



Duarte Maymone

Relatório de Trabalho de Projeto

Infecção Associada aos Cuidados de Saúde no Utente admitido numa Unidade de Cuidados Intensivos Cardiológicos a aguardar implante de Pace-Maker Definitivo/Cardioversor-disfibrilhador Implantável

Relatório de Trabalho de Projeto apresentado para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, realizada sob a orientação científica da Professora Mariana Pereira

Dezembro de 2016

Duarte Maymone **Relatório de Trabalho de Projeto**
Infecção Associada aos Cuidados de Saúde no
Utente admitido numa Unidade de Cuidados
Intensivos Cardiológicos a aguardar
implante de Pace-Maker
Definitivo/Cardioversor-disfibrilhador
Implantável

Relatório de Trabalho de Projeto apresentado para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, realizada sob a orientação científica da Professora Mariana Pereira

Dezembro de 2016

*"Aqueles que passam por nós, não vão sós, não nos deixam sós. Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós."
Antoine de Saint-Exupéry*

Agradecimentos

À minha família pelo apoio incondicional durante todo este caminho cheio de altos e baixos, por me fazerem acreditar que devemos lutar sempre por um amanhã melhor;

À Sara pelo apoio, carinho, compreensão e motivação para continuar a lutar por este objetivo;

Aos verdadeiros amigos por me darem força e motivação para continuar a lutar pelos meus objetivos e por sempre acreditarem que eu era capaz;

Aos orientadores e mestres que se cruzaram comigo neste percurso, especialmente à Enfermeira Marta Pias e à Doutora Mariana Pereira, pelos desafios lançados e orientação, foram as minhas bússolas para que nunca perdesse o Norte;

A todos os colegas pelo apoio no alcançar dos objectivos e por acreditarem no projeto desenvolvido;

A todos os Docentes deste Mestrado pela partilha de conhecimentos;

Por fim, ao meu Pai a quem dedico também esta conquista, por ser sempre a estrela que me ilumina, onde sempre fui buscar forças para não desistir...onde estiveres, que te orgulhes de mim!

Resumo

O presente relatório é o resultado de um percurso académico realizado com o intuito de adquirir competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, bem como as competências inerentes ao grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, através da frequência do 4º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. Apresentamos uma apreciação crítica e reflexiva do caminho percorrido, sendo que a sua génese teve como base o trabalho realizado utilizando a metodologia de trabalho de projeto, durante os Estágios I, II e III, inseridos no plano de estudos.

Todos os estágios foram realizados numa Unidade de Cuidados Intensivos Cardiológicos e a temática abordada é a Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) em Utentes a aguardar Implante de Pacemaker Definitivo/Cardiodisfibrilhador Implantável.

Foi realizado um Projeto de Intervenção em Serviço (PIS) visando a temática acima referida de modo a possibilitar a aquisição das competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e as competências de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, bem como a operacionalização das mesmas. Durante a elaboração deste foi possível identificar práticas incorretas relacionadas com a higienização das mãos e utilização de equipamentos de proteção individual tendo sido elaboradas sessões de formação de modo a reciclar conhecimentos sobre estas temáticas. Foi também realizado um Projeto de Aquisição de Competências (PAC) de modo a realizar uma reflexão crítica acerca das competências adquiridas, à luz do Modelo de Sinergia da American Association of Critical Care Nurses (AACN).

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem Médico-Cirúrgica, Metodologia de Trabalho de Projeto, Competências de Enfermeiro Especialista, Infeção Associada aos Cuidados de Saúde, Modelo de Sinergia

Abstract

This report is the result of an academic path made with the objective of securing common and specific Medical- Surgical Specialized competences as well as competences in Medical-Surgical Masters, by attending the 4th Masters in Medical-Surgical Nursing in Escola Superior de Saúde of the Instituto Politécnico de Setúbal.

In this report we can find a critic and reflexive appreciation of the path taken which was based on the work done using the Work Project methodology during the Internships I, II and III, part of the study plan.

All the internships were developed in a Cardiac Intensive Care Unit and the theme was Health Care Related Infections in Clients Waiting for Pacemaker Device Implantation.

An Intervention Project was created about the thematic referred above to make it possible for the student to acquire all the Medical-Surgical Specialized Nursing competences as well as the Masters competences in Medical-Surgical Nursing and their application. While building this project it was possible to identify incorrect practices related to hand hygiene and individual protection equipment. Training sessions were held to review concepts about these themes.

For the critic reflexion about the acquired competences a Competence Acquiring Project was produced in the light of the American Association of Critical Care Nurses Synergy Model.

KEY WORDS: Medical-Surgical Nursing, Work Project Methodology, Specialized Nursing Competences, Health Care Associated Infections, Synergy Model

Lista de Abreviaturas e Siglas

- AACN – *American Association of Critical Care Nurses*
- CDC – *Center for Disease Control and Prevention*
- CDI – Cardiodesfibrilhador Implantável
- CHS – Centro Hospitalar de Setúbal
- DR – Diário da República
- DGS – Direção Geral de Saúde
- EE – Enfermeiro Especialista
- EEMC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica
- EEMI – Equipa de Emergência Médica Interna
- EPI – Equipamento de Proteção Individual
- IACS – Infecção Associada a Cuidados de Saúde
- IC – Insuficiência Cardíaca
- ME – Mestre em Enfermagem
- MEMC – Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica
- MRSA – *Methicillin-resistant Staphylococcus aureus*
- NOC – Norma de Orientação Clínica
- OE – Ordem dos Enfermeiros
- OMS – Organização Mundial de Saúde
- PAC – Projeto de Aprendizagem Clínica
- PCR – Paragem Cardio-respiratória
- PIS – Projeto de Intervenção em Serviço
- PM – *Pacemaker*
- PPCIRA – Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos
- SAV – Suporte Avançado de Vida
- SWOT – *Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*
- VNI – Ventilação Não Invasiva

Índice

INTRODUÇÃO	14
1 – CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA	15
1.1 – MODELO DE SINERGIA DA AMERICAN ASSOCIATION OF CRITICAL-CARE NURSES.....	15
1.1.1 – Pressupostos Orientadores do Modelo de Sinergia.....	17
1.1.2 – Características dos Utentes, Unidades e Sistemas.....	18
1.1.3 – Características do Enfermeiro.....	20
1.1.4 – O Modelo de Sinergia e a Realidade Portuguesa.....	24
1.2 – INFEÇÕES ASSOCIADAS A CUIDADOS DE SAÚDE.....	26
1.3 – MODELO DE SINERGIA E O CÓDIGO DEONTOLÓGICO DO ENFERMEIRO	30
2 – PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO	31
2.1 – CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO	33
2.2 – CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	34
2.3 – DEFINIÇÃO DO PROBLEMA	35
2.4 – ANÁLISE DO PROBLEMA.....	35
2.5 – PLANEAMENTO DO PROJETO.....	37
2.6 – RESULTADOS ESPERADOS.....	37
2.7 – RESULTADOS OBTIDOS.....	38
2.8 – ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	39
3 – PROJETO DE APRENDIZAGEM CLÍNICA.....	41
3.1 – COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	43
3.2 – COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA	51
3.3 – COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA	56
4 – SÍNTESE FINAL.....	63
5 – BIBLIOGRAFIA	66
ANEXOS.....	70
ANEXO 1 – GRELHA DE OBSERVAÇÃO DOS 5 MOMENTOS DE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS.....	71
ANEXO 2 – GRELHA DE OBSERVAÇÃO DO USO DE LUVAS	73

ANEXO 3 – GRELHA DE OBSERVAÇÃO DAS PRECAUÇÕES BÁSICAS.....	75
APÊNDICES	84
APÊNDICE 1 – ANÁLISE SWOT	85
APÊNDICE 2 – DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO.....	87
APÊNDICE 3 – PLANEAMENTO DO PROJETO.....	91
APÊNDICE 4 – CRONOGRAMA DE APLICAÇÃO DO PROJETO	95
APÊNDICE 5 – PLANO DE SESSÃO SOBRE EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL.....	97
APÊNDICE 6 – PLANO DE SESSÃO SOBRE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS.....	100
APÊNDICE 7 – ARTIGO CIENTÍFICO.....	104

Índice de Tabelas

TABELA 1 – COMPARAÇÃO ENTRE GRUPOS RELATIVAMENTE A IACS, TÉCNICA INVASIVA, ÓBITOS E MÉDIA DE IDADE.....	39
TABELA 2 – COMPARAÇÃO ENTRE GRUPOS RELATIVAMENTE AO CUMPRIMENTO DOS 5 MOMENTOS DA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS E UTILIZAÇÃO CORRETA DE EPI	39

Introdução

A realização deste relatório é o culminar de um percurso realizado para a aquisição de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica bem como a aquisição de competências que conferem o grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica no âmbito do curso do 4º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

Assim, mostra-se pertinente que a discussão do percurso efetuado para a aquisição das competências de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica e de Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica seja parte integrante do corpo deste relatório.

Faz parte do percurso construído que o estudante seja capaz de refletir criticamente sobre as atividades desenvolvidas durante a frequência do 4º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Da mesma forma, é imperativo que sejam descritas todas as atividades que fundamentaram a aquisição das competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, tanto as comuns como as específicas, descritas em 2 documentos pela Ordem dos Enfermeiros (OE). Estas competências são essenciais para que o Enfermeiro obtenha a sua Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica, sendo que existem competências comuns a todos os enfermeiros especialistas e outras específicas para cada área de especialização.

Não menos importante é descrever o projeto que deu origem a este relatório, desde a sua concepção até à sua aplicação, analisando os resultados obtidos decorrentes das ações implementadas.

Desta forma, o presente relatório encontra-se dividido em 4 partes onde se encontra um referencial de suporte teórico para enquadrar o tema do Projeto de Intervenção em Serviço, onde são dadas a conhecer as competências de Mestre em Enfermagem (ME) e de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC) e de que maneira foram adquiridas, a apresentação do Projeto implementado e sua

discussão e uma última parte que servirá de conclusão onde será realizada uma síntese final de todo o relatório.

1 – Contextualização Teórica

O enquadramento teórico do problema identificado mostra-se imprescindível para a sua compreensão sendo que a sua leitura não poderá ser completa sem uma base teórica de contexto, tornando possível entender o caminho percorrido ao longo de décadas de realização de estudos científicos até ao dia de hoje, os progressos realizados e as mudanças dos paradigmas científicos.

Neste capítulo será realizada uma breve descrição do Modelo de Sinergia da American Association of Critical-Care Nurses (AACN) e dos pressupostos orientadores do mesmo, bem como um resumo dos artigos científicos consultados sobre a temática das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS). Por fim, será concretizada a leitura do problema identificado à luz do modelo teórico escolhido.

1.1 – Modelo de Sinergia da American Association of Critical-Care Nurses

O conceito nuclear do Modelo de Sinergia da AACN sugere que as necessidades e/ou características das pessoas e familiares influenciam e conduzem as características ou competências dos enfermeiros. A sinergia funciona quando para determinadas necessidades ou características da pessoa, unidade clínica ou sistema existe uma ligação às competências de um determinado enfermeiro.

Criada nos anos 90, a teoria tem sido desenvolvida nos últimos 20 anos. O modelo foi adoptado pela AACN que utiliza os seus conceitos para os exames de certificação da especialidade. Tem sido utilizada, de igual forma, como modelo para desenvolvimento curricular e como modelo para reestruturação organizacional. Por outro lado, também é usada como base para estudos qualitativos.

O modelo sugere a ideia de que quanto mais comprometidos as pessoas estão nos seus processos de saúde e doença mais complexas serão as suas necessidades. Estas necessidades evidenciadas pela pessoa e família são o fio condutor da dimensão prática do enfermeiro, sendo que requer que o enfermeiro seja proficiente nas múltiplas dimensões do cuidado. Se tal acontecer, isto é, se as competências do

enfermeiro responderem as necessidades da pessoa assim como, as suas características se compatibilizarem, os resultados obtidos serão otimizados.

Trata-se de um modelo complexo multidimensional. Existem no total 16 conceitos subdivididos em oito competências do enfermeiro e oito características do utente. Adicionalmente existem seis indicadores major de qualidade. Como um todo, a base teórica não é muito complexa - a relação enfermeiro- utente deverá ser vista de uma forma holística; contudo quando operacionalizada numa dinâmica organizacional torna-se mais complexa, uma vez que, tem em conta o contexto em que o utente esta inserido. Como resultado, quando cada conceito é considerado separadamente, existem vários níveis de complexidade associados (Herrington, 2010).

Ainda de acordo com Herrington (2010), estas características são avaliadas segundo uma escala de Likert de 5 pontos ou níveis, sendo que 1 é o pior ou o estado mais deficitário e 5 o melhor ou o estado ótimo.

Os autores do Modelo demonstram, de várias formas, como as teorias de outras disciplinas suportam os fundamentos conceptuais de cada característica em particular. Por exemplo, a característica/competência do enfermeiro “Facilitador da Aprendizagem” inclui teorias de aprendizagem da disciplina de psicologia e de aconselhamento desenvolvidas por Skinner (1938), Lewin (1948) e Rogers (1969).

Como referido anteriormente o modelo para além das características/competências articula ainda seis indicadores major de qualidade no que diz respeito aos resultados dos utentes: A satisfação do utente e família; taxa de eventos adversos; taxa de complicações; adesão ao plano terapêutico; taxa de mortalidade e taxa de permanência do utente. Este modelo sugere que estes resultados derivam de três fontes: o utente, o enfermeiro e o sistema de saúde.

A justificação, as definições das competências e características do enfermeiro e utente e os resultados são estruturados de forma linear, por sua vez, as relações entre eles não são lineares. As componentes da teoria convergem para definir um conjunto maior - A teoria descreve como a interação entre conceitos afeta e é afetada por cada um dos outros conceitos. A ideia que os conceitos estão interligados sustenta o propósito de uma visão holística em que a sinergia entre o enfermeiro e o utente leva a resultados otimizados.

Uma das falhas da teoria é a falta de definição de *sinergia*. Este conceito é implícito na descrição, que enquadra a definição da prática de enfermagem como “mais que a soma das partes”. De acordo com a definição estandardizada, sinergia é

um nome que descreve a interação ou cooperação de duas ou mais organizações, substâncias ou outros agentes para produzir um efeito combinado melhor que a soma dos seus efeitos em separado (Herrington, 2010).

1.1.1 – Pressupostos Orientadores do Modelo de Sinergia

Estes pressupostos deverão ser analisados consoante o contexto em que tanto Enfermeiro como Utente estão inseridos, seja contexto hospitalar, cuidados de saúde primários ou outros. Vários pressupostos relativos aos enfermeiros, utentes e famílias conduzem o Modelo de Sinergia:

- ✓ Os utentes são seres biológicos, psicológicos, sociais e espirituais que estão num determinado estadio de desenvolvimento. Deverá se considerar o utente como um todo (corpo, mente e espírito);
- ✓ O utente, família e comunidade contribuem para a criação de contextos para a relação enfermeiro-utente;
- ✓ Os utentes podem ser descritos através de um número de características. Todas estas características estão interligadas e contribuem para cada uma delas especificamente, não podendo ser analisadas isoladamente.
- ✓ Do mesmo modo, os enfermeiros podem ser descritos por um número de dimensões. A interligação das dimensões traça o perfil do enfermeiro.

O objetivo da Enfermagem é recuperar um utente para um nível ótimo de saúde definido pelo próprio. A morte poderá ser um resultado aceitável, sendo que, nestas situações os objetivos dos cuidados de Enfermagem prendem-se com a condução do utente para uma morte tranquila.

Segundo Herrington (2010), quatro novos pressupostos foram adicionados, após o desenvolvimento inicial do modelo:

- ✓ O enfermeiro cria o ambiente para o cuidado ao utente. O contexto/ambiente de cuidado também afeta o que o enfermeiro pode fazer;
- ✓ Existe uma inter-relação entre áreas de impacto. A natureza da inter-relação pode mudar consoante a experiencia, a situação e as alterações de configuração.
- ✓ O enfermeiro pode trabalhar para otimizar os resultados dos utentes, famílias, cuidadores e sistemas/organizações de saúde.

- ✓ O enfermeiro traz a sua experiência para cada situação, incluído os vários níveis de formação / conhecimento e competências/prática.

1.1.2 – Características dos Utentes, Unidades e Sistemas

De acordo com a AACN (2007), cada utente e família, unidade clínica e sistema são únicos, com uma capacitação em saúde variável, assim como, como a vulnerabilidade em relação à doença. Cada um apresenta uma panóplia de características únicas de acordo com a situação clínica.

- 1) **Resiliência** – A capacidade de retomar um nível restaurativo de funcionalidade por meio de mecanismos de coping/compensação; a capacidade de resposta perante uma adversidade.

Nível 1 – Resiliência mínima: Não é capaz de conceber uma resposta; falha nos mecanismos de coping/compensação; reservas mínimas; frágil.

Nível 3 – Resiliência Moderada: Apto para conceber uma resposta moderada; apto para iniciar algum grau de compensação; reservas moderadas.

Nível 5 – Resiliência Elevada: Apto para conceber e manter uma resposta; mecanismos de coping/compensação intactos; reservas fortes; resistência

- 2) **Vulnerabilidade** – Susceptibilidade perante factores de *stress* atuais ou potenciais que podem afectar negativamente a resposta do utente.

Nível 1 – Vulnerabilidade elevada: Susceptível; desprotegido; frágil

Nível 3 – Vulnerabilidade moderada: Algo susceptível; algo protegido

Nível 5 – Vulnerabilidade mínima: Seguro; protegido, não frágil.

- 3) **Estabilidade** – A capacidade para manter um estado estacionário / equilíbrio.

Nível 1 – Estabilidade mínima: Lábil; instável; não responde às terapias; Risco de morte elevado;

Nível 3 – Estabilidade moderada: Apto para manter um estado estacionário por um período limitado de tempo; apresenta alguma resposta às terapias.

Nível 5 – Estabilidade elevada: Constante; Responde às terapias; Risco de morte reduzido.

- 4) **Complexidade** – O emaranhamento de dois ou mais sistemas (ex: corpo, família, terapias).

Nível 1 – Complexidade elevada: Complicado; Dinâmica utente/família complexa; ambíguo/vago; apresentação atípica.

Nível 3 – Complexidade moderada: Dinâmica utente/família moderadamente presente.

Nível 5 – Complexidade mínima: Simples; Dinâmica utente/família rotineira; clara; apresentação típica.

5) **Disponibilidade de Recursos** – Quantidade de recursos (Ex: técnicos, físicos, pessoais; psicológicos e sociais) que o utente/família / comunidade mobilizam para a situação.

Nível 1 – Recursos mínimos: Sem os conhecimentos e competências necessários; Suporte financeiro inexistente; recursos mínimos de suporte pessoal/psicológico; poucos recursos de sistemas sociais.

Nível 3- Recursos moderados: Conhecimentos e competências limitadas; Suporte financeiro limitado; Recursos limitados de suporte pessoal/psicológico; Recursos de sistemas sociais limitados.

Nível 5 – Recursos elevados: Extensos conhecimentos e competências disponíveis; Recursos financeiros rapidamente disponíveis; Fortes recursos de suporte pessoal/psicológico; Recursos de sistemas sociais fortes.

6) **Participação no Cuidado** – Grau de empenho do utente/família na prestação de cuidados.

Nível 1 – Sem Participação: utente e família incapazes ou não querem participar nos cuidados.

Nível 3 – Participação Moderada: utente e família necessitam de apoio nos cuidados.

Nível 5 – Participação Total: utente e família totalmente aptos para participarem nos cuidados.

7) **Participação na Tomada de Decisão** – Grau de empenho do utente/família no processo de tomada de decisão.

Nível 1 – Sem Participação: utente e família não têm capacidade para a tomada de decisão; Requer substituição para a tomada de decisão

Nível 3 – Participação moderada: utente e família têm capacidade moderada; Procuram conselhos/contributos de terceiros para a tomada de decisão.

Nível 5- Participação Total: utente e família têm capacidade para tomarem as suas próprias decisões.

8) **Previsibilidade** – Trata-se de uma característica que permite prever um determinado curso dos acontecimentos, assim como, o decorrer da doença.

Nível 1 – Não previsível: Incerto; Doença incomum; Acontecimentos inesperados; Não segue ou desenvolve um caminho crítico.

Nível 3- Previsibilidade moderada: Indeciso; Doença ocasionalmente relatada

Nível 5 – Previsibilidade elevada: Certo; Doença comum; Curso de acontecimentos usuais e esperados; Segue um caminho crítico.

1.1.3 – Características do Enfermeiro

Reportando ao site da AACN, os cuidados de Enfermagem refletem uma integração de conhecimentos, competências, experiência e atitudes que são necessárias para responder às necessidades dos utentes e famílias. Assim sendo, as características do enfermeiro derivam das necessidades do utente.

As características são avaliadas segundo o nível de *expertise* de competente (1) a perito (5):

- 1) **Julgamento Clínico** – Raciocínio clínico que inclui o processo de tomada de decisão clínica, pensamento crítico e compreensão geral da situação, acoplado com as competências de enfermagem adquiridas durante um processo formal e informal de integração de conhecimento experimental e *guidelines* baseadas na evidência.

Nível 1: Recolhe dados ao nível básico; segue algoritmos, protocolos com todo o tipo de população e é desconfortável desviar-se dos mesmos; faz a ligação entre o conhecimento formal e os acontecimentos clínicos para tomar decisões; questiona as suas próprias limitações no processo de tomada de decisão e delega a mesma para outros profissionais; inclui detalhes externos.

Nível 3: Recolhe e interpreta dados complexos do utente; Faz julgamentos clínicos baseados na compreensão imediata de todo o quadro em situações comuns ou rotineiras; reconhece padrões que permitem prever o desenrolar da doença; reconhece os limites e procura ajuda apropriada; foca-se nos elementos chave do caso enquanto seleciona os detalhes externos.

Nível 5: Sintetiza e interpreta múltiplas fontes, por vezes conflituosas, de dados; Faz julgamento baseado numa compreensão imediata de todo o quadro, a não ser que se trate de uma nova população; Utiliza experiências passadas para antecipar problemas; ajuda o utente e família a visualizar “todo o quadro”; reconhece os limites do

juízo clínico e procura colaboração e consulta multidisciplinar confortavelmente; reconhece e responde a situações dinâmicas.

- 2) **Advogar e o Agir Moral/Ético** – Agir em nome do outro e representá-lo quanto às suas preocupações, assim como, à equipa de enfermagem; Servir como agente moral na identificação e resolução de questões éticas associadas.

Nível 1: Trabalha em nome do utente; Auto avalia os valores pessoais; Está consciente dos conflitos/questões éticas que poderão surgir da prática clínica; Realiza decisões éticas/morais baseado nas regras; representa o utente quando o mesmo não o pode fazer; Está ciente dos direitos do utente e família.

Nível 3: Trabalha em nome do utente e família; Tem em consideração os valores do utente e incorpora-os no cuidado mesmo quando diferem dos seus valores pessoais; Apoia os colegas nas questões éticas e clínicas; A tomada de decisão moral poderá desviar-se das regras; demonstra entrega e recebimento com a família do utente, permitindo que falem e se representem quando possível; está consciente dos direitos do utente e da família.

Nível 5: Trabalha em nome do utente, da família e da comunidade; *advoga* conflitos e questões éticas segundo a perspectiva do utente e família; suspende as regras – o utente e a família conduzem a tomada de decisão moral; *empodera* o utente e a família para falarem e se representarem aos próprios; alcança reciprocidade na relação profissional/utente.

- 3) **Prestação de Cuidados** – Atividades de Enfermagem que criam um ambiente solidário, de suporte e terapêutico para os utentes e equipa, com o objetivo de promover o conforto, recuperação e prevenção de sofrimento desnecessário. Inclui, mas não apenas, a vigilância, o compromisso e a capacidade de resposta dos cuidadores, incluído a família e os profissionais de saúde.

Nível 1 – Foca-se nas necessidades usuais e “normais” do utente; Não antecipa necessidades futuras; Baseia o cuidado nos protocolos e rotinas; mantém um ambiente seguro; reconhece a morte como um resultado possível.

Nível 3: Responde a alterações subtis do utente e família; Relaciona-se de forma compassiva com o utente como sendo um ser único; Reconhece e molda os cuidados atendendo à individualidade do utente e família; Domestica o ambiente do utente e família; Reconhece que a morte poderá ser um resultado aceitável.

Nível 5: Possui astúcia e antecipa alterações e necessidades do utente e família; totalmente comprometido e presente como estar com o utente, a família e a

comunidade; os cuidados seguem a liderança do utente e família; antecipa perigos e evita-os, promovendo a segurança do utente e da família no decorrer do processo de saúde; Elabora o processo que assegura o conforto e as questões relacionadas com preocupações relativas à morte e ao processo de morte do utente e família.

- 4) **Colaboração / Trabalho em Equipa** – Trabalhar com outros (Ex. utentes, famílias, profissionais de saúde) de forma a promover as contribuições de cada um dos intervenientes no sentido de alcançar objetivos otimizados/realistas do utente e família. Envolve trabalho inter e intra-disciplinar com colegas e comunidade.

Nível 1: Disposto a ser ensinado, treinado ou orientado; participa em reuniões e discussões de equipa sobre o cuidado ao utente ou sobre questões decorrentes da prática; aberto às contribuições de vários elementos da equipa.

Nível 3: Procura oportunidades para ser ensinado, treinado ou orientado; Obtém conselhos e perspectivas de terceiros; Inicia e participa em reuniões ou discussões de equipa sobre os cuidados ao utente ou sobre questões práticas; reconhece e sugere a participação de vários membros da equipa.

Nível 5: Procura oportunidades para ensinar, treinar ou orientar, assim como, para ser ensinado, treinado ou orientado; Facilita o envolvimento ativo e contribuições complementares de terceiros em reuniões ou discussões em equipa; Envolve/ recruta vários recursos, quando apropriado, para otimizar os resultados do utente.

- 5) **Pensamento Sistémico** – Conjunto de conhecimentos e ferramentas que permitem ao enfermeiro gerir, independentemente de qual seja o ambiente ou recursos existentes, seja em cuidados de saúde ou não.

Nível 1: Utiliza um conjunto limitado de estratégias; visão limitada – observa partes ou componentes; não reconhece a negociação como alternativa; observa o utente e família apenas no ambiente da unidade em que estão inseridos; Vê-se a si próprio como o principal recurso.

Nível 3: Desenvolve estratégias baseadas nas necessidades e forças do utente/família; apto para realizar conexões entre as partes; vê a oportunidade de negociar mas pode não ter estratégias; Desenvolve uma visão do processo de transição do utente/família; reconhece como obter recursos para além de si.

Nível 5: Desenvolve, integra e aplica uma variedade de estratégias que são moldadas pelas necessidades e forças do utente/família; Visão holística – vê o todo ao invés das partes; Sabe quando e como negociar e navegar através do sistema em nome do

utente/família; antecipa as necessidades do utente/família consoante eles se movimentam através do sistema de saúde; Utiliza recursos alternativos e inexplorados consoante a necessidade.

- 6) **Resposta à Diversidade** – A sensibilidade para reconhecer, apreciar e incorporar as diferenças na prestação de cuidados. As diferenças podem incluir, mas não estão limitadas a, diferenças culturais, credos espirituais, género, raça, etnicidade, estilo de vida, estatuto socioeconómico, idade e valores.

Nível 1: Avalia a diversidade cultural; presta cuidados de acordo com as suas crenças; aprende a cultura do sistema de saúde em que está inserido.

Nível 3: Pergunta sobre as diferenças culturais e considera o seu impacto nos cuidados; Adapta as diferenças pessoais e profissionais no plano de cuidados; ajuda o utente/família a entender a cultura do sistema de saúde.

Nível 5: Responde a, antecipa e integra as diferenças culturais nos cuidados ao utente/família; Reconhece e incorpora as diferenças, incluindo terapias alternativas, no cuidado. Adapta, na medida do possível, a cultura do sistema de saúde às várias necessidades e forças do utente/família.

- 7) **Facilitação da aprendizagem / Ensino** - A competência de facilitar a aprendizagem do utente/família, pessoal de Enfermagem, outros profissionais de saúde e comunidade. Inclui ensino formal e informal.

Nível 1: Segue os planos educacionais estabelecidos; vê o ensino ao utente/família como uma tarefa suplementar na prestação de cuidados; Disponibiliza informação sem assegurar as dificuldades de compreensão ou de leitura do utente; tem um conhecimento limitado de todas as necessidades de ensino; foca-se na perspectiva do enfermeiro; vê o utente como um sujeito passivo.

Nível 3: Adapta os programas educacionais estabelecidos; começa a reconhecer e a integrar modos diferentes de ensino na prestação de cuidados; incorpora o entendimento do utente na prática; vê a sobreposição dos programas educacionais segundo a perspectiva de diferentes serviços de saúde; começa a reconhecer as que o utente tem contribuições para os objetivos estabelecidos; começa a ver a individualização.

Nível 5: Modifica ou desenvolve criativamente os programas educacionais para o utente/família; integra o ensino do utente/família na prestação de cuidados; valida a compreensão do utente/família através da observação do comportamento relacionadas

com o ensino realizado; está apto para colaborar e incorporar todos os planos educacionais e prestadores de cuidados em saúde no plano educacional do utente/família; estabelece objetivos com o utente para o ensino; vê o utente/família como tendo escolha e consequências que são negociadas na relação para o ensino.

8) **Investigação Clínica (Inovadora /Avaliadora)** – O processo contínuo de questionamento e avaliação da prática e o exercício de prática fundamentada.

Criar mudanças práticas através da pesquisa e da aprendizagem experimental.

Nível 1: Segue as normas e *guidelines*; implementa mudanças clínicas e práticas baseadas na evidência desenvolvidas por outros; reconhece a necessidade de aprendizagem adicional para melhorar a prestação de cuidados ao utente; reconhece alterações óbvias do utente (ex. deterioração, crise); Necessita e procura ajuda para identificar o problema do utente.

Nível 3: Questiona a adequação das políticas e das *guidelines*; questiona a prática comum; procura conselhos, recursos ou informação para melhorar o cuidado ao utente; começa a comparar possíveis alternativas.

Nível 5: Melhora, individualiza ou desvia-se das normas e *guidelines* tendo em conta a situação particular do utente ou população; questiona e/ou avalia a prática corrente baseando-se na resposta do utente, revisões de literatura, pesquisa e processos de ensino/aprendizagem; adquire conhecimento e competências necessárias para formular questões resultantes da prática e que melhorem o cuidado ao utente; (os domínios do julgamento clínico e investigação clínica convergem no nível de perito – os mesmos não podem ser separados).

1.1.4 – O Modelo de Sinergia e a Realidade Portuguesa

O Modelo de Sinergia visa encontrar uma relação simbiótica entre as características de um utente e as competências de um enfermeiro de modo a que os resultados dos cuidados prestados sejam otimizados.

A consulta do Código Deontológico do Enfermeiro indica-nos que o Modelo de Sinergia pode rever-se com os deveres deontológicos do Enfermeiro. O artigo 79º, ponto 2, alínea b) e alínea e), indiciam desde logo a relação simbiótica pretendida com a aplicação do Modelo de Sinergia. A liberdade de escolha tendo em atenção o bem comum poderá ser interpretado como a procura do melhor resultado possível para a relação entre enfermeiro e utente que apenas será atingida se o princípio da

competência e aperfeiçoamento profissional for respeitado, proporcionando cuidados de qualidade e atuais perante os paradigmas em vigor.

O artigo 80º do Código Deontológico do Enfermeiro enuncia que “O enfermeiro, sendo responsável para com a comunidade na promoção da saúde e na resposta adequada às necessidades em cuidados de enfermagem...”, que sugere uma adequação dos recursos existentes para dar resposta às necessidades/características do utente/população de modo a obter resultados ótimos na relação utente – enfermeiro, tal como é descrito no Modelo de Sinergia da AACN.

Relacionando o Modelo de Sinergia e as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica com o Artigo 82º - Dos direitos à vida e à qualidade de vida – é possível identificar as duas vertentes do cuidados do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, a vertente dos cuidados ao doente crítico e a vertente dos cuidados ao doente crónico e paliativo. Este artigo enuncia que “O enfermeiro, no respeito do direito da pessoa à vida durante todo o ciclo vital...”, indicando que o *outcome* ótimo da relação entre utente e enfermeiro nem sempre é o restabelecimento completo da situação de doença, que a morte é também um resultado esperado e que cabe ao enfermeiro proporcionar a melhor qualidade de vida para que o utente e sua família estejam municiados com as ferramentas necessárias para lidar com esse desfecho. O artigo 87º do Código Deontológico do Enfermeiro especifica a vertente do cuidar ao Doente em Situação Crónica e Paliativa, enunciando o “respeito pelo doente terminal”, lembrando que o resultado ótimo nesta situação será a morte tranquila e que a qualidade de vida seja mantida no restante período de vida do utente.

O Artigo 88º do Código Deontológico do Enfermeiro refere que “O enfermeiro procura, em todo o ato profissional, a excelência do exercício...”, indicando a necessidade constante de atualização de conhecimentos, proporcionando os melhores cuidados possíveis, adequados às características do utente para obter resultados ótimos, tal como é descrito no Modelo de Sinergia da AACN, nomeadamente com as características de Julgamento Clínico, Prestação de Cuidados, Pensamento Sistémico e Facilitação da Aprendizagem/ Ensino.

Podemos assim concluir que o Modelo de Sinergia da AACN se torna um modelo intuitivo e que, de um modo quase automático, a procura dos melhores resultados para a relação utente – Enfermeiro se torna como uma segunda pele na prestação de cuidados de enfermagem.

Na realidade portuguesa, todos nós, prestadores de cuidados, temos como objectivo prestar os melhores cuidados possíveis aos nossos utentes de modo a responder às suas necessidades. Apesar de ser essa a filosofia vigente, a aplicação do modelo de sinergia encontra-se enviesada por alguns factores organizacionais e de estrutura.

Da mesma forma, de acordo com a OE, referindo-se ao documento elaborado em 2001 sobre Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, “Os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue. Neste contexto, procura-se, ao longo de todo o ciclo vital, prevenir a doença e promover os processos de readaptação, procura-se a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das atividades da vida, procura-se a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos factores – frequentemente através de processos de aprendizagem do utente.”, cuja interpretação segundo o Modelo de Sinergia da AACN, significa que todo o processo do cuidar de Enfermagem visa o alcançar dos objetivos definidos pelo utente, da melhor forma e com a melhor qualidade possível conforme descrito anteriormente.

1.2 – Infecções Associadas a Cuidados de Saúde

As IACS não são um problema recente. No início do século XX estas infecções estavam relacionadas com as fracas condições de higiene e esterilização dos instrumentos utilizados sendo que a introdução do uso de antibióticos na década de 40 veio revolucionar o tratamento das infecções hospitalares. Ainda assim, segundo Monteiro (1993), o problema mantém-se com graves repercussões económicas e sociais bem como com o agravamento do sofrimento da pessoa em situação de doença, sendo que existem vários factores relacionados com cada elemento da Tríade Ecológica Fundamental, Hospedeiro – Agente – Ambiente, que contribuem para a prevalência e dificuldade no controlo das IACS. Citando o mesmo autor “verifica-se a existência de cada vez maior número de doentes com defesas diminuídas, seja devido à idade avançada, múltiplas doenças subjacentes ou a terapêuticas depressoras do sistema imunitário. Como factores contribuintes salientam-se o uso cada vez maior de procedimentos invasivos tais como cateteres venosos centrais e arteriais, diálise,

ventilação mecânica e intervenções cirúrgicas em doentes que há alguns anos não disporiam de condições para tal.” (1993, pp.135)

Pina (2010) expõe que os principais riscos para a ocorrência de IACS são a presença de dispositivos invasivos, técnicas invasivas e infeções por organismos multirresistentes, descrevendo as IACS como uma das complicações mais frequentes da hospitalização. O mesmo autor refere que a nível Europeu, os estudos apontam para uma prevalência de 5% a 10% de doentes hospitalizados, enquanto que em Portugal, e de acordo com o Inquérito Nacional de Prevalência de Infeção de Março de 2009, estima-se que a prevalência se situe nos 11,03% indicando que pelo menos 5 em cada 100 doentes tenham adquirido uma infeção em consequência do seu internamento.

Citando Pina (2010), “Embora parte destas infeções possam ser provavelmente inevitáveis, o preço a pagar pelos avanços tecnológicos e terapêuticos, um número significativo de infeções poderá ser prevenida. No entanto, desconhece-se a proporção das IACS que são potencialmente evitáveis”.

De acordo com um estudo realizado por Martins (2007) no Hospital de Cova da Beira, o tempo de internamento de doentes que adquiriram infeção relacionada com os cuidados de saúde foi 2,4 vezes superior relativamente a doentes que não adquiriram infeção e os custos associados a esse prolongamento do tempo de internamento foram cerca de 2 vezes maiores relativamente aos custos associados ao internamento de doentes que não adquiriram infeção hospitalar.

Durante vários anos foram postuladas várias teorias relacionadas com as infeções associadas aos cuidados de saúde, principalmente no que se refere à lavagem das mãos, os momentos para o fazer e os solutos utilizados. Há mais de 150 anos Ignaz Semmelweis demonstrou que a desinfeção das mãos poderia reduzir de modo expressivo a morte por febre puerperal, ainda assim, apesar de todas as campanhas de sensibilização para a higienização das mãos, sabe-se que a adesão a esta prática é reduzida (Pina, 2010). Atualmente tem sido consensual a implementação dos 5 momentos para a higienização das mãos com vários estudos que indicam que gestos simples como a lavagem ou desinfeção das mãos são suficientes para diminuir o risco de infeção, bem como a inclusão de outros factores como o uso de luvas e da higiene e controlo ambiental, as chamadas Precauções Básicas e Isolamento.

O conceito de Precauções Básicas e Isolamento tem sofrido evoluções ao longo dos anos. Em 1970 é lançado um documento pelo Center for Disease Control and Prevention (CDC) – *Isolation Techniques for use in Hospitals* – que integrava 7 categorias de isolamento. Em 1983, numa atualização deste mesmo documento – *Guidelines for Isolation Precautions in Hospital* – foram descritos 2 sistemas de isolamento: o de categorias específicas e o de doenças específicas. Durante os anos 80, introduziu-se o conceito de “*Universal Precautions*” onde se recomendava a aplicação das *guidelines* de precauções básicas a todos os procedimentos que envolviam o risco de exposição a sangue e fluídos orgânicos, em todos os doentes, independentemente do seu estado infeccioso (Pina, 2010). Por esta altura as *guidelines* não incluíam a exposição a fezes, secreções nasais, expectoração, suor, lágrimas, urina ou vómito, excepto se contaminados com sangue visível, pelo que foram adicionadas indicações para o uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI) para proteção dos profissionais de saúde. A higienização das mãos foi recomendada logo após a remoção das luvas e foram introduzidas recomendações específicas para a manipulação de corto-perfurantes.

Em 1996 foram reunidas as principais recomendações dos guias orientadores “*Universal Precautions*” e “*Body Substance Isolation*” de modo a serem aplicadas a todos os doentes e em todos os momentos da prestação de cuidados. Nestas recomendações encontravam-se incluídas apenas as 3 categorias de isolamento: via aérea, gotículas e contacto, e previam um conjunto de situações em que estas medidas de isolamento deveriam ser colocadas em prática, empiricamente, até ao diagnóstico etiológico ser definido.

Em 2007 surge a mais recente atualização sobre Prevenção e Controlo de Infeção em Cuidados de Saúde – *Guidelines for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings 2007* – onde se destacam 4 objectivos:

- 1 – Fornecer recomendações sobre a prevenção e o controlo das IACS para todos os componentes do sistema dos cuidados de saúde, incluindo hospitais, cuidados continuados, cuidados de ambulatório, cuidados domiciliários e instituições psiquiátricas;
- 2 – Reafirmar as precauções básicas como o alicerce da prevenção na transmissão durante os cuidados aos doentes em todas as instituições onde se prestam cuidados de saúde;

3 – Reafirmar a importância da implementação das precauções específicas baseadas na situação clínica do doente e no agente infeccioso provável, até a etiologia infecciosa ser determinada;

4 – Fornecer recomendações baseadas em evidências científicas.

Apesar de sobejamente reconhecida a importância da higienização das mãos na prevenção das IACS, esta continua a ser uma ação com pouca adesão. De acordo com a *World Health Organization*, no documento publicado em 2005 – *World Alliance for Patient Safety. WHO Guidelines on hand hygiene in health care: advanced draft: a Summary: Clean Hands Are Safer Hands* – a adesão a esta prática pode ser tão baixa como 10% quando existe maior restrição de tempo e maior carga de trabalho.

Pina (2010) refere que “Só com uma abordagem multidisciplinar perseverante, transversal, bem estruturada e consistente, assente no conhecimento da cadeia de transmissão de infecção e tendo por base as Precauções Básicas é que se poderá contribuir para a prevenção da transmissão cruzada das IACS, para melhoria contínua dos cuidados de saúde, e assim contribuir para a segurança efetiva dos doentes.”

As várias publicações existentes juntamente com os avanços científicos mostram que a temática abordada se tem mantido como tema de elevada importância, não só pelas repercussões a nível pessoal da pessoa em situação de doença como pelo aumento exponencial dos gastos com os cuidados associados a estes utentes. Numa altura em que o critério de “Qualidade” vem sendo falado e integrado na excelência dos cuidados, num período de crise económica, torna-se imperativo que o problema identificado seja minimizado.

É notório que estamos perante um desafio por existir uma multiplicidade de factores que influenciam o resultados final desejado mas é imperativo que se reduzam as taxas de prevalência de IACS para níveis de excelência. “A segurança dos doentes não pode ser comprometida” (Pina, 2010).

1.3 – Modelo de Sinergia e o Código Deontológico do Enfermeiro

O Código Deontológico do Enfermeiro, no seu artigo 78º, ponto 2 alínea e) e no seu artigo 88º remete-nos para o dever e necessidade constante do enfermeiro em se manter atualizado relativamente ao estado da arte para que possa prestar cuidados de qualidade, de acordo com os postulados científicos mais recentes de maneira a otimizar os resultados da sua ação.

Já o Modelo de Sinergia da *American Association of Critical Care Nurses* (AACN) expõe a ideia de que o Enfermeiro possui competências que se devem relacionar com as características do utente de modo a que, de uma forma simbiótica, estas se complementem para alcançar um resultado óptimo. As características de Pensamento Clínico, Facilitação da Aprendizagem e Atualização Clínica mostram que o Enfermeiro deverá desenvolver competências relacionadas com a atualização de conhecimentos de base científica para otimizar os resultados das suas ações dando resposta às necessidades/características do utente.

Articulando o Código Deontológico do Enfermeiro e o Modelo de Sinergia da AACN, é possível entender que a atualização de conhecimentos é uma necessidade contínua da profissão de Enfermagem para que o Enfermeiro seja mais competente e assim consiga dar resposta às características apresentadas pelo utente. A área das IACS mostra-se em constante evolução com novos conceitos a tomarem o lugar de antigos paradigmas, com uma evolução rápida e produzindo resultados que levam à adoção de novas linhas de pensamento. Na tentativa de acompanhar este progresso, o Enfermeiro necessita manter-se atualizado, aumentando assim a sua capacidade de resposta perante uma população com necessidades cada vez maiores e mais complexas.

2 – Projeto de Intervenção em Serviço

No âmbito do 4º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, a mobilização de conhecimentos para aquisição de competências gerais e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem Médico-cirúrgica é traduzida em 2 dimensões, a realização de um Projeto de Intervenção em Serviço (PIS) – dimensão A – e realização de um Projeto de Aquisição de Competências – Dimensão B. A escolha recaiu sobre a realização de um PIS utilizando a metodologia de trabalho de projeto, sendo que durante as Unidades Curriculares de Estágio I e II, foram desenvolvidas as fases de Diagnóstico de Problema e Planeamento, tendo as restantes fases sido desenvolvidas durante a realização da Unidade Curricular Estágio III.

De acordo com Ruivo (2007), a metodologia de projeto consiste na investigação com base num problema real e na concretização de estratégias eficazes para a sua resolução, centrando-se na prática baseada em evidência.

A metodologia de trabalho de projeto compreende 5 etapas, Diagnóstico de Problema, Planeamento, Execução, Avaliação e Divulgação. Na fase de Diagnóstico de Problema, de acordo com Ruivo (2010), realiza-se a construção cognitiva da situação ou problema identificado, definem-se os problemas sejam eles de natureza qualitativa ou quantitativa, identificam-se causas prováveis e estabelecem-se prioridades. Deste modo, a fase de Diagnóstico de Problema compreende 4 fases, a identificação dos problemas, o estudo prognóstico dos mesmos, o estudo da causalidade dos problemas e a determinação das necessidades.

Através da realização de entrevistas exploratórias com a Enfermeira Coordenadora do Serviço de Cardiologia e com a Enfermeira Coordenadora da Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos foi possível atribuir relevância à problemática encontrada. Após esta fase foi realizada uma análise SWOT– *Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats* (Pontos Fortes, Pontos Fracos, Oportunidades, Ameaças) – onde se reflete sobre os pontos fortes e os pontos fracos do problema bem como as ameaças à resolução do mesmo e as oportunidades que a sua resolução oferece. Esta ferramenta de gestão, segundo Santos (2008), é um mecanismo de análise estratégica que expõe pontos fracos e pontos fortes de um determinado sistema, bem como as suas

oportunidades e ameaças. De acordo com Ruivo (2010) esta é uma das ferramentas mais utilizadas em investigação social e na análise das organizações, pois facilita uma análise reflexiva comparando aspetos positivos e negativos da situação.

Conjuntamente com a pesquisa bibliográfica realizada sobre a temática das IACS, foi determinado estar na presença de um problema atual que necessitava de uma atuação de modo a minorar o seu impacto na realidade do Serviço de Cardiologia.

O planeamento é a fase seguinte da metodologia de projeto e nesta fase, segundo Ruivo (2010), citando Miguel (2006), “é elaborado um plano detalhado do projeto cobrindo as várias vertentes da gestão: engenharia do software, calendarização das atividades, recursos necessários, riscos e qualidade”. É também nesta fase que, de acordo com Ruivo (2010) se realiza o levantamento dos recursos e das limitações do próprio projeto.

A etapa seguinte é a etapa da Execução do Projeto e consiste na operacionalização do previamente planeado. Consiste no dar forma ao constructo mental (Nogueira, 2005; Ruivo, 2010). Durante esta etapa podem realizar-se avaliações intermédias também designadas por depuração. É durante este período de avaliação e reflexão que se realizam ajustes para que se torne viável a elaboração, planeamento, produção de novos objetivos, novas atividades, novas hipóteses, alterar percurso ou processo. Um projeto é algo que se encontra em desenvolvimento, logo não pode ser estático (Nogueira, 2005; Ruivo, 2010).

A IACS é um dos maiores problemas de Saúde Pública dos Hospitais em todo o mundo, pelo impacto que as infeções têm sobre os doentes, família, profissionais e comunidade. De acordo com um estudo de prevalência realizado pela OMS em 1986, a cada dia cerca de 1 milhão de pessoas contrai uma infeção associada aos cuidados de saúde, mostrando-se a temática atual e de importância major. As morbidades, a mortalidade e os gastos associados às IACS são preocupações inerentes à prestação de cuidados sendo que a diminuição dos tempos de internamento e das morbidades e mortalidade apresentam-se como ganhos em saúde. Os mais recentes Relatórios Primavera demonstram preocupação na atuação desta área definindo metas relacionadas com as IACS. Sendo uma realidade com que os profissionais de saúde lidam diariamente, é importante que a sua atuação cumpra regras de modo a diminuir

o risco de infecção cruzada. A OMS, através da *World Alliance for Patient Safety*, estabeleceu como desafio para 2005/2006, a redução do problema das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde, tendo como mensagem principal *Clean Care is Safe Care*. A necessidade de diminuir os números de infecções associadas aos cuidados de saúde e de prestar cuidados de enfermagem de excelência fazem com que a escolha do tema recaia sobre esta área de intervenção.

A 15 de Março de 2016, através da sua publicação em Diário da República pelo Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, são estabelecidas várias metas relacionadas com a prevenção das IACS. Do Despacho n.º 3844-A/2016, importa salientar 2 indicadores dos 10 fixados que contribuíram para a definição dos objectivos propostos com a realização do PIS, o indicador f) “Implementação de isolamento, rastreio de doentes com pelo menos um fator de risco de MRSA, conforme Norma anti -MRSA 018/2014, de 9 de dezembro de 2014, atualizada a 27 de abril de 2015, do PPCIRA/ DGS;” e o indicador i) “Taxa de adesão ao primeiro momento da higiene das mãos (objetivo: > 70 %)”.

Com a pesquisa realizada e as fontes apresentadas identifica-se a problemática como sendo atual bem como sendo uma problemática estudada há vários anos o que implica uma atuação célere para a minimização do impacto negativo das consequências não só no projeto de saúde do utente mas também nos indicadores de saúde apresentados que definem a qualidade dos cuidados prestados.

2.1 – Caracterização do Local de Estágio

A Unidade de Cuidados Intensivos Coronários deste Centro Hospitalar é a Unidade de referência para o tratamento de patologias do foro cardiológico. Nesta unidade existe capacidade para acolher 6 utentes com patologia do foro cardiológico, com necessidade de monitorização electrocardiográfica contínua, monitorização invasiva, perfusões contínuas de fármacos e realização de técnicas invasivas como colocação de Pacemakers provisórios, Cateterização Venosa Central e Cateterização Arterial Periférica.

Nesta unidade estão em presença física 2 enfermeiros por cada turno que prestam cuidados aos utentes aqui internados. Destes, desempenham funções 3 enfermeiros especialistas, 2 em Enfermagem Médico-Cirúrgica e 1 em Enfermagem de

Reabilitação. A restante equipa é composta por 1 Cardiologista em presença física e 1 Assistente Operacional. As restantes classes profissionais prestam apoio na Unidade quando necessário (fisioterapeuta, assistente social, psicólogo, nutricionista).

A Unidade caracteriza-se por ser um *open space* com 3 unidades de cada lado, sendo que 1 das unidades se encontra preparada para a realização de técnica dialítica na impossibilidade de deslocação do utente até ao Serviço de Hemodiálise. É ainda característica desta Unidade ser uma das unidades de referência para apoio à Equipa de Emergência Médica Interna (EEMI) para utentes com patologia cardiológica com falência multi-orgânica.

2.2 – Considerações Éticas

Nunes (2013), citando Martins (2008), refere que “toda a investigação científica é uma actividade humana de grande responsabilidade ética pelas características que lhe são inerentes”. Sendo que o alvo da investigação em Enfermagem é, por norma, o utente, é imperativo que sejam respeitados os conceitos éticos da Benificiência, Não Maleficiência, Fidelidade, Justiça, Veracidade e Confidencialidade. Em Investigação em Enfermagem, de acordo com Nunes (2013), “os enfermeiros têm preocupações adicionais com o bem estar dos sujeitos dos estudos e com o respeito pelos direitos e integralidade das pessoas.”.

Reportando ao Código Deontológico do Enfermeiro, é possível verificar que a Investigação surge não só como um dever mas também como um direito do Enfermeiro. O Artigo 78º, nº1, referente ao princípio geral da “defesa da liberdade e dignidade humana” e o nº3 alínea b) referente aos princípios orientadores das atividades dos enfermeiros “de respeito pelos direitos humanos nas relações com os clientes” e a alínea c) da “excelência do exercício profissional”, bem como o Artigo 84º, alínea b) referente aos deveres de informação onde se compromete a “respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado”, demonstram os preceitos éticos envolvidos na realização de Investigação em Enfermagem aos quais o Enfermeiro se obriga a cumprir.

Interessa também entender que os preceitos éticos não existem de modo a impor limites/obstáculos à investigação mas sim de maneira a proteger o investigado.

Na realização do PIS foram respeitados todos os preceitos éticos referidos, garantindo que a pertinência da temática abordada traga benefício para a população alvo, os utentes e suas famílias.

2.3 – Definição do Problema

Após pesquisa em base de dados da Unidade e observação das práticas foi possível identificar um elevado número de IACS em utentes internados a aguardar colocação de PM definitivo ou CDI, comparativamente aos utentes de ambulatório que realizaram o mesmo procedimento.

Deste modo foi definido como Problema Geral - “Existência de um elevado número de Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde em utentes internados na Unidade de Cuidados Intensivos Coronários a aguardar implante de PaceMaker Definitivo/Cardiodesfibrilhador Implantável”. Derivado do Problema Geral foram identificados os Problemas Parcelares, sendo estes “A inexistência de uma norma de orientação clínica para realização de colheita de exsudado nasal para análise de MRSA e o desconhecimento de medidas de prevenção de Infecção Associada a Cuidados de Saúde por parte da equipa multidisciplinar”.

2.4 – Análise do Problema

Para a contextualização teórica do tema foi realizada pesquisa em artigos científicos e base de dados referente aos últimos 6 meses de atividade da Unidade de Cuidados Intensivos Coronários, bem como pesquisa em documentos emitidos pela Direção Geral de Saúde.

As IACS continuam a ser um tema de elevada importância como é possível verificar através dos múltiplos artigos científicos disponíveis e nos mais recentes Relatórios Primavera. Como problema de saúde pública tem impacto a nível dos doentes, família, comunidade e profissionais de saúde devido às complicações resultantes das infeções, aumento do tempo de internamento e consequente aumento dos custos associados aos cuidados de saúde que, em tempo de crise económica, é também factor importante.

Com base na consulta da base de dados existente, referente ao período compreendido entre Janeiro e Junho de 2015, foi possível verificar que a taxa de IACS em doentes internados a aguardar implante de PM definitivo/CDI ronda os 14,3%, acima dos 11% descritos em 2009 no Inquérito Nacional de Prevalência de Infecção. Dos 14 utentes

internados em Unidade por patologia arritmica com necessidade de implante de PM definitivo/CDI, 2 prolongaram o tempo de internamento devido a IACS. Dos 2 utentes que desenvolveram IACS, 50% necessitou de PM provisório no decorrer do seu internamento. A média de idade dos 14 utentes internados era de 74,7 anos. Trabalhar a temática do controlo de infeção, nomeadamente a higienização das mãos, uso de EPI e utilização segura de equipamentos complementares de diagnóstico irão contribuir para melhorar a qualidade dos cuidados prestados. Estas considerações promovem a ideia de ser esta a génese das IACS nestes utentes.

Observando a temática à luz do Modelo de Sinergia da AACN, este expõe a ideia de que o Enfermeiro possui competências que se devem relacionar com as características do utente de modo a que, de uma forma simbiótica, estas se relacionem para alcançar um resultado óptimo. As características de Pensamento Clínico, Facilitação da Aprendizagem e Atualização Clínica mostram que o Enfermeiro deverá desenvolver competências relacionadas com a atualização de conhecimentos de base científica para otimizar os resultados das suas ações dando resposta às necessidades/características do utente.

Através da aplicação uma grelha de observação dos 5 momentos da higienização das mãos (Anexo 1) e do uso de luvas (Anexo 2), foi possível averiguar quais os comportamentos que necessitam de ser mudados. Este instrumento de colheita de dados encontra-se validado e é disponibilizado para utilização pela Direção Geral de Saúde (DGS), no seu *site* oficial.

A recolha dos dados foi efectuada ao longo de 1 semana tentando agregar o maior número preenchimento de grelhas de observação sendo que será imposto um limite mínimo de 30 preenchimentos por grelha de observação. Após a recolha dos dados foi elaborada uma sessão de formação em serviço com enfoque nas áreas críticas observadas, mencionando a importância de comportamentos simples como a higienização das mãos e utilização de EPI.

Considerando os dados obtidos procedeu-se à avaliação da pertinência do projeto e consequente determinação de objetivos, através da ferramenta de gestão de análise SWOT (Apêndice 1). Fora identificados como Pontos Fortes a atualidade do tema e a sua importância hospitalar, a possibilidade de aumentar os ganhos em saúde e de diminuir os custos associados aos cuidados de saúde. Como pontos fracos foram identificados a existência de variáveis não controláveis (empresa de limpeza externa ao Centro Hospitalar, Impossibilidade de aquisição de novos equipamentos e

necessidade de modificação estrutural da unidade) e a flutuação do número de casos para estudo devido a fatores meteorológicos/sazonais. Como Oportunidades foram identificadas a promoção de práticas seguras de controlo de infeção, na equipa multidisciplinar, tendo em vista a diminuição a curto/médio prazo das IACS e a aquisição de novos conhecimentos e desenvolvimento de competências. Como Ameaças foram identificadas a incapacidade de envolver a equipa no Projeto e a resistência à mudança.

2.5 – Planeamento do Projeto

Após a identificação do Problema Geral e dos Problemas Parcelares que o compõem, foi necessário estabelecer prioridades para a aplicação de um plano de ação de modo a dar resposta às questões levantadas. Deste modo, foi estabelecido que seriam aplicados Grelhas de Observação que integram a Campanha de Precauções Básicas da DGS, nomeadamente grelhas de observação para Higienização das Mãos e Utilização de Equipamentos de Proteção Básica (Anexo 1 e Anexo 2). Após a aplicação destes instrumentos foram tratados os dados recolhidos e partilhados com a equipa multidisciplinar, dando lugar à realização de uma ação de formação com o intuito de dar resposta às lacunas observadas e esclarecimento de dúvidas existentes sendo que este é um tema em constante atualização, tornando-o propício à existência de dúvidas.

2.6 – Resultados Esperados

Toda a ação desenvolvida terá resultados esperados de modo a avaliar o impacto dessa mesma ação na população alvo. A pertinência e qualidade das ações de formação desenvolvidas foram avaliadas tendo como base os seguintes critérios:

- 1 – Candidatura do Serviço à Campanha de Precauções Básicas da Direção Geral de Saúde;
- 2 – Aplicação de grelhas de observação com um número mínimo de 30 preenchimentos de cada grelha de observação;
- 3 – Participação de 50% da equipa multidisciplinar nas ações e formação elaboradas;
- 4 – Aumentar a adesão da equipa multidisciplinar relativamente ao cumprimento das normas de Higienização das Mãos e da Utilização de Equipamentos de Proteção Individual para 90%;

5 – Implementação da norma proposta pela DGS para rastreio epidemiológico de infecção por MRSA.

Com estes critérios foi possível determinar a necessidade de realizar novas ações de formação para suprir as dificuldades teóricas e práticas existentes bem como esclarecer dúvidas relativamente ao estado da arte nesta área que se considera fulcral para o restabelecimento das funções do utente e família.

2.7 – Resultados Obtidos

No decorrer do módulo Estágio III, inserido na Unidade Curricular Enfermagem Médico Cirúrgica II, integrada no plano de estudos do 4º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, foram aplicadas as estratégias delineadas no decorrer dos Módulos Estágio I e II de modo a dar resposta aos problemas identificados. A realização de 2 sessões de formação sobre Higienização das Mãos e Utilização de Equipamentos de Proteção Individual teve como objectivo fornecer aporte teórico para sensibilizar os profissionais do Serviço de Cardiologia para a mudança de paradigma de atuação. Com a repetição das sessões de formação foi possível abranger a totalidade da população alvo, conforme preconizado nos Planos de Sessão. (Apêndice 5 e Apêndice 6)

Após a realização das sessões de formação acima citadas foi realizado novo levantamento de dados através do preenchimento de grelhas de observação bem como de consulta das bases de dados disponíveis na Unidade de Cuidados Intensivos Cardiológicos.

Foi realizado um levantamento de dados desde Janeiro a Junho de 2015 de modo a comparar taxas de IACS com o período de Janeiro a Junho de 2016, tendo sido realizadas ações de formação sobre a temática da Higienização das Mãos e Utilização de EPI entre os períodos temporais referidos.

Dos 14 utentes admitidos no período de Janeiro a Junho de 2015, 2 desses utentes apresentaram IACS, correspondente a 14,3%. No período seguinte, de Janeiro a Junho de 2016 foram identificados 19 utentes, 5 dos quais apresentaram IACS, perfazendo 26,3% de taxa de Infecção, mostrando um aumento do número de IACS. A média de idades do grupo de 2015 era de 74,7 anos e do grupo de 2016 era de 79,8. Referente à necessidade de técnicas invasivas, no grupo de 2015, 1 utente necessitou de PM provisório e no grupo de 2016, 4 utentes necessitaram de PM provisório ou

monitorização invasiva. No grupo de 2015 não se registaram óbitos, tendo sido registado 1 óbito no grupo de 2016.

Ano	2015	2016
IACS	2	5
Não IACS	12	14
Técnica Invasiva	1	4
Óbitos	0	1
Média Idade	74,7	79,8

Tabela 1 – Comparação entre Grupos relativamente a IACS, Técnica Invasiva, Óbitos e Média de Idade

2.8 – Análise dos Resultados

Apesar do aumento da percentagem de IACS, os profissionais de saúde mostraram uma mudança de paradigma do modo de agir, melhorando as suas práticas relativamente à Higienização das Mãos e utilização de Equipamentos de Proteção Individual.

Anos	2015	2016
Cumpriu 5 Momentos da Higienização das Mãos	22	28
Não Cumpriu 5 Momentos da Higienização das Mãos	8	2
Utilização Correta EPI	24	29
Utilização Incorreta EPI	6	1

Tabela 2 – Comparação entre grupos relativamente ao Cumprimento dos 5 Momentos da Higienização das Mãos e Utilização Correta de EPI

Poderão ser postuladas algumas teorias para justificar este aumento, muitas delas apontando a causa para os factores intrínsecos dos utentes como a idade, as comorbilidades e a necessidade de técnicas invasivas para manutenção da vida. Pina (2010), indica que a IACS mais frequente é a das vias respiratórias e que poderá estar associado a um predomínio de doentes com idade superior a 60 anos, sendo que 27% desses mesmos doentes tinham idade superior a 80 anos. O mesmo autor refere ainda que a exposição a procedimentos invasivos bem como a permanência de dispositivos invasivos, nomeadamente cateteres venosos centrais, foram identificados como

factores extrínsecos de risco para IACS, relacionando a necessidade destas técnicas invasivas com o envelhecimento da população.

De acordo com os dados obtidos, em 2015, 50% dos utentes que desenvolveram IACS necessitaram de técnica invasiva para manutenção da vida, neste caso o utente necessitou de colocação de PM provisório. Comparando com os dados de 2016, 4 dos 5 utentes que desenvolveram IACS necessitaram de técnica invasiva, nestes casos 3 necessitaram de PM provisório e 1 necessitou de monitorização invasiva, perfazendo uma taxa de 80%. De referir também que a média de idades é mais elevada no grupo de 2016, podendo ser também fator contribuinte para o aumento das IACS, de acordo com Pina (2010).

A realização do teste de Qui Quadrado para estabelecer significância estatística foi efectuado demonstrando que os resultados obtidos não são estatisticamente significativos. O resultado do teste de Qui Quadrado foi de 0,698 sendo o *p value* obtido de .403454 sendo um resultado estatisticamente não significativo para um *p value* < .05.

3 – Projeto de Aprendizagem Clínica

No âmbito do 4º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, o Projeto de Aprendizagem Clínica pressupõe a realização de 3 Estágios. Cada estágio integrante no Projeto de Aprendizagem Clínica é parte integrante de um percurso cujo objectivo visa a aquisição de competências gerais de Enfermeiro Especialista e específicas para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, bem como competências de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

“se hace camino al andar”

- António Machado

O caminho faz-se caminhando, como diz o poeta António Machado, e esse mesmo caminho que temos de percorrer para a aquisição de competências é composto por desafios e problemas que necessitam de resolução. É na resolução desses problemas e na transposição desses desafios que temos a estrutura para que as competências sejam adquiridas.

Em 2011 a OE define em Decreto-Lei que Enfermeiro Especialista é aquele que detém conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo por base a resposta humana aos processos de vida, bem como aos problemas de saúde, demonstrando um nível elevado de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos em competências. A OE define ainda que as competências especializadas advêm do aprofundamento das competências de enfermeiro de cuidados gerais. Independentemente da área de especialização todos os enfermeiros especialistas partilham competências comuns, aplicadas a todos os contextos de prestação de cuidados de saúde.

Deste modo torna-se pertinente realizar uma reflexão individual acerca da aquisição de competências comuns e específicas inerentes à Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

As competências comuns encontram-se organizadas em 4 domínios, a responsabilidade profissional, ética e legal, a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, a gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Existe um conjunto de competências necessárias para que um Enfermeiro se torne Especialista. Estas competências estão divididas em 2 grupos, o grupo das Competências Comuns que é transversal a todas as Especialidades em Enfermagem, e o grupo das Competências Específicas que possuem particularidades de cada área de especialização.

De acordo com OE (2010) para regulamentar as competências comuns do Enfermeiro Especialista “A definição das competências do enfermeiro especialista é coerente com os domínios considerados na definição das competências do enfermeiro de Cuidados Gerais, isto é, o conjunto de competências clínicas especializadas, decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais.”.

Da mesma forma as competências específicas encontram-se definidas pela OE em 2 documentos – Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, e Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa – que distinguem competências relativas à pessoa em situação crítica e pessoa em situação crónica e paliativa. Os enunciados definem os cuidados à pessoa em situação crítica como sendo “cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total. Estes cuidados de enfermagem 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” (Ordem dos Enfermeiros, 2011). De igual forma, os cuidados à pessoa em situação crónica e paliativa encontram-se definidas tomando “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.” (Ordem dos Enfermeiros, 2011), especificando que “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.” (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Seguidamente será realizada uma reflexão para cada competência, tanto comum como específica de modo a demonstrar de que modo estas foram adquiridas, referindo sempre as dificuldades/constrangimentos encontrados e a possível necessidade de aprofundamento para melhor domínio da competência adquirida. Será também realizada uma reflexão sobre a aquisição de competências de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica com a noção de que o percurso para a instrumentalização destas competências é ainda longo o que promove espaço para melhoria do domínio das mesmas.

3.1 – Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

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

Durante os estágios e toda a vida profissional, é um pilar essencial para a prestação de cuidados em equipa que sejam respeitados todos os princípios éticos salvaguardando os direitos do utente e do profissional para que sejam obtidos os resultados pretendidos. Para isso, o estudo e conhecimento do Código Deontológico e dos pressupostos éticos orientadores da profissão foram atividades desenvolvidas, tanto a nível de estágio como na prática profissional. De acordo com o Código Deontológico do Enfermeiro, nomeadamente o ponto 2 do artigo 79º, referente aos princípios éticos pelos quais se rege a profissão o profissional de Enfermagem baseia a sua prática respeitando o enunciado acima referido. É imperativo que esta seja a pedra basilar de todas as suas intervenções para que a sua prática clínica seja de excelência, elevando a qualidade do cuidar. Assim, é obrigação que sejam respeitadas as premissas éticas da Igualdade, da Liberdade, da Justiça, da Verdade, do Altruísmo e da Solidariedade no decorrer da prestação de cuidados.

- Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;

Tanto no enunciado supracitado como neste, os princípios éticos e deontológicos da profissão requerem um conhecimento aprofundado para que seja possível garantir o respeito pelos direitos humanos e se conheçam as responsabilidades e limitações inerentes à profissão de Enfermagem, de modo a agir em conformidade em caso de necessidade. Da mesma forma, tanto em estágio como durante a prática profissional, o aprofundamento dos conhecimentos e o agir em conformidade com os dispostos éticos e deontológicos foram uma constante. Articulando a competência em reflexão com o Código Deontológico do Enfermeiro, é possível inferir que tanto o artigo 79º como o artigo 81º se relacionam com o enunciado. No artigo 79º, como já referido, enumeram-se os princípios éticos pelos quais se rege a profissão de Enfermagem e no artigo 81º é referido o respeito pelos Direitos do Homem, assumindo o Enfermeiro, cuidar da pessoa independentemente das suas crenças, respeitando-as e protegendo a individualidade da pessoa. Da mesma forma, a Carta Internacional dos Direitos Humanos publicada a 9 de Março de 1978 em Diário da República (DR), assegura nos seus artigos 1º, 2º 3º que “Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos. Dotados de razão e de consciência, devem agir uns para com os outros em espírito de fraternidade”, “Todos os seres humanos podem invocar os direitos e as liberdades proclamados na presente Declaração, sem distinção alguma, nomeadamente de raça, de cor, de sexo, de língua, de religião, de opinião política ou outra, de origem nacional ou social, de fortuna, de nascimento ou de qualquer outra situação. Além disso, não será feita nenhuma distinção fundada no estatuto político, jurídico ou internacional do país ou do território da naturalidade da pessoa, seja esse país ou território independente, sob tutela, autónomo ou sujeito a alguma limitação de soberania” e “Todo o indivíduo tem direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal”, respectivamente, tocando o enunciado nos artigos acima citados do Código Deontológico do Enfermeiro.

Durante a elaboração e aplicação do PIS foram respeitados os direitos humanos descritos, com enfoque no benefício que o Projeto trouxe para o

utente, com a melhoria dos cuidados prestados.

- Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;

Como elemento de ligação para o Gabinete de Risco Clínico e Responsável pelo Risco Não Clínico do Serviço de Cardiologia, é papel do Enfermeiro dinamizar a restante equipa para a necessidade de cumprir procedimentos e realizar formação nas áreas consideradas obrigatórias pelo Serviço de Formação. Da mesma forma, como elemento de substituição na ausência dos responsáveis da Unidade de Cuidados Intensivos Cardiológicos e do Laboratório de Hemodinâmica, é função dinamizar a equipa e divulgar as Normas de Orientação Clínica (NOC) elaboradas e revistas, em articulação com o elemento de ligação para o Gabinete de Qualidade. Estas funções foram desempenhadas diariamente, tanto em estágio como durante a prática profissional.

Durante a realização dos Módulos de Estágio I, II e III foram desenvolvidas atividades inseridas no programa de formação em serviço relacionadas com Comissão de Controlo de Infecção, nomeadamente ações de formação para sensibilização dos profissionais de saúde sobre Higienização das Mãos e Equipamentos de Proteção Individual. Ambas as formações integram as atividades propostas na realização do PIS de modo a colmatar lacunas identificadas a nível de conhecimentos e procedimentos na área das IACS.

- Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade;

De forma semelhante ao enunciado anterior, enquanto profissional e em colaboração com o elemento de ligação do Gabinete de Qualidade, foram elaboradas e divulgadas NOC nas áreas da Cateterização com Catéter de Swan-Ganz, Prestação de Cuidados ao utente com Balão Intra-Aórtico e Elaboração de Guia de Anticoagulação Oral, num período anterior à frequência do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Foi realizada, enquanto profissional, uma Ação de Formação sobre Cuidados ao Doente com Patologia Cardíaca, aberta a todos os profissionais do Centro Hospitalar de Setúbal (CHS), tendo desempenhado papel de Formador no tema da Monitorização Invasiva, colaborando para um enriquecimento do

conhecimento da classe de Enfermagem do CHS.

Foram também desempenhadas atividades relacionadas com a implementação do Programa de Precauções Básicas a que o Serviço de Cardiologia aderiu, participando em auditorias internas para melhoria e cumprimento das linhas orientadores do Gabinete da Comissão de Controlo de Infeção. De modo a identificar problemas parcelares na realização do PIS foram realizadas observações de comportamentos relativamente aos 5 momentos da Higienização das mãos e utilização de equipamentos de proteção individual, das quais decorreu a necessidade de realizar ações de formação sobre as temáticas referidas. O intuito da aplicação destas grelhas de observação é melhorar as práticas através da identificação de comportamentos a melhorar. Com este levantamento de dados foi possível proceder à realização de ações de formação para colmatar as lacunas operacionais do cuidar identificadas, promovendo melhores cuidados de Enfermagem e conseqüentemente de melhor qualidade, promovendo ganhos em saúde como a diminuição de taxas de IACS, objetivo major do PIS.

- Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro:

Durante os estágios, a necessidade de atualização de conhecimentos e pesquisa constante levaram a uma mudança de comportamentos, tendo sido realizadas sugestões à coordenação da Unidade de Cuidados Intensivos Cardiológicos para realização de formação na área da Segurança do utente. Desta forma, houve uma notória melhoria na segurança, aproveitando o trabalho realizado por colegas em contexto de Estágio de Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica, nomeadamente a nível da Identificação do utente e da Prevenção de Quedas. Estas práticas vieram alterar as rotinas existentes na Unidade de Cuidados Intensivos Cardiológicos, com maior incidência na prevenção de quedas, contribuindo para um ambiente terapêutico mais seguro.

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

De acordo com Benner (2001), o nível de *expertise* do enfermeiro distribui-se em 5 níveis, desde o nível Iniciado até ao nível Perito passando pelos níveis Iniciado Avançado, Competente e Proficiente. Da mesma forma, segundo a

AACN (2007) e o seu Modelo de Sinergia, o nível de diferenciação das características do Enfermeiro também se divide em 5 níveis. A adequação dos cuidados na Unidade de Cuidados Intensivos Cardiológicos é realizada tendo como base o nível de diferenciação do Enfermeiro, sendo atribuídos os utentes com patologia mais complexa ao enfermeiro com mais experiência.

Enquanto elemento “sénior” da equipa de Enfermagem da Unidade de Cuidados Intensivos Cardiológicos, é função do enfermeiro gerir o turno em que se encontra, articulando os recursos existentes às necessidades encontradas. Esta articulação de recursos engloba os recursos humanos para acompanhamento em transferência de utentes em situação crítica tomando em consideração as características do utente e as competências do enfermeiro, a distribuição de atividades pelos enfermeiros em turno na Unidade de Cuidados Intensivos Cardiológicos para colaboração em procedimentos invasivos, levantamento das necessidades da Unidade de Cuidados Intensivos Cardiológicos em termos de material de apoio e medicação e consequente suprimento dessas necessidades em tempo útil e colaboração com a equipa multidisciplinar na elaboração do plano terapêutico para o utente e consequente adequação do mesmo às características do utente tendo em conta as limitações físicas e humanas da Unidade de Cuidados Intensivos Cardiológicos. A operacionalização desta competência foi realizada no papel de profissional de Enfermagem, desempenhando papel de Responsável de Turno com todas as atividades inerentes acima descritas.

- Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados;

Tendo em vista o principal objectivo de prestar cuidados de enfermagem com a maior qualidade possível, é crítico que exista uma adaptação dos recursos às situações existentes, seja em contexto de transporte de doente crítico seja em colaboração em técnicas invasivas. Esta articulação e gestão dos recursos existentes é prática diária na Unidade de Cuidados Intensivos Cardiológicos onde os recursos materiais são limitados. Cabe ao enfermeiro responsável de turno realizar a gestão dos recursos e decidir onde são aplicados, em tempo útil e em conformidade com o contexto apresentado. De acordo com a NOC “Regulamento da Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos”, é função do

Enfermeiro Responsável “coordenar a equipa de Enfermagem,...” pelo que se integra nas suas funções realizar a distribuição dos elementos em funções no turno pelos utentes internados bem como realizar a gestão dos recursos materiais e terapêutica necessários para a prestação de cuidados de qualidade, em concomitância com a prestação direta de cuidados de Enfermagem. Na ausência do Enfermeiro Coordenador da Unidade de Cuidados Intensivos Cardiológicos, algumas funções deste são atribuídas ao Enfermeiro Responsável. Destas destacam-se: “Orientar a equipa de Enfermagem na prestação de cuidados gerais e de maior complexidade”, “Orientar e supervisionar a equipa de Assistentes Operacionais da unidade”, “Verificar diariamente a existência de consumíveis clínicos e fármacos, efetuando os pedidos sempre que sejam necessários e supervisionar a sua reposição”, “Supervisionar estupefacientes e efetuar pedidos dos mesmos” e “Verificar o correto funcionamento de todos os equipamentos/materiais da unidade e efetuar pedidos de reparação dos mesmos, sempre que necessário”.

A aplicação do PIS veio trazer melhorias relativamente às práticas da Higienização das Mãos e da Utilização de Equipamento de Proteção Individual. Com a sistematização dos conteúdos revistos a equipa produziu um incremento da melhoria dos cuidados prestados, respeitando os momentos de higienização das mãos e o correto uso dos EPI consoante o contexto apresentado.

- Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade:

Num contexto de trabalho em que existem tanto utentes em situação crítica como utentes em situação crónica e paliativa, a articulação com a restante equipa e o envolvimento do utente e da família na definição do seu plano de saúde mostra-se imprescindível. É função do enfermeiro reconhecer os seus limites e saber justificar as suas ações de modo assertivo, colaborando ativamente para a obtenção de um estado de saúde ou de um plano de recuperação, dependendo das características do utente. Esta prática diária na prestação de cuidados na Unidade de Cuidados Intensivos Cardiológicos, tanto em contexto de estágio como de prática profissional, visam demonstrar o desenvolvimento da competência descrita.

De acordo com Prochaska e Proshaska (2005), o diagnóstico de uma doença

crónica leva ao reconhecimento de um problema latente, o primeiro estadio para a mudança de comportamento. Se a percepção da doença é alta e é encarada como um problema complexo, é espectável que a mudança ocorra relativamente a hábitos saudáveis (Rosenstock, 1966). Ajzen e Albarracín (2007) referem que os fatores subjetivos favoráveis à mudança comportamental são mais relevantes quando uma doença crónica é diagnosticada e indicam uma mudança de comportamentos para hábitos mais saudáveis. Todas estas noções teóricas sugerem que a mudança de comportamentos para hábitos saudáveis é provável após o diagnóstico de uma doença crónica.

O artigo 84^a do Código Deontológico do Enfermeiro, referente ao Dever de Informação, nomeadamente as alíneas “a) Informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem”, “c) Atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo em matéria de cuidados de enfermagem” e “d) Informar sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem como sobre a maneira de os obter”, demonstram que a informação fornecida pelo profissional de Enfermagem é considerada essencial para a pessoa elaborar o seu plano de saúde. Esta informação deve ser facultada de forma clara e concisa de modo a que o seu impacto seja positivo na mudança de comportamentos e adesão ao regime terapêutico proposto. O projeto de saúde do utente não é definido apenas pelo enfermeiro responsável e o seu utente mas por toda a equipa multidisciplinar que, de acordo com as suas funções, intervém com o intuito de atingir os objectivos propostos no plano de cuidados.

- Baseia a sua *praxis* clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

A constante necessidade de atualização de conhecimentos para prestar cuidados de qualidade e o mais atuais possível leva a que a *praxis* do enfermeiro se baseie nos conceitos mais atuais.

O artigo 88^o, alínea c), do Código Deontológico do Enfermeiro indica-nos a necessidade e o dever do enfermeiro em se manter atualizado relativamente ao estado da arte, de uma forma contínua, ao longo da sua vida profissional.

Em 2001, o Conselho de Enfermagem da OE emite um documento relativo aos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Neste documento, dividido em várias vertentes, destaca-se a última, referente à organização dos cuidados de Enfermagem. Referindo-se a esta última vertente, a OE define que o Enfermeiro “Na procura permanente da excelência no exercício profissional, (...) contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem.” (Ordem dos Enfermeiros, 2001). Tendo por base este indicativo dos padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem, especifica-se relativamente à competência em análise o sexto ponto, “a existência de uma política de formação contínua dos enfermeiros, promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade”, que nos remete para o dever de atualização dos conceitos científicos que justificam os cuidados prestados.

Durante a frequência do curso de Mestrado, foi realizada formação em Ventilação Não Invasiva (VNI) e realizada a acreditação de Suporte Avançado de Vida (SAV), concretizando o exposto no artigo do Código Deontológico do Enfermeiro acima referido. No decorrer dos estágios e com a necessidade de constante pesquisa sobre a temática das IACS para o desenvolvimento do Projeto de Intervenção em Serviço, esta competência foi adquirida sendo que, após a frequência do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, a ideia de que é uma necessidade contínua e que o estado da arte se encontra em constante evolução se encontra cada vez mais presente.

3.2 – Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

- Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica;

Enquanto estudante, através da prestação de cuidados diários na Unidade de Cuidados Intensivos Cardiológicos e no Laboratório de Hemodinâmica, foi dada resposta à competência enunciada. Os utentes que recorrem ao Centro Hospitalar de Setúbal em situação de doença com patologia cardíaca são, na sua maioria, pessoas em situação crítica com Enfarte Agudo do Miocárdio e potencialmente com falência multiorgânica. Estes utentes são encaminhados para o Laboratório de Hemodinâmica para realização de Cateterismo Cardíaco e eventual Angioplastia Coronária. Neste cenário, enquanto estudante do 4º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica prestei os primeiros cuidados à pessoa em situação de doença crítica e falência multiorgânica sendo que, após a realização do cateterismo cardíaco, o utente é encaminhado para a Unidade de Cuidados Intensivos Cardiológicos para o restante internamento. Na Unidade de Cuidados Intensivos Cardiológicos o estudante prestou também cuidados à pessoa em situação de doença com um acompanhamento e vigilância da evolução clínica do utente. Nesta etapa é também imperativo estabelecer uma relação terapêutica com a família mantendo-a atualizada face à situação do seu familiar, municiando a família com as competências necessárias para vivenciar e ultrapassar esta fase.

Alguns destes utentes têm necessidade de suporte circulatório com Balão Intra-Aórtico por Choque Cardiogénico, bem como suporte de aminas e alguns com necessidade de suporte ventilatório. Estes últimos são cuidados em colaboração com a EEMI. São estes os utentes que carecem de uma maior vigilância devido à precariedade do seu estado clínico, estado esse que pode mudar repentinamente sendo por isso imperativo estar atento a todos os sinais e sintomas da evolução do utente em processo de doença crítica.

Determinados utentes necessitam de cuidados mais diferenciados e são por isso transportados para Unidades de Cuidados Intensivos capazes de oferecer o nível de cuidado exigido, sendo o acompanhamento do doente crítico

realizado pelo enfermeiro responsável pelo utente, em articulação com a Unidade de destino.

A utilização de VNI é também prática na Unidade de Cuidados Intensivos Cardiológicos tendo o estudante frequentado o Curso de VNI para Enfermeiros durante a frequência do 4º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Sendo a Unidade de Cuidados Intensivos Cardiológicos um local onde os utentes apresentam patologias cardíacas, na sua maioria em fase aguda, com potenciais complicações de falência multiorgânica, o estudante tem presente os algoritmos de SAV, sendo que até à chegada da EEMI, são os enfermeiros responsáveis pela prestação de cuidados que assumem este papel, sendo a primeira linha no despiste de complicações e atuação em situação de Paragem Cardio-Respiratória (PCR).

A Unidade Curricular de Seminário de Peritos, inserida no plano de estudos do 4º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica auxiliou na reciclagem de conhecimentos acerca da temática do utente com patologia complexa e falência multiorgânica, o Doente Crítico.

- Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da concepção à ação;

Enquanto estudante, através da participação no simulacro SETLOG 2015, foram adquiridos os conhecimentos necessários para atuar em situação de catástrofe ou emergência. Estes conhecimentos englobam o planeamento da resposta à situação de catástrofe, a realização de uma triagem e encaminhamento das famílias afectadas bem como uma triagem e encaminhamento de vítimas em cenário de catástrofe.

Enquanto elemento de referencia do Grupo de Risco Não Clínico, é função deste avaliar situações de risco potencial e elaborar planos de atuação bem como divulgar planos de atuação da Instituição em situação de emergência e catástrofe.

Enquanto profissional, foram prestados cuidados em provas de automobilismo e motociclismo em eventos desportivos que requerem um plano de evacuação de vítimas e articulação com as várias entidades envolvidas na realização destes eventos motorizados pelo que o estudante tem o dever de conhecer os

circuitos estabelecidos para a evacuação das vítimas em situação de catástrofe e emergência, triando e estabelecendo prioridades nos cuidados, bem como acompanhando as vítimas na sua transferência para unidades de saúde mais diferenciadas.

De acordo com a Teoria de Aprendizagem postulada por Bandura em 1977, teoria da aprendizagem modulada, as aprendizagens mesmo quando reforçadas, pressupõem experiências prévias de observação. Vasconcelos (2003), sobre esta teoria, refere que incentivos ou a antecipação dos benefícios podem influenciar quais as condutas a observar. Desta teoria surge um outro modelo, o da Aprendizagem por Descoberta que enfatiza o papel do aluno numa aprendizagem ativa, “requerendo explorações e descobertas efetivas para o alcance de uma verdadeira compreensão”.

Batista e Silva (2010), referindo-se à Teoria de Aprendizagem de David Kolb, referem que “o processo de aprendizagem de adultos seria mais produtivo se o objeto de aprendizagem fosse vivenciado, experienciado, pois acredita que a aprendizagem é um processo holístico, ou seja, assim, o ser humano é visto como um todo, assim, a proposta educacional valoriza uma postura ativa, reflexiva e crítica do sujeito.

A instrumentalização desta competência encontra-se muito ligada à componente teórica, sendo que a participação em simulacros auxiliou na componente prática e articulação dos conhecimentos teóricos adquiridos. A participação em formação interna obrigatória no CH, nas temáticas de Evacuação de Doentes e Incêndios são um método de reciclagem e cimentação dos conhecimentos adquiridos durante as formações. Estas são realizadas anualmente e a presença dos profissionais é obrigatória, garantindo assim uma reciclagem de conhecimentos.

- 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;

O estudante, através da sua proposta de PIS, adquiriu os conhecimentos necessários para dar resposta à aquisição da competência suprarreferida. A problemática abordada no PIS leva à consolidação de conhecimentos sobre o controlo de infeção, à construção de um plano de ação para dar resposta à problemática levantada.

O estudante colaborou diretamente com o elemento de referência do Serviço para o Grupo de Risco Clínico, sendo também da sua competência trabalhar em colaboração com os elementos de referência para a Comissão de Controlo de Infeção do Serviço de Cardiologia, de modo a dar resposta às situações de Risco Clínico com potencial de aumentar o risco de IACS.

Presentemente o estudante é o elemento de ligação da Comissão de Controlo de Infeção para a Unidade de Cuidados Intensivos Cardiológicos, realizando trabalho e pesquisa nesta temática e trabalhando em colaboração com os restantes enfermeiros na diminuição da taxa de IACS, elaborando planos de ação, formações de Serviço e auditorias internas de modo a suprir as necessidades do serviço relativamente à temática das IACS, trabalhando com a restante equipa para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

- 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;

O estudante, através da prestação diária de cuidados na Unidade de Cuidados Intensivos Cardiológicos, tem contacto com pessoas com doença crónica como a Insuficiência Cardíaca (IC). Esta patologia gera uma deterioração da função cardíaca gradual pelo que as pessoas com esta patologia vão tendo internamentos sucessivos com aumento gradual da sua incapacidade. Na fase terminal desta doença, o estudante prestou cuidados de conforto tentando maximizar o bem-estar e a qualidade de vida da pessoa com doença crónica. Nesta fase é importante capacitar a família para vivenciar a situação do seu familiar e fazer o seu luto na devida altura, preparando a família para o inevitável desfecho, assegurando os melhores cuidados possíveis ao utente e

sua família, maximizando o conforto e qualidade de vida da pessoa em situação de doença terminal, em colaboração com os restantes elementos da equipa multidisciplinar.

O Modelo de Sinergia da AACN advoga que, de modo a obter o melhor *outcome*, o enfermeiro prestador de cuidados deve possuir as características que melhor se adaptam às características do utente. Refere ainda que o melhor resultado não é necessariamente a recuperação total da situação de doença pois a meta para o plano de saúde do utente está diretamente relacionado com a patologia existente. Deste modo, num utente em processo de doença crónica em estadio terminal, o melhor *outcome* poderá ser uma morte digna, sem sofrimento, com a melhor qualidade de vida possível. Enquanto prestador de cuidados, o estudante prestou cuidados de Enfermagem a utentes com patologia crónica, em fase terminal, tendo traçado juntamente com o utente o seu plano de saúde, promovendo um ambiente tranquilo e proporcionando ao utente e sua família as melhores condições possíveis para que a passagem por esta fase seja realizada da melhor forma possível, na tentativa que o processo de luto decorra de uma modo não saudável.

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

Na mesma linha de reflexão da competência acima descrita, o estudante teve contacto com pessoas em vivência de patologia crónica, a IC. A relação terapêutica, defendida por Peplau (1990) como sendo uma ferramenta própria do cuidar em Enfermagem, centrada nas relações interpessoais, entre o enfermeiro e a pessoa cuidada, potencializando o crescimento e desenvolvimento, dos intervenientes, num processo dinâmico.

Em 1969 Kubler-Ross determinou que existem 5 fases do processo de luto, Negação e Isolamento, Raiva, Negociação, Depressão e Aceitação. Macedo (2004), confirma que Kubler-Ross ressalva que os doentes não têm de seguir a ordem descrita das fases do processo de luto sendo que estas podem co-existir e que uma vez ultrapassada uma fase, o regresso a essa mesma fase pode ocorrer. Ainda a propósito da temática, Antunes (2002) reflete sobre a mesma

escrevendo que “A sua contribuição foi fundamental por obrigar a refletir sobre a morte com outra coragem e lucidez e demonstrar a importância da multidisciplinaridade no tratamento destas matérias.”

Enquanto Enfermeiro, o estudante teve a oportunidade de prestar cuidados em 2 Unidades de Cuidados Continuados onde se encontram utentes portadores de doença crónica, alguns em fase terminal. Nestas instituições o contato com a família é maior devido ao maior acompanhamento por parte destes da situação terminal do seu familiar como, por questões de dinâmica de serviço, lhes é possibilitado também um maior período de tempo junto dos mesmos. É nos momentos de prestação direta dos cuidados que também se aproveita para esclarecer dúvidas, desconstruir mitos e acalmar medos e receios tanto do utente como das suas famílias, proporcionando uma maior qualidade de vida, um ambiente mais sereno e é realizada uma preparação para o luto de modo a que este não seja efetuado de forma patológica.

3.3 – Competências de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica

No percurso realizado e trabalho desenvolvido ao longo do Mestrado faz sentido mencionar a aquisição de competências de mestre para além das competências anteriormente descritas. Conforme estabelecido no Decreto-Lei 74/2006 de 24 de Março, no Ensino Politécnico o Grau de Mestre deve corresponder à aquisição de uma Especialização Profissional, neste caso em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Para que seja conferido este grau implica que, para além das competências de Enfermeiro Especialista acima descritas se dominem as 6 competências inerentes ao grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

De acordo com o plano de estudos do 4º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da ESS – IPS, o seu objetivo é “Formar Mestres em Enfermagem que detenham um conhecimento aprofundado no domínio especializado da área em estudo, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstrem níveis elevados de julgamento clínico e de tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção.”, sendo que faz sentido refletir sobre o caminho percorrido até ao momento, relacionando-o com as competências enunciadas no mesmo plano

curricular que se passa a enumerar:

- 1 – Demonstre competências clínicas específicas na concepção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem;
- 2 – Realize desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências ao longo da vida e em complemento às adquiridas;
- 3 – Integre equipas de desenvolvimento multidisciplinar de forma proactiva;
- 4 – Aja no desenvolvimento da tomada de decisão e raciocínio conducentes à construção e aplicação de argumentos rigorosos;
- 5 – Inicie, contribua e/ou sustenta investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência;
- 6 – Realize análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e colaboradores, integrando formação, a investigação, as políticas de saúde e a administração em Saúde em geral e em Enfermagem em particular.

Os cuidados de Enfermagem estão sempre sujeitos à avaliação do utente, do próprio enfermeiros e dos seus pares devendo por isso o prestador de cuidados munir-se de conhecimentos científicos que suportem a sua prática de modo a justificar os seus cuidados. Desta forma, a constante atualização de conhecimentos referentes aos paradigmas científicos atuais, a constante avaliação e busca de melhores resultados para o utente fazem parte do quotidiano da *praxis* de Enfermagem.

No Código Deontológico do Enfermeiro, nomeadamente no Artigo 88º, referente à Excelência do Exercício, encontra-se descrito o dever do Enfermeiro em realizar auto-crítica dos cuidados prestados, adequar os padrões de qualidade às necessidades da pessoa e manter-se atualizado relativamente ao estado da arte do cuidar (Alíneas a), b) e c)).

A enfermagem tem 2 níveis de cuidados conforme descrito pela Ordem dos Enfermeiros (2001) no documento referente aos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, “distinguem-se dois tipos de intervenções de enfermagem: as iniciadas por outros técnicos da equipa (intervenções interdependentes) – por

exemplo, prescrições médicas – e as iniciadas pela prescrição do enfermeiro (intervenções autónomas)”, indicando que o enfermeiro não atua sozinho em prol do utente mas sim inserido numa equipa multidisciplinar onde contribui com as suas intervenções autónomas mas também em colaboração com a restante equipa multidisciplinar em intervenções interdependentes.

A evolução do papel do Enfermeiro tem vindo a ser desenvolvido com vários estudos científicos realizados por enfermeiros nas mais diversas áreas do cuidar, tendo todos em comum a valorização do papel do Enfermeiro no processo de doença e promoção de saúde do utente. A realização de um PIS reveste-se de importância acrescida não só pela sua vertente académica mas também pela valorização do papel do Enfermeiro na problemática abordada. Com a elaboração do PIS, espera-se contribuir para a formação e atualização de conhecimentos dos pares e da restante equipa multidisciplinar envolvida no projeto de saúde do utente.

Analisando as competências de Mestre enunciadas é possível notar que algumas destas competências tocam o campo de ação de outras competências do Enfermeiro Especialista. Neste capítulo será realizada uma reflexão sobre as primeiras, relacionando-as com o percurso efectuado bem como com as competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica adquiridas ao longo do 4º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

- *Demonstre competências clínicas específicas na concepção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem;*

Relacionando o percurso efectuado durante o 4º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica podemos facilmente compreender que esta competência foi adquirida. O trabalho desenvolvido no PIS, de gestão, planeamento e elaboração do mesmo, permitem operacionalizar esta competência bem como a prestação de cuidados a utentes em fase crítica da sua doença como a utentes com doença crónica e paliativa. Importa também focar o conceito de Supervisão Clínica, descrito em 1996 pelo *United Kingdom Central Council for Nurses* como “...forma de promover a reflexão através da prática, identificar soluções para os problemas, de melhorar a prática e aumentar a compreensão das ações profissionais.”. Durante a *praxis* de Enfermagem, a integração de novos elementos requer que este conceito seja colocado em prática

visando uma integração progressiva dando espaço a esclarecimentos de dúvidas por parte do novo elemento.

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

A atualização de conhecimentos mostra-se uma constante ao longo do percurso profissional do Enfermeiro, com as mudanças dos paradigmas instituídos em diversas áreas do saber.

Analisando o Código Deontológico do Enfermeiro, encontra-se patente no artigo 88º a obrigatoriedade de realizar auto-crítica aos cuidados prestados e a procura pela excelência do cuidar, atualizando conhecimentos para que os cuidados prestados se traduzam em indicadores de saúde, promovendo os saberes específicos e científicos da profissão de Enfermagem.

A realização do PIS e PAC durante a frequência do 4º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica sustentam a aquisição desta competência. A metodologia de trabalho de Projeto com o diagnóstico de situação, planeamento e execução, estimularam a necessidade de pesquisa para dar resposta ao problema encontrado.

O caminho percorrido desde o início da Licenciatura em Enfermagem em 2000 até ao término do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica demonstram também a necessidade de atualização de conhecimentos e procura pela excelência do cuidar, promovendo os conhecimentos científicos adquiridos com a finalidade de prestar cuidados de qualidade ao utente.

- *Integre equipas de desenvolvimento multidisciplinar de forma proactiva;*

A definição de proatividade é o fazer acontecer, agir antecipadamente. No contexto da prática de Enfermagem, ser proactivo é conseguir identificar problemas e agir sobre eles antes que estes se manifestem, isto é, despistar eventos adversos evitando-os, agindo de forma a que estes não tenham um efeito negativo no processo de doença do utente. O Enfermeiro cuida do utente, mas não o faz sozinho. Integra uma equipa multidisciplinar onde a área de atuação de cada profissional contribui para o sucesso do plano de cuidados estabelecido. Desta forma, o Enfermeiro colabora com os

restantes profissionais na tomada de decisão, aconselha consoante a sua experiências e elabora, em conjunto, um plano de ação que visa obter os melhores resultados possíveis para o utente. O artigo 91º do Código Deontológico do Enfermeiro explana o dever de trabalhar em complementaridade com as restantes profissões da área da saúde, respeitando os limites das suas funções e do seu saber.

A prática profissional diária em Unidade de Cuidados Intensivos Cardiológicos sustenta a aquisição desta competência, com a partilha de opiniões e colaboração com os diferentes profissionais, bem como o auxílio aos colegas em cargos de coordenação das diferentes áreas.

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

Para realizar a reflexão desta competência importa iniciar pelo conceito de “Agir”. O conceito de “Agir” não pode ser dissociado do conceito de “Responsabilidade”, pois, de acordo com Nunes (2006) “O AGIR é, simultaneamente, fundado pela autonomia (que se exerce ao agir) e pela responsabilidade - e se tomar decisões é assumir responsabilidade, também decorre de se ter responsabilidades.”

Realizando a ponte das definições conceptuais de “Agir” e de “Responsabilidade” com o Código Deontológico do Enfermeiro, é possível constatar que no 3º ponto do artigo 79º é realizada referencia à Responsabilidade Social inerente ao ser-se Enfermeiro, tendo em conta o bem comum. Assim, importa salientar que o Enfermeiro Especialista, de acordo com as competências comuns e específicas que lhe são inerentes, deve agir responsável e autonomamente no âmbito das suas competências e limites. Este “Agir” implica a mobilização de conhecimentos, conceitos e implicações ético-deontológicas da sua atuação na sua tomada de decisão. É com base nestes princípios que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica deve assentar a sua prática, almejando resultados que se traduzam em ganhos em Saúde para o seu utente, para a sua família e comunidade em que se insere.

A realização do PIS demonstra a operacionalização desta competência tendo sido desenvolvido trabalho com pesquisa criteriosa sobre a temática da IACS, com o objectivo de melhorar a qualidade dos cuidados prestados, traduzindo-se na

diminuição do impacto negativo que o problema identificado produzia no plano de saúde dos utentes.

- *Inicie, contribua para e/ou sustenta investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência;*

A Investigação em Enfermagem é, de acordo com a OE (2006) “um processo sistemático, científico e rigoroso que procura incrementar o conhecimento nesta disciplina, respondendo a questões ou resolvendo problemas para benefício dos utentes, famílias e comunidades.”. Da implementação deste conceito, é criado conhecimento que é aplicado no desenvolvimento da prática baseada em evidência, na melhoria da qualidade dos cuidados e na otimização dos resultados em saúde.

A prática baseada na evidência é assim, segundo a OE (2006), “a incorporação da melhor evidência científica existente (quantitativa e qualitativa), conjugada com a experiência, opinião de peritos e os valores e preferências dos utentes, no contexto dos recursos disponíveis.”.

A OE (2006) define 4 eixos prioritários de investigação:

- 1 - Adequação dos cuidados de Enfermagem gerais e especializados às necessidades do cidadão;
- 2 - Educação para a Saúde na aprendizagem de capacidades;
- 3 - Estratégias inovadoras de gestão / liderança;
- 4 - Formação em Enfermagem no desenvolvimento de competências.

A elaboração do PIS incide no primeiro eixo prioritário de investigação que a OE (2006) define como englobando todos os estudos que “promovam a clarificação e explicitação das necessidades das populações em cuidados de Enfermagem gerais e especializados e os benefícios resultantes de respostas concretas, assentes nos processos de concepção dos enfermeiros. Em particular, estudos que ajudem a definição de um conjunto de indicadores de resultado que deem visibilidade ao contributo desses cuidados na saúde das populações.”

A temática trabalhada na concretização do PIS exige que sejam adequados comportamentos para que, resultante da mudança dos mesmos justificada pelos mais recentes conceitos teóricos, a população sobre a qual são prestados cuidados beneficie dessa alteração de paradigma do agir e que, concomitantemente, seja dada visibilidade ao contributo desses cuidados na saúde da população.

- *Realize análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando formação, a investigação, as políticas de saúde e a administração em Saúde em geral e em Enfermagem em particular;*

A procura pela melhoria, o “querer ser” melhor, é parte integrante do “ser-se” humano. Também a procura constante da melhoria tem de ser parte integrante do “ser-se” enfermeiro, de modo a que o principal alvo dos cuidados, o utente, receba cuidados de excelência. Para que isso seja possível é necessário que os cuidados prestados sejam baseados na evidência científica produzida pela Investigação em Enfermagem. Os resultados obtidos pela investigação devem ser partilhados, de acordo com os princípios éticos enunciados no capítulo referente às considerações éticas envolvidas na realização do PIS.

A elaboração do PIS, utilizando a metodologia de trabalho de projeto, compreende as etapas de diagnóstico de problema, planeamento e intervenção. Um dos objetivos da realização do PIS é a contribuir para a melhoria dos cuidados prestados tendo feito parte deste processo a realização de sessões de formação para os profissionais do serviço, contribuindo para a sua formação e conseqüente melhoria dos cuidados prestados.

4 – Síntese Final

O crescimento pessoal enquanto profissional de saúde é um processo constante que vai sendo construído com esforço e dedicação, através da experiência acumulada ao longo da vida profissional bem como com a realização de cursos de formação complementares. O intuito desta formação contínua visa sempre a capacitação para a prestação de mais e melhores cuidados de Enfermagem. É nesta óptica que surge o envolvimento neste processo académico de crescimento pessoal e profissional.

Num período de incertezas políticas relativamente ao futuro da profissão de Enfermagem, a escolha pela frequência do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica reveste-se de justificações mais pessoais que profissionais. Embora a excelência dos cuidados seja um objectivo constante para qualquer Enfermeiro, nem sempre a obtenção de um grau académico tem impacto visível nessa procura. A motivação para ser mais e melhor tem de partir de uma necessidade íntima de se valorizar enquanto profissional de saúde. É com base nessa motivação que o Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica surge no meu percurso profissional.

A elaboração de um Projeto de Intervenção em Serviço foi a escolha para dar resposta a uma problemática que vem sendo debatida cada vez mais e com crescente visibilidade. Combater as Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde é, não só providenciar cuidados de elevada qualidade, como aumentar os ganhos em saúde com alterações de elevada importância ao nível da prevalência de infeções durante o internamento, reduzir tempos de internamento e conseqüentemente os gastos associados. Reveste-se, por isso, de elevada importância e pertinência trabalhar um tema que tem influência em diversos sectores na área da prestação de cuidados.

A elaboração deste relatório pretendeu demonstrar que, ao longo do período de estágio e prática profissional, foram sendo adquiridas competências exigidas ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

De acordo com Benner (2001), a aquisição de competências em enfermagem realiza-se em 5 níveis que se distribuem em Iniciado, Iniciado Avançado, Competente, Proficiente e Perito. O primeiro estadio indica que o enfermeiro não tem qualquer experiência das situações com as quais podem ser confrontados englobando-se neste nível os estudantes de enfermagem e enfermeiros recém-formados. No segundo estadio, existe já alguma experiência, considerada aceitável, por parte do enfermeiro relativamente às situações que podem encontrar na sua prática. O estadio 3 –

Competente – engloba os profissionais que se encontram no serviço há 2 ou 3 anos e têm consciência que serão capazes de resolver algumas das situações imprevistas comuns na prática de enfermagem. Os dois últimos estádios diferenciam entre si no que respeita à atuação perante a situação. No estádio de Proficiente o enfermeiro é capaz de percepcionar as situações na sua globalidade e não de forma fragmentada sendo que as suas ações se encontram ligadas por máximas, enquanto que no estádio de Perito, a enorme experiência que o enfermeiro possui faz com que compreenda de forma intuitiva cada situação e apreendam diretamente o problema atuando de seguida sem se perderem em diagnósticos e soluções sem consequência.

Refletindo sobre o caminho percorrido durante os Estágios I, II e III, existe ainda espaço para melhoria na instrumentalização das competências adquiridas, principalmente nas competências específicas relacionadas com o Cuidado ao utente Crítico e Paliativo. Embora todas as competências tenham sido adquiridas, é de reforçar que o caminho não pode terminar com a conclusão do percurso académico e que a constante necessidade de atualização e melhoria dos cuidados prestados leva a que as competências possam ser melhoradas e aprofundadas.

Durante o percurso de aquisição das competências de Enfermeiro Especialista notou-se uma evolução no pensamento crítico e estruturante dos cuidados prestados, questionando mais vezes a génese do cuidado e o intuito com que era prestado. Com a constante pesquisa e atualização de conhecimentos bem como com os conteúdos lecionados durante o período teórico, a minha visão do panorama da Saúde em Portugal enquanto enfermeiro foi amadurecendo, refletindo mais vezes sobre a consequência dos cuidados prestados não só no utente como em toda a estrutura prestadora de cuidados sendo que a prestação de melhores cuidados de enfermagem implicam um maior esforço e dedicação por parte do enfermeiro e um maior envolvimento da rede de apoio do utente mas, no final, o resultado será mais satisfatório para todos e duradouro.

Conforme apanágio da profissão de Enfermagem, a melhoria constante dos conhecimentos é imprescindível para que se possam prestar cuidados de qualidade ao utente. Desta forma será sempre impossível afirmar que foi atingido um nível de perfeição na prestação de cuidados pelo que, ainda assim, a excelência destes mesmos cuidados apenas terá a ganhar com esta linha de pensamento de atualização constante. O percurso académico termina aqui, por agora, consciente que foram árduas as batalhas que foram travadas para chegar a este ponto e que os obstáculos encontrados

durante esta jornada foram transpostos, muitas vezes lutando contra a falta de motivação por cansaço acumulado.

Fernando Pessoa escreveu “Pedras no caminho? Guardo todas, um dia vou construir um castelo...”, e da mesma forma todos os obstáculos ultrapassados levam à construção do meu castelo, a conclusão do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

5 – Bibliografia

AACN. The AACN Synergy Model for Patient Care. (s.d.) *In* <http://www.aacn.org/wd/certifications/content/synmodel.pcms?menu=certification>

(10/03/2015 12:59)

AJZEN I, ALBARRACÍN D. Predicting and changing behavior: A reasoned action approach. In: Ajzen I, Albarracín D, Hornik R, editors. Prediction and change of health behavior: Applying the reasoned action approach. Mahwah, NJ: Erlbaum; 2007. pp. 3–21

BENNER, P. (2001) , De Iniciado a Perito – Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem. Coimbra: Quarteto Editora

EDWARDS DF. The Synergy Model: Linking Patient Needs to Nurse Competencies. *Critical Care Nurse*, Vol 19, 1, Feb; 1999. *In* <http://www.aacn.org/wd/certifications/content/synpract2.pcms?menu=certification>

(11/03/2015 13:07)

HARDIN S, HUSSEY L. AACN Synergy Model of Patient Care: Case Study of a CHF Patient. *Critical Care Nurse*. Vol. 23, 1, 73-76. Feb; 2003 in <http://ccn.aacnjournals.org/content/23/1/73.full> (10/03/2015 12:59)

HARTIGAN RC. Establishing Criteria for 1:1 Staffing Ratios. *Critical Care Nurse*. Vol.20, 2, April; 2000. *In* <http://www.aacn.org/wd/certifications/content/synpract8.pcms?menu=practice>

(19/03/2015 11:16)

HERRINGTON CE. Theory Critique: AACN Synergy Model of Patient Care. University of Virginia. 2010 *In* <https://catherineherrington.files.wordpress.com/2010/12/theory-critique-aacn-synergy-model-r5-ceh.pdf> (10/03/2015 13:07)

KERFOOT KM, LAVANDERO R, COX M, TRIOLA N, PACINI C, HANSON MD. Conceptual models and the nursing organization: Implementing the AACN Synergy Model for patient care. *NurseLeader*. Vol.4, Issue 4, 20-26; 2006. In <http://dx.doi.org/10.1016/j.mnl.2006.05.009> (10/03/2015 12:59)

MARTINS, M., FRANCO, M., DUARTE, J. (2007). Um estudo caso sobre os custos das infecções no Centro Hospitalar Cova da Beira. *Revista Referência*, IIª Série, nº 4 p.79-90. Retrieved from: https://www.esenfc.pt/v02/pa/conteudos/downloadArtigo.php?id_ficheiro=18&codigo=

MONTEIRO, J. A. (1993). INFECÇÕES NOSOCOMIAIS: Alguns Aspectos. *Acta Médica Portuguesa*. nº6 p.135-140. Retrieved from: <http://www.rcaap.pt/detail.jsp?id=oai:ojs.www.actamedicaportuguesa.com:article/3071>

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Retrieved from: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Retrieved from: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2011). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Retrieved from: <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEEPessoaSituacaoCritica.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e

Paliativa.

Retrieved

form:

http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MCEEMC_RegulamentoCEES_ituacaoCronicaPaliativa.pdf

PEPLAU, H (1990) Relaciones en enfermeria. Barcelona. Salvat Editores

PINA, E., SILVA, M. G., SILVA, E. G. & UVA, A. S. (2010). Infecção relacionada com a prestação de cuidados de saúde: infecções da corrente sanguínea (septicemia). *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Vol.28, nº1 p.19-30. Retrieved from: http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S0870-90252010000100003&script=sci_arttext

PRADO, M. A. (2007). Staphylococcus aureus e Staphylococcus aureus meticilina resistentes (MRSA) em profissionais de saúde e as interfaces com as infecções nosocomiais. *Revista Electrónica de Enfermagem*. Vol.9, nº3 p.880. Retrieved from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a27.htm>

PROCHASKA JO, PROCHASKA JM. An update on maximum impact practices from a transtheoretical approach. In: Trafton JA, Gordon WP, editors. Best practices in the behavioral management of chronic disease. Vol. 1. Los Altos, CA: Institute for Disease Management; 2005. pp. 1–16

ROSENSTOCK IM. Why people use health services. *Milbank Memorial Fund Quarterly*. 1966;44:94–127.

RUIVO, M e Ferrito, C – Metodologia de Projecto: Colectânea descritiva de Etapas. [em linha] Percursos, no 15. 2010. [Consul. 2015/8/5, 20h00m]. Disponível em: http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf

SWICKARD S, SWICKARD W, REIMER A, LINDELL D, WINKELMAN C. Adaption of the AACN Synergy Model for Patient Care to Critical Care Transport. *Critical Care Nurse*. Vol.34, 1, 16-28. Feb; 2014 In <http://ccn.aacnjournals.org/content/34/1/16.full> (10/03/2015 13:02)

TURRINI, R. N. T. (2000). Percepção das enfermeiras sobre fatores de risco para a infecção hospitalar. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. Vol.34, nº2 p.174. Retrieved from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342000000200007

VASCONCELOS, Clara; PRAIA, João Félix and ALMEIDA, Leandro S.. Teorias de aprendizagem e o ensino/aprendizagem das ciências: da instrução à aprendizagem. *Psicol. Esc. Educ. (Impr.)* [online]. 2003, vol.7, n.1 [cited 2016-10-24], pp.11-19. Retrieved from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-85572003000100002&lng=en&nrm=iso

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2002). Prevention of hospital-acquired infections: A practical guide. 2nd edition. Geneva: Fondation Hygie; Lyon: Université Claude-Bernard; Winnipeg: University of Manitoba

Anexos

Anexo 1 – Grelha de Observação dos 5 Momentos de Higienização das Mãos



FORMULÁRIO DE OBSERVAÇÃO

ARS		Cidade		Código do Hospital	
Observador		Data (dd.mm.aaaa)		Período Nº.	
Hora de início/fim (hh:mm)		Sessão Nº.		Serviço/Departamento	
Duração da sessão (mm)		Formulár. Nº.		Enfermaria	
Cat. Profissional Código Número		Cat. Profissional Código Número		Cat. Profissional Código Número	
Cat. Profissional Código Número		Cat. Profissional Código Número		Cat. Profissional Código Número	
Op	Indicações	Ação	Op	Indicações	Ação
1	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	1	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado
2	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	2	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado
3	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	3	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado
4	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	4	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado
5	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	5	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado
6	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	6	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado
7	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	7	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado
8	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	8	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado

Anexo 2 – Grelha de Observação do Uso de Luvas

OBSERVAÇÃO DO USO DE LUVAS NOS CUIDADOS DE SAÚDE																											
SERVIÇO:														ÁREA:													
AUDITORES:																											
TOTAL OBSERVADOS:														ENF _____ AO _____ MED _____ Outro técnico _____													
DATA: / /																											
Critérios organizacionais														ACÇÃO:													
A - As luvas encontram-se junto ao local de utilização														S N NA S N NA S N NA S N NA S N NA S N NA S N NA S N NA S N NA													
B - Estão disponíveis luvas de vários tamanhos														S N NA S N NA S N NA S N NA S N NA S N NA S N NA S N NA S N NA													
CATEGORIA PROFISSIONAL:														ACÇÃO:													
COLOCAÇÃO														ACÇÃO:													
1- Havia real indicação para o uso de luvas, no momento da observação?														S N NA S N NA S N NA S N NA S N NA S N NA S N NA S N NA S N NA													
2- O profissional higienizou as mãos antes do uso de luvas?														S N NA S N NA S N NA S N NA S N NA S N NA S N NA S N NA S N NA													
3- O profissional calçou as luvas imediatamente antes de iniciar o procedimento ou o contacto														S N NA S N NA S N NA S N NA S N NA S N NA S N NA S N NA S N NA													
4- O profissional selecionou as luvas adequadas ao procedimento														S N NA S N NA S N NA S N NA S N NA S N NA S N NA S N NA S N NA													
5- O profissional selecionou/usou duplo par de luvas em situação de risco particularmente elevado														S N NA S N NA S N NA S N NA S N NA S N NA S N NA S N NA S N NA													
6- O profissional selecionou/usou luvas de punho alto e cobriu o antebraço, tapando o punho da bata (situação de exposição a fluidos)														S N NA S N NA S N NA S N NA S N NA S N NA S N NA S N NA S N NA													
7- O profissional colocou adequadamente as luvas														S N NA S N NA S N NA S N NA S N NA S N NA S N NA S N NA S N NA													
CATEGORIA PROFISSIONAL:														ACÇÃO:													
UTILIZAÇÃO														ACÇÃO:													
8- O profissional utilizou luvas limpas na exposição direta?														S N NA S N NA S N NA S N NA S N NA S N NA S N NA S N NA S N NA													
9- Utilizou luvas limpas na exposição indireta?														S N NA S N NA S N NA S N NA S N NA S N NA S N NA S N NA S N NA													
10- O profissional utilizou luvas esterilizadas em procedimento invasivo														S N NA S N NA S N NA S N NA S N NA S N NA S N NA S N NA S N NA													
11- O profissional trocou de luvas entre procedimentos no mesmo doente														S N NA S N NA S N NA S N NA S N NA S N NA S N NA S N NA S N NA													
12- O profissional não contaminou o ambiente à volta do doente, com as luvas usadas														S N NA S N NA S N NA S N NA S N NA S N NA S N NA S N NA S N NA													
13- O profissional mudou de luvas entre doentes, no mesmo quarto, ou entre o mesmo procedimento a vários doentes na mesma área (ex: despejar saco coletor de urina)														S N NA S N NA S N NA S N NA S N NA S N NA S N NA S N NA S N NA													

CATEGORIA PROFISSIONAL:														ACÇÃO:													
REMOÇÃO														ACÇÃO:													
14- O profissional retirou as luvas IMEDIATAMENTE após o contacto ou o procedimento com o doente ou com o seu ambiente envolvente?														S N NA S N NA S N NA S N NA S N NA S N NA S N NA S N NA S N NA													
15- Se usou outros EPI em simultâneo com as luvas, teve o cuidado de remover os mesmos pela ordem indicada														S N NA S N NA S N NA S N NA S N NA S N NA S N NA S N NA S N NA													
16- O profissional removeu os EPI adequadamente (pela seguinte ordem: luvas, bata, higiene de mãos, proteção ocular, respirador/máscara, higiene de mãos) - pode haver oportunidades adicionais de higienizar as mãos														S N NA S N NA S N NA S N NA S N NA S N NA S N NA S N NA S N NA													
17- O profissional agarrou o bordo externo perto do pulso da 1.ª e retirou-a, enrolando a luva de dentro para fora														S N NA S N NA S N NA S N NA S N NA S N NA S N NA S N NA S N NA													
18- Ao retirar a 2.ª luva, o profissional enrolou esta na 1.ª, retirando ambas as luvas (como uma unidade)														S N NA S N NA S N NA S N NA S N NA S N NA S N NA S N NA S N NA													
19- O profissional descartou adequadamente as luvas, de acordo com a norma interna														S N NA S N NA S N NA S N NA S N NA S N NA S N NA S N NA S N NA													
20- O profissional higienizou as mãos após uso de luvas?														S N NA S N NA S N NA S N NA S N NA S N NA S N NA S N NA S N NA													
Observações:																											

Anexo 3 – Grelha de Observação das Precauções Básicas

CRITÉRIOS 1 A 4		SIM	NÃO	N / A	OBSERVAÇÕES
1 - COLOCAÇÃO DOS DOENTES					
1	É feita avaliação de risco de transmissão de agentes infecciosos na admissão do doente				
2	Os doentes de maior risco de transmissão são isolados em local que minimize esse risco				
2 - HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS					
3	Existe SABA* à disposição de todos os profissionais e próximo dos doentes				
4	Está em curso no serviço algum tipo de sensibilização sobre a higiene das mãos (p.ex.: cartazes, campanhas, ações de formação)				
3 - ETIQUETA RESPIRATÓRIA					
5	Existem cartazes afixados, chamando a atenção para as medidas preconizadas na etiqueta respiratória				
6	Os doentes/utentes e visitantes têm acesso fácil a lavatório ou à SABA				
7	Os profissionais conhecem os componentes da etiqueta respiratória*				
8	Os profissionais sabem como devem proceder em relação aos doentes/utentes nos períodos de maior prevalência de infeções respiratórias*				
4 - UTILIZAÇÃO DE EPI					
9	Os EPI estão disponíveis junto ao local de utilização				
10	Os EPI encontram-se num local limpo e seco				
11	Se existem artigos reutilizáveis, está estabelecido um programa de descontaminação				
12	Estão disponíveis luvas de vários tamanhos				
13	Estão disponíveis luvas de material alternativo ao látex				
14	Os profissionais estão informados de que é obrigatório o uso de luvas em contacto com fluidos orgânicos, mucosas e pele não íntegra*				
15	Está implementado o uso de aventais de uso único no contacto direto com os doentes				
16	Está implementado o uso de bata de manga comprida nas situações de maior risco de exposição a fluidos orgânicos				
17	As visitas não usam equipamento de proteção, exceto máscara, quando indicado				
18	Existem disponíveis máscaras adequadas ao tipo de exposição				
19	Existem disponíveis óculos ou outro equipamento de proteção ocular				
20	Os profissionais que prestam cuidados aos doentes/utentes, não usam sapatos abertos				
* inquirir pelo menos, 4 elementos de grupos profissionais diferentes		Avaliação dos critérios 1 a 4			
		Total de respostas SIM ___ X 1 00 = (IQ) de ___%			
		Total de respostas aplicáveis			

CRITÉRIOS 5 A 10		SIM	NÃO	N / A	OBSERVAÇÕES
5 - TRATAMENTO DO EQUIPAMENTO CLÍNICO					
1	O material/equipamento de uso único não é reutilizado (<i>se verificar a condição anterior escolha a opção sim</i>)				
2	As recomendações dos fabricantes quanto ao método de descontaminação dos equipamentos estão disponíveis				
3	Existem protocolos específicos para a descontaminação dos materiais/equipamentos				
4	A responsabilidade pelo cumprimento dos protocolos para a descontaminação dos materiais/equipamentos está atribuída				
6 - CONTROLO AMBIENTAL					
4	O ambiente de trabalho está livre de objetos e equipamentos desnecessários				
5	Os profissionais têm conhecimento dos protocolos de limpeza e da sua responsabilidade específica				
6	O ambiente de trabalho encontra-se visivelmente limpo				
7	Existem protocolos para a remoção de derrames de matéria orgânica				
7- MANUSEAMENTO SEGURO DA ROUPA					
8	A roupa limpa está acondicionada em local apropriado e protegida				
9	A roupa usada é colocada num contentor apropriado junto ao local de utilização				
10	Os sacos de roupa usada são colocados num local apropriado e fechado até à sua remoção				
8 - RECOLHA SEGURA DE RESÍDUOS					
11	Os contentores reutilizáveis são higienizáveis e com mecanismo de abertura sem o uso das mãos				
12	Os contentores não se encontram demasiado cheios				
9- PRÁTICAS SEGURAS NA PREPARAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DE INJETÁVEIS					
13	A mesma seringa nunca é usada em mais do que um doente				
14	São usadas embalagens de dose única para medicamentos injetáveis, a não ser em casos excepcionais, bem documentados				
15	Qualquer agulha ou seringa usadas para aceder a embalagens de doses múltiplas, devem ser usadas apenas uma só vez (uso único) e têm que estar estéreis (incluindo em procedimentos radiológicos)				
10- EXPOSIÇÃO DE RISCO NO LOCAL DE TRABALHO					
16	Todos os profissionais conhecem os procedimentos a seguir, aquando da exposição significativa a fluidos orgânicos e/ou a acidentes por picada ou corte, ou por projeção para as mucosas oculares				
Avaliação do Critérios 5 a 10					
Total de respostas aplicáveis					
Total de respostas SIM ___ X 1 00 = (IQ) de ___%					

Fórmulas de cálculo dos índices de qualidade numa auditoria

- **Cálculo do Índice de Qualidade por cada padrão e global:**
 - Cada padrão (Standard) é composto por um conjunto de critérios;
 - Cada critério corresponde a uma questão acerca do mesmo assunto;
 - Cada critério tem três hipóteses de resposta:
 - Sim
 - Não
 - Não se Aplica (NA)
 - A resposta "SIM" tem uma avaliação (*score*) de 1 ponto;
 - A resposta "NÃO" tem uma avaliação (*score*) de 0 pontos;
 - Para obter o número de respostas aplicáveis, subtrai-se o número de respostas não aplicáveis, pelo número de critérios avaliados;
 - Divide-se o número de respostas "SIM" pelo total de respostas aplicáveis, e multiplica-se por 100, para obter o valor percentual, correspondente ao índice de qualidade obtido em cada Padrão.

- **Fórmula para o cálculo do Índice de Qualidade (IQ) de cada critério, no serviço:**

$$\frac{\text{Total de respostas "SIM"}}{\text{Total de respostas aplicáveis}} \times 100 = (\text{IQ}) \text{ do critério}$$

- **Fórmula para o cálculo do Índice de Qualidade (IQ) de cada padrão, no serviço:**

$$\frac{\text{Soma das \% obtidas em cada padrão, no serviço}}{\text{Total de padrões}} \times 100 = (\text{IQ}) \text{ do padrão}$$

- **Fórmula para o cálculo do Índice Global de Qualidade, no serviço:**

$$\frac{\text{Soma dos IGQ obtidos em todos os padrões, no serviço}}{\text{Total de padrões}} = (\text{IGQ no Serviço})$$

- **Fórmula para o cálculo do Índice de Qualidade Global de cada padrão, por hospital:**

$$\frac{\text{Soma dos IGQ obtidos por padrão, em todos os serviços}}{\text{Total de serviços}} = (\text{IGQ por padrão, no Hospital})$$

- **Fórmula para o cálculo do Índice de Qualidade Global da auditoria, por hospital:**

$$\frac{\text{Soma dos IGQ obtidos em todos os serviços}}{\text{Total de serviços}} = (\text{IGQ do Hospital})$$

Auditoria Interna ao Cumprimento das Precauções Básicas de Controlo de Infeção (estruturas)

Data: __/__/____ Serviço: _____ Observador: _____

PADRAO 1		SIM	NAO	N / A	OBSERVAÇÕES
CONHECIMENTO DAS PBCI					
1	A Norma das PBCI está disponível no Manual de Boas Práticas da Unidade de Saúde				
1.2	Os profissionais conhecem a Norma das PBCI				
2	Existe evidência nos registos de formação em serviço, de que todo os profissionais receberam formação sobre as PBCI				
2.1	Médicos				
2.2	Enfermeiros				
2.3	Outros Técnicos (ex: Radiologia, Laboratório, Medicina Física e Reabilitação)				
2.4	Assistentes Operacionais				
2.5	Funcionários de limpeza				
2.6	Outros profissionais e/ou voluntários				
3	A prevenção e controlo de infeção estão incluídos nos objetivos individuais dos profissionais do serviço e na avaliação de desempenho.				
4	Existem afixados cartazes sobre a técnica da higienização das mãos em locais estratégicos				
5	Existem afixados protocolos de descontaminação dos materiais/equipamentos nos locais apropriados				
6	Existem afixados protocolos de higienização ambiental nos locais apropriados				
Avaliação do Padrão 1					
Total de respostas SIM ____ X 1 00 = (IQ) de ____%					
Total de respostas aplicáveis					

Auditoria Interna ao Cumprimento das Precauções Básicas de Controlo de Infeção (estruturas)

Data: __/__/____ Serviço: _____ Observador: _____

PADRÃO 2		SIM	NÃO	N / A	OBSERVAÇÕES
RECURSOS					
1	Estão disponíveis no Serviço os recursos necessários para implementar e monitorizar o cumprimento das PBCI				
1.1	Os EPI disponíveis nos locais de prestação de cuidados são adequados aos procedimentos				
1.2	Os EPI disponíveis nos locais de prestação de cuidados são suficientes (não há rotura de fornecimento)				
2	O material/equipamento para a higienização das mãos é adequado (inclui o hidratante para mãos)				
2.1	O material/equipamento para a higienização das mãos está em boas condições de higiene e manutenção				
3	Os antissépticos, detergentes e desinfetantes usados, são os recomendados pelas Comissões de prevenção e Controlo da Infeção e das Resistências aos Antimicrobianos (CCIRA)/Gestão de Risco e Farmácia				
4	Os contentores de recolha de roupa usada são adequados e em número suficiente				
4.1	Existe local de armazenamento para roupa usada, inacessível a crianças e animais, fechado e ao abrigo do calor				
4.2	Existe local adequado para o armazenamento da roupa limpa				
5	Os contentores de recolha de resíduos são adequados e em número suficiente				
5.1	Existe local de armazenamento para resíduos hospitalares, inacessível ao público e devidamente sinalizado				
5.2	O local de armazenamento de resíduos tem condições de acesso adequadas				
5.3	O local de armazenamento de resíduos é de fácil limpeza/higienização				
6	Existe um local de armazenamento para o equipamento/material, de modo a não permanecer exposto desnecessariamente nos locais de prestação de cuidados				
6.1	O material/equipamento de uso único não é reutilizado				
Avaliação do Padrão 1					
Total de respostas SIM ____ X 1 00 = (IQ) de ____%					
Total de respostas aplicáveis					

FÓRMULAS DE CÁLCULO DOS ÍNDICES DE QUALIDADE DA AUDITORIA, POR PADRÃO E GLOBAL:

CÁLCULO DO ÍNDICE DE QUALIDADE POR CADA CRITÉRIO:

- Cada critério é composto por um conjunto de questões;
- Cada questão tem três hipóteses de resposta:
 - ✓ Sim
 - ✓ Não
 - ✓ Não se Aplica (NA)
- A resposta Sim tem uma avaliação (score) de 1 ponto;
- A resposta Não tem uma avaliação (score) de 0 pontos;
- Para obter o número de respostas aplicáveis, subtrai-se o número de respostas não aplicáveis do número de questões avaliadas;
- Divide-se o número de respostas SIM pelo total de respostas aplicáveis e multiplica-se por 100 para obter o valor percentual que corresponde ao índice de qualidade obtido em cada critério.

FÓRMULA PARA O CÁLCULO DO ÍNDICE DE QUALIDADE (IQ) DE CADA CRITÉRIO, NO SERVIÇO:

$\frac{\text{Total de respostas SIM}}{\text{Total de respostas aplicáveis}} \times 100 = (\text{IQ}) \text{ do critério, no serviço } ___\%$

FÓRMULA PARA O CÁLCULO DO ÍNDICE DE QUALIDADE (IQ) DE CADA PADRÃO, NO SERVIÇO:

$\frac{\text{Soma das \% obtidas em cada padrão, no serviço}}{\text{Total de padrões}} \times 100 = (\text{IQ}) \text{ do padrão, no serviço } ___\%$

FÓRMULA PARA O CÁLCULO DO ÍNDICE GLOBAL DE QUALIDADE, NO SERVIÇO:

$\frac{\text{Soma dos IGQ obtidos em todos os padrões, no serviço}}{\text{Total de padrões}} = (\text{IGQ no Serviço}) ___\%$

FÓRMULA PARA O CÁLCULO DO ÍNDICE DE QUALIDADE GLOBAL DE CADA PADRÃO, POR HOSPITAL:

$\frac{\text{Soma dos IGQ obtidos por padrão, em todos os serviços}}{\text{Total de serviços}} = (\text{IGQ por padrão, no Hospital}) ___\%$

FÓRMULA PARA O CÁLCULO DO ÍNDICE DE QUALIDADE GLOBAL DA AUDITORIA, POR HOSPITAL:

$\frac{\text{Soma dos IGQ obtidos em todos os serviços}}{\text{Total de serviços}} = (\text{IGQ do Hospital}) ___\%$

Adaptado de: National Association of Theatre Nurses: "*Principles of Safe Practice in the Operating Theatre, Audit guide Scoring System*, janeiro de 1988.

Identificação do risco associado à realização de procedimentos com risco acrescido de exposição a agentes transmissíveis pelo sangue e fluidos orgânicos

Âmbito	Fator de Risco	Fator de risco presente?	
		Sim	Não
1. Colocação dos Doentes	Na admissão do doente não é realizada a avaliação de risco de transmissão de agentes infecciosos		
	Inexistência ou escassez de quartos de isolamento*		
	Défice de conhecimento dos profissionais em relação às doenças transmissíveis e procedimentos de prevenção		
2. Higiene das Mãos	Inexistência de estruturas adequadas para a higienização das mãos		
	Os profissionais não apresentam unhas curtas e limpas, sem extensões ou outros artefactos e sem verniz		
	Os profissionais utilizam adornos durante a prestação de cuidados		
	Os profissionais prestam cuidados sem proteger os cortes e abrasões caso existam		
	Os profissionais utilizam fardas com mangas compridas		
	Défice de conhecimento dos profissionais relativo aos procedimentos adequados para higienização das mãos		
	Baixa adesão dos profissionais no cumprimento dos cinco momentos		
	Baixa adesão dos profissionais no cumprimento da técnica correta para a higienização das mãos		
3. Etiqueta Respiratória	Défice de conhecimento dos profissionais relativo aos procedimentos das medidas de etiqueta respiratória		
	Baixa adesão dos profissionais no cumprimento das medidas de etiqueta respiratória		
	Não é realizado ensino ao doente ou visitas sobre as medidas de etiqueta respiratória		
	Não é disponibilizado toalhete de uso único ao doente para conter as secreções respiratórias		
4. Utilização de equipamentos de proteção individual (EPI)	Défice de conhecimento dos profissionais relativo aos procedimentos adequados para a utilização de EPI		
	Baixa adesão dos profissionais no cumprimento relativo aos procedimentos adequados para a utilização de EPI		
	Falhas na disponibilização dos EPI adequados		
	Falhas na disponibilização dos EPI nos locais estratégicos		

*De acordo com as orientações técnicas da ACSS para o Edifício Hospitalar

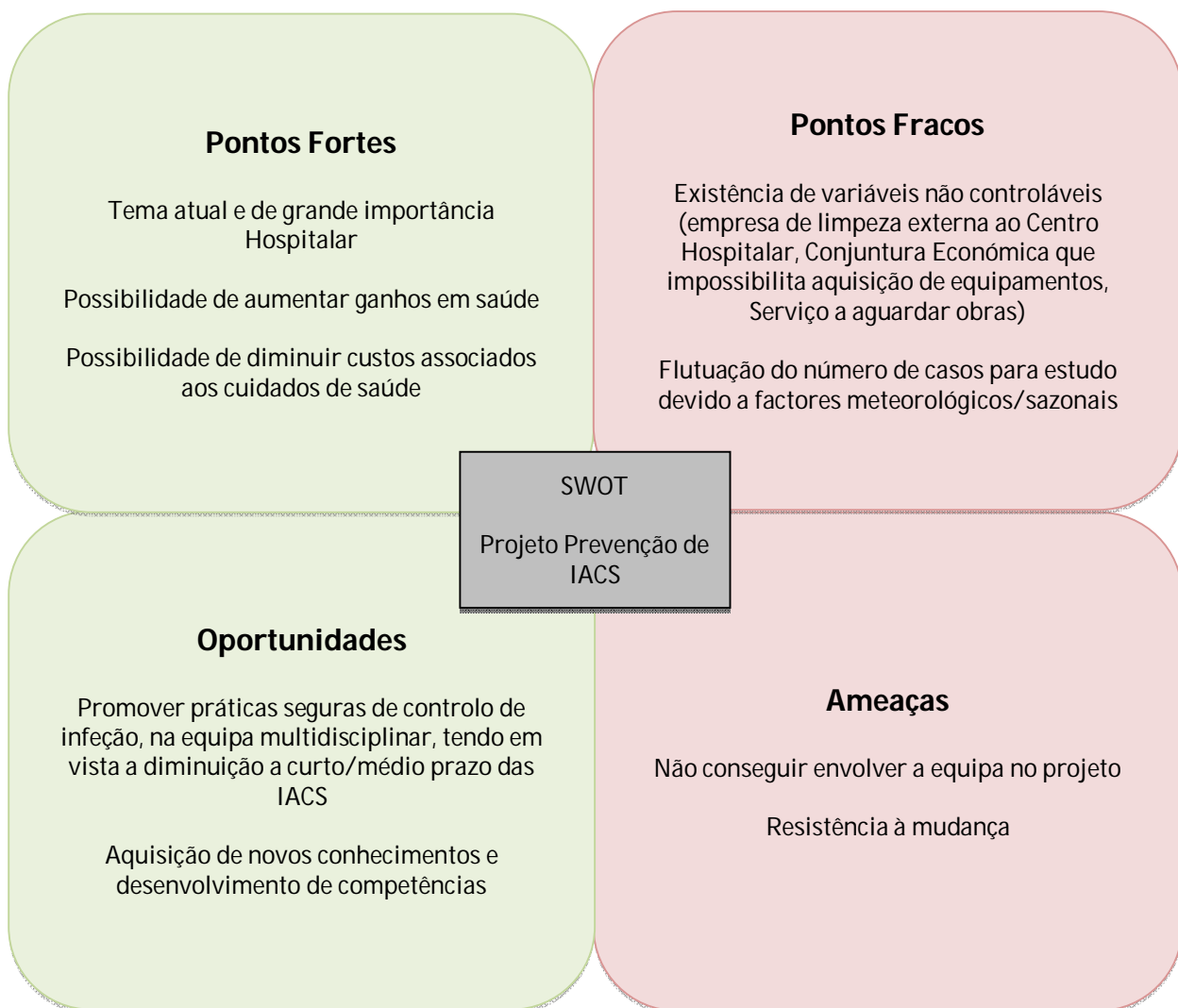
(continuação)

Âmbito	Fator de Risco	Fator de risco presente?	
		Sim	Não
5. Descontaminação do Equipamento Clínico	Défice de conhecimento dos profissionais relativo às recomendações do fabricante sobre o processo de descontaminação do equipamento		
	Inexistência de um plano de descontaminação do equipamento		
	Inexistência das recomendações do fabricante sobre o processo de descontaminação do equipamento		
	Existência de fonte de contaminação a partir da reutilização de dispositivos médicos de uso múltiplo (DMUM)		
	Reprocessamento de DMUU		
	Falhas nos procedimentos de higienização, desinfecção, transporte e armazenamento dos equipamentos		
	Não descontaminação de equipamento entre doentes		
6. Controlo Ambiental	Défice de conhecimento dos profissionais relativo aos procedimentos de higienização do ambiente		
	Baixa adesão dos profissionais no cumprimento relativo aos procedimentos de higienização do ambiente		
	Défice de conhecimento dos profissionais relativo a procedimentos em caso de derramamento de sangue e fluidos orgânicos		
7. Manuseamento Seguro da Roupa	Défice de conhecimento dos profissionais relativo a procedimentos de manuseamento seguro da roupa		
	Baixa adesão dos profissionais ao cumprimento dos procedimentos de manuseamento seguro da roupa		

	Inexistência de local apropriado ou deficientes condições para o armazenamento da roupa limpa		
	Inexistência de local apropriado ou deficientes condições para o armazenamento da roupa suja		
8. Recolha segura de resíduos	Défice de conhecimento dos profissionais relativo a procedimentos de recolha segura de resíduos		
	Baixa adesão dos profissionais no cumprimento relativo aos procedimentos de recolha segura de resíduos		
	Os profissionais não depositam os objetos cortoperfurantes, imediatamente após o uso, em contentor adequado		
	Os profissionais enchem os contentores de resíduos para além da sua capacidade		
	Os contentores não têm um sistema de fecho intermédio		
	Os contentores de cortoperfurantes não estão etiquetados com registo da data de abertura		
9. Práticas seguras na preparação e administração de injetáveis	Défice de conhecimento dos profissionais relativo às Práticas seguras, na preparação e administração de injetáveis		
	Baixa adesão dos profissionais no cumprimento dos procedimentos de Práticas seguras, na preparação e administração de injetáveis		
	São utilizados medicamentos injetáveis de uso múltiplo		
	São utilizados medicamentos a múltiplos doentes, com a mesma seringa		
	Na administração de medicamentos de dose múltipla, os profissionais não aplicam as boas práticas de manutenção da esterilidade de todo o sistema de administração (inclui agulha/cânula, seringa, sistemas e prolongamentos)		
10. Exposição a agentes microbianos no local de trabalho	Défice de conhecimento dos profissionais relativo a procedimentos a seguir, aquando da exposição significativa a agentes microbianos no local de trabalho		

Apêndices

Apêndice 1 – Análise SWOT



Apêndice 2 – Diagnóstico de Situação

Definição do Problema

Estudante: Duarte Maymone
Instituição: Centro Hospitalar
Serviço: Cardiologia - Unidade de Cuidados Intensivos Cardiológicos
Título do Projecto: “Infeção Associada aos Cuidados de Saúde no Utente admitido na Unidade de Cuidados Intensivos Cardiológicos a aguardar implante de Pace-Maker Definitivo/Cardiodifibrilhador Implantável”
Explicitação sumária da área de intervenção e das razões da escolha (250 palavras): A Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) é um dos maiores problemas de Saúde Pública dos Hospitais em todo o mundo, pelo impacto que as infeções têm sobre os doentes, família, profissionais e comunidade. De acordo com um estudo de prevalência realizado pela Organização Mundial de Saúde em 1986, a cada dia cerca de 1 milhão de pessoas contrai uma infeção associada aos cuidados de saúde, mostrando-se a temática atual e de importância major. As morbidades, a mortalidade e os gastos associados às IACS são preocupações inerentes à prestação de cuidados sendo que a diminuição dos tempos de internamento e das morbidades e mortalidade apresentam-se como ganhos em saúde. Os mais recentes Relatórios Primavera demonstram preocupação na atuação desta área definindo metas relacionadas com as IACS. Sendo uma realidade com que os profissionais de saúde lidam diariamente, é importante que a sua atuação cumpra regras de modo a diminuir o risco de infeção cruzada. A Organização Mundial de Saúde, através da <i>World Alliance for Patient Safety</i> , estabeleceu como desafio para 2005/2006, a redução do problema das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde, tendo como mensagem principal <i>Clean Care is Safe Care</i> . A necessidade de diminuir os números de infeções associadas aos cuidados de saúde e de prestar cuidados de enfermagem de excelência fazem com que a escolha do tema recaia sobre esta área de intervenção.
Diagnóstico de situação
Definição geral do problema Existência de um número elevado de Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde em utentes internados na Unidade de Cuidados Intensivos Cardiológicos a aguardar implante de Pace-Maker Definitivo
Análise do problema (contextualização, análise com recurso a indicadores, descrição das ferramentas diagnósticas que vai usar, ou resultados se já as usou – 500 palavras) Para a contextualização teórica do tema foi realizada pesquisa em artigos científicos e base de dados referente aos últimos 6 meses de atividade da Unidade de Cuidados Intensivos Cardiológicos, bem como pesquisa em documentos emitidos pela Direção Geral de Saúde. As Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) continuam a ser um tema de elevada importância como é possível verificar através dos múltiplos artigos científicos disponíveis e

<p>nos mais recentes Relatórios Primavera. Como problema de saúde pública tem impacto a nível dos doentes, família, comunidade e profissionais de saúde devido às complicações resultantes das infeções, aumento do tempo de internamento e consequente aumento dos custos associados aos cuidados de saúde que, em tempo de crise económica, é também factor importante.</p> <p>Com base na consulta da base de dados existente na Unidade foi possível verificar que existe uma elevada percentagem de IACS em doentes que aguardam implante de Pace-Maker (PM) Definitivo/Cardiodisfibrilhador Implantável, rondando os 21%. Dos 33 utentes que foram internados na Unidade de Cuidados Intensivos Cardiológicos com patologia arritmica necessitando de implante de PM definitivo ou CDI, 7 prolongaram o período de internamento devido a Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde, perfazendo 21% do número total de utentes internados por esse motivo. Destes 7 utentes, 6 colocaram PM definitivo ou CDI e 1 faleceu no decurso de complicações associadas a IACS. De uma forma empírica e recorrendo à observação diária é nos possível intuir que algumas IACS seriam evitáveis e que muitas vezes decorrem de falhas inerentes a práticas menos seguras, associadas a situações de urgência, excesso de trabalho, hábitos adquiridos durante anos e desatualização de conhecimentos. Trabalhar a temática do controlo de infeção, nomeadamente a higienização das mãos, uso de equipamentos de proteção individual (EPI) e utilização segura de equipamentos complementares de diagnóstico irão contribuir para melhorar a qualidade dos cuidados prestados. Estas considerações promovem a ideia de ser esta a génese das IACS nestes utentes. Observando a temática à luz do Modelo de Sinergia da AACN, este expõe a ideia de que o Enfermeiro possui competências que se devem relacionar com as características do utente de modo a que, de uma forma simbiótica, estas se relacionem para alcançar um resultado óptimo. As características de Pensamento Clínico, Facilitação da Aprendizagem e Atualização Clínica mostram que o Enfermeiro deverá desenvolver competências relacionadas com a atualização de conhecimentos de base científica para otimizar os resultados das suas ações dando resposta às necessidades/características do utente.</p> <p>Através da aplicação de uma grelha de observação dos 5 momentos da higienização das mãos (Anexo 1) e do uso de luvas (Anexo 2), será possível averiguar quais os comportamentos que necessitam de ser mudados.</p> <p>A recolha dos dados será efectuada ao longo de 1 semana tentando agregar o maior número de preenchimento de grelhas de observação sendo que será imposto um limite mínimo de 30 preenchimentos por grelha de observação. Após a recolha dos dados será elaborada uma sessão de formação em serviço com enfoque nas áreas críticas observadas, mencionando a importância de comportamentos simples como a higienização das mãos e utilização de EPI.</p> <p>Considerando os dados obtidos procede-se à avaliação da pertinência do projeto e consequente determinação de objetivos, através da ferramenta de gestão de análise SWOT (Apêndice 2)</p>
<p>Identificação dos problemas parcelares que compõem o problema geral (150 palavras)</p> <p>A inexistência de uma norma de orientação clínica para realização de colheita de exsudado nasal para análise de MRSA e o desconhecimento de elementos da equipa multidisciplinar de medidas de prevenção de Infeção Associada a Cuidados de Saúde.</p>
<p>Determinação de prioridades</p> <p>Aplicação de check-list da campanha das Precauções Básicas da Direção Geral de Saúde; Divulgação dos resultados e Realização de Formação; Implementação de norma de procedimento relacionadas com prevenção de Infeção Associada aos Cuidados de Saúde</p>

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

OBJECTIVO GERAL

Promover práticas seguras de controlo de infeção, na equipa multidisciplinar, tendo em vista a diminuição a curto/médio prazo das IACS

OBJECTIVOS ESPECIFICOS

Integrar a Campanha de Precauções Básicas da Direção Geral de Saúde;

Realizar formação em serviço sobre a temática;

Implementar norma de procedimento para a colheita de exsudado nasal para pesquisa de MRSA;

Referências Bibliográficas (Norma da ESS)

MARTINS, M., FRANCO, M., DUARTE, J. (2007). Um estudo caso sobre os custos das infecções no Centro Hospitalar Cova da Beira. *Revista Referência*, IIª Série, nº 4 p.79-90. Retrieved from:

https://www.esenfc.pt/v02/pa/conteudos/downloadArtigo.php?id_ficheiro=18&codigo=

MONTEIRO, J. A. (1993). INFECÇÕES NOSOCOMIAIS: Alguns Aspectos. *Acta Médica Portuguesa*. nº6 p.135-140. Retrieved from:

<http://www.rcaap.pt/detail.jsp?id=oai:ojs.www.actamedicaportuguesa.com:article/3071>

PINA, E., SILVA, M. G., SILVA, E. G. & UVA, A. S. (2010). Infecção relacionada com a prestação de cuidados de saúde: infecções da corrente sanguínea (septicemia). *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Vol.28, nº1 p.19-30. Retrieved from:

http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S0870-90252010000100003&script=sci_arttext

PRADO, M. A. (2007). Staphylococcus aureus e Staphylococcus aureus meticilina resistentes (MRSA) em profissionais de saúde e as interfaces com as infecções nosocomiais. *Revista Electrónica de Enfermagem*. Vol.9, nº3 p.880. Retrieved from:

<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a27.htm>

TURRINI, R. N. T. (2000). Percepção das enfermeiras sobre fatores de risco para a infecção hospitalar. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. Vol.34, nº2 p.174. Retrieved from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342000000200007

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2002). Prevention of hospital-acquired infections: A practical guide. 2nd edition. Geneve: Fondation Hygie; Lyon: Université Claude-Bernard; Winnipeg: University of Manitoba

Data: 1/7/2015

Assinatura: Duarte Nuno Moreira Pinto Maymone

4º Mestrado em Enfermagem

Planeamento do Projeto

Estudante: Duarte Maymone	Orientador: Marta Pias
Instituição: Centro Hospitalar	Serviço: Cardiologia - Unidade de Cuidados Intensivos Cardiológicos
Título do Projeto: “Infecção Associada aos Cuidados de Saúde no Utente admitido na Unidade de Cuidados Intensivos Cardiológicos a aguardar implante de Pace-Maker Definitivo/ Cardiodesfibrilhador Implantável”	
Objetivos (geral específicos, centrados na resolução do problema. Os objetivos terão que ser claros, precisos, exequíveis e mensuráveis, formulados em enunciado declarativo, já discutidos com o professor e o orientador):	
<u>OBJETIVO GERAL</u> Promover práticas seguras de controlo de infeção, na equipa multidisciplinar, tendo em vista a diminuição a curto/médio prazo das IACS	
<u>OBJETIVOS Específicos</u> Integrar a Campanha de Precauções Básicas da Direção Geral de Saúde; Realizar formação em serviço sobre a temática; Implementar norma de procedimento para a colheita de exsudado nasal para pesquisa de MRSA proposta pela DGS;	
Identificação dos profissionais do serviço com quem vai articular a intervenção (chefia directa, orientador, outros elementos da equipa, outros profissionais, outros serviços)	
A realização deste projeto contará com a colaboração da Enfª Marta Pias enquanto orientadora e a sua implementação contará com a colaboração de toda a equipa multidisciplinar na participação dos preenchimentos de grelhas de observação bem como com a sua presença nas ações de formação em serviço a realizar. O conteúdo das Ações de Formação integrará o Plano de Formação em serviço pelo que será agendada em articulação com o restante plano, em colaboração com a Enfª Andreia Soares enquanto responsável pela Formação em Serviço. Para a elaboração das ações de formação será necessário o apoio da Comissão de Controlo de Infeção para validação dos conteúdos a apresentar. Todo o projeto terá a aprovação da Enfª Cláudia Estêvão enquanto Enfermeira Coordenadora do Serviço de Cardiologia e Responsável pelo Serviço de Formação do Hospital de São Bernardo.	
Data: _____ / _____ / _____	Assinatura: _____

Objetivos Específicos	Atividades/Estratégias a desenvolver	Recursos			Indicadores de Avaliação
		Humanos	Materiais	Tempo	
<p>Integrar a Campanha de Precauções Básicas da Direção Geral de Saúde</p> <p>Realizar formação em serviço sobre a temática</p> <p>Implementar norma de procedimento para a colheita de</p>	<p>Propor a participação do Serviço de Cardiologia na Campanha de Precauções Básicas à Enfermeira Chefe através de reuniões formais conjuntamente com a Enfermeira Orientadora;</p> <p>Articular a integração na Campanha de Precauções Básicas com o Gabinete de Comissão de Controlo de Infeção.</p>	<p>Enfermeira Chefe, Enfermeira Orientadora, Enfermeira do Gabinete de Comissão de Controlo de Infeção, Equipa Multidisciplinar</p>		3 a 6 meses	<p>O Serviço candidatou-se a integrar a Campanha de Precauções Básicas da Direção Geral de Saúde.</p>
	<p>Aplicar questionários e grelhas de observação com o intuito de identificar as áreas críticas de enfoque para a realização da ação de formação;</p> <p>Elaborar ação de formação em serviço sobre Prevenção de Infeção Associada aos Cuidados de Saúde com enfoque nas áreas críticas detetadas após aplicação de questionário e grelhas de observação;</p> <p>Articular a realização da formação com a Enfermeira responsável pela Formação em Serviço, integrando a temática no plano de formação em serviço.</p>	<p>Enfermeira Chefe, Enfermeira Orientadora, Enfermeira do Gabinete de Comissão de Controlo de Infeção, Enfermeira Responsável pela Formação em Serviço Equipa Multidisciplinar</p>	<p>Computador, Projetor, Sala, Papel, Impressora</p>	5 meses	<p>Aplicadas grelhas de observação com um número mínimo de 30 preenchimentos de cada grelha de observação;</p> <p>Participação de 50% da equipa multidisciplinar nas ações e formação elaboradas.</p>
	<p>Realizar pesquisa acerca do estado da arte referente aos cuidados ao utente infetado com MRSA;</p> <p>Adequar a prática profissional aos cuidados preconizados pela pesquisa efetuada;</p> <p>Divulgar a norma de procedimento pela equipa multidisciplinar;</p>	<p>Enfermeira Chefe, Enfermeira Orientadora, Enfermeira do Gabinete de Comissão de Controlo de</p>	<p>Computador, Impressora, Papel</p>	3 meses	<p>Obter uma taxa de adesão da equipa de 50%;</p>

exsudado nasal para pesquisa de MRSA	Implementar a norma de procedimento.	Infecção, Enfermeira Responsável pela Qualidade, Equipa Multidisciplinar			
Cronograma: (em anexo)					
Orçamento: <u>Recursos Humanos:</u> Colaboração com Enfermeira Orientadora, Enfermeira Chefe, Enfermeira Responsável pela Formação em Serviço, Enfermeira Responsável pela Qualidade, Gabinete de Comissão de Controlo de Infecção, Equipa Médica da Unidade de Cuidados Intensivos Cardiológicos <u>Recursos Materiais:</u> Projektor para realização das Ações de Formação (existente no serviço de Cardiologia) Computador para elaboração da formação e normas e atualização de base de dados Impressora para impressão de grelhas de observação Internet para pesquisa de artigos científicos					
Previsão dos constrangimentos e forma de os ultrapassar: A resistência à mudança da equipa multidisciplinar poderá mostrar-se um constrangimento pelo que será necessário motivar a equipa a aderir às normas de orientação e procedimento elaboradas através do esclarecimento de dúvidas, espaço para receber propostas/críticas para melhoria das normas de orientação e procedimento e aplicação gradual das mesmas. O período de férias em que nos encontramos impossibilita que toda a equipa seja envolvida no processo de formação pelo que será necessário adiar a formação para um período em que existam menos elementos de férias.					

Data ___/___/_____

Assinatura: _____

Docente: _____

Apêndice 4 – Cronograma de Aplicação do Projeto

Cronograma do Projeto de Intervenção no Serviço

Atividades	Mês									
	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	
Diagnóstico de Situação	■									
Aplicação de Questionários			■							
Aplicação de Grelhas de Observação			■							
Tratamento de Dados				■						
Elaboração de Ação de Formação					■					
Apresentação da Ação de Formação							■			
Atualização da Base de Dados	■									
Revisão Literária	■									
Avaliação do Projeto										■

Apêndice 5 – Plano de Sessão sobre Equipamento de Proteção Individual

Plano de Sessão: Equipamento de Proteção Individual

Contextualização da Sessão

Sessão de formação realizada sobre a Utilização de Equipamentos de Proteção Individual inserida na realização do Projeto de Intervenção em Serviço, parte integrante do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

O correto uso dos equipamentos de proteção individual são uma das formas de minimizar a ocorrência de Infecções Associadas a Cuidados de Saúde. Foram identificadas algumas lacunas nesta área pelo que se procedeu à elaboração de uma Sessão de Formação sobre a temática.

Objetivo Geral

- Sensibilizar os Profissionais de Saúde para a necessidade de uso correto de Equipamento de Proteção individual

Objetivos Específicos

- Sensibilizar os Profissionais de Saúde para a importância do uso correto dos equipamentos de proteção individual
- Capacitar os Profissionais de Saúde para a adoção de práticas seguras para o controlo e prevenção das IACS;

Público-Alvo

Enfermeiros e Assistentes Operacionais do Serviço de Cardiologia.

Material Utilizado

Computador, Projetor.

Plano da Sessão

Sessão com duração de 20 minutos, replicada duas vezes, com recurso a metodologia expositiva.

Apêndice 6 – Plano de Sessão sobre Higienização das Mãos

Plano de Sessão: Higienização das Mãos – Práticas Seguras

Contextualização

A concretização desta ação formativa visa dar resposta às necessidades encontradas durante o período de observação e recolha de dados relacionadas com o tema supra referido, inserido no Objectivo Geral de Sensibilizar os profissionais de saúde para a importância do controlo e prevenção das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS).

As IACS não são um problema recente. No início do século XX estas infecções estavam relacionadas com as fracas condições de higiene e esterilização dos instrumentos utilizados sendo que a introdução do uso de antibióticos na década de 40 veio revolucionar o tratamento das infecções hospitalares. Ainda assim, segundo Monteiro (1993), o problema mantém-se com graves repercussões económicas e sociais bem como com o agravamento do sofrimento da pessoa em situação de doença, sendo que existem vários factores relacionados com cada elemento da Tríade Ecológica Fundamental, Hospedeiro – Agente – Ambiente, que contribuem para a prevalência e dificuldade no controlo das IACS. Citando o mesmo autor “verifica-se a existência de cada vez maior número de doentes com defesas diminuídas, seja devido à idade avançada, múltiplas doenças subjacentes ou a terapêuticas depressoras do sistema imunitário. Como factores contribuintes salientam-se o uso cada vez maior de procedimentos invasivos tais como cateteres venosos centrais e arteriais, diálise, ventilação mecânica e intervenções cirúrgicas em doentes que há alguns anos não dispunham de condições para tal.”

É de consenso geral que a higienização das mãos é a medida de menor custo, menor complexidade e de mais fácil implementação. Ainda assim, a necessidade de constante atualização e reciclagem de conhecimentos obriga a que esta temática seja presença constante nos planos de formação em serviço independentemente do contexto hospitalar.

Em 2002, o *Center for Disease Control and Prevention* emite as primeiras *guidelines* sobre higienização das mãos e em 2004 a Organização Mundial de Saúde (OMS) inicia a campanha *Clean Care is Safe Care* que incide a sua ação na higienização das mãos e que a Direção Geral de Saúde (DGS) adota com a sua iniciativa “Medidas Simples Salvam Vidas”.

Objetivo Geral

- Sensibilizar os Profissionais de Saúde para a necessidade de controlo e prevenção das IACS.

Objetivos Específicos

- Sensibilizar os Profissionais de Saúde para a importância da Higienização das Mãos;
- Capacitar os Profissionais de Saúde para a adoção de práticas seguras para o controlo e prevenção das IACS;

Público-Alvo

Enfermeiros e Assistentes Operacionais do Serviço de Cardiologia.

Material Utilizado

Computador, Projetor.

Plano da Sessão

Sessão com duração de 20 minutos, replicada duas vezes, com recurso a metodologia expositiva.

Infeção Associada aos Cuidados de Saúde em Utentes a aguardar implante de Pacemaker Definitivo/Cardiodesfibrilhador Implantável numa Unidade de Cuidados Intensivos Cardiológicos

Resumo

Não sendo uma temática recente, a Infecção Associada aos Cuidados de Saúde continua a ocupar um papel de relevo nas preocupações das entidades reguladoras como a Organização Mundial de Saúde e a Direção Geral de Saúde. Documentos apresentados ao longo dos últimos 30 anos mostram que continua a ser um tema atual com metas estabelecidas para minorar as complicações que advêm das IACS, com impacto no Doente, Família, Profissional de Saúde e Comunidade.

Foi utilizada a metodologia de trabalho de Projeto tendo sido realizado um levantamento das necessidades formativas através da aplicação das grelhas de observação disponibilizadas pela DGS para a Higienização das Mãos e Utilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), legitimando assim a pertinência da realização de

sessões de formação sobre as temáticas. Foi também realizado uma pesquisa na base de dados da Unidade de Cuidados Intensivos Cardiológicos de modo a demonstrar o impacto das IACS nos utentes internados a aguardar implante de Pacemaker Definitivos ou Cardiodesfibrilhador Implantável, e a validar a importância da mudança de comportamentos relativamente aos procedimentos de Higienização das Mãos e utilização de EPI.

Palavras-Chave: Infecção Associada aos Cuidados de Saúde, Metodologia de Trabalho de Projeto, Enfermagem Médico-Cirúrgica

Healthcare Associated Infection in patients waiting for Pacemaker/Implantable Cardioversor-Defibrillator Implantation in an Cardiac Intensive Care Unit

Abstract

Although it's not a recent theme, Healthcare Associated Infection still occupies an important role in regulating agencies' concerns, like the World Health Organization and the local Direção Geral de Saúde.

Released documents in the last 30 years demonstrate that this remains an actual theme with established goals to minimize complications from Healthcare Associated Infections on patients, families, healthcare provider and community. A Project work methodology was used and grids from the DGS for Hand Hygiene and Personal Protection Equipment were filled in order to assess formative needs and the relevance of the thematic. A search in the Cardiac Intensive Care Unit's database was made to show the impact of healthcare associated infections on patients waiting for pacemaker/implantable cardioverter-defibrillator implantation, and validate the importance of changing behaviours regarding Hand Hygiene and use of Personal Protection Equipment.

Keywords: Healthcare Associated Infections, Project Work Methodology, Medical-Surgical Nursing

Introdução

As IACS não são um problema recente. No início do século XX estas infecções estavam relacionadas com as fracas condições de higiene e esterilização dos instrumentos utilizados sendo que a introdução do

uso de antibióticos na década de 40 veio revolucionar o tratamento das infecções hospitalares. Ainda assim, segundo Monteiro (1993), o problema mantém-se com graves repercussões económicas e sociais bem como com o agravamento do sofrimento da pessoa em situação de doença, sendo que existem vários factores relacionados com cada elemento da Tríade Ecológica Fundamental, Hospedeiro – Agente – Ambiente, que contribuem para a prevalência e dificuldade no controlo das IACS. Citando o mesmo autor “verifica-se a existência de cada vez maior número de doentes com defesas diminuídas, seja devido à idade avançada, múltiplas doenças subjacentes ou a terapêuticas depressoras do sistema imunitário. Como factores contribuintes salientam-se o uso cada vez maior de procedimentos invasivos tais como cateteres venosos centrais e arteriais, diálise, ventilação mecânica e intervenções cirúrgicas em doentes que há alguns anos não dispunham de condições para tal.”

Pina (2010) expõe que os principais riscos para a ocorrência de IACS são a presença de dispositivos invasivos, técnicas invasivas e infeções por organismos multirresistentes,

descrevendo as IACS como uma das complicações mais frequentes da hospitalização. O mesmo autor refere que a nível Europeu, os estudos apontam para uma prevalência de 5% a 10% de doentes hospitalizados, enquanto que em Portugal, e de acordo com o Inquérito Nacional de Prevalência de Infecção de Março de 2009, estima-se que a prevalência se situe nos 11,03% indicando que pelo menos 5 em cada 100 doentes tenham adquirido uma infecção em consequência do seu internamento.

Citando Pina (2010), “Embora parte destas infeções possam ser provavelmente inevitáveis, o preço a pagar pelos avanços tecnológicos e terapêuticos, um número significativo de infeções poderá ser prevenida. No entanto, desconhece-se a proporção das IACS que são potencialmente evitáveis”.

De acordo com um estudo realizado por Martins (2007) no Hospital de Cova da Beira, o tempo de internamento de doentes que adquiriram infecção relacionada com os cuidados de saúde foi 2,4 vezes superior relativamente a doentes que não adquiriram infecção e os custos associados a esse prolongamento do

tempo de internamento foram cerca de 2 vezes maiores relativamente aos custos associados ao internamento de doentes que não adquiriram infecção hospitalar.

Durante vários anos foram postuladas várias teorias relacionadas com as infeções associadas aos cuidados de saúde, principalmente no que se refere à lavagem das mãos, os momentos para o fazer e os solutos utilizados. Há mais de 150 anos Ignaz Semmelweis demonstrou que a desinfeção das mãos poderia reduzir de modo expressivo a morte por febre puerperal, ainda assim, apesar de todas as campanhas de sensibilização para a higienização das mãos, sabe-se que a adesão a esta prática é reduzida (Pina, 2010). Atualmente tem sido consensual a implementação dos 5 momentos para a higienização das mãos com vários estudos que indicam que gestos simples como a lavagem ou desinfeção das mãos são suficientes para diminuir o risco de infecção, bem como a inclusão de outros factores como o uso de luvas e da higiene e controlo ambiental, as chamadas Precauções Básicas e Isolamento.

O conceito de Precauções Básicas e Isolamento tem sofrido evoluções ao longo dos anos. Em 1970 é lançado um documento pelo Center for Disease

Control and Prevention (CDC) – *Isolation Techniques for use in Hospitals* – que integrava 7 categorias de isolamento. Em 1983, numa atualização deste mesmo documento – *Guidelines for Isolation Precautions in Hospital* – foram descritos 2 sistemas de isolamento: o de categorias específicas e o de doenças específicas. Durante os anos 80, introduziu-se o conceito de “*Universal Precautions*” onde se recomendava a aplicação das *guidelines* de precauções básicas a todos os procedimentos que envolviam o risco de exposição a sangue e fluídos orgânicos, em todos os doentes, independentemente do seu estado infeccioso (Pina, 2010). Por esta altura as *guidelines* não incluíam a exposição a fezes, secreções nasais, expectoração, suor, lágrimas, urina ou vômito, excepto se contaminados com sangue visível, pelo que foram adicionadas indicações para o uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI) para proteção dos profissionais de saúde. A higienização das mãos foi recomendada logo após a remoção das luvas e foram introduzidas recomendações específicas para a manipulação de corto-perfurantes. Em 1996 foram reunidas as principais recomendações dos guias orientadores “*Universal Precautions*” e “*Body*

Substance Isolation” de modo a serem aplicadas a todos os doentes e em todos os momentos da prestação de cuidados. Nestas recomendações encontravam-se incluídas apenas as 3 categorias de isolamento: via aérea, gotículas e contacto, e previam um conjunto de situações em que estas medidas de isolamento deveriam ser colocadas em prática, empiricamente, até ao diagnóstico etiológico ser definido.

Em 2007 surge a mais recente atualização sobre Prevenção e Controlo de Infecção em Cuidados de Saúde – *Guidelines for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings 2007* – onde se destacam 4 objectivos:

- 1 – Fornecer recomendações sobre a prevenção e o controlo das IACS para todos os componentes do sistema dos cuidados de saúde, incluindo hospitais, cuidados continuados, cuidados de ambulatório, cuidados domiciliários e instituições psiquiátricas;
- 2 – Reafirmar as precauções básicas como o alicerce da prevenção na transmissão durante os cuidados aos doentes em todas as instituições onde se prestam cuidados de saúde;
- 3 – Reafirmar a importância da implementação das precauções

específicas baseadas na situação clínica do doente e no agente infeccioso provável, até a etiologia infecciosa ser determinada;

4 – Fornecer recomendações baseadas em evidências científicas.

Apesar de sobejamente reconhecida a importância da higienização das mãos na prevenção das IACS, esta continua a ser uma ação com pouca adesão. De acordo com a *World Health Organization*, no documento publicado em 2005 – *World Alliance for Patient Safety. WHO Guidelines on hand hygiene in health care: advanced draft: a Summary: Clean Hands Are Safer Hands* – a adesão a esta prática pode ser tão baixa como 10% quando existe maior restrição de tempo e maior carga de trabalho.

Pina (2010) refere que “Só com uma abordagem multidisciplinar perseverante, transversal, bem estruturada e consistente, assente no conhecimento da cadeia de transmissão de infecção e tendo por base as Precauções Básicas é que se poderá contribuir para a prevenção da transmissão cruzada das IACS, para melhoria contínua dos cuidados de saúde, e assim contribuir para a segurança efetiva dos doentes.”

As várias publicações existentes juntamente com os avanços científicos

mostram que a temática abordada se tem mantido como tema de elevada importância, não só pelas repercussões a nível pessoal da pessoa em situação de doença como pelo aumento exponencial dos gastos com os cuidados associados a estes utentes. Numa altura em que o critério de “Qualidade” vem sendo falado e integrado na excelência dos cuidados, num período de crise económica, torna-se imperativo que o problema identificado seja minimizado.

É notório que estamos perante um desafio por existir uma multiplicidade de factores que influenciam o resultados final desejado mas é imperativo que se reduzam as taxas de prevalência de IACS para níveis de excelência. “A segurança dos doentes não pode ser comprometida” (Pina, 2010).

Metodologia

O diagnóstico do problema foi realizado através da condução de entrevistas exploratórias com a Enfermeira Coordenadora do Serviço de Cardiologia e com a Enfermeira Coordenadora da Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos, tendo sido realizada uma análise SWOT do problema identificado.

De modo a avaliar a pertinência da realização de sessões de formação sobre Higienização das Mãos e Utilização de Equipamento de Proteção Individual forma preenchidas grelhas de observação disponibilizadas pela DGS para o efeito.

Foi realizada uma pesquisa na base de dados da Unidade de Cuidados Intensivos Cardiológicos de modo a recolher informação sobre o número de utentes internados nessa Unidade que implantaram Pacemaker Definitivo ou Cardioversor Desfibrilhador Implantável. Foram incluídos todos os utentes internados em 2 períodos de 6 meses, antes e depois da realização das sessões de formação sobre Higienização das Mãos e Utilização de Equipamento de Proteção Individual. Foram incluídos todos os utentes internados, de ambos os sexos, sem limite de idade. Não foram incluídos critérios de exclusão. Os resultados foram processados em Excel de modo a realizar uma análise quantitativa descritiva dos mesmos.

Resultados

Dos 14 utentes admitidos no primeiro período de 6 meses, 2 desses utentes apresentaram IACS, correspondente a 14,3%. No período seguinte foram

identificados 19 utentes, 5 dos quais apresentaram IACS, perfazendo 26,3% de taxa de Infecção, mostrando um aumento do número de IACS. A média de idades do primeiro grupo era de 74,7 anos e do segundo grupo era de 79,8. Referente à necessidade de técnicas invasivas, no primeiro grupo, 1 utente necessitou de PM provisório e no segundo grupo, 4 utentes necessitaram de PM provisório ou monitorização invasiva. No primeiro grupo não se registaram óbitos, tendo sido registado 1 óbito no segundo grupo.

Ano	1º Grupo	2º Grupo
IACS	2	5
Não IACS	12	14
Técnica Invasiva	1	4
Óbitos	0	1
Média Idade	74,7	79,8

Apesar do aumento da percentagem de IACS, os profissionais de saúde mostraram uma mudança de paradigma do modo de agir, melhorando as suas práticas relativamente à Higienização das Mãos e utilização de Equipamentos de Proteção Individual.

Anos	1º Grupo	2º Grupo
Cumpriu 5 Momentos da Higienização das Mãos	22	28
Não Cumpriu 5 Momentos da Higienização das Mãos	8	2
Utilização Correta EPI	24	29
Utilização Incorreta EPI	6	1

Conclusões

Poderão ser postuladas algumas teorias para justificar este aumento, muitas delas apontando a causa para os factores intrínsecos dos utentes como a idade, as comorbilidades e a necessidade de técnicas invasivas para manutenção da vida. Pina (2010), indica que a IACS mais frequente é a das vias respiratórias e que poderá estar associado a um predomínio de doentes com idade superior a 60 anos, sendo que 27% desses mesmos doentes tinham idade superior a 80 anos. O mesmo autor refere ainda que a exposição a procedimentos invasivos bem como a permanência de dispositivos invasivos, nomeadamente

cateteres venosos centrais, foram identificados como factores extrínsecos de risco para IACS, relacionando a necessidade destas técnicas invasivas com o envelhecimento da população.

De acordo com os dados obtidos, no primeiro grupo 50% dos utentes que desenvolveram IACS necessitaram de técnica invasiva para manutenção da vida, neste caso o utente necessitou de colocação de PM provisório. Comparando com os dados do segundo grupo, 4 dos 5 utentes que desenvolveram IACS necessitaram de técnica invasiva, nestes casos 3 necessitaram de PM provisório e 1 necessitou de monitorização invasiva, perfazendo uma taxa de 80%. De referir também que a média de idades é mais elevada no grupo segundo grupo, podendo ser também fator contribuinte para o aumento das IACS, de acordo com Pina (2010).

A realização do teste de Qui Quadrado para estabelecer significância estatística foi efectuado demonstrando que os resultados obtidos não são estatisticamente significativos. O resultado do teste de Qui Quadrado foi de 0,698 sendo o *p value* obtido de .403454 sendo um resultado estatisticamente não significativo para um *p value* de .05.

Bibliografia

MARTINS, M., FRANCO, M., DUARTE, J. (2007). Um estudo caso sobre os custos das infecções no Centro Hospitalar Cova da Beira. *Revista Referência*, IIª Série, nº 4 p.79-90. Retrieved from: https://www.esenfc.pt/v02/pa/conteudo/downloadArtigo.php?id_ficheiro=18&codigo=

MONTEIRO, J. A. (1993). INFECÇÕES NOSOCOMIAIS: Alguns Aspectos. *Acta Médica Portuguesa*. nº6 p.135-140. Retrieved from: <http://www.rcaap.pt/detail.jsp?id=oai:js.www.actamedicaportuguesa.com:article/3071>

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Retrieved from: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>

PINA, E., SILVA, M. G., SILVA, E. G. & UVA, A. S. (2010). Infecção relacionada com a prestação de cuidados de saúde: infecções da corrente sanguínea (septicemia).

Revista Portuguesa de Saúde Pública. Vol.28, nº1 p.19-30. Retrieved from: http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S0870-90252010000100003&script=sci_arttext

PRADO, M. A. (2007). Staphylococcus aureus e Staphylococcus aureus meticilina resistentes (MRSA) em profissionais de saúde e as interfaces com as infecções nosocomiais. *Revista Electrónica de Enfermagem*. Vol.9, nº3 p.880. Retrieved from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a27.htm>

TURRINI, R. N. T. (2000). Percepção das enfermeiras sobre fatores de risco para a infecção hospitalar. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. Vol.34, nº2 p.174. Retrieved from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342000000200007

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2002). Prevention of hospital-acquired infections: A practical guide. 2nd edition. Geneva: Fondation Hygie; Lyon: Université Claude-Bernard; Winnipeg: University of Manitoba