morte deve ser considerado tão gratificante quanto a reanimação de um doente que teve uma paragem cardiorrespiratória. Proporcionar uma boa morte é prestar os cuidados de enfermagem com dignidade e respeito, uma terminalidade com o mínimo de sofrimento e sem dor.

Esta reflexão é mais uma contribuição para os profissionais de saúde que atuam em Cuidados Intensivos e um incentivo para que os mesmos procurem abordar mais esta temática, abrindo espaço para novas discussões e reflexões sobre os cuidados paliativos nas UCIs, com vista a conciliar os cuidados curativos com os paliativos, além de minimizar a dor e o sofrimento humano do doente e seus familiares.

BIBLIOGRAFIA:

BARROS, Nara et al. – Cuidados paliativos na UTI: compreensão dos enfermeiros. **Revista de pesquisa: cuidado é fundamental Online**. Vol.5, Nº1 (2013) p. 3293-3301. ISSN 2175-5361

BORGES, Andréia et al. – Assistência de enfermagem ao paciente terminal em unidade de terapia intensiva (UTI). **Interdisciplinar: Revista Eletrônica da Univar**. Vol.2, Nº10 (2013) p. 182-187. ISSN 1984-431X

FONSECA, Anelise; JUNIOR, Walter; FONSECA, Maria - Cuidados paliativos para idosos na unidade de terapia intensiva: revisão sistemática. **Revista Brasileira Terapia Intensiva**. Vol.24, Nº2 (2012) p.197-206.

FREITAS, Noéle; PEREIRA, Mirana – Percepção dos enfermeiros sobre cuidados paliativos e o manejo da dor na UTI. **O Mundo da Saúde, São Paulo**. Vol. 37, Nº 4 (2013) p. 450-457.

MORITZ, Rachel et al. - Percepção dos profissionais sobre o tratamento no fim da vida, nas unidades de terapia intensiva da Argentina, Brasil e Uruguai. **Revista Brasileira Terapia Intensiva**. Vol.22, Nº2 (2010) p.125-132

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. [Em linha]. [Consult em 16/05/2014]. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/palliative/en/>

SANTANA, Júlio et al. - Cuidados paliativos nas unidades de terapia intensiva: implicações na assistência de enfermagem. **Revista Enfermagem Revista**. Vol.16, Nº3 (2012) p.327-343

SANTANA, Júlio; RIGUEIRA, Ana; DUTRA, Bianca - Distanásia: reflexões sobre até quando prolongar a vida em uma Unidade de Terapia Intensiva na percepção dos enfermeiros. **Revista Bioethikos - Centro Universitário São Camilo**. Vol.4, Nº4 (2010) p.402-411.

SILVA, Rudval; CAMPOS, Ana; PEREIRA, Álvaro - Cuidando do paciente no processo de morte na Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Escola Enfermagem USP**. Vol.45, N.3 (2011); p.738-744.

APÊNDICE XXX

Dossier Temático de Apoio
à consulta de Medicina Intensiva



Manuela Fonseca

DOSSIER TEMÁTICO

Apoio à Consulta de Medicina Intensiva

Junho de 2014

ÍNDICE:

	Pág.
1 – INTRODUÇÃO	3
2 – IMPRESSOS DE APOIO À CONSULTA	5
3 – ARTIGOS E MONOGRAFIAS DE APOIO Á EQUIPA	
4 – CONCLUSÃO	

1 – INTRODUÇÃO

No âmbito do 3º Curso de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal foi-nos proposto a execução de um projeto de aprendizagem clínica (PAC), integrado nos estágios I, II e III, a realizar na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) de um hospital da margem sul do Tejo.

No âmbito dos estágios que nos encontramos a realizar no serviço supracitado, pretendemos desenvolver um PAC que vá de encontro à aquisição das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, nomeadamente as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica e competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crónica e paliativa. Este trabalho foi realizado sob a orientação da Enfª F.B. e da Prof. E.M.

Relativamente às competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crónica e paliativa, nomeadamente em relação à competência 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, propusemo-nos a realizar um *dossier* temático de apoio à Consulta de Medicina Intensiva ou Consulta de Follow-Up.

Um Dossier Temático consiste no arquivo ou coleção de documentos, de fácil e eficiente consulta, sobre um determinado assunto. Deve conter documentos relativos a um demarcado tema e referente a um espaço temporal definido, que se pesquisou tendo em conta os objetivos da sua elaboração. (CERQUEIRA et al, 2014)

Os doentes da UCI são avaliados depois de decorrido o primeiro mês após a alta do serviço numa consulta de “follow-up”, com o objetivo de detetar as complicações da doença crítica ou do seu tratamento. Esta consulta é realizada por um médico e um enfermeiro da UCI. Tem por objetivo o acompanhamento dos doentes que estiveram internados na UCI visando identificar as consequências do internamento na referida unidade a nível

funcional, nutricional e emocional, bem como identificar a necessidade de articulação/encaminhamento com os Cuidados na Comunidade.

Preferencialmente o utente deve estar acompanhado pela família nesta consulta, uma vez que aqui também se faz a avaliação subjetiva do internamento na UCI, quer do doente, quer do familiar.

Através da elaboração deste documento pretendemos fornecer apoio à equipa multidisciplinar para a execução da referida consulta. Sendo assim, elaboramos este documento com os seguintes capítulos:

- Introdução
- Impressos de apoio à consulta
- Artigos e monografias de apoio à equipa
- Conclusão
- Bibliografia

O presente documento encontra-se redigido de acordo com as orientações do Acordo Ortográfico e guia-se pelas indicações da Norma Portuguesa 405.

2 – IMPRESSOS DE APOIO À CONSULTA

Apresentamos de seguida os seguintes documentos:

- Carta de convocatória para a Consulta de Medicina Intensiva;
- Folha de registo da consulta;
- Avaliação funcional do doente;
- Mini-Mental State (MMS);
- Mini Nutricional Assessment (MNA);
- Questionário de Qualidade de Vida (RAI-P Cabete 99);
- Avaliação de ganhos em saúde;
- Procedimento de Referenciação à RNCCI, Planeamento de Altas e Continuidade de Cuidados;
- Impresso de Referenciação à RNCCI;
- Folha de Articulação Multidisciplinar para Utentes de Cuidados Continuados;



UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS
DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGIA

Exmo.(a). Sr.(a)

Vossa Ex^a esteve, recentemente, internado(a) na Unidade Cuidados Intensivos (UCI).

A consulta de Medicina Intensiva tem como finalidade a avaliação do internamento na UCI, bem como, a verificação de eventuais sequelas físicas ou psicológicas durante esse internamento.

Pelo acima exposto, pedimos o favor, de vir à consulta de Medicina Intensiva na data indicada, **dirigindo-se para o efeito ao piso 1 (edifício novo), ao lado da UCI, área da consulta de Anestesiologia.**

Para qualquer esclarecimento, por favor, contactar o secretariado da UCI pelo telefone 265549054.

Agradeço a vossa atenção, sem outro assunto de momento. Com os meus cumprimentos,

A Coordenadora da UCI

Rosa Ribeiro, Dra.

Consulta de Medicina Intensiva
UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

IDENTIFICAÇÃO

Nº da UCI _____

INTERNAMENTO NA UCI:

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL _____

OUTROS DIAGNÓSTICOS _____

PATOLOGIA ASSOCIADA _____

DELÍRIO /DEMÊNCIA I. R. A. NA UCI NEUROPATIA DO DOENTE CRÍTICO

OUTRA-----

ADMISSÃO NA UCI ___/___/____ DIAS DE INTERNAMENTO NA UCI: _____

ALTA HOSPITALAR ___/___/____ VIVE EM: CASA INSTITUIÇÃO

QUEIXAS PÓS-ALTA

A. AVALIAÇÃO SUMÁRIA DA QUALIDADE DE VIDA:

- AUTÓNOMO PARA AS AVD -DEPRIMIDO
-AJUDA PARCIAL PARA AS AVD -SEM INTERESSE PELA VIDA
-AJUDA TOTAL PARA AS AVD -IGUAL/ANTES DA DOENÇA

B. AVALIAÇÃO DA DOR:

Nº DE DIAS: _____

INTENSIDADE DA DOR (ESCALA NUMÉRICA): EN «3 »3«6 »6

ANALGÉSICOS /DOSE: _____

C. SE PATOLOGIA RESPIRATÓRIA:

AVALIAÇÃO GASIMÉTRICA

pH _____, pCO₂ _____ mmHg, pO₂ _____ mmHg, HCO₃ _____ mmol/L,

SO₂ _____%, BE _____, Lactatos _____ mmol/L; PaO₂/FIO₂ _____ K, -----; NA_v _____

QUEIXAS/ Ex.OBJECTIVO: _____

Consulta de Medicina Intensiva
UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

D. AVALIAÇÃO SUBJECTIVA DO INTERNAMENTO NA UCI:

DO DOENTE

TEM MEMÓRIAS DA UCI: SIM NÃO

BOM ATENDIMENTO: SUFICIENTE BOM MUITO BOM

SENTIU-SE SEGURO E BEM TRATADO? SUFICIENTE BOM MUITO BOM

PRIMEIRA RECORDAÇÃO DA UCI: _____

MELHOR RECORDAÇÃO DA UCI: VISITA DOS FAMILIARES OUTRA _____

PIOR RECORDAÇÃO DA UCI: DOR SEDE OUTRA _____

DO FAMILIAR:

-SENTIU-SE APOIADO? SUFICIENTE BOM MUITO BOM

- FOI DEVIDAMENTE INFORMADO? SUFICIENTE BOM MUITO BOM

-SUGESTÕES/PIOR RECORDAÇÃO: _____

E. OUTROS:

PROTOCOLO APLICADO:

DELIRIUM/DEMÊNCIA: ____ - PROTOCOLO MMS

DESNUTRIÇÃO: ____ - PROTOCOLO MNA

QUALIDADE DE VIDA - QUESTIONÁRIO SF-36:

INSUFICIÊNCIA RENAL AGUDA PÓS UCI ____: MELHORIA AGRAVAMENTO

SEGUIMENTO:

VOLTAR À CONSULTA

REFERÊNCIAÇÃO PARA: _____

ALTA

DATA: ____/____/____ MÉDICO: _____ ENFERMEIRO: _____

AVALIAÇÃO FUNCIONAL DO DOENTE

NOME		IDADE	
DIAGNÓSTICO		Nº PROC	DATA ADMISSÃO
PROVENIÊNCIA:			
DOMICILIO	LAR	UNIDADE HOSPITALAR	OUTRO:
FAMILIAR CUIDADOR	SIM	NÃO	
NOME FAMILIAR		TEL.	

AVALIAÇÃO MOTORA:

		MSE	MSD	MIE	MID	FACE
FORÇA MUSCULAR	NORMAL					
	DIMINUIDA					
TÔNUS MUSCULAR (ESTADO DE CONTRAÇÃO DO MUSCULO EM REPOUSO) (+ ligeira, ++moderada, +++acentuada)	FLACIDEZ					
	RIGIDEZ					
	ESPASTICIDADE					
PLÉGIA (AUSÊNCIA DE FORÇA E DE SENSIBILIDADE)						
PARÉSIA (DIMINUIÇÃO DE FORÇA E DE SENSIBILIDADE)						

INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL: (AUTONOMIA NAS ACTIVIDADES DE VIDA DIÁRIAS)

		SEM AJUDA	COM AJUDA PARCIAL	COM AJUDA TOTAL	
AUTO-CUIDADO	ALIMENTAÇÃO				
	DISFAGIA	TOTAL			
		PARCIAL	SÓLIDOS	LIQUIDOS	
		SNG			
TRANSFERÊNCIAS	VESTIR/DESPIR				
	HIGIENE				
	CAMA/CADEIRA				
	SANITÁRIO				
LOCOMOÇÃO	BANHEIRA/CHUVEIRO				
	MOBILIZAÇÃO NO LEITO				
	CADEIRA DE RODAS				
	MARCHA				
	AUXILIARES DE MARCHA	BENGALA			
CANADIANAS					
ANDARILHO					
SUBIR E DESCER ESCADAS					

MINI-MENTAL STATE - MMS

NOME: _____

IDADE: _____ Anos

DATA: _____ de _____ de _____

1. ORIENTAÇÃO (1 ponto por cada resposta correcta).

- Em que ano estamos? _____
- Em que mês estamos? _____
- Em que dia do mês estamos? _____
- Em que dia da semana estamos? _____
- Em que estação do ano estamos? _____
- Em que país estamos? _____
- Em que distrito vive? _____
- Em que terra vive? _____
- Em que casa estamos? _____
- Em que andar estamos? _____

Nota: _____

2. RETENÇÃO (contar 1 ponto por cada palavra correctamente repetida).

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cór".

- Pêra _____
- Gato _____
- Bola _____

Nota: _____

3. ATENÇÃO E CÁLCULO (1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como correctas. Parar ao fim de 5 respostas.)

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

27 _ 24 _ 21 _ 18 _ 15 _

Nota: _____

4. EVOCAÇÃO (1 ponto por cada resposta correcta.)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

- Pêra _____
- Gato _____
- Bola _____

Nota: _____

5. LINGUAGEM (1 ponto por cada resposta correcta).

a. "Como se chama isto? Mostrar os objectos:

- Relógio _____
- Lápis _____

Nota: _____

b. "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA"

Nota: _____

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa", (ou "sobre a cama", se for o caso); dar a folha segurando com as duas mãos.

- Pega com a mão direita _____
- Dobra ao meio _____
- Coloca onde deve _____

Nota: _____

d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto ler-se a frase.

- Fechou os olhos _____

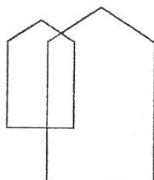
Nota: _____

e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Nota: _____

DESENHO

CÓPIA



Mini Nutritional Assessment MNA®

Sobrenome: _____ Nome: _____

Sexo: _____ Idade: _____ Peso, kg: _____ Altura, cm: _____ Data: _____

Responda à secção "triagem", preenchendo as caixas com os números adequados. Some os números da secção "triagem". Se a pontuação obtida for igual ou menor que 11, continue o preenchimento do questionário para obter o escore indicador de desnutrição.

Triagem

A Nos últimos três meses houve diminuição da ingestão alimentar devido a perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir?

- 0 = diminuição severa da ingestão
1 = diminuição moderada da ingestão
2 = sem diminuição da ingestão

B Perda de peso nos últimos 3 meses

- 0 = superior a três quilos
1 = não sabe informar
2 = entre um e três quilos
3 = sem perda de peso

C Mobilidade

- 0 = restrito ao leito ou à cadeira de rodas
1 = deambula mas não é capaz de sair de casa
2 = normal

D Passou por algum estresse psicológico ou doença aguda nos últimos três meses?

- 0 = sim 2 = não

E Problemas neuropsicológicos

- 0 = demência ou depressão graves
1 = demência leve
2 = sem problemas psicológicos

F Índice de Massa Corporal (IMC = peso [kg] / estatura [m]²)

- 0 = IMC < 19
1 = 19 ≤ IMC < 21
2 = 21 ≤ IMC < 23
3 = IMC ≥ 23

Escore de Triagem (subtotal, máximo de 14 pontos)

12 pontos ou mais: normal; desnecessário continuar a avaliação
11 pontos ou menos: possibilidade de desnutrição; continuar a avaliação

Avaliação global

G O paciente vive em sua própria casa (não em casa geriátrica ou hospital)

- 1 = sim 0 = não

H Utiliza mais de três medicamentos diferentes por dia?

- 0 = sim 1 = não

I Lesões de pele ou escaras?

- 0 = sim 1 = não

J Quantas refeições faz por dia?

- 0 = uma refeição
1 = duas refeições
2 = três refeições

K O paciente consome:

- pelo menos uma porção diária de leite ou derivados (leite, queijo, iogurte)? sim não
 - duas ou mais porções semanais de leguminosas ou ovos? sim não
 - carne, peixe ou aves todos os dias? sim não
- 0.0 = nenhuma ou uma resposta «sim»
0.5 = duas respostas «sim»
1.0 = três respostas «sim»

L O paciente consome duas ou mais porções diárias de fruta ou produtos hortícolas?

- 0 = não 1 = sim

M Quantos copos de líquidos (água, suco, café, chá, leite) o paciente consome por dia?

- 0.0 = menos de três copos
0.5 = três a cinco copos
1.0 = mais de cinco copos

N Modo de se alimentar

- 0 = não é capaz de se alimentar sozinho
1 = alimenta-se sozinho, porém com dificuldade
2 = alimenta-se sozinho sem dificuldade

O O paciente acredita ter algum problema nutricional?

- 0 = acredita estar desnutrido
1 = não sabe dizer
2 = acredita não ter um problema nutricional

P Em comparação a outras pessoas da mesma idade, como o paciente considera a sua própria saúde?

- 0.0 = pior
0.5 = não sabe
1.0 = igual
2.0 = melhor

Q Perímetro braquial (PB) em cm

- 0.0 = PB < 21
0.5 = 21 ≤ PB ≤ 22
1.0 = PB > 22

R Perímetro da perna (PP) em cm

- 0 = PP < 31
1 = PP ≥ 31

Avaliação global (máximo 16 pontos)

Escore da triagem

Escore total (máximo 30 pontos)

Avaliação do Estado Nutricional

- de 17 a 23,5 pontos risco de desnutrição
menos de 17 pontos desnutrido

Ref. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. *J Nutr Health Aging* 2006; 10: 456-465.

Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). *J Gerontol* 2001; 56A: 399-401.

Guigoz Y. The Mini Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? *J Nutr Health Aging* 2006; 10: 466-482.

© Nestlé, 1994, Revision 2006. N67200 12/99 10M
Para maiores informações: www.mna-elderly.com

RAI-P Cabete 99

Respeitar o código indicado em cada rubrica. Se a informação não for obtida durante os 7 dias após a admissão, indicar "9".

(etiqueta autocolante)

Nome

Data de nascimento

AUDIÇÃO	Como ouve o cliente (com aparelho auditivo, se nec.)? 0. <i>Ouve bem</i> - (conversa, TV, telefone) 1. <i>Dificuldades mínimas</i> , em ambiente ruidoso 2. <i>Só ouve em certas situações</i> - o interlocutor deve elevar o tom de voz e articular as palavras 3. <i>Deficiência grave</i> - não ouve quase nada <input type="checkbox"/>																													
FAZER-SE COMPREENDER	O cliente é capaz de se fazer compreender? 0. <i>Faz-se compreender</i> 1. <i>Geralmente faz-se compreender</i> - dificuldades para encontrar palavras ou completar pensamentos 2. <i>Por vezes faz-se compreender</i> - capacidade limitada à expressão de pedidos concretos 3. <i>Raramente ou nunca se faz compreender</i> <input type="checkbox"/>																													
COMPREENDER OS OUTROS	O cliente é capaz de compreender os outros? 0. <i>Compreende</i> 1. <i>Geralmente compreende</i> - risco de perder uma parte da mensagem 2. <i>Por vezes compreende</i> - responde adequadamente a uma mensagem simples e directa 3. <i>Raramente ou nunca compreende</i> <input type="checkbox"/>																													
VISÃO	O cliente sente dificuldade em ler os caracteres do jornal ou em executar um trabalho de precisão, eventualmente com óculos? <input type="checkbox"/> 0. <i>Não</i> 1. <i>Sim</i>																													
<p>Execução de Actividades Instrumentais da Vida Quotidiana (AIVQ): codifica a actividade do cliente nos trabalhos domésticos e no seu ambiente da forma que pareça mais próxima da realidade. (Nota: cada rubrica deve ser codificada duas vezes: colunas A e B. Para mais detalhes consultar o guia de preenchimento).</p> <p>(A) CÓDIGO PARA A INDEPENDÊNCIA NAS AIVQ (para descrever o desempenho do cliente durante os 7 últimos dias).</p> <p>0. <i>Independente</i>, executou a actividade sozinho 1. <i>Recebeu algumas vezes ajuda</i> para a executar 2. <i>Executou-a sempre com ajuda</i> 3. <i>Actividade executada por outra pessoa</i> 8. <i>A actividade não foi executada</i></p> <p>(B) CÓDIGO PARA A DIFICULDADE NA EXECUÇÃO DAS AIVQ. Que dificuldade representa a actividade para o cliente?</p> <p>0. <i>Não representa dificuldade</i> 1. <i>Algumas dificuldades</i> 2. <i>Grandes dificuldades</i> 8. <i>A actividade não foi executada</i></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>(A)</th> <th>(B)</th> </tr> <tr> <th></th> <th>Ind.</th> <th>Difc.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>PREPARAÇÃO DAS REFEIÇÕES</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>LIMPEZA</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>PAGAMENTOS</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>GESTÃO DOS MEDICAMENTOS</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>TELEFONE</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>COMPRAS</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>TRANSPORTES</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					(A)	(B)		Ind.	Difc.	PREPARAÇÃO DAS REFEIÇÕES			LIMPEZA			PAGAMENTOS			GESTÃO DOS MEDICAMENTOS			TELEFONE			COMPRAS			TRANSPORTES		
	(A)	(B)																												
	Ind.	Difc.																												
PREPARAÇÃO DAS REFEIÇÕES																														
LIMPEZA																														
PAGAMENTOS																														
GESTÃO DOS MEDICAMENTOS																														
TELEFONE																														
COMPRAS																														
TRANSPORTES																														
<p>DESEMPENHOS PARA AS AVD: As rubricas seguintes tratam do funcionamento físico normal nas actividades de vida quotidiana, considerando todos os episódios dessas actividades. (Notas: Para os clientes que realizam sozinho estas actividades, procurar saber se receberam encorajamentos, supervisão ou vigilância. Para antigos clientes do serviço, não referir situações aquando de intervenções anteriores. Ver especificações no guia de preenchimento).</p> <p>0. <i>Independente</i> - Nem ajuda nem supervisão - OU - Ajuda ou supervisão uma a duas vezes nos últimos 7 dias 1. <i>Supervisão</i> - Vigilância, encorajamentos ou simulação foram oferecidas 3 ou mais vezes durante os últimos 7 dias - OU - Supervisão mais de 3 vezes e ajuda física oferecidas 1 ou 2 vezes durante os últimos 7 dias 2. <i>Ajuda limitada</i> - O cliente participa bem na actividade e recebeu ajuda para movimentar os seus membros ou outra ajuda ligeira 3 ou mais vezes 3. <i>Ajuda importante</i> - Apesar de ter participado nas actividades, o cliente recebeu mais de 3 vezes ajuda necessitando de força - OU - Actividade totalmente realizada por outros, mas não todas as vezes, nos últimos 7 dias 4. <i>Dependência total</i> - A actividade foi sempre realizada por outros 8. <i>A actividade não foi realizada</i></p>																														
MOBILIDADE NA CAMA	Engloba o acto de se cobrir, de se estender, virar e meter na cama																													
TRANSFER	Engloba o movimento de ou para a cama, cadeira, cadeira de rodas, ficar em pé (excepto banheira ou casa de banho)																													
MOVER-SE (em casa)	(Nota: se o cliente está em cadeira de rodas, considerá-lo independente depois de instalado)																													
ANDAR	(Nota: o cliente tanto pode utilizar canadianas, como pode deslocar-se sem ajuda técnica. Para um cliente em cadeira de rodas, marcar "8")																													
VESTIR-SE	Engloba preparar a sua roupa, tirá-la dos armários, vesti-la e despi-la																													
ALIMENTAR-SE	Engloba tomar alimentos, seja qual for o meio, incluindo sonda gástrica																													
CASA DE BANHO	Engloba a utilização da casa de banho, urinol, ou cadeira WC, as transferências de posição, limpar-se e arranjar as roupas, bem como cuidar de colostomia ou sonda urinária?																													
HIGIENE QUOTIDIANA	Engloba pentear-se, lavar os dentes, barbear-se, maquilhar-se, lavar a cara e as mãos, tal como a higiene íntima (excepto banho e duche);																													
BANHO E DUCHE	Durante os últimos 7 dias (incluindo duche e higiene completa na casa de banho, à excepção das costas e cabelos) 0. <i>Independente</i> - realiza sozinho 1. <i>Supervisão</i> - realiza sozinho com vigilância 2. <i>Recebeu ajuda unicamente para o transfer</i> 3. <i>Assistência parcial para o banho</i> 4. <i>Dependência total</i> 8. <i>A actividade não foi realizada</i> <input type="checkbox"/>																													
FUNÇÃO URINÁRIA	Controle da função urinária (eventualmente com a ajuda de meios técnicos, tais como sonda vesical ou um plano de reeducação da bexiga) - Nota: não considerar as perdas que não atravessam a roupa interior 0. <i>Contínente</i> - controle completo 1. <i>Habitualmente continente</i> - episódios de incontinência urinária uma vez por semana ou menos 2. <i>Ocasionalmente incontinente</i> - episódios de incontinência pelo menos 2 vezes por semana mas não todos os dias 3. <i>Frequentemente incontinente</i> - incontinência quotidiana persistindo no entanto algum controle 4. <i>Incontinente</i> - nunca ou quase nunca há controle <input type="checkbox"/>																													

HIGIENE DE VIDA	a) <i>Saídas</i> - Durante os últimos 30 dias, citar o número de vezes em que o cliente saiu de casa (qualquer que seja a duração da saída) 0. <i>Todos os dias</i> 2. <i>1 vez por semana</i> 1. <i>2 a 6 vezes/sem.</i> 3. <i>Nunca</i> <input type="checkbox"/>	SINAIS DE ESTADO DEPRESSIVO, ANSIEDADE OU TRISTEZA	Registrar todos os sinais observados no decorrer dos últimos 30 dias, quaisquer que sejam as causas 0. <i>Sem sinal</i> 1. <i>Sinal ocorrido até 5 vezes por semana</i> 2. <i>Sinal ocorrido quotidianamente ou quase</i>
RISCO DE QUEDA	b) <i>Atividade física</i> : horas de atividade física nos 7 últimos dias (marcha, exercícios, limpezas) 0. <i>Doas horas ou mais</i> 1. <i>Menos de duas horas</i> <input type="checkbox"/>		a) Uma impressão de tristeza ou de estar deprimido, de que a vida não vale a pena ser vivida, de que nada interessa, de que mais valia morrer <input type="checkbox"/>
DOR	a) <i>Murcha instável</i> 0. <i>Não</i> 1. <i>Sim</i> <input type="checkbox"/>	REDE PRIMÁRIA	b) Cólera constante ou mal-estar consigo mesmo (ex: irritabilidade face aos cuidados recebidos) <input type="checkbox"/> c) Queixas de angústia ou queixas repetidas (ex: chamada constante de atenção/queixas quanto a horários, comida, roupa, relações com os outros) <input type="checkbox"/> d) Lágrimas e choro frequentes <input type="checkbox"/> e) Retração ou abandono dos centros de interesse (ex: desinteresse por uma atividade demorada ou em ficar com a família e amigos) <input type="checkbox"/> a) Presença regular de ajuda da rede informal 0. <i>Sim</i> 1. <i>Não</i> <input type="checkbox"/> b) A pessoa que presta a ajuda principal tem apoio da família e amigos para ajudar o cliente? 0. <i>Ajuda importante</i> 1. <i>Ajuda ocasional</i> 2. <i>Sem ajuda ou inexistência de ajudador principal</i> <input type="checkbox"/> c) A família deveria ter melhor suporte para fazer face aos problemas do cliente 0. <i>Não</i> 1. <i>Sim</i> <input type="checkbox"/> d) Rede esgotada (ex: deterioração do estado de saúde de um dos membros) 0. <i>Capaz de continuar</i> (ou sem necessidade de ajuda) 1. <i>Um ou mais membros da rede estão incapazes de continuar</i> (ou não existe ajuda à disposição) <input type="checkbox"/>
SONO	a) O cliente limita as suas atividades por medo de cair 0. <i>Não</i> 1. <i>Sim</i> <input type="checkbox"/>		
MEMÓRIA A CURTO PRAZO	a) Queixas ou manifestação evidente de dor nos 7 últimos dias 0. <i>Sem dor</i> 1. <i>Dor menos de uma vez por dia</i> 2. <i>Dor todos os dias</i> <input type="checkbox"/>		HISTÓRIA DE VIDA (factos importantes reduzidos ao mínimo indispensável para a intervenção):
CAPACIDADE DE TOMAR DECISÕES	b) Se existe dor, as características ou intensidade são diferentes das habituais? 0. <i>Não (ou não tem dor)</i> 1. <i>Sim</i> <input type="checkbox"/>		
ISOLAMENTO	c) Dor cuja intensidade perturba as atividades habituais 0. <i>Não</i> 1. <i>Sim</i> <input type="checkbox"/>		DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO MÉDICO (unicamente se for útil para a intervenção):
SOLIDÃO	d) Tipo de dor 0. <i>Sem dor</i> 1. <i>Dor localizada num só local</i> 2. <i>Dor em vários pontos do corpo</i> <input type="checkbox"/>		
AJUDAS TÉCNICAS UTILIZADAS	e) Uso de medicamentos 0. <i>Sem dor</i> 1. <i>Os medicamentos aliviam parcial ou completamente a dor</i> 2. <i>Os medicamentos não aliviam a dor</i> <input type="checkbox"/>		Enfermeiro/a: _____ Data: _____ Fonte: Recueil de données générales du Service d'Aide et de Soins Communaires du Canton de Genève, 1997. Extrait et adaptation de RAJ-FC (Resident Assessment Instrument-Home Care, 1995). Copyright InterRAI Corporation, Washington D.C., 1995. Trad. D. Cubice



AVALIAÇÃO DE GANHOS EM SAÚDE QUESTIONÁRIO EQ-5D

Assinale com uma cruz (assim) um quadrado de cada um dos seguintes grupos, indicando qual das afirmações melhor descreve o seu estado de saúde hoje.

► Mobilidade

- Não tenho problemas em andar ₁
Tenho alguns problemas em andar ₂
Tenho de estar na cama ₃

► Cuidados Pessoais

- Não tenho problemas com os meus cuidados pessoais ₁
Tenho alguns problemas em lavar-me ou vestir-me ₂
Sou incapaz de me lavar ou vestir sozinho/a ₃

► Atividades Habituais (ex. trabalho, estudos, actividades domésticas, actividades em família ou de lazer)

- Não tenho problemas em desempenhar as minhas actividades habituais ₁
Tenho alguns problemas em desempenhar as minhas actividades habituais ₂
Sou incapaz de desempenhar as minhas actividades habituais ₃

► Dor / Mal-estar

- Não tenho dores ou mal-estar ₁
Tenho dores ou mal-estar moderados ₂
Tenho dores ou mal-estar extremos ₃

► Ansiedade / Depressão

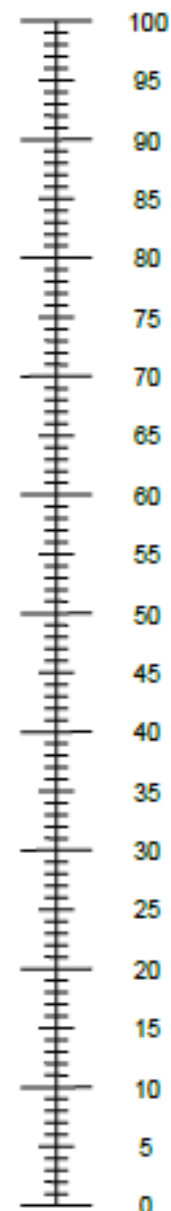
- Não estou ansioso/a ou deprimido/a ₁
Estou moderadamente ansioso/a ou deprimido/a ₂
Estou extremamente ansioso/a ou deprimido/a ₃

► Gostaríamos de saber o quanto a sua saúde está boa ou má HOJE

- A escala está numerada de 0 a 100.
- 100 significa a melhor saúde que possa imaginar.
0 significa a pior saúde que possa imaginar.
- Coloque um X na escala de forma a demonstrar como a sua saúde se encontra HOJE.
- Agora, por favor, escreva o número que assinalou na escala no quadrado abaixo.

A SUA SAÚDE HOJE =

A melhor saúde que
possa imaginar



A pior saúde que
possa imaginar

Muito obrigado por ter preenchido este questionário.

	<i>Procedimento de Referenciação à RNCCI, Planeamento de Altas e Continuidade de Cuidados</i>	Data de entrada em vigor:	25/07/2007
		Revisão B	22/02/2012
		Próxima revisão:	22/02/2015
		Cód. Documento:	ALT.04

1. Objectivo

Implementar os procedimentos para o planeamento e gestão de altas de doentes referenciados à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

2. Campo de aplicação

Este procedimento aplica-se a todos os serviços de Internamento de Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.

3. Siglas, abreviaturas e definições

CHS, EPE – Centro Hospitalar de Setúbal, Entidade Pública Empresarial.

ECL- Equipa de Coordenação Local.

EGA- Equipa de Gestão de Altas.

FPACC- Folha de Planeamento de Alta e Continuidade de Cuidados.

RNCCI- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

Cuidados Continuados Integrados – é o conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, activo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social (anexoi).

Continuidade de Cuidados - a sequencialidade, no tempo e nos sistemas de saúde e de apoio social, das intervenções integradas de saúde e de apoio social.

Equipa de Gestão de Altas - é uma equipa hospitalar multidisciplinar para preparação e gestão de altas hospitalares com outros serviços para os doentes que requerem seguimento dos seus problemas de saúde e sociais, quer no domicílio quer em articulação com as unidades de convalescença e as unidades de média e longa duração e reabilitação existentes na área de influência hospitalar.

Equipa de Coordenação Local – é constituída por representantes da administração regional de saúde e da segurança social, devendo integrar no mínimo, um médico, um enfermeiro, um assistente social e, facultativamente, um representante da autarquia local. A esta compete, entre outras, promover o processo de admissão ou readmissão nas unidades e equipas da Rede.

Planeamento de Alta – é um processo multidisciplinar/interdisciplinar de preparação de alta de doentes em internamento hospitalar que assenta numa avaliação das necessidades do doente e da família e exige preparação atempada.

<i>Procedimento de Referenciação à RNCCI, Planeamento de Altas e Continuidade de Cuidados</i>	Data de entrada em vigor:	25/07/2007
	Revisão B	22/02/2012
	Próxima revisão:	22/02/2015
	Cód. Documento:	ALT.04

4. Referências

Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho

CHKS – Programa de Acreditação Internacional para Organização de Saúde/Normas para Acreditação (2010). Critérios. 26.21, 26.22, 37.46, 37.47, 37.51, 37.52, 56.32.

5. Responsabilidades

Ao Conselho de Administração a ratificação e divulgação.

A Equipa de Gestão de Altas, aos Directores dos Serviços de Internamento e ao Serviço Social pela implementação o monitorização.

6. Procedimento

6.1. ESQUEMA GERAL DO PROCESSO DE GESTÃO DE ALTAS

O presente procedimento descreve o processo de planeamento de alta e garante a referenciação para a RNCCI, de acordo com o esquema seguinte (figura 1).

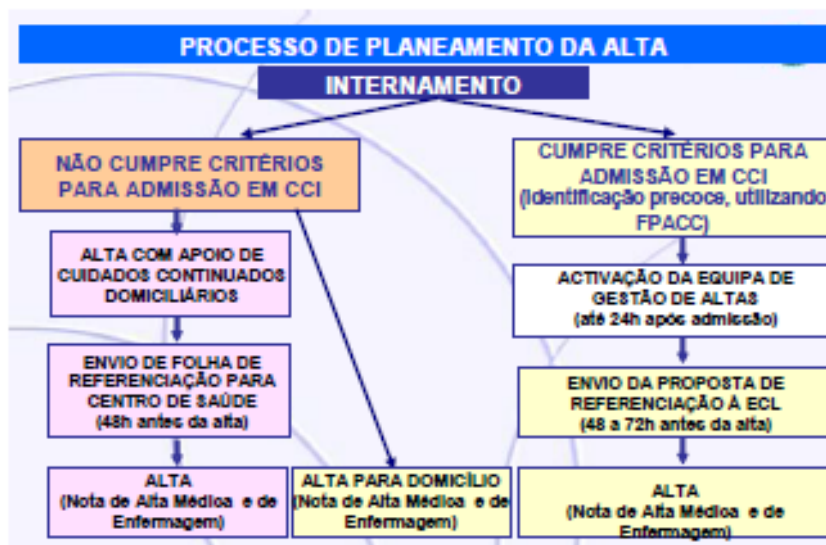


Figura 1 – Esquema de referenciação para a RNCCI.

<i>Procedimento de Referenciação à RNCCI, Planeamento de Altas e Continuidade de Cuidados</i>	Data de entrada em vigor:	25/07/2007
	Revisão B	22/10/2012
	Próxima revisão:	22/10/2015
	Cód. Documento:	ALT.04

6.2. IDENTIFICAÇÃO PRECOCE DA ALTA – 24 HORAS APÓS O INTERNAMENTO

Esta fase tem como objectivo o planeamento precoce da alta e a identificação de necessidades de continuidade de cuidados.

6.2.1. INTERVENIENTES:

- Equipas Clínicas dos Serviços do C.H.S., E.P.E. – médicos, enfermeiros e técnicos de serviço social.
- Secretariado das Unidades de Internamento.
- EGA do CHS, EPE
- Secretariado da EGA

6.2.1.1. Actividades:

6.2.1.1.1. Enfermeiros:

- a) Identificação de necessidades do doente /família que careçam de continuidade de cuidados após a alta e preenchimento do PA integrado no processo clínico
- b) Sinalização de doentes à EGA através de envio da FPACC (ALT.01- ANEXOII), até 7 dias após o internamento.
- d) Registrar a evolução/ dependência no PA até 48 horas antes da data da alta prevista
- e) Informar o médico e outros elementos da equipa multidisciplinar acerca dos cuidados de enfermagem que necessitem de continuidade após a alta (Identificados no planeamento da alta) e ou outras informações relevantes para o processo de planeamento de alta.

6.2.1.1.2. Médicos:

- a) Planear, de acordo com a situação clínica que o doente apresenta, nas 24 horas após a admissão do doente a data previsível da alta.
- b) registar no PA a data prevista da alta
- c) Identificar e registar no PA as necessidades que carecem de continuidade de cuidados após a alta
- c) Informar o enfermeiro e outros elementos da equipa multidisciplinar acerca do planeamento da alta e/ ou outras informações relevantes para este processo.

6.2.1.1.3. Técnicas de Serviço Social:

- a) Consultar diariamente o Planeamento de Altas e registar neste as informações de âmbito social relevantes para este planeamento.
- b) Quando sinalizada uma situação para a RNCCI contactar a EGA.

6.2.1.1.4. Equipa de Gestão de Altas:

- a) Analisar a previsão de necessidades/ recursos após a alta do doente sinalizado
- b) Facilitar a identificação e avaliação precoces dos doentes que requerem continuidade de cuidados.
- c) Colaborar com o doente, família e equipa de saúde no planeamento e facilitação da alta.
- d) Sinalizar o doente à RNCCI até 7 dias após o internamento a partir da FPACC (ALT.01- ANEXOII)

<i>Procedimento de Referenciação à RNCCI, Planeamento de Altas e Continuidade de Cuidados</i>	Data de entrada em vigor:	25/01/2007
	Revisão B	22/02/2012
	Próxima revisão:	22/02/2015
	Cód. Documento:	ALT.04

- e) Referenciar o doente à RNCCI através do pedido de avaliação à ECL
f) registar no PA todas as diligências efectuadas para garantir a continuidade de cuidados.

6.2.1.1.5. Secretariado do Serviço

- a) Enviar FPACC à EGA

6.2.1.1.6. Secretariado da EGA

- a) Receber as FPACC dos casos sinalizados dos serviços
b) Encaminhar pedidos de transporte de doentes Integrados na RNCCI

6.3. ACTIVAÇÃO DA ALTA – 48 A 72 HORAS ANTES DA ALTA

Esta fase tem como objectivo o planeamento efectivo da alta e o encaminhamento para a continuidade de cuidados.

6.3.1. 1. INTERVENIENTES:

- Equipas Clínicas dos Serviços do C.H.S., E.P.E. – médicos, enfermeiros e técnicos de serviço social.
- Secretariado das Unidades de Internamento.
- EGA do CHS, EPE
- Secretariado da EGA

6.3.1. 2. Actividades:

6.3.2.2.1. Enfermeiros:

- a) Completar a FPACC (pode ser considerada nota de alta de enfermagem desde contenha toda a informação necessária) no espaço destinado à avaliação de enfermagem, até 7 dias após o internamento.
b) Avaliar as necessidades de continuidade de cuidados
c) Notificar a EGA da data de alta prevista
d) Entregar ao secretariado do serviço a FPACC preenchida pela equipa multidisciplinar (médico, enfermeiro, técnica de serviço social) para enviar para a EGA

6.3.2.2.2. Médicos:

- a) Confirmar com o enfermeiro a data de alta prevista do doente
a) Programar as consultas e/ou exames que o doente irá necessitar após a alta.
b) Preencher a FPACC, no espaço respectivo à avaliação médica, até 7 dias após o internamento horas antes da data de alta do doente

6.3.2.2.3. Técnica de Serviço Social:

- a) Preencher a FPACC no espaço respectivo à informação social.

6.3.2.2.4. Secretariado das Unidades de Internamento:

	<i>Procedimento de Referenciação à RNCCI, Planeamento de Altas e Continuidade de Cuidados</i>	Data de entrada em vigor:	25/01/2007
		Revisão B	22/02/2012
		Próxima revisão:	22/02/2015
		Cód. Documento:	AL.T.04

a) Enviar a FPACC completamente preenchida ao secretariado da EGA

6.3.2.2.5. EGA:

- a) Analisar da previsão de necessidades/ recursos após a alta do doente.
- b) Comunicar com entidades externas para activação do processo de continuidade de cuidados
- c) Notificar a ECL do processo sinalizado
- d) Terminar referenciação à RNCCI até 48 a 24 horas antes da data de alta.
- e) Garantir apoio e acompanhamento aos doentes, família, durante todo o processo de planeamento de alta.

7. Anexos

Anexo I - Critérios de Inclusão na RNCCI

Elaboração: Equipe de Gestão de Altas	Revisão: Equipe de Gestão de Altas	Ratificação Conselho de Administração
		Data: 22/02/2012

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO NA RNCCI

De acordo com as necessidades de cuidados dos doentes, as opções de alta a considerar em articulação com a Equipa Coordenadora Local, são:

1. PARA CASA, COM O SUPORTE DA FAMÍLIA E/OU EQUIPAS DE SAÚDE DO SECTOR PRIVADO (NÃO ACEDE A REDE)

Sempre que o doente e/ou familiares manifestem essa vontade

2. PARA CASA, COM O SUPORTE DAS EQUIPAS DE CUIDADOS DOMICILIÁRIOS DO SNS

Sempre que o doente e/ou familiares manifestem essa vontade e estejam disponíveis no local equipas com os recursos adequados à prestação dos cuidados considerados necessários (critérios no anexo....)

3. UNIDADE DE INTERNAMENTO DE CONVALESCENÇA (INTERNAMENTO ATÉ 30 DIAS)

Sempre que o doente necessite de procedimentos de reabilitação e de cuidados de enfermagem e apoio médico que devam ser prestados durante as 24h, mas sem indicação para internamento em hospital de agudos. Os cuidados sub-agudos a prestar têm como objectivo o tratamento orientado, imediatamente após um episódio de doença aguda, um traumatismo, ou exacerbação de uma doença crónica.. São prestados cuidados pessoais, feita monitorização de sinais vitais, administrada medicação, nomeadamente endo-venosa e realizados tratamentos de fisioterapia ou outros que visem a reabilitação do doente e a recuperação das suas capacidades funcionais. O período de internamento previsto não deve ultrapassar os 30 dias. Sempre que se preveja, no planeamento de alta necessidade de cuidados que ultrapassem os 30 dias, deverá ser proposto de imediato, caso se verifiquem os recursos necessários de resposta, o ingresso numa Unidade de Internamento de Média Duração. (critérios no anexo....)

4. UNIDADE DE INTERNAMENTO DE MÉDIA DURAÇÃO (INTERNAMENTO ATÉ 90 DIAS)

Sempre que o doente esteja estável, mas com indicação para reabilitação e cuidados de enfermagem que devam ser prestados durante as 24h, mas sem indicação para acompanhamento médico permanente. São prestados cuidados pessoais, feita monitorização dos sinais vitais, administrada medicação, nomeadamente endovenosa, e realizados tratamentos de fisioterapia ou outros que visem a reabilitação do doente e a recuperação das suas capacidades funcionais. O período de internamento previsto não deverá ultrapassar os 90 dias. (critérios no anexo....)

5. UNIDADE DE INTERNAMENTO DE LONGA DURAÇÃO (INTERNAMENTO SUPERIOR A 90 DIAS)

Sempre que o doente necessite de ajuda para a realização das actividades da vida diária e de cuidados médicos e de enfermagem planeados, mas não diários, e não existam condições que permitam a permanência no domicílio. O período de internamento previsto é indeterminado e superior a 90 dias.

6. UNIDADE DE INTERNAMENTO DE CUIDADOS PALIATIVOS

Sempre que se apresente uma situação de doença crónica (oncológica ou não), em que a terapêutica activa não apresenta eficácia e o doente apresenta indicação para cuidados de conforto e suporte – cuidados paliativos, que não possam ser prestados no domicílio.

7. UNIDADE DE DIA E DE PROMOÇÃO DA AUTONOMIA

Sempre que o doente se encontre no seu domicílio e possa deslocar-se, mas necessite de cuidados de manutenção ou reabilitação com duração superior a 2 horas/dia. Estes cuidados serão prestados em regime de ambulatório, na Unidade de Dia e Promoção de Autonomia.

Ingresso na Rede Nacional de
Cuidados Continuados Integrados



Nome _____

Morada _____

Cod. Postal Telefone Data de Nasc. / /

NISS Nº Bent. Nº Utente SNS

Serviço Casa

Data Internamento / / Data Alta Prevista / /

Médico

1. MOTIVOS DE SOLICITAÇÃO

UTENTE EM SITUAÇÃO DE FRAGILIDADE

- dependência em AVDs
- deterioração cognitiva
- dismutrição
- outros

NECESSIDADE DE CONTINUIDADE DE CUIDADOS

- tratamento de feridas / úlceras de pressão
- reabilitação
- manutenção de dispositivos
- gestão de regime terapêutico
- outros

DOENÇAS CRÓNICAS COM EPISÓDIO DE AGUDIZAÇÃO

- doença pulmonar obstrutiva crónica
- doença cardiovascular
- hepatopatia
- outros

CUIDADOS PALIATIVOS

NECESSIDADE DE VIGILÂNCIA E TRATAMENTOS COMPLEXOS

- úlceras de pressão múltiplas
- pós-cirúrgicas
- pós-traumáticas
- portadores de SNG, PEG
- ventilação assistida
- outros

NECESSIDADE DE ENSINO DOENTE / CUIDADORES

- execução de técnicas
- regime terapêutico
- auto cuidados
- hábitos de risco
- outros

2. TIPOLOGIA PROPOSTA

- UNIDADE DE CONVALESCENÇA
- UNIDADE DE MÉDIA DURAÇÃO E REABILITAÇÃO
- UNIDADE DE LONGA DURAÇÃO E MANUTENÇÃO
- UNIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS
- UNIDADE DE DIA E PROMOÇÃO DA AUTONOMIA
- EQUIPA DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS
- EQUIPA COMUNITÁRIA DE SUPORTE EM CUIDADOS PALIATIVOS

A preencher pela EGA:

Recebido a: / /

Validado a: / /

Tipologia:

3. AVALIAÇÃO MÉDICA

Motivo de Internamento:



Situação Clínica actual (especificar patologia que condicionou Internamento, principais co-morbidades, evolução durante o Internamento e potencial de reabilitação, se indicado):

Necessidades identificadas de Cuidados Médicos:

Terapêutica prevista para ambulatório (campo de preenchimento obrigatório):

Assinatura do Médico

4. AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

Notas de Enfermagem (Descrever dependência nas AVD's; Descrever tipo de úlcera e tratamento instituído)



Avaliação da Dependência

I. Katz Data de avaliação/...../.....
 I. Lawton Data de avaliação/...../.....

Necessidades identificadas de Cuidados de Enfermagem

Tratamentos

Inaloterapia	<input type="checkbox"/>	Ventilação Não Invasiva	<input type="checkbox"/>
Aspiração de Secreções	<input type="checkbox"/>	Oxigenoterapia	<input type="checkbox"/>
Fluidoterapia	<input type="checkbox"/>	Alimentação Entérica	<input type="checkbox"/>
Controlo de Feridas/Úlceras de Pressão	<input type="checkbox"/>	Alimentação parentérica	<input type="checkbox"/>
Outros	<input type="checkbox"/>		

Manutenção de Dispositivos

Sonda Naso-Gástrica	<input type="checkbox"/>	PEG	<input type="checkbox"/>
Nefrostomia/urostomia	<input type="checkbox"/>	Colostomia	<input type="checkbox"/>
Outros	<input type="checkbox"/>	cateter venoso central	

Ensinos/Treino ao Doente/Cuidador

Auto-Cuidado	<input type="checkbox"/>	Execução de Técnicas	<input type="checkbox"/>
Manutenção de dispositivos	<input type="checkbox"/>	Utilização de Equipamentos	<input type="checkbox"/>
Gestão do Regime Terapêutico	<input type="checkbox"/>		
Outros	<input type="checkbox"/>		
Controlo de Sintomas	<input type="checkbox"/>		

Assinatura do Enfermeiro

E. CONTACTO (S) PRIVILEGIADO (S) - sempre que possível nome completo e morada

Nome

Morada

Telefone

Nome

Morada

Telefone

E. AVALIAÇÃO SOCIAL

Vive com:

Com família natural	<input type="checkbox"/>	Especifique parentesco		
Família de acolhimento	<input type="checkbox"/>			
SI	<input type="checkbox"/>			
Residência	<input type="checkbox"/>			
Em instituição	<input type="checkbox"/>	Especifique		
Outra	<input type="checkbox"/>	Especifique		
De quem recebe apoio:				
Centro de Dia	<input type="checkbox"/>		Emprego doméstico	<input type="checkbox"/>
Visitante	<input type="checkbox"/>		Apoio domiciliário	<input type="checkbox"/>
Família	<input type="checkbox"/>		Técnicos de serviço social	<input type="checkbox"/>
Especifique			Especifique	
Técnicos de saúde	<input type="checkbox"/>		Outros	<input type="checkbox"/>
Especifique			Especifique	
Outro tipo de apoio recebido:				
Medicamentos	<input type="checkbox"/>		Higiene de casa	<input type="checkbox"/>
Higiene de casa	<input type="checkbox"/>		Alimentação	<input type="checkbox"/>
Higiene pessoal	<input type="checkbox"/>		Pequeno	<input type="checkbox"/>
Apoio técnico	<input type="checkbox"/>		Outros	<input type="checkbox"/>

CARACTERIZAÇÃO DE AGREGADO FAMILIAR

NOME	NIF	NDIS	GRUPO PARENTESCO	DATA DE NASCIMENTO	ESTADO CIVIL	ÍNDICE DE AGREGADO FISCAL (IMR/ÁG)

Informação Social:

Assinatura do Assistente Social

Folha de Articulação Multidisciplinar para Utentes de Cuidados Continuados

Data: / / Hora: h

Registo entrada N.º _____ / _____

Nome Profissional que emite:

Instituição: _____ De: _____ Para: _____

I – Identificação

Nome	_____	C. Saúde	_____
		Médico	_____
D.N.	_____	Est. Civil	_____
		NOP	_____
Morada	_____		
		Hospital	_____
Telefone	_____	Telemóvel	_____
		Serviço	_____
Sist. Saúde	_____		
		Médico	_____
N. Beneficiário	_____	Internamento	_____ / _____ / _____
		Alta Hospital	_____ / _____ / _____

II – Solicitado por

Enfermeiro Familiar Hospital Médico As. Social Vizinho Outro _____

III – Intervenção necessária

Médica Enfermagem Ass. Social Fisioterapeuta/Reabilitação Aj. Familiar

IV – Informação clínica

Patologia Identificada _____

Tipo de Tratamento _____

Necessidade de resposta para

Hoje Amanhã Próximas 48 H

V – Nível de Dependência

Índice de KATZ: I II III IV Temporário Definitivo

VI – Caracterização Familiar

Nuclear Unitária Alargada Instituição Outra

VII – Alojamento

Casa térrea Andar Vivenda Barraca

Necessidade de adaptação _____

VIII – Outras observações

3 – ARTIGOS E MONOGRAFIAS DE APOIO Á EQUIPA

Os artigos e monografias a seguir mencionados, pelas suas características, poderão ser importantes para a melhoria da qualidade relacionada à Consulta de Medicina, pelo que se sugere a sua leitura:

- ‘Fishing with the dead’ – Recall of memories from the ICU
- A Experiência Vivida da Pessoa Doente Internada Numa UCI
Revisão Sistemática da Literatura
- A percepção do paciente sobre sua permanência na unidade de terapia intensiva
- A percepção dos pacientes acerca da internação na unidade de terapia intensiva
- A qualitative study of the experiences of patients following transfer from intensive care
- An exploratory study of patients memory recall of their stay in an adult intensive therapy unit
- Avaliação da capacidade funcional em pacientes críticos após dois anos da alta da UTI
- Avaliação da Implantação da visita de Enfermagem com Familiares de pacientes de uma Unidade de Terapia Intensiva Adulto
- Avaliação da mortalidade e qualidade de vida dois anos após a alta do CTI dados preliminares de uma coorte prospectiva
- Avaliação qualidade de vida após alta hospitalar de pacientes com insuficiência renal aguda tratados com hemodialise no centro de terapia intensiva
- Care of the critically ill patient
- Critical care nurses perception of a bereavement follow-up service
- Declínio funcional em uma unidade de terapia intensiva (UTI)
- Delirium no paciente em unidade de terapia intensiva construção coletiva de intervenções de enfermagem
- Destino do paciente após alta da unidade de terapia intensiva unidade de internação ou intermediária
- Distúrbios Mentais Iniciados na UTI

- Estressores vivenciados por pacientes em uma UTI
- Fatores relacionados com a alta, óbito e readmissão em Unidade de Terapia Intensiva
- Intervenção psicológica numa Unidade de Terapia Intensiva de Cardiologia
- Involving families in care within the intensive care environment a descriptive survey
- Meeting the informational, psychosocial and emotional needs of each ICU patient and family
- Nursing perspectives for intensive care
- O significado cultural atribuído ao centro de terapia intensiva por clientes e seus familiares um elo entre a beira do abismo e a liberdade
- Patient empowerment in intensive care - An interview study
- Por uma etnografia dos cuidados de saúde após a alta hospitalar
- Qualidade de vida relacionada à saúde após acidente vascular encefálico em adultos participantes de programa de reabilitação
- Readmissões e óbitos após a alta da UTI – um desafio da terapia intensiva
- Tempo médio de cuidado ao paciente de alta dependência de enfermagem segundo o Nursing Activities Score (NAS)
- The management of bereavement on intensive care units
- Transitional Care After the Intensive Care Unit

De modo a preservar o meio ambiente, os referidos artigos e monografias não estão impressos. Encontram-se na pasta departamental da UCI, numa pasta denominada “Artigos e monografias de apoio à consulta de medicina intensiva”.

4 – CONCLUSÃO

O internamento numa unidade de cuidados intensivos, de pessoas vulneráveis, instáveis e em estado crítico, em que a finitude está constantemente presente, obriga a uma assistência intensiva e a uma tecnologia altamente sofisticada com o objetivo de manutenção da vida.

As vivências das pessoas internadas na UCI estão geralmente associadas a sentimentos negativos, tais como o medo da morte e a dificuldade em adormecer, a sonhos e a alguma incapacidade em orientar-se no espaço e no tempo. Todavia, encontram aspetos positivos, como a amabilidade dos enfermeiros, a empatia e a segurança na prestação de cuidados. (CASTRO, VILELAS e BOTELHO, 2011)

A vivência destas pessoas torna-se singular e de especial interesse para os profissionais de enfermagem pois permitem a compreensão das diferentes formas de ver o mundo.

Com a elaboração deste trabalho fomos confrontados com algumas dificuldades que pensamos ter ultrapassado. Consideramos que detínhamos conhecimentos superficiais acerca do tema em questão o que exigiu uma pesquisa aprofundada, para além de ser um tema ainda pouco trabalhado, sendo necessário espírito crítico e reflexivo para a sua abordagem e compreensão.

Em suma, pensamos ter atingido o objetivo a que nos propusemos, o de fornecer apoio à equipa multidisciplinar para a execução da consulta de Medicina Intensiva.

5 – BIBLIOGRAFIA

- ARAÚJO, Tatiane; RIEDER, Marcelo; KUTCHAK, Fernanda; FILHO, João. - Readmissões e óbitos após a alta da UTI – um desafio da terapia intensiva. **Revista Brasileira Terapia Intensiva**. Vol. 25, Nº 1 (2013) p.32-38
- ARRUDA, Adalberto Pereira de. – Distúrbios Mentais Iniciados na UTI. São Paulo : [s.n.], 2013. 35p. Trabalho de síntese apresentado à Faculdade Redentor como prova de capacidade científica.
- CABRAL, Cláudia; TEIXEIRA, Cassiano; OLIVEIRA, Roselaine; HAAS, Jaqueline; AZZOLIN, Karina. - Avaliação da mortalidade e qualidade de vida dois anos após a alta do CTI: dados preliminares de uma coorte prospectiva. **Revista Brasileira Terapia Intensiva**. Vol. 21, Nº 1 (2009) p.18-24
- CASTRO, Cidália; VILELAS, José; BOTELHO, Maria Antónia. – A experiência vivida da pessoa doente internada numa UCI: Revisão sistemática da literatura. **Pensar Enfermagem**. Vol.15, Nº2 (2011) p.41-59
- CASTRO, Edna; JUNIOR, Kenneth. - Por uma etnografia dos cuidados de saúde após a alta hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**. Vol. 13, Sup. 2 (2008) p. 2075-2088
- CERQUEIRA, Andreia Ferreri; GOMES DA COSTA, Fernanda; LEAL, Fernanda Paula; NUNES, Lucília. - **Didática em Enfermagem: Documento Orientador de Processos de Ensino e Aprendizagem**. Setúbal, 2014. 65p. ISBN: 978-989-98206-2-3
- CHABOYER, Wendy; JAMES, Heather; KENDALL, Melissa. – Transitional Care after the Intensive Care Unit. **Critical Care Nurse**. Vol. 25, Nº 3 (2005) p. 16-29
- GRANGER, C. E.; GEORGE, C.; SHELLY, M. P. – The management of bereavement on intensive care units. **Intensive Care Medicine**. Vol. 21 (1995) p. 429-436
- GREEN, Anne. An exploratory study of patients' memory recall of their stay in an adult intensive therapy unit. **Intensive and Critical Care Nursing**. Vol.12 (1996) p. 131-137
- GUIRARDELLO, Edinêis; ROMERO-GABRIEL, Cláudia; PEREIRA, Isabel; MIRANDA, Alba. – A percepção do paciente sobre sua permanência na Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Escola Enfermagem USP**. Vol.33, Nº2 (1999) p.123-129
- HAAS, Jaqueline Sangiogo. – Avaliação da capacidade funcional em pacientes críticos após dois anos da alta da UTI. Universidade Federal do Rio Grande do Sul: Faculdade de Medicina. 2010. 118 p. Dissertação de Mestrado

- HAMMOND, Fiona. – Involving families in care within the intensive care environment: a descriptive survey. **Intensive and Critical Care Nursing**. Vol. 1 (1995) p. 256-264
- JACKSON, Isobell. – Critical care nurses' perception of a bereavement follow-up service. **Intensive and Critical Care Nursing**. Vol. 12 (1996) p. 2-11
- LEMOS, Rejane; ROSSI, Lída. - O significado cultural atribuído ao centro de terapia intensiva por clientes e seus familiares: um elo entre a beira do abismo e a liberdade. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Vol.10, Nº 3 (2002) p.345-357
- MARGAREY, Judith; MCCUTCHEON, Helen. – “Fighting with the dead” – Recall of memories from de ICU. **Intensive and Critical Care Nursing**. Vol 21 (2005) p.344-354
- MARTINEZ, Bruno; BISPO, Amanda; DUARTE, Antônio; NETO, Mansueto. - Declínio funcional em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI). **Revista Inspirar: movimento & saúde**. Vol. 5, Nº 1, Ed. 23 (2013) p.1-5
- MENSAH, Kwabena; JANKOWSKI, Stanislaw. – Care of the critically ill patient. **Critical Illness and Intensive Care**. Vol. 30, Nº 5 (2012) p. 232-237
- MORSCH, Cássia. - Avaliação da qualidade de vida após alta hospitalar de pacientes com insuficiência renal aguda tratados com hemodialise no centro de terapia intensiva. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Faculdade de Medicina. 2010. 130 p. Tese de Doutorado
- OLIVEIRA, Marcos Roberto de. - Qualidade de vida relacionada à saúde após acidente vascular encefálico em adultos participantes de programa de reabilitação. Universidade Federal da Bahia: Faculdade de Medicina da Bahia. 2013. 96 p. Dissertação de Mestrado
- RIBEIRO, Simone Cidade Lima. - *Delirium* no paciente em unidade de terapia intensiva: construção coletiva de intervenções de enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina: Centro de Ciências da Saúde. 2012. 106 p. Dissertação de Mestrado
- SANTOS, Samantha; SANTOS, Lene; ROSSI, Adriana; LÉLIS, Jaqueline; VASCONCELLOS, Sheyna. Intervenção psicológica numa Unidade de Terapia Intensiva de Cardiologia. **Revista Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**. Vol. 14, Nº 2 (2011) p.50-66
- SILVA, Maria Cláudia Moreira da. – Fatores relacionados com a alta, óbito e readmissão em Unidade de Terapia Intensiva. São Paulo: Universidade de São Paulo – Escola de Enfermagem. 2007. 84 p. Tese de Doutorado
- SILVA, Maria; SOUSA, Regina; PADILHA, Katia. - Destino do paciente após alta da unidade de terapia intensiva: unidade de internação ou

intermediária?. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Vol.18, Nº 2 (2010) p.88-96

- SIMONI, Rosemary Cristina Marques. – Avaliação da Implantação da visita de Enfermagem com Familiares de pacientes de uma Unidade de Terapia Intensiva Adulto. Universidade de São Paulo: Escola de Enfermagem. 2012. 66 p. Dissertação de Mestrado

- SOUSA, Elizabeth Minatto de – A percepção dos pacientes acerca da internação na Unidade de Terapia Intensiva. Criciúma : [s.n.], 2008. 55 p. Trabalho de síntese apresentado à Universidade do Extremo Sul Catarinense como prova de capacidade científica.

- STRAHAN, Eunice H. E.; BROWN, Robert J. - A qualitative study of the experiences of patients following transfer from intensive care. **Intensive and Critical Care Nursing**. Vol 21 (2005) p.160-171

- STUMM, Eniva; KUHN, Daiane; HILDEBRANDT, Leila; KIRCHNER, Rosane. Estressores vivenciados por pacientes em uma UTI. **Cogitare Enfermagem**. Vol. 13, Nº 4 (2008) p.499-506

- TSUKAMOTO, Rosângela. – Tempo médio de cuidado ao paciente de alta dependência de enfermagem segundo o *Nursing Activities Score* (NAS). Universidade de São Paulo: Escola de Enfermagem. 2010. 108 p. Dissertação de Mestrado

- WAHLIN, Ingrid; EK, Anna-Christina; IDVALL, Ewa. - Patient empowerment in intensive care – An interview study. **Intensive and Critical Care Nursing**. Vol. 22 (2006) p. 370- 377

- WESSON, Jennifer. – Meeting the informational, psychosocial and emotional needs of each ICU patient and family. **Intensive and Critical Care Nursing**. Vol. 13 (1997) p. 111-118

- WOODROW, Philip. – Nursing perspectives for intensive care. **Intensive and Critical Care Nursing**. Vol. 13 (1997) p. 151-155

ANEXOS

ANEXO I

Pedido de autorização ao Conselho de Administração

RESUMO:

ÁREA: ENFERMAGEM

AUTOR: Manuela Afonso da Fonseca / enfermeira na Unidade Cuidados Intensivos

ENTIDADE ACADÉMICA: Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Setúbal / Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica

PROJETO DE INTERVENÇÃO-AÇÃO: Intervenções de Enfermagem ao doente com cateter venoso central internado na UCI

Objetivos do projeto: Contribuir para a prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde relacionadas com os cateteres venosos centrais na UCI do CH

Interesse do projeto: Pertinente para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem na UCI - Atestado pela Enfermeira Chefe e Diretor de Serviço da UCI

Atividades:

- Aplicação de questionário de diagnóstico de necessidades para conhecer a importância que os enfermeiros dão às intervenções de enfermagem associadas aos CVC e o nível de formação dos enfermeiros da equipa nesta área, com vista à elaboração de Procedimento de intervenção de enfermagem ao doente com cateter central

O questionário é anónimo de auto-preenchimento e entrega voluntária e precedido de consentimento informado (Formulário de consentimento informado e questionário, em anexo).

SGF – Área de Enfermagem

6/11/2013

Enfermeira Olga,

Recebi todo a documentação necessária.

Tenho de 1 projeto de intervenção de doente de enfermagem.

Este atestado pelo chefe de

Unidade recebe condições para autorização pela Direção de enfermagem.

Após despacho, por favor enviar-me para o prazo chegar à colija.

clausúla estéril

Autógrafa

7.11.13

Olga Maria Ferreira
Enfermeira Diretora

ANEXO II

Divulgação do Procedimento para a Prevenção da Infecção
associada à Cateterização Venosa Central no Adulto

CIRCULAR INFORMATIVA 19/15

11.02.15

ASSUNTO : Divulgação de Documentos do Manual de Políticas e Procedimentos do CH. Colocação na Intranet.

C/C: Todos os Serviços do CH.

Em cumprimento da Circular Informativa n.º066/2010, junto se divulga lista de documentos ratificados:

Código	Nome do Documento	C/conhecimento
CIF.22_Vs01	Procedimento para Prevenção da Infecção Associada à Cateterização Venosa Central no Adulto	Todos os Serv.s de Acção Médica, CCIPRA
ENF.03_Vs02	Procedimento para Registos Informatizados de Enfermagem no Sclínico	Todos os Enfermeiros do CH
GPM.18_Vs02	Procedimento Registo e Controlo de Inventário	Todos os Serv.s do CH
RHU.09_Vs02	Procedimento para controlo e verificação de serviços prestados por empresas de serviços médicos	Serv. Gestão Planeamento de Recursos Humanos, Serv. Gestão Aprovisionamento e Logística, Serv. Gestão, Controlo Financeiro, Serv. Urgência Geral
PC.FARR.01_Vs02	Processo Armazenamento de Medicamentos e outros Produtos Farmacêuticos	Serv.s Farmacêuticos
PS.FARR.002_Vs03	Procedimento para Aquisição de Medicamentos e Outros Produtos Saúde	Serv.s Farmacêuticos, Serv. Aprovisionamento
PS.FARR.042_Vs02	Procedimento para Selecção de Medicamentos e Outros Produtos Farmacêuticos	Serv.s Farmacêuticos, Comissão Farmácia e Terapêutica, Comissões Escolha

Estes documentos destinam-se ao conhecimento dos profissionais do Centro Hospitalar **cabendo ao Director ou Responsável do Serviço garantir a sua divulgação e implementação no Serviço, sempre que aplicável no mesmo.**

Após a leitura dos mesmos, deve ser assinada e arquivada a Declaração de Leitura.

Os documentos têm como prazo para **implementação 15 dias** a contar da data de publicação desta Circular.

O Conselho de Administração

