



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem Médico-Cirúrgica
Vertente Pessoa Idosa
Relatório de Estágio

**Prevenção e controlo da infeção da corrente sanguínea associada ao cateter
venoso central na pessoa idosa: Intervenção de enfermagem**

Maria José Carreiras Marques

Orientador: Professora Doutora Idalina Delfina Gomes

Lisboa
Março 2018

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



“Tudo o que um sonho precisa para ser realizado é alguém que acredite que ele possa ser realizado”.

Roberto Shinyashiki

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Idalina Gomes pela sua orientação, disponibilidade, motivação e incentivo a novos projetos.

À Enfermeira Graça Oliveira, minha chefe e uma das maiores impulsionadoras desta nova faceta académica nesta altura da minha vida.

A todos os meus colegas do serviço de Cirurgia Geral, companheiros de uma caminhada feita diariamente e ao longo de muitos anos.

A todos os profissionais dos locais de estágio por onde passei, pelo apoio, colaboração e carinho com que me acolheram.

A todas as pessoas idosas e suas famílias que tive o prazer de conhecer e que demonstraram uma enorme amabilidade e disponibilidade.

A todos os meus amigos que acreditaram em mim.

À Ana, Américo e Liliana que sempre se mostraram disponíveis na partilha de conhecimentos e apoio ao longo deste curso.

À Sandra, colega, amiga e companheira de alguns eventos deste projeto, com quem sempre pude contar nos momentos necessários.

À minha mãe, pelo seu apoio, compreensão, incentivo, disponibilidade e acima de tudo pelo amor que tem por mim.

A todos, o meu muito obrigada.

SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

CVC – Cateter Venoso Central

DGS – Direção Geral de Saúde

ECCL – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECDC – European Centre for Diseases Prevention and Control

ECL – Equipa de Coordenação Local

EGA – Equipa de Gestão de Altas

EPE – Entidade Pública Empresarial

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

GCL-PPCIRA - Grupo Coordenador Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e da Resistência aos Antimicrobianos

HALT - Healthcare Associated Infections in Long-Term care facilities

HGO – Hospital Garcia de Orta

IACS – Infeção Associada aos Cuidados de Saúde

ICS – Infeção da Corrente Sanguínea

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPI – Inquérito de Prevalência de Infeção

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OE – Ordem dos Enfermeiros

PBCI – Precauções Básicas do Controlo de Infeção

PNCI – Plano Nacional de Controlo de Infeção

PNCI – Programa Nacional de Controlo de Infeção.

PNS – Plano Nacional de Saúde

PPCIRA - Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e da Resistência aos Antimicrobianos

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SA – Sociedade Anónima

SAM – Sistema de Apoio ao Médico

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UE – União Europeia

UI&DE – Unidade de Investigação e Desenvolvimento em Enfermagem

UNIDEMI – Unidade de Investigação e Desenvolvimento em Engenharia
Mecânica e Industrial

VE - Vigilância Epidemiológica

RESUMO

As infeções associadas aos cuidados de saúde são um problema grave de saúde atual, estando as da corrente sanguínea incluídas no grupo das mais frequentes, as de maior morbilidade e de custos mais elevados (DGS,2013). A prevenção e controlo de infeção, é parte integrante da segurança do doente, exige o envolvimento dos enfermeiros na adesão às boas práticas e implementação da política institucional (Curtis, 2008; Pereira et al, 2008). Desenvolvemos um projeto no serviço de cirurgia geral de um hospital de Lisboa e Vale do Tejo, onde as taxas de infeção da corrente sanguínea em 2012 foram de 23,1%.

Objetivos: desenvolver competências como enfermeira especialista e mestre no cuidado em parceria à pessoa idosa/família, na prevenção e controlo da infeção associada a cateter venoso central e promover o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem.

Metodologia: de Projeto suportado na investigação ação que permitiu desenvolver competências e intervir num problema real com o objetivo de provocar mudança nas práticas, seguindo como modelo de enfermagem de Intervenção em Parceria (Gomes, 2016).

Duração do Projeto: outubro 2016 a fevereiro de 2017. Participantes: 22 médicos e 46 enfermeiros. Instrumentos de colheita de dados: questionários (40) à equipa de enfermagem e auditorias às práticas na colocação e manutenção de CVC.

Resultados: mudanças significativas na colocação do CVC com a introdução do campo cirúrgico recomendado, desinfeção das conexões a quando do seu manuseamento e execução do penso com técnica cirúrgica.

Conclusões: desenvolvimento das competências pretendidas com a melhoria das práticas, tendo em conta a segurança do doente/família. Realçamos a atuação como membro dinamizador de controlo de infeção do serviço, como líder de equipa e o estabelecimento de uma relação de parceria com a pessoa idosa/família.

Pretendemos divulgar o projeto na instituição e manter a articulação com a ESEL nomeadamente com a Unidade de Investigação e Desenvolvimento em Enfermagem (UI&DE) para desenvolvimento de trabalhos nesta área problemática.

Palavras-Chave: Infeção; Hospital; circulação sanguínea, Idoso

ABSTRAT

Infections associated with health care are a health problem. The infection of the blood stream was the one that presented higher morbidity and higher costs DGS (2013). The prevention and control of infection is an integral part of patient safety, requires the involvement of nurses in adherence to good practices and implementation of institutional policy (Curtis, 2008; Pereira et al, 2008). We developed the project in a general surgery service of a hospital in Lisbon and Vale do Tejo, where the rates obtained in 2012 were 23.1 at the level of bloodstream infection.

Objectives: To develop skills as a specialist nurse and master in elderly / family care in the prevention and control of central venous catheter infection and to promote the development of skills in the nursing team.

Methodology: Project supported in the methodology of investigation action that allowed to develop competences and intervene in a real problem with the aim of provoking change in practices, following as the theoretical model of nursing the Model of Intervention in Partnership of Gomes (2016).

Duration of the Project: October 2016 to February 2017. Participants: 22 doctors and 46 nurses. Data collection instruments: questionnaires (40) to the nursing team and audits of CVC placement and maintenance practices.

Results: significant changes in the placement of the CVC with the introduction of the recommended surgical field, disinfection of the connections at the time of its handling and execution of the dressing with surgical technique.

Conclusions: development of the intended competencies with the improvement of the practices, taking into account the safety of the patient / family. We emphasize acting as a dynamizing member of infection control service, as a team leader and establishing a partnership relationship with the elderly / family. We intend to disseminate the project in the institution and maintain the articulation with ESEL namely with the Unit of Research and Development in Nursing (UI & DE) to develop works in this problematic area.

Keywords: Infection; Hospital; blood circulation, elderly

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	15
1. REVISÃO DA LITERATURA	19
1.1 Infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS), implicações na pessoa idosa.....	19
1.2. Prevenção da infeção da corrente sanguínea na pessoa idosa com cateter venoso central	24
1.3. Cuidar em parceria nas situações de infeção da corrente sanguínea associada a CVC na pessoa idosa.....	29
2. METODOLOGIA	33
3. IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO E REFLEXÃO SOBRE AS ATIVIDADES E APRENDIZAGENS REALIZADAS PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	39
3.1. Atividades e aprendizagens realizadas para o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista e mestre no cuidado à pessoa idosa em contexto de cuidados de saúde primários	39
3.2. Atividades e aprendizagens realizadas para o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista e mestre no cuidado à pessoa idosa em contexto de cuidados diferenciados.....	43
3.2.1. Desenvolvimento de competências como enfermeira especialista e mestre no cuidado em parceria à pessoa idosa/família, nomeadamente na prevenção e controlo da infeção da corrente sanguínea associada ao CVC.....	43
3.2.2. Desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem, no cuidado em parceria à pessoa idosa/família, nomeadamente na prevenção e controlo da infeção da corrente sanguínea associada ao CVC	48
4. REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS E IMPLICAÇÕES DO PROJETO PARA A PRÁTICA DE CUIDADOS	55
5. CONCLUSÃO	59
BIBLIOGRAFIA	61
ANEXOS E APÊNDICES	
ANEXO I - Norma DGS nº 022/2015 “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infeção Relacionada com Cateter Venoso Central	
APÊNDICE I –Estudo de Caso em UCC	
APÊNDICE II - Ação de Formação Realizada em Contexto UCC	
APÊNDICE III – Objetivos gerais e específicos de Estágio	
APÊNDICE IV – Revisão Scoping	

APÊNDICE V – Estudo de Caso em Cuidados Diferenciados

APÊNDICE VI – Guião do Processo de Parceria à Pessoa Idosa

APÊNDICE VII – Questionário à Equipa Hospitalar sobre Prevenção de Infecção Associada a CVC

APÊNDICE VIII – Análise dos Questionários Realizados á Equipa Hospitalar

APÊNDICE IX – Apresentação do Projeto à Equipa Hospitalar

APÊNDICE X – Checklist para Colocação de CVC

APÊNDICE XI – Cartaz “Feixe de Intervenções” na Prevenção da Infecção Associada a CVC

APÊNDICE XII - Poster

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Fisiopatogenia da infecção associada à inserção de CVC.....	26
Figura 2. Feixe de intervenções no momento de colocação do CVC.....	37
Figura 3. Feixe de intervenções na manutenção do CVC.....	37

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Monitorização das medidas preventivas de infeção relacionada com colocação de CVC.....	48
Gráfico 2. Monitorização das medidas preventivas de infeção relacionada com manutenção de CVC.....	49
Gráfico 3. Conhecimentos da equipa de enfermagem acerca do feixe de intervenções para prevenção Infeção da corrente sanguínea associada a cateter venoso central.....	49
Gráfico 4. Monitorização da implementação das medidas preventivas de infeção na colocação de CVC.....	52
Gráfico 5. Monitorização da implementação das medidas preventivas de infeção na manutenção do CVC.....	52

INTRODUÇÃO

Este relatório surge no âmbito do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem, área de Especialização Médico-Cirúrgica, Vertente Pessoa Idosa, desenvolvido na ESEL, nos anos letivos de 2015/2017 e teve como tema principal a prevenção e controlo da infeção da corrente sanguínea associada ao cateter venoso central na pessoa idosa: Intervenção de enfermagem.

Este projeto uniu duas situações que são hoje preocupação nacional e internacional. O envelhecimento da população e a infeção. Em Portugal a população com 65 ou mais anos é de 21 %, enquanto que os jovens com menos de 15 anos são apenas 14 % (Pordata, 2017). Associadas à longevidade podem estar as doenças crónicas, que levam a um aumento de dependência e vulnerabilidade colocando grandes desafios aos sistemas de saúde, pelo aumento da necessidade de cuidados de saúde primários e diferenciados a esta população. Tendo em conta as múltiplas mudanças decorrentes do processo de envelhecimento a pessoa idosa fica exposta a iatrogenias várias, o que, em caso de internamento hospitalar, pode conduzir a complicações graves, como as Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS). Diversos são os fatores capazes de influenciar a infeção na pessoa idosa tais como as comorbilidades que contribuem para a diminuição da funcionalidade, aumento da vulnerabilidade e fragilidade; as alterações cognitivas; a desnutrição; o aumento das técnicas invasivas; os internamentos recorrentes e prolongados assim como o uso inadequado de antibioterapia. A infeção na pessoa idosa pode ter como consequência a diminuição da qualidade de vida; o isolamento (físico e psicológico); o aumento do sofrimento humano; do tempo de internamento, da resistência aos antimicrobianos e dos custos com a saúde (Lecour,2010).

As IACS têm vindo a merecer maior atenção devido à elevada taxa de mortalidade a ela associada. A Organization WHO em 2012 referiu que foram identificados 5 milhões de casos de infeção, 50000 mortes relacionadas com a mesma e entre 13 a 24 biliões de euros gastos em cuidados de saúde. Dados da WHO de 2016 mostram cerca de 700 mil mortes anuais em todo o mundo

devido à resistência aos antibióticos. A previsão é de que em 2050 existam 10 milhões de mortes por infeção a nível mundial o que é alarmante (DGS, 2016).

A Direção Geral de Saúde, em 2013, criou o Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistências aos Antimicrobianos (PPCIRA) através do despacho nº 2902/2013 de 22 de fevereiro a que foi dado carácter de programa prioritário (DGS, 2013), tendo como finalidade a redução da taxa das IACS, apostando na formação dos profissionais, na vigilância epidemiológica e na normalização de procedimentos e práticas clínicas (DGS, 2013c).

Em 2012 foi realizado um inquérito de prevalência, com a inclusão do estudo Europeu do ECDC tendo participado 30 países europeus. Os resultados mostraram que a taxa global de prevalência de infeção hospitalar em Portugal foi de 10,6% superior à média europeia de 6,1%. O uso de antibióticos nos doentes internados em Portugal foi de 45,3% e de 35,8% nos hospitais Europeus. Nos grupos etários superiores a 65 anos a taxa de prevalência de infeção foi superior à média, rondando valores entre os 12,6% e os 13,8%. Outro dos indicadores identificado foi a localização das infeções mais comuns em que a Infeção das vias respiratórias aparece em primeiro lugar com valores de 29,3%, seguindo-se a Infeção das vias urinárias com 21,1%, a Infeção do local cirúrgico com 18% e Infeção da corrente sanguínea com valores de 8,1% (IPI, 2012).

Segundo a DGS, a infeção da corrente sanguínea não foi a que apresentou maior incidência, no entanto referem que esta foi a que apresentou maior morbidade e custos mais elevados, estando a grande parte desta associada à presença de cateter venoso central (DGS, 2013).

A prevenção e controlo de infeção, é parte integrante da segurança do doente, exige o envolvimento dos enfermeiros na adesão às boas práticas e implementação da política institucional (Curtis, 2008; Pereira et al, 2008). A investigação mostra que uma atuação planeada e bem estruturada, dinamizada por profissionais especializados, conseguirá evitar, pelo menos, um terço das IACS e manter um ambiente seguro para os clientes (DGS,2013).

O ambiente é um conceito do metaparadigma de enfermagem, área de interesse e preocupação para várias autoras de enfermagem. Já no século XIX, o controlo do ambiente surge como preocupação principal de Florence

Nightingale, considerando as condições ambientais como influências externas que afetam a vida, o desenvolvimento e a saúde do organismo (Haddad & Santos, 2011). Desta forma, a segurança é um aspeto essencial dos cuidados de enfermagem e diz respeito às suas atividades de suporte, de proteção ou de correção do ambiente (Watson, 1998). Assim o enfermeiro tem que desenvolver intervenções de modo a estabelecer um trabalho de parceria com a pessoa idosa hospitalizada e/ou cuidador, com o intuito de prevenir a ocorrência de infeção, sendo promotor do bem-estar, da segurança e fazendo com que as pessoas idosas promovam o cuidado de Si (Gomes, 2016).

Perante o aumento do índice de envelhecimento, da prevalência das IACS e dos riscos associados, torna-se premente a aquisição e o desenvolvimento de competências como enfermeira especialista nesta área, que permitam ter uma prática de cuidados dirigida “aos projetos de saúde do Idoso a vivenciar processos de saúde/doença com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos de vida” (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2010a, p.5).

Assim e dando resposta à norma 022/2015 da DGS (Anexo I) pretendemos a implementação do “feixe de intervenções” de prevenção de infeção relacionada com CVC no serviço de cirurgia, uma vez que os dados deste serviço relativos a 2016 mostram uma percentagem de 53,42% de idosos com infeção da corrente sanguínea associada ao CVC. Esta norma é composta por um conjunto de intervenções “feixe de intervenções”, também designados de algoritmo clínico ou Bundles. Todos estes itens devem ser cumpridos e em conjunto promovem melhor resultado do que o efeito de cada um individualmente tendo como objetivo assegurar que os doentes recebam tratamentos e cuidados recomendados e baseados na evidência, de uma forma consistente (DGS,2015).

O cumprimento das precauções básicas de controlo da infeção (PBCI) e das medidas de isolamento de contacto pelos profissionais de saúde pode, em grande medida, evitar a transmissão da infeção. É de extrema importância o estabelecimento de uma relação ética, de parceria, entre o enfermeiro e a pessoa idosa no sentido de evitar complicações, como as IACS, que poderão comprometer o seu estado de saúde, a sua funcionalidade e o seu bem-estar (Gomes, 2013).

Temos como objetivo desenvolver competências de enfermeiro especialista e mestre na área médico-cirúrgica nomeadamente no cuidado à pessoa idosa e sua família no contexto de prevenção de infeção nomeadamente no que concerne à responsabilidade profissional, ética e legal, gestão de cuidados e desenvolvimento de aprendizagens profissionais na melhoria contínua dos cuidados e sua qualidade, pelo que definimos os seguintes objetivos:

Tendo em conta o problema real identificado na prática de cuidados, desenvolvemos um trabalho com a metodologia de projeto. Segundo RUIVO et al (2010, p.4) “um projeto desenvolve-se num determinado quadro, contextual, prescritivo e normativo, a partir da identificação de problemas e/ou necessidades, propondo objetivos, planeando a organização de ações no tempo e mobilizando recursos e estratégias para alcançar o resultado desejado.

O presente trabalho descreve o percurso e experiencias realizadas durante o estágio desenvolvido em contextos distintos nomeadamente no serviço de cirurgia Geral de um hospital central durante 4 meses, numa unidade de cuidados na comunidade durante 4 semanas e no Grupo Coordenador Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e da Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA) por um período de 2 semanas.

Este relatório encontra-se dividido em capítulos. Na introdução apresentamos o problema em estudo e a justificação da pertinência do mesmo e a metodologia utilizada. No primeiro capítulo contextualizamos a problemática, descrevendo evidência disponível através da revisão da literatura. No segundo capítulo desenvolvemos a metodologia utilizada. No terceiro capítulo apresentamos as atividades desenvolvidas e os resultados obtidos. No quarto capítulo refletimos sobre as competências desenvolvidas, e a contribuição do mesmo para a melhoria dos cuidados de saúde prestados, assim como alguns contributos pessoais que foram adquiridos através deste projeto. Na conclusão apresentamos uma síntese conclusiva assim como os projetos futuros a desenvolver.

Para a elaboração deste relatório foram seguidas as as normas da American Psychological Association (APA).

1. REVISÃO DA LITERATURA

Este capítulo tem como objetivo explicitar o referencial teórico mobilizado para o presente projeto de estágio, baseado na evidência científica, de forma a sustentar o problema de enfermagem identificado e as intervenções desenvolvidas.

Iniciamos com uma abordagem geral sobre a problemática das ICAS, contextualizando-a a nível internacional e nacional, incidindo sobre as repercussões na pessoa idosa, debruçando-nos depois sobre a infeção da corrente sanguínea relacionada com o cateter venoso central na pessoa idosa, realçando as intervenções de enfermagem direcionadas para a prevenção da ICSRCVC. Por último, procurámos evidenciar a importância do estabelecimento de uma relação de parceria com a pessoa idosa hospitalizada, tendo em vista a prevenção da infeção e a capacitação da pessoa idosa e família para assumir o controlo do cuidado de si, mantendo um ambiente seguro.

1.1 Infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS), implicações na pessoa idosa

A Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (IAC) é uma “infeção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade” (Ministério da Saúde, 2007).

Uma fração significativa das infeções podia ser prevenida com o envolvimento dos profissionais de saúde na adesão às boas práticas no contexto da prevenção e controlo de infeção (Curtis, 2008). Parte de nós, profissionais de saúde assumir a utilização de boas práticas e a aplicação das Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI). É fundamental que os profissionais tenham em conta que as IACS têm um grande impacto na saúde e na sociedade, ocasionando o aumento da morbilidade e mortalidade, além dos custos inerentes às mesmas.

O problema da infecção hospitalar é antigo, mas continua a ter relevância no tempo atual. Até ao século XVIII a higiene hospitalar era muito rudimentar existindo uma elevada probabilidade de se desenvolver um processo infeccioso. Foi, a partir de meados do século XIX que se tomou consciência da importância do desenvolvimento de algumas medidas básicas de higiene no tratamento de doentes hospitalizados. Ignaz Philip Semmelweis (1818-1865), médico húngaro, considerado o pai das regras antissépticas e pioneiro na prevenção das infeções nosocomiais, conseguiu uma diminuição na mortalidade por febre puerperal de 18% para 2%, apenas com a iniciativa da lavagem das mãos. Também o cirurgião Joseph Lister (1827-1912) contribuiu para a criação de técnicas de assepsia mantendo as incisões cirúrgicas livres de contaminação por microrganismos através da utilização de compressas cirúrgicas impregnadas em ácido carbólico (ANVISA, s.d.).

No contexto da enfermagem, a prevenção e controlo da infecção é também uma preocupação antiga. A necessidade de controlar as infeções, nomeadamente com a criação de um ambiente seguro e saudável, com condições de salubridade, foi referida por Florence Nightingale (1820-1910). Em 1854 foi convidada a ir para a guerra da Crimeia com o objetivo de reformular a assistência aos soldados e encontrou as enfermarias sem condições básicas com vários casos de infeção pós-operatória, sem água potável e com esgotos a céu aberto. Florence e a sua equipa implementaram uma série de medidas preventivas básicas conseguindo reduzir a taxa de mortalidade existente (ANVISA, s.d.).

Vimos que em tempos primórdios a mortalidade hospitalar decorria, muitas das vezes, da ausência de medidas de profilaxia das infeções. Na atualidade, tendo em vista a realidade dos sucessos alcançados em outras épocas com tão pouca informação e recursos, é espectável que, com o conhecimento atual, se consiga controlar e combater este flagelo com a simples medida de higienização das mãos que pode diminuir em 40% os casos de infeção em ambiente hospitalar (DGS,2015).

Várias têm sido as iniciativas que visam prevenir controlar e reduzir as IACs. Assim, e pretendendo dar resposta a esta problemática, o European

Center for Disease Prevention and Control (ECDC) desenvolveu entre 2009-2011 um projeto denominado Healthcare Associated Infections in Long-Term Care Facilities (HALT) com a finalidade de implementar e desenvolver um protocolo para a vigilância epidemiológica das IACS e o uso de antimicrobianos, tendo como objetivo a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde.

O controlo de infeção e a vigilância epidemiológica (VE), definida pela observação contínua, ativa e sistemática da ocorrência e distribuição de doença numa população, têm sido nas últimas décadas das maiores preocupações em todo o mundo incluindo em Portugal. A VE inclui a análise e divulgação da informação de forma a permitir a adoção de medidas corretivas apropriadas, tendo por objetivo a redução das taxas de infeção. Em Portugal dados de 2015 reportam que 85% dos hospitais fazem VE. Os países europeus que implementaram esta vigilância apresentaram reduções das taxas de infeção entre 25 e 74% num período de quatro a oito anos (DGS, 2015).

A necessidade prioritária de combater as IACS levou a que a Direção-Geral da Saúde (DGS) através do Programa de Prevenção e Controlo da Infeção e das Resistências Antimicrobianas (PPCIRA) realizasse um acordo específico com a Fundação Calouste Gulbenkian na área da infeção hospitalar, com especial enfoque para o Projeto «O Desafio Stop Infeção Hospitalar» iniciado em 2015, envolvendo 19 hospitais de 12 Centros Hospitalares e Unidades Locais de Saúde. Este programa tem como compromisso mobilizar as instituições, os profissionais, e a sociedade para a prevenção e controlo da infeção.

Um dos objetivos do protocolo com as unidades envolvidas é a incorporação das metodologias do STOP Infeção Hospitalar na melhoria de qualidade e dos conhecimentos em ciência de implementação das Bundles promovendo o seu desenvolvimento gradual à escala nacional em 2018. Com isto existe a pretensão de que num espaço de 3 anos seja possível reduzir 50 % das infeções adquiridas em ambiente hospitalar, diminuindo a mortalidade, a morbilidade, os tempos de internamento e os custos globais.

As Comissões de controlo de infeção atualmente designadas por Grupo Coordenador Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e da

Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA) têm tido um papel principal na introdução e divulgação de medidas de qualidade e boas práticas em todos os hospitais.

A taxa de infeção é avaliada através de estudos de prevalência que medem o total de infeções adquiridas pelos doentes internados, num período de tempo determinado. Em 2012 foi realizado um estudo europeu o qual já referimos e que referia taxas de infeção de 10,5% em Portugal e de 6,1% a nível europeu. Em 2017 foram realizados novos estudos de prevalência e os últimos dados da DGS, divulgados em dezembro de 2017 mostram valores de 7,8% em Portugal e 3,4% na Europa. Refere ainda o mesmo documento que de 2008 a 2016 assistimos a uma redução em 45% da infeção da corrente sanguínea associada a CVC em unidades de internamento (DGS,2017).

O risco de aquisição de IACS depende de vários fatores nomeadamente os relacionados com o agente (virulência, capacidade para sobreviver no ambiente e resistências antimicrobianas), com o hospedeiro (idade avançada, imunodepressão, patologias subjacentes e desnutrição) e com o ambiente (admissões hospitalares múltiplas ou prolongadas, presença de dispositivos invasivos e antibioterapia) (WHO, 2009). A infeção hospitalar é tão mais frequente quanto maior for a idade do doente e maior a duração do internamento (DGS,2013a).

As unidades de internamento hospitalares são locais onde são internados doentes com múltiplas patologias, muitos deles imunodeprimidos e consequentemente mais suscetíveis à infeção, como é o caso das pessoas idosas que, muitas vezes, se apresentam desnutridos ou com imunidade deficitária e que sendo sujeitos a técnicas invasivas de tratamento e diagnóstico veem as suas barreiras anatómicas de defesa rompidas (Lecour, 2010).

Segundo o inquérito de prevalência de infeção hospitalar de 2012, os idosos possuem uma taxa de IACS de 12,6% dos 65 aos 74 anos, 12,8% dos 75 aos 84 anos e de 13,8% a partir dos 85 anos (DGS,2013a).

O processo natural de envelhecimento, conhecido por senescência, implica necessariamente a diminuição da capacidade de regeneração celular. A

capacidade de combate a um agente externo é mais difícil de gerir num corpo envelhecido. Deste modo a pessoa idosa, sendo hospedeiro, terá maior risco de aquisição de infeção hospitalar devido à sua fragilidade inerente à fisiopatologia do envelhecimento.

A hospitalização aumenta de forma significativa o risco de desencadear ou aumentar o declínio funcional na pessoa idosa a, principalmente nos mais frágeis (Gill, Allore, Gahbauer & Murphy, 2010).

Neste processo de envelhecimento, há uma progressiva diminuição funcional no organismo em geral, o que também ocorre com o sistema imune. Essa diminuição funcional imune pode ser chamada de imunosenescência, e é a causa do aumento da vulnerabilidade a doenças na pessoa idosa estando diretamente relacionada à ocorrência de incapacidades funcionais, tumores, doenças degenerativas e infeções.

Assim, relevante em praticamente todas as patologias que acometem a pessoa idosa, é indiscutível que a imunosenescência produz os seus efeitos mais nítidos no campo das doenças infecciosas, aumentando a suscetibilidade dos indivíduos a elas, acentuando a morbidade e mortalidade. Novas evidências indicam que as funções do sistema imune parecem ser programadas geneticamente para diminuir ao longo do tempo, levando a uma maior vulnerabilidade e a doenças. Com efeito, o processo de envelhecimento modifica progressivamente o funcionamento de todos os órgãos, levando a um declínio na qualidade de vida, a incapacidades funcionais e ao aparecimento de patologias, como por exemplo, as doenças infecciosas, autoimunes e neoplasias (Tarazona,2002).

Iremos seguidamente aprofundar a problemática na relação existente com o CVC.

1.2. Prevenção da infecção da corrente sanguínea na pessoa idosa com cateter venoso central

A infecção da corrente sanguínea (ICS) é descrita como uma infecção sistêmica que não estava presente nem em incubação no momento da admissão do doente na Unidade de Saúde. A infecção da corrente sanguínea não sendo descrita como a de maior incidência é a que atinge uma maior mortalidade devido à sua complexidade (DGS,2015).

Segundo o Programa de Vigilância Epidemiológica da Corrente Sanguínea, (2015) existem condições que predispõem a um maior risco como: Idade, patologia associada, medicação e procedimentos cirúrgicos. Muitas destas ICS estão relacionadas com a colocação e manutenção de Cateter Venoso Central (CVC).

A adoção de ações preventivas pode contribuir significativamente para uma redução/ erradicação da mesma (DGS, 2013). Estima-se que cerca de 60% das bacteremias nosocomiais sejam associadas a algum dispositivo intravascular (IPEA, 2010). A Direção Geral de saúde (2015) chama assim a atenção para a importância de avaliar e registar a presença ou ausência de CVC, tipo de acesso, envolvimento e possibilidade de remoção do mesmo.

O CVC é um dispositivo invasivo, composto de material biocompatível e lúmen oco, que cria a ligação entre o meio exterior e uma veia central, maioritariamente colocados na veia subclávia, jugular ou femoral, estando-lhe associado uma série de complicações, nomeadamente infecciosas.

Assim, são consideradas complicações infecciosas as que se relacionam com o local de inserção do cateter, assim como a infecção sistêmica que ocorre como resultado da sua presença direta e da sua frequente manipulação (Tardivo, Neto & Junior, 2008).

Como breve apontamento e considerando a géneses destes dispositivos podemos referir que a punção de vasos sanguíneos para fins diagnósticos teve a sua origem no Renascimento a quando da descoberta da circulação sanguínea. A utilização de uma pena oca de ave como recurso intravenoso nos

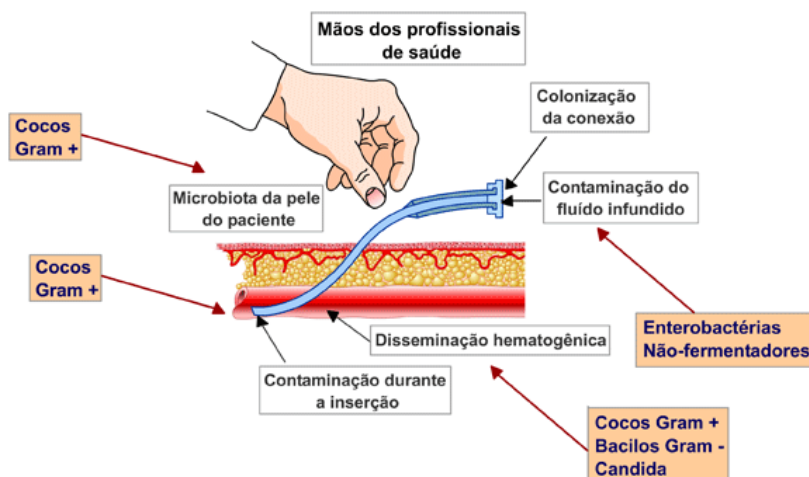
primeiros ensaios empíricos de infusão de soluções e sangue, levou a um aperfeiçoamento e em 1660 foi criado o primeiro dispositivo com ponta afiada, a agulha hipodérmica (PHILLIPS,2001). O acesso a vasos profundos por meio da veia subclávia só teve início no final da década de 40. No entanto, já desde a década de 60 que estudiosos relatam a relação da infecção com estes dispositivos.

O pioneiro no desenvolvimento das técnicas de cateterismo foi Werner Forssman, médico, que em 1956, recebeu o Prêmio Nobel de Medicina. Porém, só no final dos anos 50 se desenvolveu a técnica de cateterismo central como procedimento na prática clínica, originando um avanço nos materiais utilizados, promovendo igualmente uma contínua melhoria nas opções terapêuticas ao dispor dos doentes (Motsch, 2002).

A utilização de CVC é hoje essencial na monitorização do estado do doente assim como na administração de drogas específicas e/ou em grandes volumes o que torna quase indiscutível a sua necessidade. Contudo, se por um lado esta técnica facilita a prática de procedimentos terapêuticos, por outro, apresenta-se também como um problema nas Unidades de Saúde podendo tornar-se um fator agravante no controlo da infecção. (Machado, 1995).

Observando a patogénese da infecção da corrente sanguínea associada ao CVC, podemos verificar que esta pode decorrer do acesso de microrganismos através de vários fatores sendo os mais frequentes a migração de microrganismos da pele a quando da inserção do cateter até à contaminação direta por contatos com dispositivos, fluidos ou mãos contaminadas conforme observamos na seguinte figura.

Figura 1. Fisiopatogenia da infecção associada à inserção de CVC



Fonte: Adaptado de: Maki, D. G. – In Bennet, J.; Brachman, P.; eds. *Jospital Infectios*, 3rd ed. Boston: Little, Brown, 849-898, 1992

A patogênese da infecção associada ao cateter está relacionada com a migração dos microrganismos da pele no local de inserção cutânea do cateter e, com a colonização da ponta do cateter, a qual é a rota mais comum de infecção (Maki et al., 1977; Mermel et al., 1991; Atela et al., 1997; Donlan, Costerton, 2002). Os microrganismos que colonizam as superfícies dos cateteres venosos centrais formam uma camada de slime chamada “biofilme”, o qual acredita-se ser o responsável pela resistência aumentada dos antibióticos e de consequentes infecções (Piozzi et al., 2004)

A infecção relacionada com o cateter ocorre sempre devido à formação do biofilme. A maioria dos microrganismos envolvidos na colonização do cateter não são virulentos, mas podem causar infecção persistente, quando estão agrupados formando o biofilme (Rimondini et al., 2005).

O biofilme bacteriano nas superfícies dos cateteres venosos centrais foi visto como um foco de infecções persistentes e refratárias aos agentes antimicrobianos e defesa do hospedeiro. A colonização e formação do biofilme podem ocorrer dentro de três dias de cateterização (Anaissie et al., 1995)

Num CVC são importantes as conexões e as linhas de infusão pois servem de ligação e transporte para as terapêuticas instituídas. São também uma porta de entrada para microrganismos patogênicos, através de duas

principais formas. A primeira é a superfície externa do CVC em contacto com a pele, e a segunda o lúmen do CVC. A primeira pode resultar de uma inadequada assepsia, na preparação do doente e manipulação do material na colocação do CVC, enquanto a segunda resulta do uso de soluções contaminadas, (situação negligenciável devido ao rigoroso controlo de qualidade imposto aos fabricantes), ou de uma assepsia inadequada na preparação das soluções a administrar e manipulação das conexões existentes nas linhas de infusão do CVC (Pittet, 2004).

A colocação do CVC não está livre de complicações, independentemente da experiência de quem executa o procedimento. As complicações podem ser imediatas, e ocorrer durante o procedimento, ou podem surgir algum tempo após a inserção, sendo inerentes à sua introdução, permanência e utilização. Se não são observáveis sinais ou sintomas de complicações nos primeiros quinze minutos após colocação do CVC, não se pode assumir que o procedimento foi livre de incidentes. Muitas complicações surgem durante o procedimento e os primeiros sinais ou sintomas só são reconhecidos algumas horas ou dias depois (Motsch, 2002).

Dentro destas complicações referimos em especial a nível torácico (pneumotórax e hemotórax), resultantes da punção acidental da pleura com conseqüente entrada de ar ou sangue respetivamente e a nível infeccioso (através de má assepsia na preparação de terapêuticas e/ou manipulação do CVC) o que poderá provocar uma septicémia. O enfermeiro tem que despistar e/ou prevenir precocemente algumas das complicações intervindo rapidamente quando detetadas, diminuindo o risco para o doente.

As ICS podem ser classificadas como primárias ou secundárias a nível da sua origem. Nas primárias relacionadas com CVC deve existir hemocultura positiva, e o microrganismo isolado ser o mesmo que na ponta do cateter, sendo assim considerado o ponto de partida da ICS. Segundo a DGS (2015), são estes os critérios do ECDC de infeção da corrente sanguínea com confirmação laboratorial.

Existem ainda alguns critérios de diagnóstico de ICS relacionada com o cateter nomeadamente se o mesmo foi colocado 48 horas antes do início da infeção. Num cenário ideal, as amostras de sangue para exame cultural devem ser colhidas de pelo menos duas punções vasculares de locais anatómicos diferentes, como por exemplo veias cubitais esquerda e direita, e a obtenção de 2 a 4 colheitas de diferentes locais, que não o CVC, permitem o isolamento do agente bacteriano em mais de 95% dos casos.

O Programa de Vigilância Epidemiológica das Infeções nosocomiais da Corrente Sanguínea (PVEINCS) elucida que, com a realização de uma hemocultura existe cerca de 70% de hipótese de isolamento do microrganismo; em duas amostras o valor é de cerca de 80% a 90%; em três entre 96% a 98% e em quatro amostras é > 99%. Assim, a colheita de uma amostra única deve ser evitada uma vez que a bacteriemia pode não ser detetada. As colheitas de origem no CVC só deverão ser realizadas quando para diagnóstico de infeção relacionada com este dispositivo, devendo ser acompanhadas por uma a duas colheitas de veia periférica (PVEINCS, 2015).

Sendo a colocação de um CVC de responsabilidade médica não podemos transferir o comprometimento pelo procedimento e descurar o mesmo uma vez que compete ao enfermeiro a manutenção e controle das boas práticas tendo em vista a prevenção e controlo da infeção. Sendo um recurso privilegiado, mas não isento de complicações, o enfermeiro tem um papel importante na sua manipulação no sentido de prestar cuidados de forma criteriosa para não ser um agente facilitador de algumas complicações (Martins, 2001).

Segundo o Código Deontológico dos Enfermeiros (artigo 81), o enfermeiro assume o dever de “salvaguardar os direitos da pessoa idosa, promovendo a sua independência física, psíquica e social e o auto-cuidado, com o objetivo de melhorar a sua qualidade de vida” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p.59).

É importante realçar que, na prestação de cuidados ao doente, é o enfermeiro que maioritariamente realiza os cuidados necessários pós-colocação do cateter central e que mais vezes o manuseia, o que constitui uma oportunidade de serem estes profissionais os eleitos para contribuírem para a

redução das taxas de infecção hospitalar associadas à sua presença (Rickard C, Courtney M & Webster J. 2004).

Para que exista uma maior probabilidade de sucesso é necessário empenhar esforços no sentido de estabelecer uma relação de confiança com o idoso, o que iremos expor seguidamente.

1.3. Cuidar em parceria nas situações de infecção da corrente sanguínea associada a CVC na pessoa idosa

Como vimos anteriormente, as condições inerentes à pessoa idosa tornam-na mais suscetível de adquirir uma infecção devido à sua fragilidade, sendo vários os fatores de risco: múltiplas comorbilidades associadas, as alterações cognitivas, a desnutrição, aliadas à prescrição por vezes inadequada e prolongada de medicação antibiótica e imunossupressora, o aumento de técnicas invasivas de diagnóstico e de tratamento e os internamentos recorrentes e prolongados.

Estes fatores condicionam a qualidade de vida da pessoa idosa diminuindo-a, aumentando a sua vulnerabilidade e fragilidade, sendo causa de sofrimento humano físico e psicológico o qual poderá ser provocado pela necessidade de isolamento e que levará ao aumento da ansiedade, depressão e até mesmo à confusão.

Outra das consequências é o aumento quer da morbilidade quer da mortalidade bem como o prolongamento dos tempos de internamento e o aumento das resistências microbianas pela prescrição exagerada de antibióticos o que conseqüentemente conduz ao aumento dos custos financeiros associados aos cuidados de saúde.

Assim, é de enorme pertinência que o enfermeiro se foque em alguns pontos pertencentes a todo este processo de preparação do doente a nível físico e psicológico. O enfermeiro deve explicar o que é um CVC e o porquê da sua necessidade, assim como o procedimento do mesmo. A preparação psicológica do doente é extremamente importante.

Igualmente importante é a colaboração do doente durante e após todo este processo. Deste modo existe a necessidade de estabelecer com a pessoa idosa uma relação de parceria em todos os cuidados e procedimentos.

O processo de parceria reconhece a pessoa como parceiro de cuidados, dando-lhe a oportunidade de nos apresentar o seu projeto de vida, fazendo com que também nós nos coloquemos como parceiro da pessoa e possamos ajudar a atingir os seus objetivos. Afinal ninguém se encontra mais interessado em contribuir para a melhoria da sua situação do que a própria pessoa.

Este processo é desenvolvido através de 5 fases, revelar-se, envolver-se, capacitar ou possibilitar, comprometer-se e assumir o cuidado de si próprio ou assegurar o cuidado do outro. Todas estas fases são importantes para o conhecimento total da pessoa, razão pela qual optámos por este modelo para a orientação das intervenções de enfermagem.

A primeira fase na construção do processo de parceria designada por revelar-se, pode ser caracterizada pelo dar-se a conhecer da pessoa (do doente e do enfermeiro) como ser de projeto e de cuidados. (Gomes, 2016). A enfermeira pretende dar-se a conhecer e conhecer também a história de vida desta pessoa, o seu contexto de vida, as suas perspetivas e vontades com o objetivo de ajudar a promover o seu projeto de vida. É aqui que se criam as condições para os alicerces desta relação.

A 2ª fase de projeto de parceria, envolver-se, caracteriza-se pela criação de um espaço de reciprocidade, passando pelo estabelecimento de tempo e espaço para que se possa desenvolver uma relação de qualidade que nos permita ir ao encontro da pessoa desenvolvendo uma relação de confiança (Gomes,2016). Relativamente à 3ª fase, capacitar ou possibilitar, nela existirá a construção de uma ação conjunta no desenvolvimento de competências para agir e decidir (Gomes, 2016).

Na quarta fase do processo de parceria, comprometer-se, poderá ser vista como o desenvolvimento de esforços, conjuntos, com a finalidade de atingir os objetivos previamente definidos, para assumir ou assegurar o controlo ou a progressão do projeto de vida e saúde da pessoa idosa (Gomes, 2016). Nesta fase pretende-se promover o sentido de autonomia e independência da pessoa

idosa de forma a concretizar-se uma transição progressiva da sua capacidade. É um empenho mútuo entre a pessoa e o enfermeiro como forma de serem alcançados os objetivos traçados para a promoção dos cuidados de si.

Assumir o controlo do cuidado de si próprio ou assegurar o cuidado do outro é a 5ª e última fase do processo de parceria, pretendendo-se que o doente consegue ter controlo sobre o seu projeto de vida e saúde, esteja informado, e, portanto, capacitado para decidir qual o melhor caminho para si, conseguindo gerir a sua situação de forma a adquirir conforto e bem-estar, tendo a família um papel importante na ajuda a cuidar do próprio (Gomes, 2016).

Após o estabelecer esta relação de parceria e focando-nos no nosso objeto de estudo, torna-se pertinente efetuar educação para a saúde à pessoa idosa, nomeadamente na possibilidade de minimizar o risco de infeção associado ao CVC. Sabemos que a manipulação do cateter é necessária e inevitável, sendo uma porta de entrada no organismo proporcionando um risco elevado de septicémia, pelo que a melhor forma de o prevenir é a utilização de medidas básicas que podem diminuir para a redução do risco. Cabe também ao enfermeiro ensinar o doente, quando possível, a minimizar este risco. Este ensino passa por informar sobre: necessidade de manter o penso do CVC limpo, seco e íntegro; o cuidado com linhas infusoras, evitando manipulações ou movimentos bruscos que possam exercer pressão ou tração sobre o CVC e afetar o seu funcionamento, durante o repouso no leito e/ou na deambulação pelo serviço.

2. METODOLOGIA

Neste capítulo iremos descrever o tipo de metodologia utilizada, tendo em conta a concretização do projeto de estágio que desenvolvemos visando o desenvolvimento de competências de enfermeira especialista e mestre nos cuidados à pessoa idosa, nomeadamente na prevenção da infeção associada a correte sanguínea.

Segundo o Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista este presta cuidados à pessoa na área da promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, possuindo conhecimentos aprofundados que lhe permitem dar resposta de forma adequada às dificuldades das pessoas, através do julgamento clínico e da tomada de decisão, tendo em conta as suas respostas aos processos de vida e aos problemas de saúde (OE,2011).

O enfermeiro especialista, na área da Pessoa Idosa, desenvolve competências para cuidar das pessoas idosas em situação de doença crónica e crónica agudizada e sua família nos vários contextos onde estão inseridos (ESEL, 2015).

Enquanto mestre, o enfermeiro desenvolve competências que permitam uma maior capacidade de análise do conhecimento existente, que sustenta a prática baseada na evidência, com capacidade de análise nas várias dimensões como a ética, política, social e económica da prática de enfermagem, assim como o desenvolvimento de projetos inovadores que promovam a reflexão, análise e mudança de práticas de enfermagem (ESEL, 2014).

Atendendo à finalidade deste projeto, e efetuando uma análise às competências atuais, de acordo com Benner (2001), consideramos que nos encontramos no nível de competente.

De acordo com a problemática definida foram inicialmente traçados objetivos a atingir. Estes pretendiam o desenvolvimento de competências pessoais e profissionais na intervenção à pessoa idosa e família, assim como o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem tendo em vista

uma mudança de práticas numa situação/intervenção de enfermagem específica.

Assim, optámos por uma metodologia de projeto, que assenta numa investigação de um problema real, e na conseqüente construção e implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução, encontrando-se o seu nível de desenvolvimento muito próximo da investigação-ação. (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010). Esta metodologia pressupõe iniciativa, inovação e participação de todos os envolvidos na mudança pretendida, baseia-se não só na investigação de um problema, mas também, na intervenção e estabelece uma relação de dinâmica entre a teoria e a prática (Ruivo et al., 2010).

Esta metodologia prevê a participação de todos os envolvidos na mudança pretendida, e desenvolve-se em cinco etapas: diagnóstico da situação, definição de objetivos, planeamento das atividades, execução das atividades planeadas, avaliação e divulgação dos resultados através de um relatório (Ruivo et al, 2010). Estas etapas embora bem definidas não se desenvolvem de uma forma linear, pois as mesmas por vezes entrecruzam-se.

A identificação do problema existente na prática, a determinação dos objetivos para a resolução do mesmo, e a definição das estratégias e atividades a desenvolver e seus indicadores de avaliação e recursos necessários, foram etapas desenvolvidas e adaptadas à realidade de cada contexto, tendo em conta os recursos disponíveis.

Para a implementação do projeto, foram asseguradas as autorizações necessárias para a sua realização, pela Direção de Enfermagem, pelas Srs. Enfermeiras Chefes, pelos Diretores clínicos dos diversos serviços, pela Comissão de Ética e pelo Conselho de Administração do hospital.

No desenvolvimento deste projeto foram assegurados os direitos fundamentais dos diversos participantes, tendo sido devidamente informados da situação, assegurando o anonimato e confidencialidade, tendo o cuidado de informar sobre a temática envolvida, seus objetivos, respeitando a sua escolha, decisão e privacidade, intervindo apenas com o seu consentimento,

assegurando a sua liberdade de escolha e participação, assim como o direito de revogação.

Foi então necessário conhecer a situação do serviço nos seus diversos componentes.

Diagnóstico da situação: O serviço de Cirurgia Geral foi o contexto escolhido para a implementação do projeto pelo facto de este ser palco de diversos fatores de risco que são inerentes a um serviço cirúrgico, como é o caso dos procedimentos e técnicas invasivas para tratamento e diagnóstico ou mesmo a necessidade de prescrição de antibióticos, por vezes exagerada e prolongada, no pós-operatório imediato. Este é composto por 54 camas distribuídas por 2 espaços físicos. A taxa de pessoas idosas internadas a quando da realização do projeto era relativamente elevada (43,8% em 2015, 49,37% em 2016). Em 2015 foram internados 1920 doentes, dos quais 841 se tinham 65 ou mais anos. Da totalidade destas pessoas idosas foram identificados 59 doentes com infeção o que corresponde a uma taxa de 7,1%. Já em 2016 a totalidade dos doentes internados foi de 2404 com um total de 1187 com idades superiores a 65 anos, tendo sido identificados 73 doentes com infeção o que correspondeu a uma taxa de 6,14 % de infeção. No entanto se relacionarmos a infeção da corrente sanguínea destes dois anos com o numero total de pessoas idosas infetadas, em 2015, temos 59 infetados, 29 com ICS o que corresponde a uma taxa de 49,1%. Já em 2016 temos um total de 73 infetados sendo 39 com ICS o que nos dá uma percentagem mais elevada de 53,42%.

Segundo a Line list fornecida pelo CGL-PPCIRA, podemos identificar como infeções mais frequentes, no serviço de Cirurgia Geral, a infeção da corrente sanguínea com 49,1% em 2015 e 53,42% em 2016.

Deste modo pareceu pertinente desenvolver um projeto na área em questão com a finalidade de reduzir a infeção que maioritariamente foi encontrada para podermos contribuir para a melhoria dos cuidados prestados pelos enfermeiros, tentando que resulte num benefício para o doente e toda a população em geral.

Importa também referir que neste hospital se encontra em desenvolvimento um estudo que visa caracterizar, reduzir e prevenir de forma

sustentada as Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS). Este estudo encontra-se em evolução no serviço de Neurocirurgia tendo sido devidamente aprovado pela Comissão de Ética e pelo Conselho de Administração do Hospital, pretendendo-se a aplicação do mesmo a outros serviços. Este projeto está a ser desenvolvido em parceria com a UNIDEMI (Unidade de Investigação e Desenvolvimento em Engenharia Mecânica e Industrial) e com a UI&DE (Unidade de Investigação e Desenvolvimento em Enfermagem) da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Tendo em conta que uma das investigadoras do referido estudo é a Professora Doutora Idalina Gomes que é concomitantemente a orientadora deste projeto e ao exercer funções num serviço cirúrgico em que o estudo ainda não se encontra em desenvolvimento julgamos ser uma mais-valia, uma oportunidade de progresso neste contexto.

Definição de objetivos: visando a problemática apresentada definimos objetivos (Apêndice III) tendo como gerais os seguintes:

1. Desenvolver competências como enfermeira especialista, no cuidado em parceria à pessoa idosa/família, nomeadamente na intervenção de prevenção e controlo da infeção da corrente sanguínea associada ao cateter venoso central.
2. Promover o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem, no cuidado em parceria à pessoa idosa/família, nomeadamente na intervenção de prevenção e controlo da infeção da corrente sanguínea associada ao cateter venoso central.

Pretendemos analisar e implementar práticas de cuidados relativas à prevenção e controlo da infeção, sensibilizando os profissionais de saúde para a necessidade de mudança dessas mesmas práticas, utilizando estratégias orientadas para o conhecimento (educação, implementação de feixes de intervenção) e estratégias viradas para o comportamento (como estratégias facilitadoras para remoção de bloqueios e resistência à mudança).

Assim e seguindo a norma 022/2015 da DGS (2015) desejámos implementar os feixes de intervenção de prevenção de infeção relacionada com CVC no serviço de Cirurgia Geral. Estes feixes de intervenção, designados por Bundles, são um conjunto de intervenções que devem ser cumpridas em

conjunto promovendo melhor resultado do que o efeito de cada uma individualmente e têm como objetivo assegurar que os doentes recebam tratamentos e cuidados recomendados e baseados na evidência, de uma forma consistente. Para melhor compreensão dos mesmos elaborámos um esquema como forma de leitura mais rápida, que passamos a apresentar adaptado da norma anteriormente referida.

Figura 2: Feixe de intervenções no momento de colocação do CVC

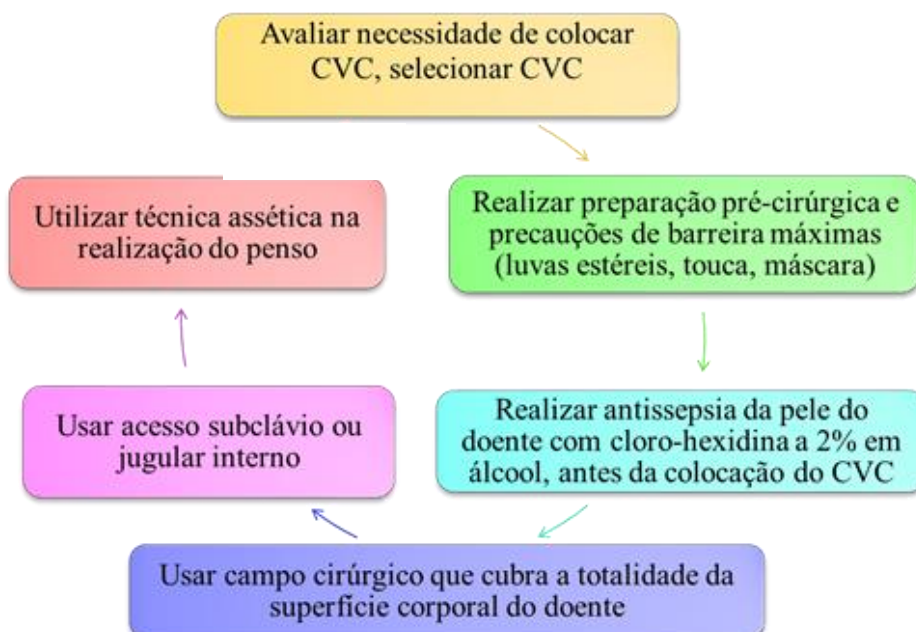
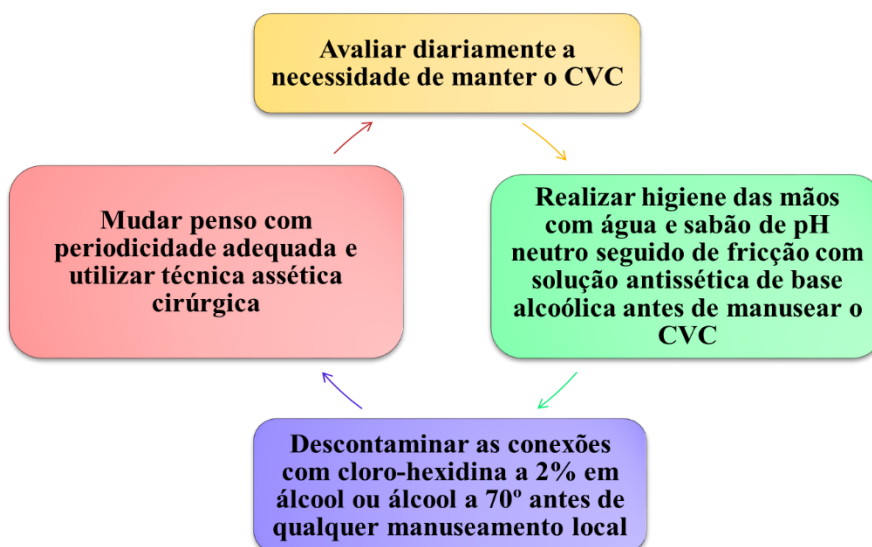


Figura 3: Feixe de intervenções na manutenção do CVC



3. IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO E REFLEXÃO SOBRE AS ATIVIDADES E APRENDIZAGENS REALIZADAS PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Neste capítulo apresentamos as atividades desenvolvidas durante o período de 26 de setembro de 2016 a 12 de fevereiro de 2017, tendo como objetivo geral o desenvolvimento de competências como enfermeira especialista e mestre no cuidado em parceria à pessoa idosa/família, nomeadamente na intervenção de prevenção e controlo da infeção da corrente sanguínea associada ao cateter venoso central e foi realizado em dois contextos distintos: na área de prestação de cuidados de saúde primários e cuidados diferenciados.

Iremos apresentar separadamente as atividades e aprendizagens realizadas, em cada um dos contextos, para o desenvolvimento de competências com vista a uma melhor exposição e compreensão.

3.1. Atividades e aprendizagens realizadas para o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista e mestre no cuidado à pessoa idosa em contexto de cuidados de saúde primários

Devido à carência de conhecimentos sobre o trabalho desenvolvido pelos enfermeiros a nível comunitário e de acordo com o planeamento efetuado, realizámos de 24 de outubro 2016 a 18 de novembro de 2016 um estágio numa Unidade de Cuidados na Comunidade – UCC. Esta unidade específica surgiu como resposta à política de Reforma da Saúde ao nível dos Cuidados de Saúde Primários (Dec. Lei Nº 28/2008 de 22 de fevereiro; Despacho nº 101/430 de abril de 2009), nomeadamente na organização das Unidades Funcionais dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) e tem como objetivo contribuir para a melhoria do estado de saúde da população numa área geográfica de intervenção definida.

É constituída por uma equipa multiprofissional e desenvolve a sua atividade no âmbito comunitário num concelho da margem sul do tejo. Tem por missão a execução de atividades que visam o bem-estar e o desenvolvimento

da comunidade, no âmbito da proteção e promoção da saúde e dirigidas ao indivíduo/família na prestação de cuidados de saúde e de apoio psicológico e social. Abrange uma área geográfica de aproximadamente 70 Km² sendo considerado um dos concelhos mais envelhecidos da Região de Lisboa e vale do Tejo.

Durante este estágio formulámos como objetivos: Aprofundar conhecimentos sobre a pessoa/família, suas necessidades e especificidades de cuidados e intervir como enfermeiro especialista em parceria com a pessoa idosa, na capacitação da mesma, visando a promoção do cuidado de si.

No desenrolar das 4 semanas de estágio na UCC tivemos oportunidade de vivenciar experiências que nos obrigaram a refletir sobre as nossas práticas de cuidados quotidianos. Todas as atividades desempenhadas por esta equipa de enfermeiros revelam na sua complexidade o modelo de parceria estudado. Existe em todas as atividades planeadas e realizadas a atenção especial em estabelecer uma relação de parceria com o doente/família.

Segundo Gomes (2016), parceria pode ser descrita como um processo dinâmico negociado por duas partes em conjunto, doente/família e enfermeiro, aproveitando saberes, o querer e sentir de cada um, respeitando as crenças e saberes no propósito de alcançar um objetivo comum. São 5 as etapas para a promoção do cuidado de si: revelar-se; envolver-se; capacitar/possibilitar; comprometer-se; assumir o cuidado de si ou assegurar o cuidado do outro.

Estas etapas embora sejam, por lógica, sequenciais não são necessariamente estanques podendo a qualquer altura existir necessidade de retroceder no processo e alterar as intervenções inicialmente programadas para atingir o objetivo. Desde o primeiro momento em que o enfermeiro se dá a conhecer e procura conhecer o potencial de desenvolvimento da pessoa idosa, seus objetivos e anseios (1ª fase) até à conclusão do processo, nomeadamente quando a pessoa idosa/família está capacitada para assumir o controlo do cuidado de si mesmo (5ª fase) é um processo moroso, mas com benéficos para todos os envolvidos.

Ao longo deste estágio pudemos verificar que todas as fases do processo de parceria eram tidas em conta nos cuidados prestados. Tivemos oportunidade de acompanhar a equipa em primeiras visitas o que nos permitiu colaborar no processo de parceria desde o seu início e em todas as suas fases. A primeira fase, revelar-se, foi colocada em prática nas admissões realizadas pela equipa com a apresentação de todos os elementos, tornando a segunda visita mais facilitadora denotando que o prestador de cuidados e o próprio se recordavam do nosso nome e se mostravam afáveis e com receção muito calorosa, dando continuidade à fase seguinte do envolvimento necessário para que o processo de parceria se desenvolva. Constatámos que o próprio/família nos davam a conhecer a sua história de vida tão facilmente como por exemplo através de uma visita guiada pelas fotos expostas. Proporcionado assim, de forma simples e quase natural, o envolvimento do doente/cuidador/enfermeiro, determinante para o sucesso deste processo.

Na fase de capacitar/possibilitar é de referenciar o esforço da equipa, que sem fisioterapeuta, por motivo de baixa, faz ensino e ajuda em todas as áreas necessárias. O tempo que todos nós profissionais reclamamos como pouco para o desenvolvimento de todas as atividades não pareceu ser fator condicionador desta equipa. O que importa é o doente/família e que em todo este tempo exista espaço para que seja feita a educação para a saúde necessária e se treinem todas as atividades diárias possíveis, mas mais importante ainda é que tudo isto é feito ao ritmo da pessoa idosa e família e não do profissional.

No início, possivelmente por nos encontrarmos formatados com outros padrões de atuação a nível de cuidados diferenciados, uma vez que no contexto hospitalar persiste a ideia de fazer pelo outro e substituí-lo, sem tentar perceber se ele é capaz de realizar a tarefa sentimo-nos impelidos a realizar a atividade pelo próprio.

Percebemos também que é recíproco todo este trabalho, pois o doente/cuidador também se compromete e executa todas as orientações que lhe são fornecidas, nomeadamente no que diz respeito às ações que visam a sua autonomia. De referir que, deste modo, se torna grato o trabalho realizado por esta equipa pois capacita a pessoa doente e família para assumirem o cuidado de si. Em alguns casos que acompanhámos durante estas semanas pudemos

constatar que, de início era o cuidador que se comprometia e assumia o cuidado do outro, quando existia potencial o próprio doente progressivamente assumia o seu cuidado dentro dos seus limites possíveis e realizáveis.

Importante salientar que esta equipa não termina o seu apoio a quando do falecimento do doente pois é sempre programado acompanhamento ao cuidador do falecido durante o tempo necessário com o que designam de visitas de luto.

Foi também realizado um estudo de caso em contexto domiciliário (Apêndice I) que nos permitiu desenvolver competências de escuta ativa, comunicação e conhecimento nas áreas relacionais com a pessoa idosa, assim como o desenvolvimento do processo de parceria.

Este estágio possibilitou ainda desenvolver competências na área de enfermeira especialista e mestre, nomeadamente no cuidar de pessoas idosa e família em situação de doença crónica e/ou paliativa em contexto extra-hospitalar, agindo como elemento integrado da equipa multidisciplinar mobilizando conhecimentos científicos, técnicos e éticos no cuidar em enfermagem, tendo em vista a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Foram ainda desenvolvidas competências específicas no agir como perita na área de prestação de cuidados de enfermagem à pessoa idosa e seus cuidadores, agindo como dinamizadora na capacitação da pessoa idosa, nomeadamente na área do ensino e reabilitação (particularmente no treino de marcha) dinamizando a construção de saberes da pessoa idosa e/ou cuidador.

Outro objetivo específico que tínhamos proposto era identificar conhecimentos e práticas da equipa de enfermagem acerca da prevenção e controlo das ICS relacionada com cateter venoso central na pessoa idosa. Não se encontraram doentes com CVC a nível domiciliário. Esta intervenção ou os doentes que necessitam destes cuidados são acompanhados pela equipa de cuidados continuados da instituição. Desta forma e sem possibilidades de reconhecer os conhecimentos da equipa da UCC relativamente ao tema proposto, foi efetuada observação das práticas a nível mais global nomeadamente o que concerne aos conhecimentos e intervenções executadas

no que respeita às precauções básicas de controlo de infeção e realizada uma sessão de formação (Apêndice II).

A equipa que acompanhámos ao longo das 4 semanas demonstra uma grandeza de cuidados no que concerne ao respeito pela individualidade dos cuidados prestados assim como ao estabelecimento de relação de parceria com os intervenientes.

3.2. Atividades e aprendizagens realizadas para o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista e mestre no cuidado à pessoa idosa em contexto de cuidados diferenciados

Neste subcapítulo iremos descrever as atividades desenvolvidas durante o período de 26 de setembro de 2016 a 12 de fevereiro de 2017 num serviço de cuidados diferenciados.

O serviço onde realizamos o estágio, é o mesmo onde exercemos funções o que se revelou numa mais valia devido ao conhecimento do mesmo. É constituído por dois espaços físicos e apresenta uma lotação de 54 camas das quais 8 são de cuidados intermédios. Tem por missão prestar cuidados diferenciados e dedica-se ao diagnóstico e tratamento de doenças passíveis de abordagem por procedimentos cirúrgicos. Disponibiliza as seguintes consultas: Cirurgia Geral; Estomaterapia; Pé Diabético e Proctologia Cirúrgica. Desenvolve ainda atividades pedagógicas, nas áreas de ensino médico e de enfermagem, pré e pós-graduado, além de investigação clínica predominantemente nas áreas de patologia da parede abdominal, da patologia digestiva e oncológica em geral e da colo-rectal em particular.

3.2.1. Desenvolvimento de competências como enfermeira especialista e mestre no cuidado em parceria à pessoa idosa/família, nomeadamente na prevenção e controlo da infeção da corrente sanguínea associada ao CVC

Com a finalidade de desenvolver competências de enfermeira especialista e mestre nos cuidados à pessoa idosa/família na prevenção da infeção associada a CVC, foi realizada uma revisão baseada nos princípios da revisão scoping (Apêndice IV) para preencher os conhecimentos e colmatar as falhas a nível do conhecimento científico. Surgiu para dar resposta ao objetivo específico

inicialmente proposto “Aprofundar conhecimentos sobre a prevenção e controlo da infeção nomeadamente na infeção associada à corrente sanguínea” tendo por base a questão “Quais as intervenções para a prevenção da infeção da corrente sanguínea associada ao cateter venoso central na pessoa idosa em contexto hospitalar?”. Tivemos por base a metodologia de Joanna Briggs Institute(ano)

Globalmente pudemos constatar da análise dos artigos que existe evidência de um défice de conhecimentos sobre a prevenção da infeção da corrente sanguínea associada ao CVC por parte dos profissionais de saúde (Koutzavekiaris, I et al.,2011). A não aplicação de medidas preventivas mostrou-nos a presença de um aumento das taxas de infeção relacionadas com esta infeção (Pina, Elaine et al., 2010). Pudemos constar também a importância dos feixes de intervenção descritas pela DGS no controlo da infeção estudada (Brachine, JDP et al., 2012; Santos, SF et al., 2014; Perin, D et al., 2016).

A realização da revisão da literatura tornou possível o desenvolvimento de competências pessoais a nível de investigação pela aquisição de novos conhecimento, relativamente a metodologias de investigação secundarias e fundamentação da prática de cuidados para uma melhoria continua da qualidade dos mesmos tendo por base a melhor evidência científica para permitir, sempre, a segurança da pessoa idosa sujeita a cirurgia.

Outra atividade que também contribui para o desenvolvimento de competências no âmbito da investigação foi a participação num concurso realizado pelo Angelini University Award 2016/2017 subordinado ao tema produtos e serviços para combater resistências a antibióticos que contou com 62 inscrições de 2014 candidatos de 30 universidades e politécnicos de Portugal. Após a avaliação dos projetos submetidos a concurso foram selecionados 16 projetos semifinalistas dos quais o nosso projeto foi escolhido para apresentação. Este evento decorreu no Museu do Oriente, Lisboa, no dia 18 de outubro de 2017.

É necessário que os profissionais de saúde estejam disponíveis à mudança de práticas, que não se limitem a serem simples executores e não tenham a pretensão de que são os únicos conhecedores do que é melhor para

o interveniente mais importante que é a pessoa idosa. Na verdade, o enfermeiro nem sempre reconhece a pessoa idosa como responsável pelo seu próprio projeto de vida e de saúde. A tomada de decisão parte quase sempre do enfermeiro que se limita a executar as indicações clínicas ou os planos de cuidados sem escutar o próprio. Torna-se necessário que o doente se invista de poder (empowerment) e que estabeleça processos de tomada de decisão sobre a sua saúde e estilos de vida. Para Gomes (2007) isto pressupõe o consentimento informado, o respeito pelo outro e o assumir que o doente tem o direito de participar nos seus cuidados.

Na área da prestação de cuidados de saúde o conceito de cuidado centrado na pessoa tem-se tornado relevante especialmente no âmbito dos cuidados diferenciados de enfermagem. Segundo McCormack & McCance (2006) a abordagem centrada na pessoa compreende quatro pré-requisitos que se centram nos atributos do enfermeiro, no ambiente de cuidados, nos processos centrados na pessoa e, por fim, nos resultados expectáveis, devendo garantir a inter-relação entre si permitindo atingir os resultados do cuidado centrado na pessoa: satisfação com os cuidados, envolvimento no cuidado, sensação de bem-estar e criação de uma cultura terapêutica.

Assim, o enfermeiro deverá ser profissionalmente competente com competências interpessoais e de comunicação, estabelecendo um compromisso com a profissão, ter clareza das suas crenças e valores e autoconhecimento, devendo existir a combinação de competências, os sistemas facilitadores da tomada de decisão, a relação entre os profissionais e sistemas de suporte organizacional. No processo de cuidados centrado no doente o enfermeiro deverá ser uma presença simpática e empenhada, respeitando as suas crenças e valores de forma a ajudar na tomada de decisão satisfazendo assim as suas necessidades esperando uma satisfação com os cuidados, estabelecendo-se um envolvimento como forma de atingir um bem-estar e ambiente terapêutico.

Estas atividades, apoiadas em processos de comunicação eficazes, estão profundamente ligadas à tomada de decisão partilhada, imprescindível na adesão terapêutica, envolvendo um processo de negociação que tem em conta os valores do indivíduo e legitima a tomada de decisão (McCormack & McCance,

2006, p.476). O papel da enfermagem centrada na pessoa é, como refere McCormack (2003), estar presente, oferecendo conhecimentos práticos e suporte pessoal, o que é de extrema importância pois, permite melhorias na área da saúde e a satisfação nos cuidados agregando as perspectivas dos doentes e o seu envolvimento nos cuidados, tal como nos referem SilowCarroll, Alteras, & Stepnick (2006),

Tendo como base o objetivo específico de intervir como enfermeiro especialista em parceria com a pessoa idosa, na capacitação da mesma, visando a promoção do cuidado de si utilizámos na nossa prática o Modelo de Intervenção em Parceria para um planeamento de intervenções estruturadas e direcionadas para a pessoa idosa. A hospitalização é, na maioria das vezes, uma situação por si só traumatizante. O doente deixa literalmente tudo o que é natural na sua vida diária e como que é “encarcerado” num ambiente muito generalista, cheio de regras e procedimentos. Nada disto se pretende, mas é assim que a maioria das pessoas idosas se sentem e que em alguns momentos nos transmitem. Se é importante o processo de parceria em todos os doentes é então de importância vital que o façamos com a pessoa idosa que se vê “arrancada” de sua casa, “despida” dos seus pertences, em que a única realidade é a de acreditar que tudo faremos para que regresse rapidamente ao seu lar, tendo em vista a capacitação do próprio ou do outro que assuma o cuidado de si.

O processo de parceria tem como finalidade o reconhecer a pessoa como parceiro de cuidados, dando-lhe a oportunidade de nos apresentar o seu projeto de vida, fazendo com que também nós nos coloquemos como parceiro da pessoa e possamos ajudar a atingir os seus objetivos. Afinal ninguém se encontra mais interessado em contribuir para a melhoria da sua situação do que a própria pessoa.

Para o desenvolvimento deste processo de parceria e tendo por base os trabalhos de Gomes (2009,2013,2016) contámos com a ajuda das reuniões de orientação tutorial para discussão e aperfeiçoamento do mesmo, assim como a elaboração de um estudo de caso em contexto hospitalar (Apêndice V).

Para conhecimento global da pessoa idosa em estudo efetuámos uma avaliação multidimensional da mesma, recorrendo a pesquisa de instrumentos

de avaliação geriátrica, tendo sido utilizado o do Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (GERMI, s.d.). Neste sentido tornou-se pertinente a elaboração de um guião de colheita de dados com base nas diversas fases do modelo de intervenção em parceria (Apêndice VI) o que nos permitiu um maior conhecimento da pessoa idosa em estudo assim como a adequação das atividades de enfermagem necessárias.

Mantendo por base os objetivos anteriormente estabelecidos e com vista ao desenvolvimento de competências e articulação de conhecimentos na implementação do feixe de intervenções para a prevenção da ICSACVC realizámos um estágio de duração de 2 semanas (10 a 21 de outubro 2016) no GCL-PPCIRA do hospital, dando resposta a uma das atividades propostas, visando a observação do trabalho realizado pelos seus elementos e como forma de articular depois no serviço a implementação das intervenções na prevenção e controlo da infeção.

Durante o estágio foi possível observar e participar em algumas atividades desenvolvidas por este grupo nomeadamente em formações realizadas para os elementos dinamizadores dos diversos serviços com a finalidade de aumentar os conhecimentos referentes à prevenção da infeção. No que respeita à norma da DGS nº 022/2015 relativa à implementação dos feixes de intervenção na prevenção e controlo de infeção da corrente sanguínea associada ao cateter venoso central, não foi possível a revisão da norma existente no hospital em articulação com GCL-PPCIRA.

No sentido de melhor compreender a aplicação e desenvolvimento desta norma, foi efetuado um estágio com o objetivo de aprofundar conhecimentos sobre a implementação dos feixes de intervenção em um outro hospital da margem sul do Tejo. Neste hospital encontra-se em evolução o projeto Stop Infeção Hospitalar em parceria com a Fundação Calouste Gulbenkian e o Ministério da Saúde com a orientação técnico científica do Institute for Healthcare Improvement.

3.2.2. Desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem, no cuidado em parceria à pessoa idosa/família, nomeadamente na prevenção e controlo da infeção da corrente sanguínea associada ao CVC

Para aprofundamento do diagnóstico da situação recorreremos à observação das práticas de colocação e manutenção do cateter durante um período de 2 semanas.

Importante referir que em virtude de os doentes do serviço serem maioritariamente internados para cirurgia programada e/ou entrarem no serviço em situação de pós-operatório imediato constatámos um elevado número de colocação de cateteres venosos centrais no bloco operatório a quando da cirurgia pelo que o número de colocações no serviço é mais reduzido do que o numero efetivo de cateteres existentes. Assim observámos, durante 1 semana, um total de 5 colocações de cateter no serviço e realizámos 10 observações de manutenção de cateteres existentes no serviço. A observação da prática teve em conta a grelha de observação apresentada pela DGS na norma nº 022/2015 que incide nos pontos que a seguir se discriminam e que representam, em percentagem, o numero de observações em conformidade:

Gráfico 1. Monitorização das medidas preventivas de infeção relacionada com colocação de CVC

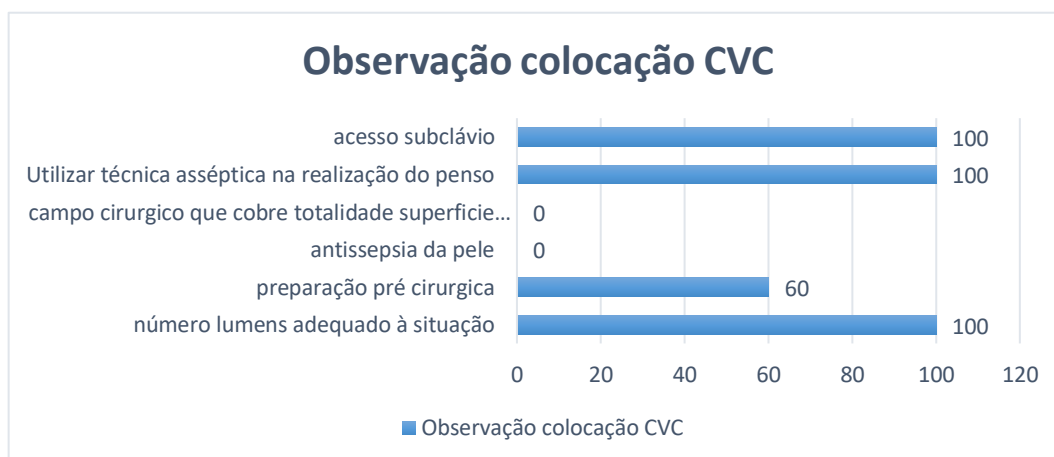
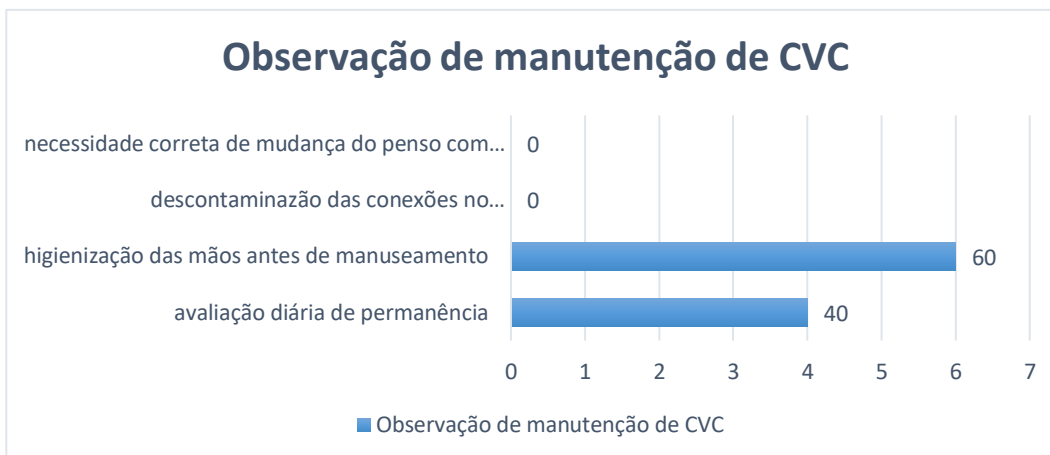


Gráfico 2. Monitorização das medidas preventivas de infeção relacionada com manutenção de CVC



Tornou-se ainda importante a elaboração de um questionário (apêndice VII) à equipa para saber quais os conhecimentos efetivos no que concerne à prática referida, tendo em vista a possível necessidade de formação à equipa com o objetivo de desenvolvimento de boas práticas.

Foram realizados questionários aos enfermeiros e optou-se pela observação da prática clínica dos médicos por dificuldades de obter resposta aos questionários por parte dos médicos.

Após análise dos questionários verificámos que, dos inquiridos existia conhecimento sobre os itens do algoritmo clínico nas seguintes percentagens

Gráfico 3. Conhecimentos da equipa de enfermagem acerca do feixe de intervenções para prevenção Infeção da corrente sanguínea associada a CVC



Com vista ao desenvolvimento de competências e articulação de conhecimentos na implementação do feixe de intervenções para a prevenção da ICSACVC realizámos um estágio de duração de 2 semanas (10 a 21 de outubro 2016) no GCL-PPCIRA do hospital visando a observação do trabalho realizado pelos seus elementos e como forma de articular depois no serviço a implementação das intervenções na prevenção e controlo da infeção.

Durante o estágio foi possível observar e participar em algumas atividades desenvolvidas por este grupo nomeadamente em formações realizadas para os elementos dinamizadores dos diversos serviços com a finalidade de aumentar os conhecimentos referentes à prevenção da infeção.

Assim, e tendo em vista a aplicação dos feixes de intervenção da prevenção da ICS foi importante a articulação com outros serviços para que se pudessem criar as condições necessárias à aplicação dos mesmos. Foi pedido ao serviço de aprovisionamento a colocação em stock de serviço, de campos cirúrgicos com as dimensões adequadas para cobrir a superfície total do doente durante a colocação do CVC. Foi também realizado contacto com os serviços farmacêuticos do hospital para a introdução de Clorohexidina a 2% corada (para a marcação de campo cirúrgico a quando da introdução do cateter) assim como a solução alcoólica de Clorohexidina a 2% para desinfeção dos acessos e conexões a quando do manuseamento do cateter. Todos os materiais requisitados foram prontamente inseridos nos níveis de stock do serviço estando então disponíveis para consumo.

Foi colocada a Clorohexidina para desinfeção dos acessos do cateter em pontos estratégicos do serviço, em cada unidade do doente na unidade de cuidados intermédios e em cada carro de administração de terapêutica, como forma de minimizar as dificuldades de acesso dos profissionais.

Tendo em vista o objetivo de contribuir para o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem, nomeadamente na intervenção de prevenção e controlo da infeção da corrente sanguínea associada ao cateter venoso central, apresentámos a análise dos questionários em sessão formativa (Apêndice VIII). Foi também realizada ação de formação para apresentação do

projeto em desenvolvimento (Apêndice IX). E pedimos à equipa a colaboração na implementação dos feixes de intervenção referentes à prevenção das ICS.

De referir que se estabeleceram alguns pontos norteadores essenciais à segurança do doente no que concerne à prevenção da infeção nomeadamente no fato de, sempre que possível, ser atempadamente programada a necessidade de colocação de cateter venoso central, dando possibilidade à equipa de assegurar a disponibilidade dos recursos humanos necessários ao procedimento assim como todo o material.

Outra das atividades desenvolvidas foi a execução de um kitt e a elaboração de uma lista de material indispensável à colocação de cateter venoso central, o que permite utilizar como Checklist (apêndice X) a quando da preparação de material necessário. Também a elaboração de um cartaz colocado em local visível no serviço se tornou mais facilitador para o conhecimento do algoritmo clínico da ICS (apêndice XI).

Nos registos clínicos que realizamos diariamente, no sistema informático Sclínico, o perfil de enfermagem apenas pode selecionar a atitude terapêutica “cateterismo central” tendo apenas como intervenções de enfermagem otimizar cateter venoso central e executar tratamento ao local de inserção do cateter. Representa uma lacuna nos registos visto pouco nos dizer sobre as intervenções necessárias à manutenção do mesmo que nos são apresentadas pela norma da DGS (2015).

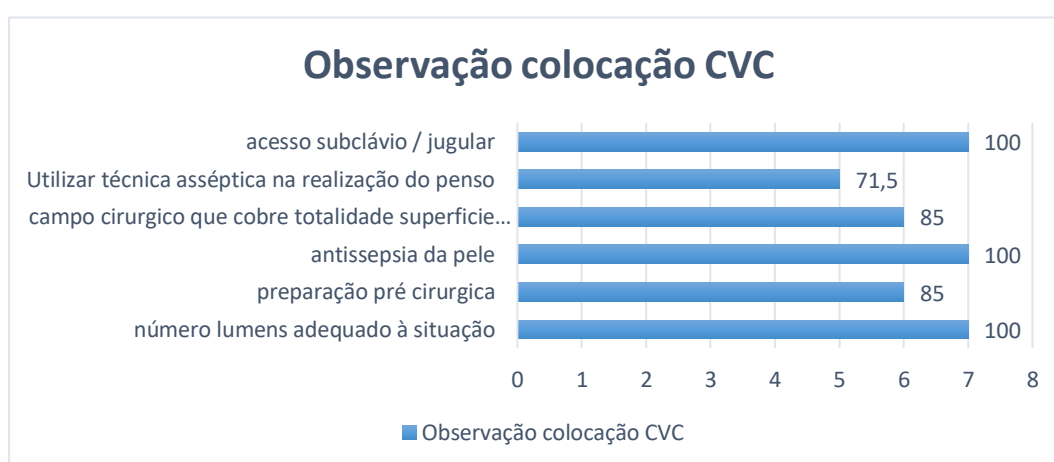
Foi feito contato com o grupo coordenador responsável pela parametrização das intervenções com vista à possibilidade de alteração e inclusão de algumas intervenções necessárias do algoritmo clínico como forma de dar resposta aos cuidados de enfermagem necessários à prevenção da ICS. Aguarda-se assim a possibilidade de alteração da parametrização destes registos.

Foi também nosso objetivo mostrar as mudanças ocorridas nas práticas dos cuidados de enfermagem na prevenção da ICS, bem com perspetivar possibilidades de continuidade para o futuro.

Assim, dando tempo e espaço para que todas as informações fossem assimiladas, e após a obtenção de todos os materiais necessários e anteriormente requisitados se encontrarem disponíveis no serviço, tomou-se a decisão de fazer nova auditoria às práticas clínicas para avaliação das medidas implementadas.

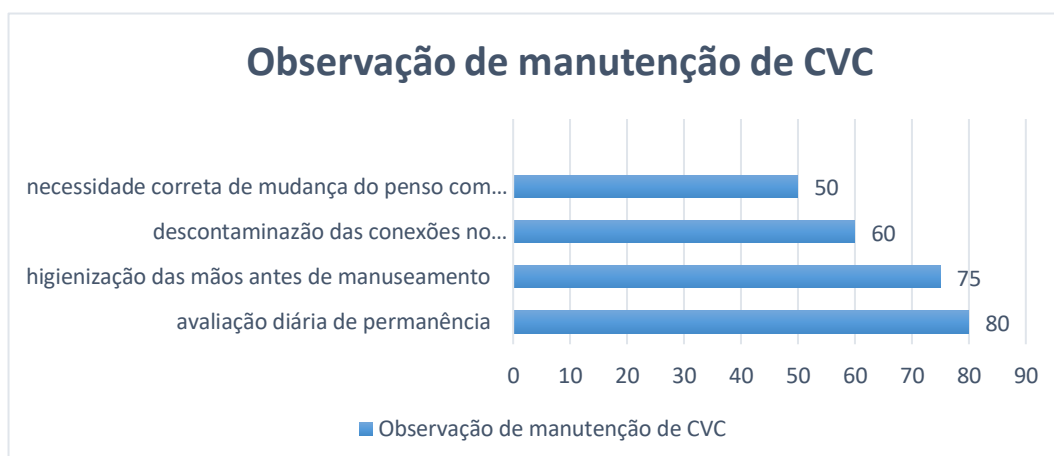
Podemos avaliar que das 7 observações efetuadas na colocação de CVC, se encontravam em conformidade as apresentadas no seguinte gráfico:

Gráfico 4. Monitorização da implementação das medidas preventivas de infeção na colocação de CVC



Podemos também constatar que das 20 observações efetuadas na manutenção de CVC, se encontravam em conformidade, apresentadas em percentagem no seguinte gráfico:

Gráfico 5. Monitorização da implementação das medidas preventivas de infeção na manutenção do CVC



Após as observações e ao serem inquiridos os intervenientes encontrámos alguns obstáculos à aplicação da norma pela resistência à mudança, tendo sido referido pelos mesmos a tentativa de empenho futuramente.

Uma das situações menos executada, desinfeção das torneiras e acesso a quando da administração terapêutica, foi para nós mais preocupante em virtude de sentirmos necessidade de introduzir medidas corretivas facilitadoras de mudança, tendo em vista a melhoria dos resultados. Desta forma, e na tentativa de melhorar o desempenho dos enfermeiros do serviço nesta problemática, foi elaborada uma informação interna, com o apoio da enfermeira chefe do serviço, tendo em vista a melhoria das práticas e como forma de ultrapassar as adversidades. Ficou então acordado de que a desinfeção das conexões dos prolongamentos dos cateteres não se restringia ao CVC, mas a todos os acessos existentes (centrais ou periféricos) a quando do manuseamento dos mesmos. Desta forma não existia a necessidade de verificar que tipo de acesso o doente tinha, tornando-se uma prática geral no manuseamento do mesmo.

Para facilitar a colocação do CVC e para reduzir o tempo necessário à preparação do material, foram disponibilizados no serviço kits de colocação de CVC com todo o material necessário à sua colocação e com a respetiva Checklist.

4. REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS E IMPLICAÇÕES DO PROJETO PARA A PRÁTICA DE CUIDADOS

Ao concluirmos este relatório torna-se necessária a reflexão sobre as competências adquiridas e sobre todo o trabalho desenvolvido tendo em conta o que nos permitiu crescer pessoal e profissionalmente.

Demonstrámos a aquisição de competências em várias vertentes nomeadamente no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, praticando um exercício seguro, profissional e ético, na tomada de decisão ética na estratégia de resolução de problemas desenvolvidas em parceria com o cliente/família; participando na construção da tomada de decisão em equipa, avaliando decisões guiadas pelo código deontológico. Liderança nos processos de tomada de decisão com avaliação e partilha de resultados na promoção do desenvolvimento de prática, tomando a iniciativa na tomada de decisão tendo em conta a confidencialidade, respeito pela privacidade, escolha valores e direitos do cliente assim como a gestão da equipa com a finalidade de aumentar a segurança das práticas.

Frequentámos formações dirigidas à aquisição de conhecimentos nomeadamente duas sessões clínica da Direção de Enfermagem com vista a tomada de decisão clínica em enfermagem; formação relativa a Indicadores de Desempenho; Curso de Motivação e Liderança para Chefias de Equipa, participámos ainda, como elemento dinamizador do GCL-PPCIRA na recolha de dados para a elaboração do Inquérito Nacional de Prevalência de Infeção, o qual é realizado a nível Europeu sendo o anterior datado de 2012. Todas estas ações enquadram-se na competência de conceber, gerir e colaborar em programas de melhoria contínua de qualidade.

Participámos em projetos de melhoria de qualidade nomeadamente como membro dinamizador de controlo de infeção do GCL-PPCIRA no domínio da melhoria da qualidade, planeando intervenções e executando ações de formação relativos ao tema. Tivemos a perceção de que os conhecimentos básicos das assistentes operacionais eram deficitários. Como forma de

colmatar esta situação foi importante realizar uma ação de formação a estes elementos tendo por base o tema global de precauções básicas no controlo de infeção como génese de todas as precauções associadas a todas as infeções conhecidas.

Tivemos intervenção direta na execução de atividades inerentes à gestão quer de recursos humanos tendo existido possibilidade de realização de horários das equipas do serviço pela orientação da enfermeira chefe do serviço quer de recursos materiais necessários.

Paralelamente ao desenvolvimento deste projeto e tendo em conta que executamos a função de membro dinamizador de controlo de infeção do serviço onde exercemos funções, foram desenvolvidas outras atividades que julgamos serem possíveis de incluir na aquisição de competências desenvolvidas como enfermeira especialista e mestre.

A atribuição do grau de mestre é conferida pela demonstração da capacidade de sustentar nos conhecimentos obtidos o seu desenvolvimento e aprofundamento. Sentimos que estas ações de formação a que tivemos acesso se enquadram nesta aquisição de conhecimentos com o objetivo de podermos exercer o papel de especialista relativo a esta problemática, na nossa unidade de trabalho para capacitação de comunicação de conclusões, conhecimentos e raciocínios.

Desta forma e tendo por base a ampla finalidade no controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde, foram realizadas algumas formações assim como atividades que passamos a descrever:

Junho 2016 – Seminário: Cuidados especializados à pessoa Idosa: contextos e desafios – ESEL, Lisboa, o que nos permitiu aprofundar conhecimentos sobre a pessoa idosa.

20/21 maio 2016 – 10ª Congresso Nacional do Idoso – 1º Simpósio Luso-Espanhol – Geriatria 2016, Vilamoura, Algarve

27 janeiro 2017 – 24ª jornadas de unidade dor do HGO, inserida no 15º Convénio Astor, Lisboa, sendo importante a relação da dor com as patologias associadas à pessoa idosa muitas das vezes por dor neuropática.

11 março 2016 – Workshop - Prevenção e Controlo de Infeção no Local de Trabalho, Albufeira, com aquisição de conhecimentos relacionados com a problemática estudada.

26 novembro 2016 – Workshop sobre Feixes de Intervenções – Prevenção da Infeção da Corrente Sanguínea associada a cateter venoso central e Prevenção da Infeção urinária associada a cateter vesical, da responsabilidade da Associação Nacional de Controlo de Infeção (ANCI), Lisboa. Esta formação ajudou na aquisição de conhecimentos com a possibilidade de serem transmitidos à equipa permitindo a aquisição de competência como consultor no serviço.

Demonstrámos ainda boa capacidade de coordenação, tendo auxiliado na orientação, coordenação e apoio a equipas de Enfermagem e Assistentes Operacionais, capacidade organizacional, de gestão e de liderança adquirida enquanto responsável de equipa com competências em tutoria, como enfermeira sénior, sendo responsável pela integração e formação de novos membros da equipa e integração dos mesmos em Unidade de Vigilância Contínua (Unidade de Cuidados Intermédios).

A convite do GCL-PPCIRA em 5 de maio de 2017, participámos na Campanha do Dia Mundial da Higiene das Mãos 2017, com a elaboração de um poster, que foi contemplado com um prémio, visando a prevenção da infeção da corrente sanguínea, focando os Feixes de Intervenções da ICS associado ao cateter venoso central. Foram elaborados cartazes alusivos ao tema e colocados ao longo do serviço de cirurgia geral e átrio do mesmo. Construído um pequeno folheto informativo que foi distribuído nesse dia a todos os acompanhantes/visitas dos doentes internados.

Iniciámos em dezembro de 2017 um curso de formação na área da investigação denominado Prática baseada na Evidência: Curso de suporte à Investigação para Enfermeiros em parceria com a Escola Superior de

Enfermagem de Lisboa. Este curso tem como objetivo contribuir para o desenvolvimento de projetos de investigação que possam vir a determinar melhorias das práticas e dos resultados dos cuidados de enfermagem. Embora com tempo restrito de 72 horas de formação este curso encontra-se planeado de forma a dar suporte à fase conceptual de um projeto de investigação que será continuado prevendo-se a conclusão do projeto apresentado para março de 2019. Da conclusão da fase teórica deste curso foi apresentado um poster, de grupo, no Congresso do Hospital Garcia de Orta.

Para o 1º Congresso – 25 Anos de Enfermagem do Hospital Garcia de Orta, Contextos e desafios, que se realiza nos dias 8 e 9 de março de 2018 no Instituto Português da Qualidade – Almada, apresentámos uma comunicação relacionada ao tema da infeção, elaborada em parceria com outro elemento dinamizador do serviço no controlo de infeção. Efetuamos a exposição de um poster, individual, subordinado ao tema da prevenção de infeção da corrente sanguínea associada ao cateter venoso central o qual é o foco de todo o projeto de especialização.

Toda a aquisição de competências reforçam as já existentes e são uma mais valia para o desenvolvimento das ações necessárias e inerentes à melhoria da qualidade dos cuidados assim como à segurança do cliente.

5. CONCLUSÃO

Temos vindo a assistir, ao longo das décadas, a uma evolução nos cuidados de saúde. Com a evolução e maior conhecimento surgem riscos associados, sendo um dos mais relevantes a infeção. As alterações fisiológicas do envelhecimento tornam a pessoa idosa mais vulnerável e com menor capacidade de adaptação a situações adversas

Este projeto foi desenvolvido tendo em consideração a importância do impacto das boas práticas na prevenção e controlo da infeção, estabelecendo estratégias e atividades como contributo para o desenvolvimento de competências no próprio e na equipa multidisciplinar visando a prevenção e controlo da infeção da corrente sanguínea associada ao cateter venoso central.

O projeto articulou o meio académico e o contexto de práticas de cuidados em unidade cirúrgica, sustentado numa metodologia de investigação ação que permitiu analisar e implementar práticas de cuidados relativas à prevenção e controlo da infeção, sensibilizando os profissionais de saúde para a necessidade de mudança dessas mesmas práticas,

A concretização deste estágio permitiu o desenvolvimento pessoal e profissional para uma prática ética e avaliação sistemática das melhores práticas e preferências da pessoa idosa. Importante também no desempenho de um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais assim como na gestão de um ambiente centrado na pessoa. No domínio da gestão de cuidados gerimos e otimizámos a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores em articulação com a equipa multidisciplinar. Sugerimos a continuação de realização de observação das práticas para avaliar a adesão e a comunicação dos indicadores de processo e de resultados aos profissionais.

Fundamental dar a conhecer a pertinência do projeto e o que foi desenvolvido para a implementação do mesmo, existindo várias formas de divulgação do projeto em reuniões, formações, posters e apresentações.

Pretendemos a divulgação deste projeto a nível hospitalar, assim como queremos rever a norma do hospital referente ao tema. Pretendemos a continuação da parceria com a ESEL, assim como a continuação mais efetiva na UI&DE, com a possibilidade de apresentação de formações em congressos, posters e elaboração de artigos em revistas da especialidade.

BIBLIOGRAFIA

- 4Work - Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho. *Prevenção de Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS)*. Acedido a 25/06/2016 disponível em http://www.4work.pt/cms/index.php?id=98&no_cache=1&tx_ttnews%5BbackPid%5D=1&tx_ttnews%5Btt_news%5D=221&cHash=26f9402db7d6d7420d4a54333eea389e
- Almeida, G., Alves, J., Mendes, J., J., Perelman, J., Lobão, M., J., Sousa, P. (2016). *Infecções associadas a cuidados de saúde. Contributo da Indústria de meios de diagnóstico in vitro para o seu controlo*. Acedido em 03/05/2017. Disponível em: <http://www.stopinfecaohospitalar.com/index.php/noticias/23-relatorio-do-projeto-infecoes-associadas-a-cuidados-de-saude-contributo-da-industria-de-meios-de-diagnostico-in-vitro-para-o-seu-control>
- Barbosa, M., & Siqueira, D. (2009). *A educação e a atuação do enfermeiro no controle de infecção hospitalar no estado do Pará*. Revista Polidisciplinar Eletrónica da Faculdade , pp. 1,3-17
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Benner, P. (2005). *De iniciado a perito. Excelência e Poder na prática clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto.
- Collière, M. F. (2003). *Cuidar...A primeira arte da vida* (S. Ventura, A. Oliveira, F. Oliveira, L. silveira, trad.). (2ªed.) Loures: Lusociência (Soigner...Le premier art de la vie, 2ème éd. Paris, Masson,2001)
- Collière, M-F. (1989). *Promover a vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados enfermagem*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Curtis, L. T. – *Prevention of hospital-acquired infections: review of nonpharmacological interventions*. Journal of Hospital Infection. ISSN 0163-4453. Vol 6

Davin, B. Paraponaris, A. & Verger, P. (2009). *Socioeconomic determinants of the need for personal assistance reported by community-dwelling elderly: empirical evidence from a French national health survey*. *Journal of Socio-Economics* 38(1), 138-146

Decreto-Lei n.º 28/2008. *Caracterização Geral e Criação dos Agrupamentos de Centro de Saúde*. *Diário da República*, 1ª Série – N.º 38 — 22 de fevereiro de 2008.1182-1189. Acedido em 22/10/2016. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/04/Decreto-Lei-n.%C2%BA-282008.-DR-38-SE%CC%81RIE-I-de-2008-02-22.pdf>

Decreto-lei nº 176/2016. *Graus Académicos do Ensino Superior. Mestrado*. *Diário da República*, 1ª Série - N.º 176 — 13 de setembro de 2016. 3174-3177. Acedido em 16/07/2017. Disponível em: https://www.fct.pt/apoios/bolsas/DL_74_2006.pdf

Decreto-Lei nº 74/2006. *Graus Académicos e Diplomas do Ensino Superior. Mestrado*. *Diário da República*, 1ª Série -A N.º 60 — 24 de março de 2006. 2242-2257. Acedido em 16/07/2017. Disponível em: https://www.fct.pt/apoios/bolsas/DL_74_2006.pdf

DGS (2004). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Circular Normativa n.º: 13/2004 de 02 julho 2004. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde

Dias, C.S. (2010). *Prevenção da Infeção Nosocomial – ponto de vista do especialista*. *Revista Portuguesa de Medicina Intensiva*, 17 (1), 47 – 53.

Dias, M.ª Fátima Batista – *Construção e validação de um inventário de competências: contributos para a definição de um perfil de competências de enfermagem para o grau de Licenciado*. *Lusociência*, (1.ª edição) 2005.

Direção Geral da Saúde (2006). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa: Ministério da Saúde

Direção Geral da Saúde (2010). *Vigilância Epidemiológica da Infeção Nosocomial da Corrente Sanguínea*. Lisboa. Ministério da Saúde

Direção Geral da Saúde (2013). Norma 004/2013 “*Vigilância Epidemiológica das Resistências aos Antimicrobianos*”. Lisboa. Ministério da Saúde

Direção Geral da Saúde (2014). *Portugal idade maior em números– 2014: A Saúde da População Portuguesa com 65 ou mais anos de idade*. Lisboa. Ministério da Saúde

Direção Geral da Saúde (2015).” *Feixe de intervenções” de Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central*. Lisboa. Ministério da Saúde

Direção-Geral da Saúde (2013). *Prevalência da Infecção Adquirida no Hospital e do Uso de Antimicrobianos nos Hospitais Portugueses – Inquérito 2012*. Lisboa: Ministério da Saúde

Direção-Geral da Saúde (2013). *Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e Resistências aos antimicrobianos: Orientações Programáticas*. Acedido em 06.05.2016. Disponível em <http://www.dgs.pt/programas-de-saude-prioritarios.aspx>

Direção-Geral da Saúde (2015). *Bundles: a new language and a new methodology*. Acedido em 20.04.2017. Disponível em [file:///C:/Users/sandr/Downloads/i021929%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/sandr/Downloads/i021929%20(4).pdf)

Direção-Geral da Saúde (2016). *PORTUGAL Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos em Números – 2015*. Acedido 5/04/2017. Disponível em: <https://www.dgs.pt/em-destaque/portugal-controlo-da-infecao-e-resistencia-aos-antimicrobianos-em-numeros-2015.aspx>

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (2014). *Regulamento de Mestrado*. Lisboa. Acedido 28/04/2016. Disponível em http://www.esel.pt/NR/rdonlyres/63B35190-FD5E-4BCF-BF43-D08B1210D1DF/4612/reg_mest_02_2014.pdf

- ESEL (2016). *Documento orientador Opção II/Estágio ano letivo 2015/2016. 7ºCurso de Pós-Licenciatura em Enfermagem Área de Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica Vertente Pessoa Idosa*. Lisboa: ESEL
- Fernandes, AT; Ribeiro Filho, N. (2000). *Infeção do acesso vascular*. In: *Infeção Hospitalar e suas interfaces na área da saúde*. São Paulo. V.1. 556-579
- Fontana, Rosane Teresinha. (2006). *As infecções hospitalares e a evolução histórica das infecções*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59(5), 703-706. <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672006000500021>
- Fortin, M. (2003). *O processo de investigação: da concepção à realização* (3.^a ed.). Loures: Lusociência.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*, Loures: Lusodidata;
- Fundação Calouste Gulbenkian (2014). *Stop infeção hospitalar! Um Desafio Gulbenkian*. Lisboa. Ministério da Saúde
- GERMI (s.d). *Avaliação Geriátrica. Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*. Acedido a 15-10-2016. Disponível em: http://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf
- Gomes, I. D. (2013). *Promover o cuidado de si: A natureza da parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio*. In M. A.O cuidado de enfermagem à pessoa idosa: da Investigação à prática. Loures: Lusociência. 77-113.
- Gomes, I. D. (2016). *Promover o cuidado de si: parceria entre o enfermeiro e a pessoa idosa. A construção do processo de parceria num contexto de vulnerabilidade e dependência*. Saarbrücken/ Deutsche: Novas Edições Académicas.
- Gomes, I.D. (2002). *O conceito de parceria no processo de cuidados de enfermagem ao doente idoso: O erro de narciso*. Dissertação do mestrado em Comunicação em Saúde, Universidade Aberta de Lisboa, Lisboa.

- Gomes, I.D. (2007). *Parceria e cuidados de enfermagem: uma questão de cidadania*. Coimbra: FORMASAU, Formação e Saúde Lda.
- Gomes, I.D. (2009). *Cuidado de si. A natureza da parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio*. Universidade Católica Portuguesa. Tese apresentada para obtenção do grau de doutor em enfermagem. Lisboa
- Graveto, João Manuel G. N. – *Construção e Validação de uma Escala de Percepção de Competências Profissionais do pré Licenciado em Enfermagem*. Tese de Doutoramento apresentada na Universidade da Extremadura – Departamento de Psicologia e Sociologia da Educação. 2005.
- HUGONNET S.; PITTET, D. *Hand hygiene – Beliefs or Science? Clinical Microbiology and Infection*, v.6, 348-354, 2000.
- Instituto Nacional de Estatística (INE) (2013). *Revista de Estudos Demográficos*. nº 51-52. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P. Acedido em 14/06/2017. Disponível em: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=212165714&PUBLICACOESmodo=2
- Jardim, J. M. (2011). *Avaliação das práticas de prevenção e controle da infecção da corrente sanguínea associada ao cateter venoso central de curta permanência por meio de indicadores clínicos*. Dissertação de Mestrado, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo. doi: 10.11606/D.7.2011.tde-21062011-151632. Recuperado em 2018-03-20, de www.teses.usp.br
- Krein, S.; Hofer, T.; Kowalski, C., Olmsted, C., Olmsted, R.; Kauffman, C.; Forman, J. & Saint, S. (2007). *Use of Central Venous Catheter-Related Bloodstream Infection Prevention Practices by US Hospitals*. Acedido a 15/11/2017. Disponível em <http://www.mayoclinicproceedings.com/content/82/6/672.short>.
- Lecourt, H (2010). *Infecção em cuidados de saúde – Perspectiva actual*. Cadernos de Saúde, 3, 17-23

- Longo, D. L. Immunology of Aging. In: Paul, W. E. (ed.) Fundamental immunology. 50th. ed., New York, USA: Lippincott-Raven Publishers, 2003. p.1043-77. Chapter 33.
- Lourenço, R. A. (2008). A síndrome de fragilidade no idoso: marcadores clínicos e biológicos. *Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto*, Ano 7, 21-28.
- Martins, S. S. (2011). *O Enfermeiro na Vanguarda do Controlo da Infecção*. Ordem dos Enfermeiros – Secção Regional da R. A. dos Açores. Acedido em:10/11/2016.Disponível:<http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/acoreshost/publicadoimpressalocal/Paginas/OsEnfermeiroseOControloDaInfec%C3%A7%C3%A3o.aspx>
- McCormack, B. (2003). *A conceptual Framework for person- centred practice with older people*. International Journal of Nursing Practice. 9. 202-209. Acedido a 12/06/2016. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=307cdc9-501b-43dc-bd16-74a470498bd1%40sessionmgr105&hid=106>
- Mimoz, O.; Villeminey, S.; Ragot, S.; Dahyot-Fizelier, C.; Laksiri, L.; Petitpas, F. & Debaene, B. (2007). *Chlorhexidine-Based Antiseptic Solution vs Alcohol-Based Povidone-Iodine for Central Venous Catheter Care*. *Arch Intern Med*. 167(19): 2066-2072. Acedido a 15/11/2017. Disponível em <http://archinte.ama-assn.org/cgi/content/full/167/19/2066>
- Ministério da Saúde (2003). *Crítérios do CDC para o Diagnóstico das Infecções – PNCI*. Lisboa: Ministério da Saúde
- Ministério da Saúde (2007). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde*. Lisboa: Direção Geral da Saúde
- Ministério da Saúde (2012a). *Plano Nacional de Saúde 2012 – 2016. 4.2. Objetivo para o Sistema de Saúde - Promover Contextos Favoráveis à Saúde ao Longo do Ciclo de Vida*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde

- Ministério da Saúde (2013). *Prevalência da Infecção Adquirida no Hospital e do Uso de Antimicrobianos nos Hospitais Portugueses – Inquérito 2012*. Lisboa: Direção Geral da Saúde
- Moraes, E., N., Marino, M., C., A., Santos, R., R. (2010). *Principais Síndromes Geriátricas*. *Med Minas Gerais*,20(1) 54-66. Acedido em: 10/06/2016. Disponível em: <http://pt.slideshare.net/carlosbrasilpsf/sndromes-geritricas-artigo-de-reviso>
- OE (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento concetual. Enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- OE (2007). *Um novo modelo de desenvolvimento profissional: certificação de competências e individualização de especialidades em enfermagem*. Lisboa, ISSN 1646-2629.suplemento da revista nº 26, (Junho 2007).
- OE (2009). *Código Deontológico dos Enfermeiros*. In Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Lisboa: Ordem dos enfermeiros.
- OE (2011). Regulamento nº 122/2011 da Ordem dos Enfermeiros. *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. DR, II Série, nº35 (18-2- 2011) 8648-8653.
- OE (2012). *REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa: Edição Ordem dos Enfermeiros
- OE (2017). *Estrutura de Sistemas de Informação em Enfermagem. Análise dos resultados do inquérito sobre sistemas de informação em enfermagem*. Acedido em 10/5/2017. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/sie/Documents/Resultados_InqueritoSIE_Fevereiro2017.pdf
- OECD (2015). *OECD Reviews of Health Care Quality: Portugal 2015: Raising Standarts*, OECD Publishing, Paris. Acedido em 09/06/2016. Disponível em: <http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/embed->

oecd/social-issues-migration-health/oecd-reviews-of-health-care-quality-portugal-2015_9789264225985-en#.V2HRLzmqUk#page1

Olson C., Heilman J. (2008). *Clinical performance of a new transparent chlorhexidine gluconate central venous catheter dressing*. Journal of the Association for Vascular Access [serial online]. March. Acedido a 15/11/2017. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2009899943&lang=pt-br&site=ehost-live>

OMS (2005). *Envelhecimento Ativo: uma política de saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde

Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). Nova York: MCGraw-Hill Book Company

Pedrolo, E., Danski, M., T., R., Mingorance, P., Lazzari, L., S., M., Méier, M., J., Crozeta, K. (2009). *A prática baseada em evidências como ferramenta para prática profissional do enfermeiro*. *Cogitare Enferm*. Acedido em 07/07/2017. Disponível em : https://grupos.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/178267/mod_resource/content/1/A%20pr%C3%A1tica%20em%20evid%C3%Aancia%20como%20ferramenta%20para%20a%20Enfermagem.pdf

Pereira, M. S.; Souza, A. C. S; Tipple, A. F.V. & Prado, M. A. (2005). *A Infecção Hospitalar e as suas Implicações no Cuidar em Enfermagem*. *Texto Contexto Enferm* Abr-Jun; 14(2):250-7.

Perry, M. (2012). *How the signs and symptoms of common infections vary with age*. *Practice Nursing*, 23(4), 176-182

Petronilho, Fernando Alberto Soares - *Preparação do Regresso a Casa*. Coimbra: Formasau, 2007. ISBN 978-972-8485-91-7

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

- Piozzi, A.; Francolini, I.; Occhiaperti, L.; Venditti, M.; Marconi. *Realization of medical devices exempt from microbial colonization*. Int. J.Pharm., v. relevant microorganisms. Clin. Microbiol. Rev., v. 15, p. 167-193, 2002.
- Ribeiro, O. & Paúl, C. (2011) *Manual de Envelhecimento Ativo*. Lisboa: Lidel – Edições técnicas, Lda
- Ruivo, M. A., Ferrito, C. & Nunes, L. (2010). *Metodologia de Projeto: Coletânea descritiva de etapas*. *Revista Percursos*. Acedido em: 09/09/2015. Disponível em: http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf
- Sanitária, A. N. (s.d.). *Segurança do Paciente - Higienização das Mãos*. Brasil: Ministério da Saúde
- SEMMELEWIS, I. *The etiology, concept and prophylaxis of childbed fever*. In: Buck C, Llopis A, Najera E, Terris M, editors. *The challenge of epidemiology--issues and selected readings*. Washington: PAHO Scientific Publication, 1988. 46-59.
- Sousa, Maria Teresa Nunes Lourenço Amores de; Gomes, Idalina Delfina. (2013). *Intervenções de enfermagem em parceria com a pessoa idosa com infecção clostridium difficile sujeita a isolamento de contacto*. Lisboa. Mestrado, Enfermagem Médico-Cirúrgica - Pessoa Idosa, 2013, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
- Sousa, P. (2006). *Patient Safety: A Necessidade de uma Estratégia Nacional*. *Acta Médica Portuguesa*, 19, 309-318.
- TARAZONA, R. *et al*. Basic biology and clinical impact of immunosenescence. *Exp Gerontol*, v. 37, n. 2-3, 183-9, 2002.
- Tardivo, T. B.; Neto, J. F.; Junior, J. F. (2008). *Infecções Sanguíneas Relacionadas aos Cateteres Venosos*. *Rev Bras Clin Med*; 6:224-227.
- The Joanna Briggs Institute (2015). *The Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual: 2015 edition/Supplement*. Acedido a 20/5/2016. Disponível em:

[http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/Reviewers-
Manual_Methodology-for-JBI-Scoping-Reviews_2015_v2.pdf](http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/Reviewers-Manual_Methodology-for-JBI-Scoping-Reviews_2015_v2.pdf)

Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2002). *Teóricas de enfermagem e a sua obra* (5ª ed.). Loures, Portugal: Lusociência

Trzonkowski, P. et al. *Immune consequences of the spontaneous pro-inflammatory status in depressed elderly patients. Brain Behav Immun*, v. 18, n. 2, 135-48, Mar. 2004.

Warren D.; Zack J.; Mayfield J.; Chen, A.; Prentice, D.; Fraser, V. & Kollef, M. (2004). *The Effect of an Education Program on the Incidence of Central Venous Catheter-Associated Bloodstream Infection in a Medical ICU*. November; 126(5):1612-1618. Available from: Nursing & Allied Health Collection.

WHO (2002). *Active Ageing – A Policy Framework*. A Contribution of the World Health Organization to the second United Nations World Assembly on Aging. Madrid, Spain, April, 2002.

WHO (2009). *Global priorities for patient safety research*. Suíça: WHO Library.

WHO (2012b). *A crescente ameaça da resistência antimicrobiana: Opções de ação*. Geneva: Organização Mundial de Saúde. Acedido a 15/01/2017. Disponível:http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75389/3/OMS_IER_PS_P_2012.2_por.pdf?ua=1

WHO (2017). *Clean Care is Safer Care. Background to Clean Care is Safer Care*. Acedido em :04/05/2017. Disponível em: <http://www.who.int/gpsc/background/en/>

ANEXOS E APÊNDICES

**ANEXO I - Norma DGS nº 022/2015 “Feixe de Intervenções” de Prevenção de
Infeção Relacionada com Cateter Venoso Central**

NÚMERO: 022/2015
DATA: 16/12/2015

ASSUNTO: "Feixe de Intervenções" de Prevenção de Infeção Relacionada com Cateter Venoso Central

PALAVRAS-CHAVE: Cateter venoso central, prevenção, infeção

PARA: Médicos e Enfermeiros do Sistema de Saúde

CONTACTOS: Departamento da Qualidade na Saúde (dqs@dgs.pt)

Nos termos da alínea a) do nº 2 do artigo 2º do Decreto Regulamentar nº 14/2012, de 26 de janeiro, por proposta conjunta do Departamento da Qualidade na Saúde, do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistências aos Antimicrobianos e da Ordem dos Médicos, a Direção-Geral da Saúde emite a seguinte:

NORMA

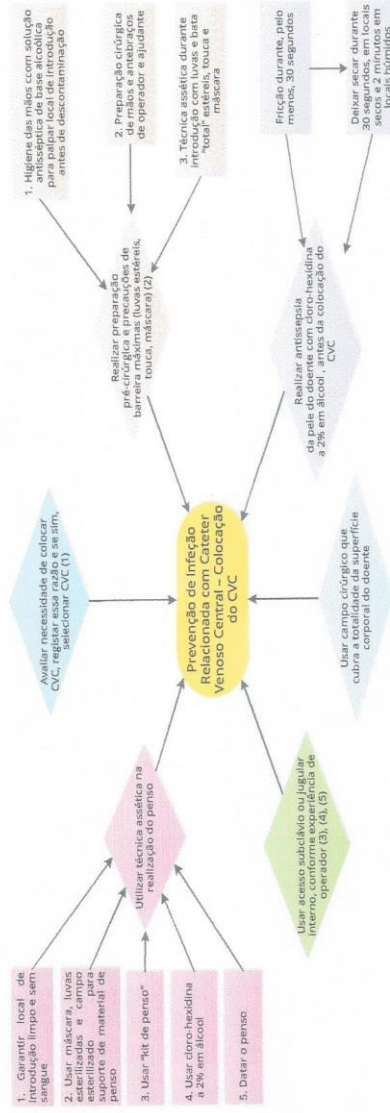
1. Têm de ser implementadas de forma integrada, as seguintes intervenções no momento da colocação do cateter venoso central:
 - a) Avaliar a necessidade de colocar cateter venoso central, registar a razão da sua necessidade e, em caso afirmativo, selecionar cateter venoso central com número mínimo de lumens adequado à situação do doente (Categoria IC) ⁽¹⁻⁴⁾;
 - b) Realizar preparação pré-cirúrgica das mãos e precauções de barreira máximas (bata estéril, luvas estéreis, touca e máscara) por operador, ajudantes e todos os circunstantes ao procedimento de colocação de cateter venoso central, num raio de 2 metros (Categoria IC) ^(1-4, 5-15):
 - i. Higiene das mãos com solução antisséptica de base alcoólica para palpar local de introdução antes da descontaminação da pele;
 - ii. Preparação cirúrgica de mãos e antebraços de operador e ajudantes;
 - iii. Técnica asséptica durante introdução, com luvas e bata "total" estéreis, touca e máscara.
 - c) Realizar antisepsia da pele do doente com cloro-hexidina a 2% em álcool, antes da colocação do cateter venoso central (Categoria IA) ^(1-4, 16-19):
 - i. Fricção durante, pelo menos, 30 segundos; deixar secar durante 30 segundos, em locais secos, e 2 minutos, em locais húmidos.
 - d) Usar campo cirúrgico que cubra totalidade da superfície corporal do doente (Categoria IIC) ^(1-4, 10, 11, 15);
 - e) Não usar acesso femoral, sempre que possível (Categoria IA) ^(1-4, 20-23);

- i. Registrar razões de utilização de acesso femoral;
 - ii. Usar acesso subclávio ou jugular interno, conforme experiência do operador; (alguma evidência de menor taxa de infeção com acesso subclávio do que com jugular interno, sobretudo em doentes com traqueostomia).
 - iii. Preferir acesso jugular interno apenas em caso de:
 - (i) Anatomia anómala na região subclávia;
 - (ii) Lesão cutânea na região subclávia;
 - (iii) Hiperinsuflação pulmonar significativa;
 - (iv) Inexperiência do operador para acesso subclávio.
 - f) Utilizar técnica asséptica na realização do penso (Categoria IIaC)^(1-4, 24-26):
 - i. Garantir local de introdução limpo e sem sangue;
 - ii. Usar máscara, luvas esterilizadas e campo esterilizado para suporte de material de penso;
 - iii. Usar "kit de penso";
 - iv. Usar cloro-hexidina a 2% em álcool;
 - v. Datar o penso.
2. Têm de ser implementadas de forma integrada, as seguintes intervenções na manutenção do cateter venoso central:
- a) Avaliar diariamente a necessidade de manter o cateter venoso central (Categoria IIaC)^(1-4, 27,28);
 - b) Realizar higiene das mãos com água e sabão de pH neutro seguido de fricção com solução antisséptica de base alcoólica antes de manusear o cateter venoso central (Categoria IIaC)^(1-4, 5-15);
 - c) Descontaminar as conexões com cloro-hexidina a 2% em álcool ou álcool a 70° antes de qualquer manuseamento local (Categoria IIaC)^(1-4, 29-33):
 - i. Descontaminar os pontos de acesso dos sistemas e prolongadores (obturador, torneiras de três vias, etc), por fricção com cloro-hexidina a 2% em álcool ou álcool a 70°, durante 10 a 15 segundos e deixar secar, antes de conectar qualquer dispositivo estéril.
 - d) Mudar penso com periodicidade adequada e utilizando técnica asséptica (Categoria IIaC)^(1-4, 24-26):
 - i. Para realização de penso:

- (i). Garantir orifício de inserção limpo e sem sangue;
 - (ii). Usar máscara, luvas esterilizadas e campo esterilizado para suporte de material de penso;
 - (iii). Usar “kit de penso”;
 - (iv). Usar cloro-hexidina a 2% em álcool na antissepsia da pele;
 - (v). Datar o penso.
- ii. Em relação ao momento de mudança de penso:
- (i) Mudar penso sempre que se verifique uma destas condições:
 - a. Penso visivelmente sujo, com sangue ou descolado da pele;
 - b. 48 Horas após a sua realização, se penso com compressa;
 - c. 7 Dias após a sua realização, se penso transparente.
3. Qualquer exceção à Norma é fundamentada clinicamente, com registo no processo clínico.

4. Os algoritmos clínicos

“Feixe de intervenções” de Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central Momento de colocação de cateter venoso central



(1) Prefere-se acesso jugular interno apenas em caso de:
1. Acesso a longo prazo
2. Lesão cutânea na região subclávia
3. Hipertensão pulmonar significativa
4. Inexperiência do operador para acesso subclávia

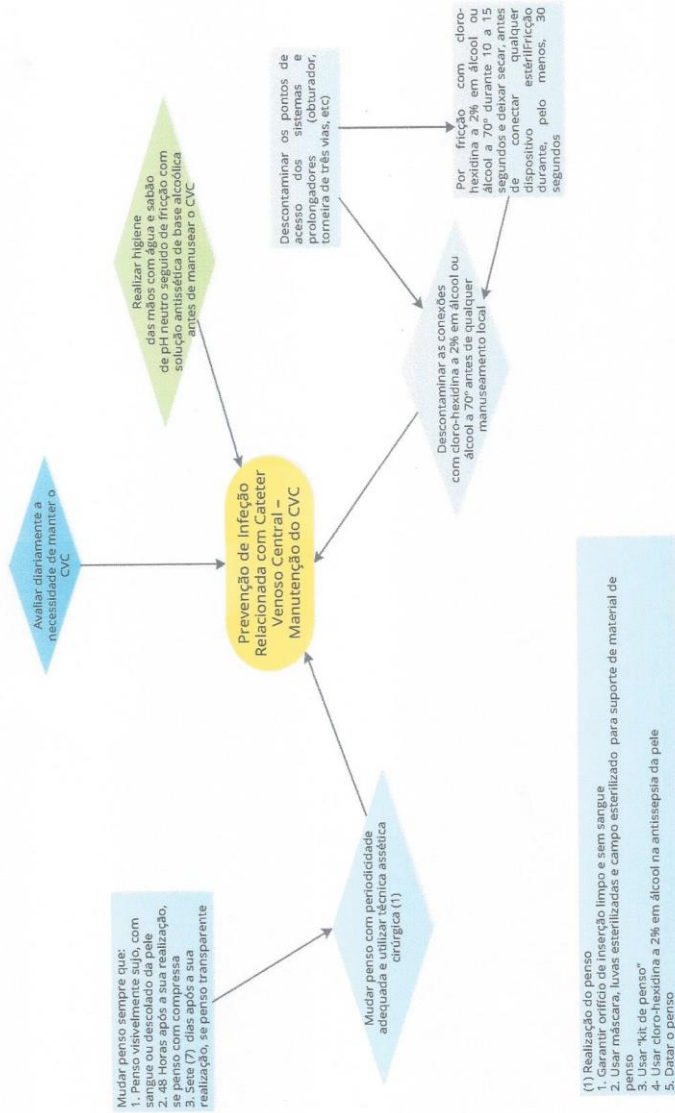
(2) Não usar acesso femoral, sempre que possível

(3) Evidência de menor taxa de infecção com acesso subclávia em doentes com traqueostomia

(4) Para todos os profissionais de saúde intervenientes no procedimento, num raio de 2 metros

(5) CVC a colocar com um número mínimo de lúmens adequado à situação do doente

"Feixe de Intervenções" de Prevenção de Infeção Relacionada com Cateter Venoso Central
Manutenção de cateter venoso central



(1) Realização do penso
1. Garantir orifício de inserção limpo e sem sangue
2. Usar máscara, luvas esterilizadas e campo esterilizado para suporte de material de penso
3. Usar "kit de penso"
4. Usar cloro-hexidina a 2% em álcool na antissepsia da pele
5. Datar o penso

5. O instrumento de auditoria clínica

Instrumento de Auditoria Clínica				
Norma "Feixe de intervenções" de Prevenção de infeção Relacionada com Cateter Venoso Central"				
Unidade:				
Data: / /		Equipa auditora:		
1: Implementação Integrada do "Feixe de Intervenções" no Momento de Colocação do Cateter Venoso Central				
Critérios	S i m	N ã o	N / A	EVIDÊNCIA/FO NTE
Existe evidência de que no doente é avaliada a necessidade de colocar cateter venoso central, registada a razão da sua necessidade e, em caso afirmativo, selecionado cateter venoso central com número mínimo de lumens adequado à situação do doente				
Existe evidência de que é realizada por operador, ajudantes e todos os circunstantes ao procedimento de colocação de cateter venoso central, num raio de 2 metros, preparação pré-cirúrgica das mãos e precauções de barreira máximas (bata estéril, luvas estéreis, touca e máscara); higiene das mãos com solução antisséptica de base alcoólica para palpar local de introdução antes da descontaminação da pele; preparação cirúrgica de mãos e antebraços de operador e ajudantes; técnica asséptica durante introdução, com luvas e bata "total" estéreis, touca e máscara				
Existe evidência de que no doente é realizada antisepsia da pele do doente com cloro-hexidina a 2% em álcool, antes da colocação do cateter venoso central; fricção durante, pelo menos, 30 segundos; deixar secar durante 30 segundos, em locais secos, e 2 minutos, em locais húmidos; usar campo cirúrgico que cubra totalidade da superfície corporal do doente				
Existe evidência de que no doente é usado campo cirúrgico que cubra totalidade da sua superfície corporal				
Existe evidência de que no doente não é usado acesso femoral, sempre que possível, e registadas razões de utilização de acesso femoral				
Existe evidência de que no doente é usado acesso subclávio ou jugular interno, conforme experiência do operador (alguma evidência de menor taxa de infeção com acesso subclávio do que com jugular interno, sobretudo em doentes com traqueostomia) e prefere-se acesso jugular interno apenas em caso de: anatomia anómala na região subclávia; lesão cutânea na região subclávia; hiperinsuflação pulmonar significativa; inexperiência do operador para acesso subclávio				
Existe evidência de que no doente é utilizada técnica asséptica na realização do penso: garantia do local de introdução limpo e sem sangue; uso de máscara, luvas esterilizadas e campo esterilizado para suporte de material de penso; uso de "kit de penso"; uso de cloro-hexidina a 2% em álcool; data do penso				
Sub-total	0	0	0	
ÍNDICE CONFORMIDADE	%			
2: Implementação Integrada do "Feixe de Intervenções" na Manutenção do Cateter Venoso Central				
Critérios	S i m	N ã o	N / A	EVIDÊNCIA/FO NTE
Existe evidência de que é avaliada diariamente a necessidade de manter o cateter venoso central no doente				
Existe evidência de que é realizada higiene das mãos com água e sabão de pH neutro seguido de fricção com solução antisséptica de base alcoólica antes de manusear o cateter venoso central no doente				
Existe evidência de que a nível do cateter venoso central no doente, são descontaminadas as conexões com cloro-hexidina a 2% em álcool ou álcool a 70° antes de qualquer manuseamento local: descontaminar os pontos de				

acesso dos sistemas e prolongadores (obturador, torneiras de três vias, etc), por fricção com cloro-hexidina a 2% em álcool ou álcool a 70°, durante 10 a 15 segundos e deixar secar, antes de conectar qualquer dispositivo estéril				
Existe evidência de que na realização de penso no doente é: garantido orifício de inserção e sem sangue; uso de máscara, luvas esterilizadas e campo esterilizado para suporte de material de penso; uso de "kit de penso"; uso de cloro-hexidina a 2% em álcool na antisepsia da pele; data do penso				
Existe evidência de que é mudado penso no doente sempre que se verifique uma destas condições: penso visivelmente sujo, com sangue ou descolado da pele; 48 horas após a sua realização, se penso com compressa; 7 dias após a sua realização, se penso transparente				
Sub-total	0	0	0	
ÍNDICE CONFORMIDADE	%			

Avaliação de cada padrão: $x = \frac{\text{Total de respostas SIM}}{\text{Total de respostas aplicáveis}} \times 100 = (IQ) \text{ de } \dots\%$

APÊNDICE I – Estudo de Caso em UCC

ESTUDO DE CASO EM UCC

O estudo de caso é entendido como um estudo aprofundado de um indivíduo, família, grupo ou organização (Fortin, 1999), e com potencial para aumentar o conhecimento referente ao cuidado de enfermagem (Galdeano, Rossi, & Zago, 2003).

O presente estudo de caso foi realizado durante o estágio na UCC – a outra margem, uma unidade inserida na ARSLVT e desenvolvido entre outubro/novembro de 2016. Visa o aprofundamento da situação clínica, pessoal e familiar de uma utente seguida pela equipa de cuidados comunitários e pretendemos refletir a aprendizagem adquirida relativa ao processo de parceria à pessoa idosa em contexto hospitalar.

Se, por vezes podemos ter alguma dificuldade em colocar em ação o processo de parceria a nível hospitalar, aqui faz todo o sentido pois nada conseguiremos se não envolvermos os utentes/cuidadores nesta fase da sua vida.

O processo de parceria é, na sua forma mais simples, reconhecer a pessoa como parceiro de cuidados, dando-lhe a oportunidade de nos apresentar o seu projeto de vida, fazendo com que também nós nos coloquemos como parceiro da pessoa e possamos ajudar a atingir os seus objetivos. Afinal ninguém se encontra mais interessado em contribuir para a melhoria da sua situação do que a própria pessoa.

Este processo é desenvolvido através de 5 fases, revelar-se, envolver-se, capacitar ou possibilitar, comprometer-se e assumir o cuidado de si próprio ou assegurar o cuidado do outro. Todas estas fases são importantes para o conhecimento total da pessoa, razão pela qual optámos por este modelo para a orientação das intervenções de enfermagem.

REVELAR-SE

Nesta primeira fase na construção do processo de parceria a enfermeira pretende dar-se a conhecer e conhecer também a história de vida desta pessoa, o seu contexto de vida, as suas perspetivas e vontades com o objetivo de ajudar a promover o seu projeto de vida. É aqui que se criam as condições para os alicerces desta relação.

Dar-se a conhecer

Na primeira visita em que acompanhámos a equipa, o enfermeiro orientador apresentou-nos à Sra. P, dizendo o nosso nome, profissão, o estágio que nos encontrávamos a realizar e a razão pela qual acompanhávamos a equipa. Mais tarde foi explicado à Sra. P que pretendíamos escolher a sua situação para analisar como estudo de caso, referindo os objetivos do mesmo e garantindo a confidencialidade e anonimato.

Após concordância da Sra. P, foi combinado o dia e a hora da colheita de dados. Foi um momento calmo que decorreu na casa da sra. onde se promoveu a escuta ativa, tentando ajustar o tempo e cadência da idosa.

Conhecer a pessoa

A Sra. P. tem 88 anos de idade, biótipo humano branco, de nacionalidade portuguesa e gosta de ser tratada pelo diminutivo. Tem como escolaridade a antiga quarta classe. Encontra-se reformada há 26 anos. É viúva há 9 anos.

Conhecer o contexto de vida

Nasceu no distrito do Porto, onde viveu até aos 12 anos de idade. Veio com os pais para Lisboa devido ao trabalho do pai.

Vive sozinha desde que é viúva. Há cerca de 5 anos mudou de casa e vive agora num apartamento arrendado. A habitação está situada em Almada, com cerca de 40 anos, sendo um 7º andar com elevador, apresenta boas condições de salubridade e habitabilidade, tendo água, luz e esgotos canalizados

A Sra. P. vive só, não teve filhos, mas tem uma boa rede de apoio diário. O cunhado da Sra. P., um homem de 80 anos e que agora vive sozinho pois também é viúvo e não tem filhos, todos os dias de manhã vai a casa da Sra. para saber como ela está, leva o lixo para o contentor e tenta saber das suas necessidades.

Conta-nos ainda que tem uma sobrinha, por parte do marido, que vem visitá-la todos os fins de semana trazendo as compras da semana e a contacta telefonicamente duas vezes por dia. Tem ainda a visita de um sobrinho todas as segundas feiras.

A Sra. P. habitualmente não sai de casa e apenas o faz em caso de idas ao médico. No entanto parece ser uma opção e não uma questão de dificuldade em fazê-lo porque embora apresente alguma dificuldade na locomoção devido à patologia que apresenta, não parece ter dificuldade em se mover dentro de casa.

Também de referir que se encontra habituada a que todas as suas necessidades sejam cuidadas dentro do seu espaço, nomeadamente quando precisa tem cabeleireira, manicura e pedicure em casa. Tem ainda uma Sra. que lhe faz a limpeza semanal da casa e semanalmente ou quinzenalmente liga ao talho e é-lhe entregue em casa o pedido.

Conhecer a história de doença

A Sra. P. foi admitida na ECCI há cerca de um ano, para a realização de tratamento a ferida crónica da perna direita.

Tem como antecedentes pessoais:

- HTA; Fibrilhação Auricular, apresentando disritmia cardíaca paroxística; Síndrome vertiginoso; Insuficiência venosa periférica dos membros inferiores; Gastrite

Sem alergias conhecidas nem hábitos aditivos.

A Sra. P encontra-se polimedicada. É autónoma na gestão da sua medicação tendo o cuidado de pedir à sobrinha que reponha a medicação antes que esta termine.

É seguida em consulta de cirurgia geral por úlceras dos membros inferiores devido a insuficiência venosa. É seguida em Centro de Saúde por médico de medicina geral e familiar ao qual recorre sempre que necessário e sobre o mesmo tem boa opinião.

Conhecer a história de infeção

A Sra. P. tem história de infeção por *Staphylococcus Aureus* Multi Resistente conhecida desde fevereiro de 2009, após ter sido intervencionada a limpeza cirúrgica de ferida do membro inferior direito pela cirurgia vascular. Foi-lhe administrada antibioterapia dirigida, mas, no entanto, não tem conhecimento de mais nenhum resultado laboratorial posterior.

À questão colocada e à observação podemos verificar que a Sra. P. foi instruída de forma a tratar separadamente o material necessário e habitual para a execução do tratamento aos membros inferiores.

ENVOLVER-SE

Importante também referir de forma sistemática as alterações mais evidentes decorrentes do processo de envelhecimento.

Esta fase de projeto de parceria caracteriza-se "... pela criação de um espaço de reciprocidade, que passa pelo estabelecimento de tempo e espaço para desenvolver uma relação de qualidade que permita ir ao encontro da pessoa e desenvolver uma relação de confiança..." (Gomes,2013, p. 100).

Nesta fase foi muito importante a relação de escuta e partilha com a Sra. P. que nos contou a sua experiência de vida, partilhou os seus sentimentos e receios de uma forma simples. Durante alguns momentos foi difícil para a sra. conter algumas lágrimas principalmente quando se referiu ao falecimento da sua irmã, a qual era para si de extrema importância.

A Sra. P. é uma mulher muito carinhosa e acessível, de trato fácil e com quem se mantém uma agradável conversa sem noção do tempo que passou.

Uma vez que a Sra. P. não tem problemas de audição, foi-nos possível manter uma conversa fluida e com tom de voz calmo e adequado. Não sendo uma pessoa com estudos elevados, apresenta uma cultura geral e um conhecimento do meio que a rodeia que podemos considerar muito bom. Talvez tenha contribuído para isso o fato de ter viajado bastante com o marido por vários locais nacionais e internacionais, o que nos contou com um brilho nos olhos.

Avaliação geriátrica global

Embora pareça não existirem problemas de maior relativamente à Sra. P. a quando da observação, torna-se importante utilizar alguns instrumentos de avaliação geriátrica para fundamentação do seu estado e das suas necessidades.

Na UCC existe um instrumento de colheita de dados resultante de uma compilação de algumas escalas de avaliação geriátrica. No entanto pareceu correto avaliarmos a Sra. P. pelas escalas de avaliação do Núcleo de Estudos de Geriatria da

Sociedade Portuguesa de Medicina Interna e que julgamos fazerem mais sentido, tentando dar resposta ao fato de que todos são seres únicos e não forçosamente todos iguais para que seja necessário avaliarmos todos os idosos da mesma forma.

A Sra. P. encontra-se consciente, orientada no tempo, espaço e pessoa, capacitada para nos responder a todas as questões colocadas, apresentando um discurso claro e fluido.

Escala de Katz – escala que permite a avaliação da autonomia do idoso na realização das atividades básicas de vida diária. Resultado: 6 ponto – Independência total

Escala de Lawton & Brody – escala que permite avaliar a autonomia do idoso na realização de atividades necessárias para viver de forma independente na comunidade. Resultado: 7 pontos – Dependência ligeira.

Classificação Funcional da Marcha de Holden – permite determinar o grau de autonomia na marcha dependente do tipo de ajuda ou supervisão necessária. Resultado: 4 pontos – Marcha independente (superfície plana)

Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage – esta escala permite avaliar aspetos cognitivos e comportamentais na depressão do idoso. Resultado: 3 pontos – Sem Depressão

Mini-Nutricional Assessment – questionário para determinação de presença ou risco de malnutrição no idoso. Resultado: 13 pontos – estado nutricional normal

Escala de Barthel – escala que avalia, em 10 itens, o potencial funcional do indivíduo. Resultado: 95 pontos

Escala de Morse – escala que avalia o risco de queda. Resultado: 25 pontos – médio risco de queda.

Escala de Braden – escala que é utilizada para a avaliação do risco de úlceras de pressão. Resultado: score=21 – baixo risco

Segundo a análise da situação podemos afirmar que a Sra. P. apresenta um baixo nível de dependência em que necessita apenas de supervisão e que o enfermeiro a capacite para que consiga realizar todas as ações do autocuidado de forma adequada.

CAPACITAR OU POSSIBILITAR

Nesta fase de parceria não existiu muito trabalho para realizar uma vez que construiu já um processo de capacitação com a equipa da UCC. Importante referir que a relação existente entre ela e os enfermeiros é de tal forma já cimentada que é a própria Sra. P. a esclarecer imediatamente dúvidas que possam ter surgido não existindo necessidade de negociação para a construção da relação.

A única situação que não foi possível capacitar foi a ida da idosa à rua simplesmente por opção da própria. A ideia que transmite não é a de incapacitada para a sua realização, pois apresenta apenas uma ligeira diminuição da mobilidade, mas sim o desejo de não dar trabalho nem incomodar ninguém pois pode cair e dar ainda mais preocupações aos seus.

COMPROMETER-SE

A quarta fase do processo de parceria, que se designa por comprometer-se, define-se pelo “...desenvolvimento de esforços conjuntos no sentido de procurar atingir os objetivos definidos, para assumir ou assegurar o controlo ou a progressão do projeto de vida e saúde da pessoa idosa...” (Gomes, 2013, p. 103).

Nesta fase pretende-se promover o sentido de autonomia e independência da pessoa idosa de forma a concretizar-se uma transição progressiva da sua capacidade. É um empenho mútuo entre a pessoa e o enfermeiro como forma de serem alcançados os objetivos traçados para a promoção dos cuidados de si.

Para tal existe necessidade de traçar algumas linhas de orientação que se transformam num plano de cuidados tendo por objetivo tornar visível o esforço conjunto.

Problemas identificados	Resultados esperados	Intervenções de enfermagem	Compromissos estabelecidos em parceria
<p>Mobilidade ligeiramente diminuída devido à presença de ferida no membro inferior direito relacionada com dor que agrava com a deambulação.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Deve ser capaz de realizar as atividades de vida diária nomeadamente os cuidados de higiene; - Deve ser capaz de gerir de forma eficaz a medicação analgésica; - Deve ser capaz de identificar sinais de alerta, nomeadamente edemas do membro. 	<ul style="list-style-type: none"> - Incentivar a importância da realização das atividades para a promoção da sua independência; - Reforço da gestão da terapêutica analgésica; - Avaliação da dor; - Encaminhamento para médico de família para um adequado controlo da dor. - Ensino sobre elevação do membro para diminuição de edema; 	<ul style="list-style-type: none"> - Deambular pelo apartamento, sempre que possível, e manter elevação dos membros quando sentada; - Administrar, em SOS, a terapêutica analgésica para o efeito;

Problemas identificados	Resultados esperados	Intervenções de enfermagem	Compromissos estabelecidos em parceria
<p>Ferida no membro inferior dtº relacionado com insuficiência venosa, após ter sido intervencionada a limpeza cirúrgica de ferida do membro pela cirurgia vascular.</p>	<p>- Diminuição da ferida e manutenção do controlo da infeção da ferida;</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ensinar sobre vigilância e despiste de sinais e sintomas de possíveis complicações relacionadas com a ferida; - Ensinar sobre as precauções básicas necessárias relacionadas com a manutenção do controlo da infeção da ferida; - Executar penso em dias alternados com terapia compressiva; - Vigiar o penso da ferida; - Avaliar a cicatrização da ferida. 	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar os cuidados de higiene de forma a não molhar o penso da ferida; - Manter o material de realização de penso, que tem em sua posse, em boas condições de acondicionamento; - Manter stock de material para execução de penso, que é adquirida pela própria, em nível necessário.

Problemas identificados	Resultados esperados	Intervenções de enfermagem	Compromissos estabelecidos em parceria
<p>Risco de infeção relacionada com ferida no membro inferior direito associada à anterior presença de infeção da ferida operatória.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Prevenir infeção; - Deve ser capaz de identificar sinais de alerta, nomeadamente edema, dor, calor do membro; 	<ul style="list-style-type: none"> - Ensinar sobre vigilância e despiste de sinais e sintomas de possíveis complicações relacionadas com a ferida; - Ensinar sobre as precauções básicas necessárias relacionadas com a manutenção do controlo da infeção da ferida; - Executar penso em dias alternados com terapia compressiva; - Vigiar o penso da ferida; - Avaliar a cicatrização da ferida; - Ensinar como efetuar lavagem das ligaduras em ambiente controlado para não existir contaminação com a restante roupa. 	<ul style="list-style-type: none"> - Manter o material de execução de penso, nomeadamente as ligaduras, em boas condições de limpeza; - Manter o penso da mesma forma que foi executado pelo enfermeiro e não retirar ou recolocar as ligaduras; <p>Em caso de necessidade contactar o enfermeiro responsável pelos seus cuidados.</p>

Problemas identificados	Resultados esperados	Intervenções de enfermagem	Compromissos estabelecidos em parceria
<p>Risco de queda relacionado com a diminuição da força do membro inferior direito, associado a dor, marcha independente nível 4 em superfície plana (escala de Holden), manifestada por médio risco de queda (escala de Morse)</p>	<p>- Que a Sra. P. não apresente quedas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Reforçar a ideia de ser benéfico não ter tapetes ou carpetes em casa; - Instruir sobre o tipo de calçado adequado à sua condição de mobilidade; - Reforçar a importância de manter um ambiente seguro, nomeadamente no que concerne a objetos que possam impedir mobilizar-se em segurança dentro de casa; - Incentivar para o uso de algum auxiliar de marcha em caso de aumento de dor ou diminuição da força muscular dos membros inferiores. 	<ul style="list-style-type: none"> - Manter um ambiente seguro, nomeadamente no que diz respeito ao percurso dentro de casa desimpedido e sem tapetes; - Manter calçado apropriado;

ASSUMIR O CONTROLO DO CUIDADO DE SI PRÓPRIO OU ASSEGURAR O CUIDADO DO OUTRO

Nesta última fase do processo de parceria que se designa por assumir o controlo do cuidado de si próprio ou assegurar o cuidado do outro "...significa que o doente consegue ter controlo sobre o seu projeto de vida e saúde, está informado, consegue decidir qual o melhor caminho para si, consegue gerir a sua situação, manifesta conforto e bem-estar (...) significa que a família adquire capacidade para ajudar a cuidar do doente." (Gomes, 2013, p. 103).

Foi interessante verificar que a Sra. P. se encontrava numa etapa já avançada relativamente a esta fase e que conseguia verbalizar e decidir o caminho que queria para a sua vida. No entanto também nos referiu que todas as estratégias que foram negociadas em conjunto com os enfermeiros foram importantes para atingir os seus objetivos.

Na verdade, sentimos que existiria algo mais a fazer, nomeadamente na forma como encara a sua reclusão, mas após análise da situação podemos compreender que esta é uma opção, consciente, da forma como deseja viver a sua vida.

Nem sempre o que nos parece para nós o ideal para a pessoa que cuidamos é na verdade aquilo que ela deseja. Assim, foi também para nós um processo de aprendizagem para sabermos escutar e aceitarmos as decisões do próprio.

REFLEXÃO FINAL

A realização deste estudo de caso obrigou-nos a fazer uma reflexão bastante profunda sobre a nossa prática de cuidados tendo constituído um desafio.

Ao conhecermos melhor a pessoa que temos para cuidar e ao dispormos de tempo para a escuta ativa chegamos à conclusão de que não sabemos nada das pessoas que cuidamos. Podemos dizer que é por falta de tempo, ou pela correria louca que se vive a nível da prestação de cuidados, mas na verdade dá trabalho escutar os outros e é bem mais fácil sermos simples executantes de cuidados.

No entanto, o processo de parceria permite-nos atingir uma plenitude maior através da aplicação das várias fases. Ver o crescimento desenvolvido da pessoa que cuidamos é o culminar de uma realização quer profissional quer pessoal.

Muitos dos idosos que se encontram em casa estão isolados e é importante que se sintam parte integrante da vida e não apenas mais um número estatístico quando nos referimos ao envelhecimento da população.

A elaboração deste estudo de caso fez-nos ver os cuidados comunitários com outros olhos, assim como todas as possibilidades que nós, enfermeiros, desperdiçamos ao longo da nossa vida porque ficamos no nosso cantinho bem arrumado para que ninguém nos incomode na nossa concha.

Não podemos esquecer que se hoje somos os prestadores destes cuidados seremos nós amanhã a precisar dos mesmos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Apostolo, João Luis Alves et al. *Contribuição para a adaptação da Geriatric Depression Scale -15 para a língua portuguesa*. Rev. Enf. Ref. [online]. 2014, vol.serIV, n.3, pp.65-73. ISSN 0874-0283. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14033>.

Fortin, M.-F. (1999). *O Processo de Investigação: Da concepção à realização*. (N. Salgueiro, Trad.) Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Galdeano, L. E., Rossi, L. P., & Zago, M. M. (2003). Roteiro institucional para a elaboração de um estudo de caso. *Revista Latino-Am. Enfermagem*, 11(3), 371-375.

Gomes, I.D. (2002). *O conceito de parceria no processo de cuidados de enfermagem ao doente idoso: O erro de narciso*. Dissertação do mestrado em Comunicação em Saúde, Universidade Aberta de Lisboa, Lisboa.

Gomes, I.D. (2007). *Parceria e cuidados de enfermagem: uma questão de cidadania*. Coimbra: FORMASAU, Formação e Saúde Lda.

- Gomes, I.D. (2009). *Cuidado de si. A natureza da parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio*. Universidade Católica Portuguesa. Tese apresentada para obtenção do grau de doutor em enfermagem. Lisboa
- Gomes, I. D. (2013). *Promover o cuidado de si: a natureza da parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio*. In M. A. P. Lopes (org.). *O cuidado de enfermagem à pessoa idosa: da investigação à prática* (pp 77-113). Loures: Lusociência.
- Henriques, A. (2011). *Adesão ao regime medicamentoso em idosos na comunidade. Eficácia das intervenções de enfermagem*. Tese de doutoramento em Enfermagem. Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Ministério da Saúde (2005). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas- Prevenção dos acidentes domésticos com pessoas idosas*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Nascimento, Sílvia Sofia Carrulo Lopes do; Gomes, Idalina. (2013). *A avaliação das atividades básicas de vida diária do doente idoso hospitalizado: a parceria como uma intervenção de enfermagem para a promoção do cuidado de si*. Lisboa: [s.n.], 2013. [12], 94, [255] p. - Mestrado, Enfermagem Médico-Cirúrgica - Pessoa Idosa, 2013, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
- Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (GERMI). *Avaliação Geriátrica*. Lisboa.
- Santos, Débora; Fernandes, Maria Conceição Fernandes; Reis, Vanessa; Gomes, Idalina. (2008). *E tudo começa ao entrar no domicílio...: a parceria como instrumento terapêutico na promoção do auto-cuidado ao idoso / familiar cuidador em cuidados de longa duração no domicílio*. Lisboa: [s.n.], 2008. 121 f. - Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Lisboa - Pólo Maria Fernanda Resende, 6º Curso de Enfermagem, no âmbito da Unidade curricular Seminário de Enquadramento Metodológico
- Sousa, Maria Teresa Nunes Lourenço Amores de; Gomes, Idalina Delfina. (2013). *Intervenções de enfermagem em parceria com a pessoa idosa com infecção clostridium difficile sujeita a isolamento de contacto*. Lisboa: [s.n.], 2013. 83, [95] p. - Mestrado, Enfermagem Médico-Cirúrgica - Pessoa Idosa, 2013, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

APÊNDICE II - Ação de Formação Realizada em Contexto UCC

7º MESTRADO EM ENFERMAGEM MEDICO-CIRURGICA
VERTENTE PESSOA IDOSA
ESTÁGIO UCC

PREVENÇÃO E CONTROLO DA INFEÇÃO
ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE NA
PESSOA IDOSA NA COMUNIDADE

Regente: Profª Dr.ª Idalina Gomes
Discentes: M.ª José Marques, 6758

Novembro 2016

2

Infeção - Definições

Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS)

- Adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados
- Em qualquer unidade de prestação de cuidados de saúde
- Pode, também, afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade.

Ministério da Saúde (2007)



4

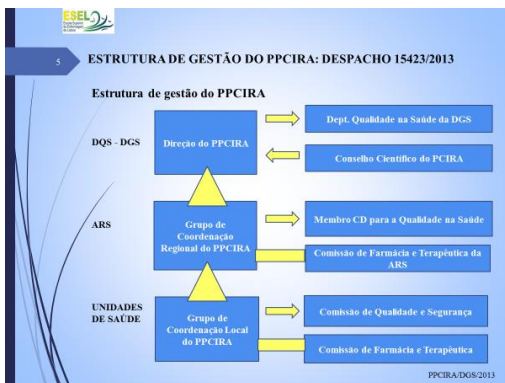
Infeção associada aos cuidados de saúde (IACS)

PORTUGAL 2012
Inquérito Prevalência de Infeção (2012)

- Taxa global de prevalência de Infeção (10,6%)
- 65 - 85 anos (12,6% - 13,8%)
- Infeção vias respiratórias: 29,3%
- Infeção via urinária: 21,1%
- Infeção local cirúrgico: 18%
- Infeção corrente sanguínea: 8,1%

2013
European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)

- 1 em cada 18 doentes na UE contrai uma infeção hospitalar
- 1 em cada 10 doentes em Portugal contrai uma infeção hospitalar



6

Programa Nacional de Prevenção da Resistência aos Antimicrobianos

- Redução da taxa de infeção associada aos cuidados de saúde
- Promoção do uso correto de antimicrobianos
- Diminuição da taxa de microrganismos com resistência a antimicrobianos

Promoção de Boas Práticas de Prevenção e Controlo da Infeção

Monitorização do consumo de antimicrobianos

Programas de vigilância epidemiológica

DGS/2016

7

Não há prevenção de infeção...

Sem Precauções Básicas de Controlo de Infeção

8

Precauções básicas do controlo de infeção (PBCI)

Objetivo

Prevenir a transmissão cruzada de IACS

Aplicar a todos os doentes independentemente do seu estado infeccioso

Garantir a segurança do doente, do profissional de saúde e todos os que entram em contacto com os serviços de saúde.

DGS(2016)

9

Precauções Básicas de Controlo de Infeção

As PBCI ajudam a Prevenir e Controlar a Transmissão Cruzada de Microrganismos, a Infeção e a Resistência aos Antimicrobianos

De um doente para outro... Do doente para o profissional de saúde... Do profissional de saúde para o doente... De um profissional de saúde para o outro...

Aplicar a todos os utentes, mesmo sem conhecer o seu diagnóstico!

1. IDENTIFICAÇÃO/ISOLAMENTO DOS DOENTES (MARCAÇÃO, SINAIS, NOTIFICAÇÃO CONTÍNUA, AVALIAÇÃO DO RISCO INFECCIOSO, DO CUIDADO PARA A INFECÇÃO)
2. HIGIENE DAS MÃOS (EMFOQUE NOS MOMENTOS E NA TÉCNICA DE LAVABATEM-TO)
3. ESTREIJA RESPIRATORIA (TUTORES, VENTILANTES E PROCEDIMENTOS DE SAÚDE)
4. USO ADEQUADO DOS EPI (LAVAS, MÁSCARAS, ÓCULOS, PROTEÇÃO OCULAR E FACIAL...)
5. DESCONTAMINAÇÃO DO MATERIAL E EQUIPAMENTO (LAVAGEM E USO CORRETO)
6. CONTROLO AMBIENTAL (AMPLAS DAS SUPERFÍCIES, CUIDADOS DE HIGIENE, ASUA, CONTROLO DOS SISTEMAS DE VENTILAÇÃO DE ALTA PRESSÃO, HIGIENE E CONTROLO DAS SUPERFÍCIES E EQUIPAMENTOS GERAIS, PISOS)
7. MANUTENÇÃO SEGURA DA ROUPA (COLEÇÃO, MANUTENÇÃO E ACONDICIONAMENTO DE ROUPA DE PROTEÇÃO)
8. RECICLAGEM SEGURA DE RESÍDUOS (TOMADA, ACONDICIONAMENTO, RECICLAGEM, TRANSPORTE, DESTINO FINAL)
9. PRÁTICAS SEGURAS NA PREPARAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DE DROGAS (MEDICAMENTOS, SUTURAS, VÍTRIS, TRANSFUSÕES)
10. SUPORTE DE RISCO DO CUIDADO DE TERAPIA (ANÁLISE OPORTUNA, PREVENÇÃO E CONTROLO DE ADERENTES POR EXPOSIÇÃO E TRANSMISSÃO)

DNEL, DGS

10

Sobrevivência de microrganismos em superfícies inanimadas

- Acinetobacter spp. 3 dias a 5 meses.
- Clostridium difficile (esporos) 5 meses
- Corynebacterium diphtheriae 7 dias a 6 meses
- Corynebacterium pseudotuberculosis 1 a 8 meses
- Escherichia coli 1,5 horas a 16 meses
- Enterococcus spp. incluindo VRE e VSE 5 dias a 4 meses
- Mebsiella spp. 2 horas a 30 meses
- Protheus Vulgaris 1 a 2 dias
- Pseudomonas aeruginosa 6 horas a 16 meses
- Salmonella typhimurium 10 dias a 52 meses
- Salmonella spp. 1 dia
- Serratia marcescens 3 dias a 2 meses
- Staphylococcus aureus, incluindo MRSA 7 dias a 7 meses
- Streptococcus pneumoniae 1 a 20 dias
- Streptococcus pyogenes 3 dias a 6 meses

11

Prevenção e controlo de colonização e infeção por MRSA

RNCCI

Doente de elevado risco

Isolamento de contacto e rastreio MRSA

Rastreio positivo

Rastreio negativo

Manter isolamento de contacto e descolonização

Se 1ª descolonização falha, repetir

Retirar doente de isolamento

Monitorizar a eficácia após descolonização

DGS, 2014

12

Precauções básicas do controlo de infeção (PBCI)

Em suma:

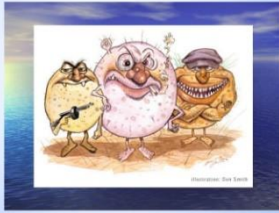
Profissionais de saúde

- Assumir que na admissão todo o doente está potencialmente colonizado ou infetado
- Adequar precauções básicas mediante procedimentos clínicos e riscos inerentes

Responsável por adquirir conhecimentos básicos sobre PBCI, a cadeia epidemiológica da infeção e a avaliação do risco

Da sua intervenção depende a real prevenção das IACS e a segurança do doente

Obrigada pela atenção



BIBLIOGRAFIA

- 4Work - Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho - *Prevenção de Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS)*. Acedido a 30/05/2016 em http://www.4work.pt/cms/index.php?id=98&no_cache=1&tx_ttnews%5BbackPid%5D=1&tx_ttnews%5Btt_news%5D=221&cHash=26f9402db7d6d7420d4a54333eca389e
- Direção Geral da Saúde (2016), PORTUGAL Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos em Números – 2015- PPCIRA. Lisboa: DGS
- Lecourt, H (2010). Infecção em cuidados de saúde – Perspectiva actual. *Cadernos de Saúde*, 3, 17-23
- Ministério da Saúde (2003). *Crítérios do CDC para o Diagnóstico das Infecções – PNCI*. Lisboa: Ministério da Saúde
- Ministério da Saúde (2007). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde*. Lisboa: Direção Geral da Saúde

BIBLIOGRAFIA

- Ministério da Saúde (2013). *Prevalência da Infecção Adquirida no Hospital e do uso de Antimicrobianos nos Hospitais Portugueses – Inquérito 2012*. Lisboa: Direção Geral da Saúde
- Sousa, Maria Teresa Nunes Lourenço Amores de ; Gomes, Idalina Delfina - *Intervenções de enfermagem em parceria com a pessoa idosa com infecção clostridium difficile sujeita a isolamento de contacto*. Lisboa : [s.n.], 2013. 83, [95] p. - Mestrado, Enfermagem Médico-Cirúrgica - Pessoa Idosa, 2013, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

APÊNDICE III – Objetivos gerais e específicos de Estágio

Quadro 1. Objetivos gerais e específicos, atividades e indicadores de avaliação para o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista e mestre.

Objetivo geral -1- Desenvolver competências como enfermeira especialista, no cuidado em parceria à pessoa idosa/família, nomeadamente na intervenção de prevenção e controlo da infeção da corrente sanguínea associada ao cateter venoso central.

Objetivo específico	Atividades	Indicadores
1.1- Aprofundar conhecimentos sobre a prevenção e controlo da infeção nomeadamente na infeção associada à corrente sanguínea.	<ul style="list-style-type: none"> -Pesquisa bibliográfica relativamente à problemática da infeção. -Observação da atividade da enfermeira do GCL-PPCIRA de um hospital onde se encontram implementados projetos inovadores. -Observação da atividade da enfermeira do GCL-PPCIRA do hospital onde o projeto irá ser desenvolvido. 	<ul style="list-style-type: none"> -Avaliação do nível de conhecimento como forma de identificação de lacunas. -Registos reflexivos sobre as aprendizagens realizadas.
1.2- Intervir como enfermeiro especialista na prevenção e controlo da infeção nomeadamente na infeção associada à corrente sanguínea.	<ul style="list-style-type: none"> -Consulta e análise de normas e procedimentos existentes no serviço, relacionados com a problemática apresentada. -Colaboração nas atividades desenvolvidas pelo GCL-PPCIRA e pelos membros dinamizadores do serviço. 	<ul style="list-style-type: none"> -Identificação de colaboradores na implementação do projeto. -Identificação de estratégias facilitadoras.

Objetivo específico	Atividades	Indicadores
<p>.1.3- Aprofundar conhecimentos sobre a pessoa/família, suas necessidades e especificidades de cuidados</p>	<p>-Revisão da literatura sobre envelhecimento, avaliação das necessidades específicas no cuidado à pessoa idosa/família.</p> <p>-Análise da intervenção do enfermeiro no cuidado à pessoa idosa e família, em contexto domiciliário e hospitalar.</p> <p>- Reuniões de orientação tutorial.</p>	<p>-Avaliação do nível de desenvolvimento</p> <p>-Registos reflexivos sobre as aprendizagens realizadas</p>
<p>1.4- Intervir como enfermeiro especialista em parceria com a pessoa idosa, na capacitação da mesma, visando a promoção do cuidado de si</p>	<p>-Prestação de cuidados à pessoa idosa e família, no papel de enfermeiro especialista, em contexto hospitalar e domiciliário, através da realização de estágios em UCC e Hospital.</p> <p>-Avaliação multidimensional da pessoa idosa, intervindo de acordo com as suas necessidades, potencialidades e projeto de vida.</p> <p>-Reunião com equipa de enfermagem para análise reflexiva das práticas de cuidados.</p> <p>-Reuniões de orientação tutorial.</p>	<p>-Avaliação do nível de desenvolvimento pelos orientadores.</p> <p>-Elaboração de estudo de caso.</p> <p>-Registos reflexivos de aprendizagem.</p>

Quadro 2. Objetivos gerais e específicos, atividades e indicadores de avaliação para o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista e mestre.

Objetivo geral -2- Promover o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem, no cuidado em parceria à pessoa idosa/família, nomeadamente na intervenção de prevenção e controlo da infeção da corrente sanguínea associada ao cateter venoso central.

Objetivo específico	Atividades	Indicadores
<p>2.1-Identificar conhecimentos e práticas da equipa de enfermagem acerca da prevenção e controlo das ICS relacionada com cateter venoso central na pessoa idosa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Identificação dos conhecimentos e análise das práticas da equipa de enfermagem acerca da prevenção e controlo das ICS na pessoa idosa. -Divulgação do projeto à equipa de enfermagem, solicitando a participação na aplicação do mesmo. -Elaboração e aplicação de grelhas de observação das práticas da equipa de enfermagem na prevenção e controlo das ICS. -Realização de auditorias aos procedimentos relativos aos cuidados na inserção e manutenção do CVC. -Reuniões de formação para discussão e seleção de estratégias para a implementação do projeto. -Auditorias às práticas de enfermagem na prevenção das ICS. 	<ul style="list-style-type: none"> -Registos sobre reuniões, sugestões e desenvolvimento da equipa de enfermagem. -Registos reflexivos sobre as aprendizagens realizadas. -Registo da conformidade em % às práticas de enfermagem no manuseamento do CVC.

Objetivo específico	Atividades	Indicadores
<p>2.2-Contribuir para o desenvolvimento de competências da equipa de enfermagem na prevenção e controlo das ICS relacionada com cateter venoso central na pessoa idosa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Divulgação do projeto à equipa de enfermagem, solicitando a participação na aplicação do mesmo. -Reuniões de formação para discussão e seleção de estratégias para o desenvolvimento do projeto. -Monitorização, pela equipa de enfermagem, da prática de manutenção de CVC. -Auditorias às práticas de enfermagem na prevenção das ICS. 	<ul style="list-style-type: none"> -Presença da maioria da equipa de enfermagem do serviço. -Registos sobre reuniões, sugestões e desenvolvimento da equipa de enfermagem. -Registos reflexivos sobre as aprendizagens realizadas. -Registo da conformidade em % às práticas de enfermagem na prevenção das ICS.
<p>2.3-Implementar feixes de intervenção na prevenção e controlo das ICS relacionada com cateter venoso central na pessoa idosa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Avaliação da necessidade de elaboração de um guia orientador para a implementação dos feixes de intervenção. -Aplicação/construção de grelhas de avaliação para monitorização da aplicação dos feixes de intervenção. -Auditorias às práticas de enfermagem no manuseamento do CVC. 	<ul style="list-style-type: none"> -Registo da necessidade de manter CVC. -Registo da conformidade em % às práticas de enfermagem no manuseamento do CVC.

APÊNDICE IV – Revisão Scoping

Revisão da literatura – scoping review

Introdução

As infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) são uma realidade que está a preocupar a comunidade de saúde a nível nacional e internacional. Esta problemática tem tido maior ênfase nas últimas décadas devido ao aumento do número de mortes associadas, especialmente em meio hospitalar. Segundo a OCDC (2013) 1 em cada 18 doentes na EU contraiu uma infeção hospitalar enquanto em Portugal esse número era de 1 em cada 10 doentes. A nível estatístico temos como referência a WHO (2012) que nos apresenta dados como 5 milhões de casos identificados, 50000 mortes relacionadas e entre 13 a 24 biliões de euros gastos com as IACS.

Segundo a DGS (2013) pode-se estimar que cerca de 1/3 das IACS são seguramente evitáveis. Também Curtis (2008) nos dizia que uma porção significativa das infeções podia ser prevenida com o envolvimento dos profissionais de saúde na adesão às boas práticas no contexto da prevenção e controlo de infeção. Parte de nós, profissionais, a necessidade de utilização de boas práticas e a aplicação das Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI).

Segundo Potter et al (2006, p. 174) os enfermeiros “têm a oportunidade de dar o seu contributo para os cuidados de saúde de qualidade e rentáveis, concentrando-se em estratégias de prevenção e controlo de infeção”. O Plano Nacional de Saúde (PNS) de 2012-2016 refere que o sistema de saúde é responsável por “promover, potenciar e preservar a saúde, reconhecendo o potencial individual, ao longo do ciclo de vida, em cada momento e contexto”.

Nas estatísticas divulgadas pelo Ministério da Saúde (2013), resultantes do inquérito de prevalência de infeção em Portugal (2012), a infeção da corrente sanguínea não é a infeção com mais incidência apresentando apenas um valor de 8,1% das infeções a nível nacional. No entanto, segundo a DGS no seu relatório do Programa de Vigilância Epidemiológica - Infeções Nosocomiais da

Corrente Sanguínea (2013) são as de maior morbidade e de custos mais elevados.

A infecção na pessoa idosa pode ter como consequência a diminuição da qualidade de vida; o isolamento (físico e psicológico); o aumento do sofrimento humano; o aumento do tempo de internamento e dos custos de saúde assim como o aumento da resistência aos antimicrobianos podendo conduzir a um acréscimo da morbidade e mortalidade (Lecour,2010).

Segundo a OMS (2015), a nível biológico, o envelhecimento é associado ao acúmulo de uma grande variedade de danos moleculares e celulares. Com o tempo, esse dano leva a uma perda gradual nas reservas fisiológicas, um aumento do risco de contrair diversas doenças e um declínio geral na capacidade intrínseca do indivíduo que pode levar a pessoa idosa a ficar mais suscetível a contrair infecções.

Segundo Lecour (2010) diversos são os fatores capazes de influenciar a infecção na pessoa idosa tais como as patologias associadas que contribuem para uma diminuição de funcionalidade; a vulnerabilidade e fragilidade; alterações cognitivas; desnutrição; o aumento das técnicas invasivas; os internamentos recorrentes e prolongados assim como a prescrição inadequada de antibioterapia.

Deste modo, relacionando todos os fatores expostos com a probabilidade de um aumento de complicações devido à fragilidade do idoso e após a observação dos dados apresentados a nível do serviço de cirurgia geral que nos referem, em 2016, uma percentagem de 53,42% de idosos com infecção da corrente sanguínea decidimos estudar neste serviço esta infecção associada ao CVC, surgindo a necessidade de efetuar uma pesquisa relativamente ao tema proposto para conhecimento dos diversos trabalhos já publicados nesta área.

Foi realizada uma revisão scoping como forma de mapear a literatura ou evidência existentes com uma questão aberta, não nos focando na qualidade da investigação como prioridade inicial sendo a síntese fundamentalmente qualitativa.

Assim e para que existisse um ponto norteador foi colocada a seguinte questão: Quais as intervenções para a prevenção da infeção da corrente sanguínea associada ao cateter venoso central na pessoa idosa em contexto hospitalar? Utilizou-se a estratégia PICO para a formulação da pergunta, sendo “P” para população, “I” para fenómeno de interesse e “Co” para contexto.

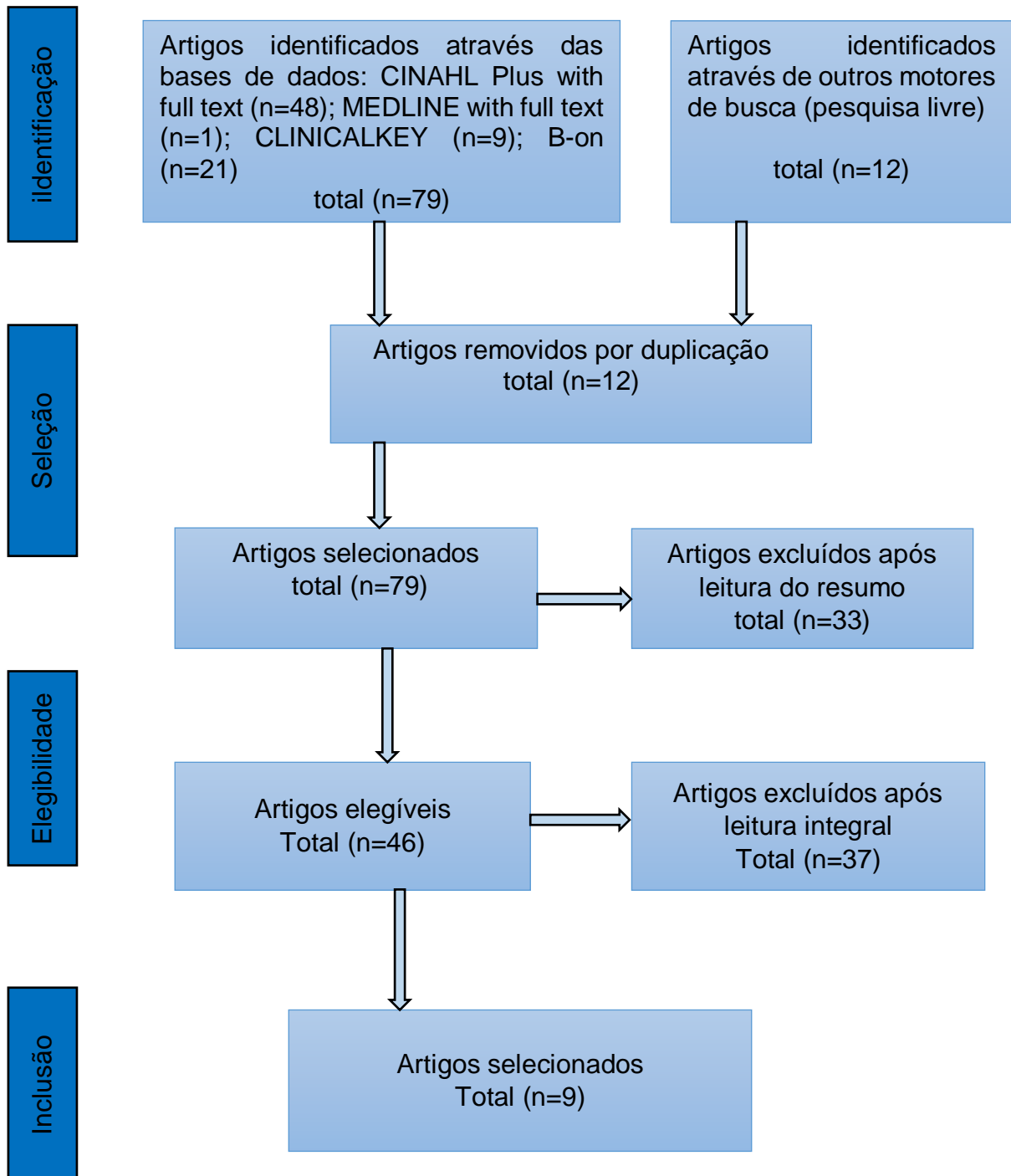
Método

Para dar resposta à pergunta anteriormente colocada foi efetuada uma primeira pesquisa através do motor de busca *EBSCOhost web* nas bases de dados: *MEDLINE with full text*, *CINAHL Plus with full text*, e também na *Clinicalkey* e *B-on*, utilizando os termos: Bloodstream infection, elderly OR old people OR older people, Hospital, prevention, control., central venous catheter.

Realizada também uma pesquisa em outros motores de busca de acesso livre com os termos: prevenção infeção, corrente sanguínea e pessoa idosa.

A pesquisa foi concluída no mês de março de 2017. De referir ainda que alguns dos artigos estavam já devidamente identificados em virtude da sua consulta anterior para o desenvolvimento de algumas unidades curriculares deste mestrado, como é o caso do documento da Direção Geral de Saúde (DGS) emitido em 2015 e que pretende normalizar as intervenções na prevenção e controlo da infeção da corrente sanguínea associada ao cateter venoso central (CVC).

Fig. 1 – Diagrama de seleção de artigos



Na base de dados *CINAHL Plus with full text*, foram identificados 48 artigos através dos termos: Bloodstream infection AND (elderly OR old people OR older people) AND Hospital AND prevention AND control AND central venous cateter.

Na base de dados MEDLINE *with full text*, foi identificado apenas 1 artigo através da pesquisa pelos termos: Bloodstream infection AND (aged or aged 80 and over OR elderly OR old people OR older people) AND infection AND hospital AND prevention AND control AND central venous cateter.

Realizada pesquisa em outras bases de dados da CLINIKY através dos termos infecção cateter venoso central com uma correspondência de 9 artigos e da B-on com os termos controlo infecção corrente sanguínea o que correspondeu a 21 artigos.

Através da pesquisa efetuada foram identificados nas diferentes bases de dados 91 artigos dos quais 12 se encontravam duplicados pelo que se apresenta um total de 79 artigos selecionados para análise. Através da leitura dos resumos foram excluídos 33 artigos que não respondiam à questão formulada e/ou se inseriam em estudos de unidades de não adultos. Dos 47 artigos elegíveis foi efetuada a leitura na íntegra tendo sido excluídos 37 artigos por não apresentarem uma relação direta com a questão formulada pelo que a nossa amostra inclui um total de 9 artigos para análise.

Critérios de exclusão: Artigos publicados anteriormente ao ano de 2006; artigos relacionados com estudos efetuados em unidades de não adultos; artigos que não apresentavam full text; artigos duplicados; artigos que não se inseriam em unidades hospitalares.

Para uma melhor visualização é seguidamente apresentado em quadro os objetivos e principais conclusões dos artigos analisados.

Autores / ano	Título	Objetivo do Estudo	Participantes	Tipo de estudo	Resultados/ conclusões
Silva, Andrea et al., 2009	Infecção associada ao Cateter Venoso Central – Revisão da Literatura	Reunir e sintetizar o conhecimento existente sobre a infecção associada aos CVC	12 artigos de 1998 a 2009	Revisão da literatura	Obtenção de um conjunto de dados importantes no controlo da infeção relacionada com CVC, nomeadamente: numero de lumens; local de inserção; barreiras de proteção e manutenção do cateter nomeadamente na execução do respetivo penso.
Andrade, MR et al., 2010	Risco de Infecção no Cateter Venoso Central – Revisão da Literatura	Examinar as evidências encontradas na literatura sobre as indicações e formas de utilização do CVC	11 artigos e 1 dissertação de mestrado de 2005 a 2010	Revisão narrativa	A análise dos resultados permitiu identificar 3 unidades temáticas permitindo concluir que era importante na prevenção das infeções associadas ao CVC a higienização das mãos, a desinfeção das conexões, a realização do penso com técnica asséptica, além da formação aos profissionais de saúde.
Pina, Elaine et al., 2010	Infecção relacionada com a prestação de cuidados de saúde: infeções da corrente sanguínea (septicémia)	Descrever e quantificar a infeção hospitalar, nomeadamente as infeções da corrente sanguínea.	Estudos de prevalência e incidência promovidos pelo Programa Nacional de Controlo de Infeção		Descrita a existência de um aumento das taxas de infeção da corrente sanguínea associada a um aumento do uso de dispositivos invasivos, nomeadamente o CVC e sua manutenção.

Autores / ano	Título	Objetivo do Estudo	Participantes	Tipo de estudo	Resultados/ conclusões
Koutzav ekiaris, I et al.,2011	Knowledge and practices regarding prevention of infections associated with central venous catheters: a survey of intensive care unit medical and nursing staff.	Avaliar os conhecimentos teóricos sobre as praticas de colocação e manutenção do CVC de enfermeiros e médicos de 8 hospitais em Atenas	345 médicos e enfermeiros em hospitais públicos e privados dos EUA	Estudo quantitativo ,realizado através de questionário	Após análise do resultado dos questionários concluíram que existe um déficit de conhecimento teórico e conseqüentemente necessidade de melhoria nas práticas aos cuidados com o CVC.
Brachin e, JDP et al., 2012	Método Bundle na redução de infecção de corrente sanguínea relacionada com os cateteres centrais – revisão integrativa	Identificar intervenções baseadas em evidência na utilização de Bundles para a redução da infeção da corrente sanguínea associada a CVC.	15 estudos de 2006 a 2011	Revisão integrativa da literatura	As intervenções baseadas em evidência utilizadas, ao serem implementadas em conjunto geram resultado significativo na redução das taxas de infeção da corrente sanguínea.

Autores / ano	Título	Objetivo do Estudo	Participantes	Tipo de estudo	Resultados/ conclusões
Santos, SF et al., 2014	Ações de enfermagem na prevenção de infecções relacionadas ao cateter venoso central: uma revisão integrativa	Identificar as ações de enfermagem para a prevenção de infecções da corrente sanguínea	12 artigos de 2008 a 2014	Revisão integrativa da literatura	A implementação de intervenções em conjunto (Bundles) no cuidado ao CVC revelou-se como a melhor forma de prevenir e diminuir as infecções, promovendo maior segurança e reduzindo custos relacionados com as infecções.
Perin, D et al., 2016	Evidências de cuidado para prevenção de Infecção de Corrente Sanguínea relacionada a cateter venoso central: revisão sistemática	Identificar evidências de cuidado para prevenção de Infecção de Corrente Sanguínea relacionada a cateter venoso central em pacientes adultos	34 estudos de 2011 a 2014	Revisão sistemática sem metanálise	Os autores concluíram que as Bundles associadas ao empenho da equipa/instituição poderão contribuir para a redução das taxas de infecção de corrente sanguínea relacionada a cateter venoso central.

Autores/ ano	Título	Objetivo do Estudo	Participantes	Tipo de estudo	Resultados/ conclusões
Miralha, MAP & Cruz, ICF, 2016	Patient safety cateter infection prevention of venous central: systematized review of literature for clinical protocol	Identificar através das evidências encontradas na literatura, os principais fatores de risco para o CVC	20 artigos de 2010 a 2015	Pesquisa bibliográfica	Ficou evidenciada através deste estudo a importância do enfermeiro em proporcionar condições favoráveis para a prevenção da infecção de CVC, sendo um educador permanente da equipa multidisciplinar na implementação dos procedimentos corretos em meio hospitalar
Silva, AG & Oliveira, AC, 2016	Prevenção da infecção da corrente sanguínea relacionada ao cateter venoso central: Uma revisão integrativa	Analisar os artigos científicos nacionais e internacionais sobre a adesão às Bundles para a prevenção de infecção da corrente sanguínea relacionada ao cateter venoso central.	11 artigos de 2011 a 2014	Revisão integrativa da literatura	As autoras concluíram que as Bundles estão a ser utilizadas na prática clínica como estratégia para a redução das infecções. No entanto estas estratégias devem ser incentivadas sobretudo as referentes à inserção e manutenção do cateter.

Conclusão

Após a leitura e análise de todos os artigos podemos concluir que a infecção da corrente sanguínea associada ao cateter venoso central é um dos temas que está a ser alvo de grande preocupação em todo o mundo uma vez que não sendo a infecção com a maior taxa de prevalência é sem dúvida uma das infecções mais debilitantes associada a uma maior morbidade e mortalidade a nível mundial.

Se relacionarmos esta problemática com a pessoa idosa, que por si só tem mais comorbilidades e se apresenta na sua grande maioria mais fragilizado, podemos verificar que o risco de mortalidade é ainda maior.

Em contexto hospitalar a necessidade de estabilizar a pessoa idosa a nível hemodinâmico e nutricional impõe muitas vezes a necessidade de colocação de cateter venoso central. É então necessário que toda a equipa prestadora de cuidados e especialmente o enfermeiro estejam atentos para a prevenção e controlo desta problemática em virtude de serem os que mais diretamente prestam cuidados na manutenção do cateter.

Prevalece a importância da implementação das Bundles na sua globalidade para uma melhoria dos cuidados prestados, o que vem ao encontro das diretrizes apresentadas pela Direção Geral de Saúde (DGS) na sua norma nº 22/2015.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andrade MR, Silva HG, Oliveira BGRB, Cruz ICF. *Risk of infection in central venous catheter: review study to nursing care*. Online Braz J Nurs. 2010. Acedido a 20 janeiro 2017. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3109>>.
- Brachine, Juliana Dane Pereira, Peterlini, Maria Angélica Sorgini, & Pedreira, Mavilde da Luz Gonçalves. (2012). Método bundle na redução de infecção de corrente sanguínea relacionada a cateteres centrais: revisão integrativa.

Revista Gaúcha de Enfermagem, 33(4), 200-210.

<https://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472012000400025>

<http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1233.2787>.

<https://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472012000400025>

Koutzavekiaris I, Vouloumanou EK, Gourni M, Rafailidis PI, Michalopoulos A, Falagas ME. *Knowledge and practices regarding prevention of infections associated with central venous catheters: A survey of intensive care unit medical and nursing staff*. *Am. J. Infect. Control*. 2011 sep;39(7):542-47.

Miralha, M., & Cruz, I. (2016). *Patient safety catheter infection prevention of venous central: systematized review of literature for clinical protocol*. *Journal of Specialized Nursing Care*, 8(1). Retrieved from <http://www.jsncare.uff.br/index.php/jsncare/article/view/2820/691>

Perin DC, Erdmann AL, Higashi GDC, Sasso GTM. *Evidence-based measures to prevent central line-associated bloodstream infections: a systematic review*. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2016;24: e 2787. Acedido a 20 janeiro 2017

Pina, Elaine, Silva, Maria Goreti, Silva, Eduardo Gomes da, & Uva, António de Sousa. (2010). *Infecção relacionada com a prestação de cuidados de saúde: infecções da corrente sanguínea (septicemia)*. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28(1), 19-30. Recuperado em 22 de março de 2018, de http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-90252010000100003&lng=pt&tlng=pt.

Santos, SF, Viana, RS, Alcoforado, CLG, Campos, CC, Matos, SS et al. *Ações de enfermagem na prevenção de infecções relacionadas ao cateter venoso central: uma revisão integrativa*. *Rev. SOBECC [Internet]*, São Paulo. out./dez. 2014; 19(4). [acesso em 12 de dez 2016]. Disponível em: http://itarget.com.br/newclients/sobecc.org.br/2015/pdfs/v19n4/SOBECC_v19n4_219-225.pdf

Silva AJR, Oliveira FMD, Ramos MEP. *Infecção associada ao cateter venoso central*. *Rev Referência*. 2009; 2:125-34.

Silva, A. da, & de Oliveira, A. (2017). *Estratégia multimodal para prevenção da infecção da corrente sanguínea relacionada ao cateter venoso central: uma revisão integrativa*. *Revista de Medicina*, 96(4), 271-277. doi: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v96i4p271-277>

APÊNDICE V – Estudo de Caso em Cuidados Diferenciados

Estudo de caso em contexto hospitalar

O estudo de caso aqui apresentado foi desenvolvido durante o estágio num serviço de cirurgia geral de um hospital da margem sul do Tejo inserido na ARSLVT e decorreu entre setembro de 2016 e fevereiro de 2017. Tem por objetivo o aprofundamento da situação clínica, pessoal e familiar de um doente idoso internado no serviço, submetido a cirurgia. Esperamos assim refletir a aprendizagem adquirida relativa ao processo de parceria à pessoa idosa em contexto hospitalar.

No desenvolvimento e elaboração do estudo de caso referente ao contexto comunitário, pareceu-nos mais facilitador estabelecer um processo de parceria com o idoso. Talvez devido a que grande parte das bases do processo estivessem já em desenvolvimento com a cumplicidade existente entre o idoso e o enfermeiro que lhe prestava cuidados e que nós fomos apenas integrar esta parceria já presente. Assim, tornou-se necessário criar de raiz o processo para envolvimento do idoso hospitalizado.

A hospitalização é, na maioria das vezes, uma situação por si só traumatizante. O doente deixa literalmente tudo o que é natural na sua vida diária e como que é “encarcerado” num ambiente muito generalista, cheio de regras e procedimentos. Nada disto se pretende, mas é assim que a maioria dos nossos idosos se sentem e que em alguns momentos nos transmitem. Se é importante o processo de parceria em todos os doentes é então de importância vital que o façamos com o idoso que se vê arrancado da sua casa, despido dos seus pertences, em que a única realidade é a de acreditar que tudo faremos para que regresse rapidamente ao seu lar.

O processo de parceria tem como finalidade o reconhecer a pessoa como parceiro de cuidados, dando-lhe a oportunidade de nos apresentar o seu projeto de vida, fazendo com que também nós nos coloquemos como parceiro da pessoa e possamos ajudar a atingir os seus objetivos. Afinal ninguém se encontra mais interessado em contribuir para a melhoria da sua situação do que a própria pessoa.

Este processo é desenvolvido através de 5 fases, revelar-se, envolver-se, capacitar ou possibilitar, comprometer-se e assumir o cuidado de si próprio ou assegurar o cuidado do outro. Todas estas fases são importantes para o conhecimento total da pessoa, razão pela qual optámos por este modelo para a orientação das intervenções de enfermagem.

REVELAR-SE

Nesta primeira fase na construção do processo de parceria a enfermeira pretende dar-se a conhecer e conhecer também a história de vida desta pessoa, o seu contexto de vida, as suas perspetivas e vontades com o objetivo de ajudar a promover o seu projeto de vida. É aqui que se criam as condições para os alicerces desta relação.

Dar-se a conhecer

O Sr. A é um idoso de 93 anos que deu entrada no serviço de cirurgia geral com quadro de febre e vómitos. Foi-lhe diagnosticada uma neoplasia do cólon tendo sido submetido a hemicolectomia direita necessitando de cuidados específicos de vigilância na unidade de cuidados intermédios do serviço. No primeiro contato com o Sr. A foi possível identificarmo-nos sem que, no entanto, conseguisse reter essa informação devido ao estado confusional apresentado. Por outro lado, foi possível estabelecer de imediato uma aproximação à família, esposa e neta, que diariamente o visitam.

Em virtude da dificuldade de manter um diálogo coerente com o idoso e assim obter a sua concordância na elaboração deste estudo de caso, foi o mesmo pedido à esposa e neta que se mostraram disponíveis dando o seu consentimento para a elaboração deste estudo de caso.

Foram efetuadas colheita de dados com a família e através da consulta de dados clínicos.

Conhecer a pessoa

O Sr. A tem 93 anos de idade, biótipo humano branco, de nacionalidade portuguesa e segundo a esposa gosta de ser chamado pelo primeiro nome. Tem como escolaridade a antiga quarta classe. Encontra-se reformado há cerca de 30 anos e exerceu a sua atividade profissional como trabalhador independente.

Conhecer o contexto de vida

Nasceu no distrito de Setúbal, onde sempre viveu. Conheceu a sua esposa nesta cidade e casou há 67 anos.

Vive com a esposa, em casa própria, tem um filho que atualmente se encontra a residir em outro distrito com a esposa e a filha mais nova, estando presente a neta mais velha que se encontra a viver e trabalhar próximo dos avós.

A esposa referiu-nos ainda que o Sr. A sempre foi um homem “à antiga” que nem o esquentador sabia ligar. Depois de reformado ficava em casa a ver televisão ou a ler o jornal.

Devido à maneira de ser, a relação com a neta nem sempre é a mais fácil pois o Sr. A não concorda com alguns aspetos da vida da neta. No entanto e devido à idade avançada dos avós e não tendo o Sr. A condições para se ausentar sozinho para muito longe, permite que a neta os ajude com as compras e algumas situações necessárias.

Conhecer a história de doença

O Sr. A foi admitido no hospital em situação de urgência, tendo sido intervencionado após realização de exames de diagnóstico que revelaram uma neoplasia do cólon.

Tem como antecedentes pessoais: HTA; Status pós AVC (2001); Hipoacusia bilateral; Hernioplastia inguinal; Apendicectomia; Colectomia.

Sem alergias conhecidas nem hábitos aditivos.

O Sr. A encontra-se polimedicado não sendo autónomo para o controlo da medicação dependendo para isso da esposa e da neta.

Conhecer a história de infecção

Durante o internamento, verificou-se hematoma infetado da ferida operatória, efetuada drenagem e colhido material para microbiologia, que isolou um enterococcus faecalis sensível a antibioterapia que iniciou e cumpriu durante 17 dias.

Por quadro de evisceração foi novamente submetido a intervenção cirúrgica e realizada nova colheita de exsudado abdominal onde se identificaram novos organismos multissensíveis (Pseudomonas aeruginosa e Escherichia coli). Ainda durante o internamento apresentou quadro compatível com pneumonia nosocomial tendo iniciado antibioterapia durante 7 dias com boa evolução clínica e laboratorial.

Durante a primeira cirurgia efetuada foi colocado um cateter venoso central na jugular direita que manteve durante 33 dias. De referir que não foi desenvolvida qualquer infecção associada à corrente sanguínea e relacionada com o cateter venoso central, embora o idoso tivesse todas as condições potenciais para o desenvolvimento deste tipo de infecção. Importante também que este estudo de caso foi realizado após a implementação do feixe de intervenções propostos neste estágio o que nos poderá levar a pensar, sem evidência científica, a importância dos mesmos.

ENVOLVER-SE

Segundo Gomes (2013, p. 100) esta fase caracteriza-se "... pela criação de um espaço de reciprocidade, que passa pelo estabelecimento de tempo e espaço para desenvolver uma relação de qualidade que permita ir ao encontro da pessoa e desenvolver uma relação de confiança...".

Nesta fase e após alguns dias de internamento foi mais fácil conversar com o Sr A. No entanto retivemos a sensação de que se encontrava revoltado com toda a situação e, sem na realidade nos ter sido verbalizado, o sentimento pareceu ser de resignação pela situação e a total impotência para mais, demonstrado através de um encolher de ombros a quando de algumas questões.

Devido à diminuição da acuidade auditiva (bilateralmente) existiram algumas dificuldades na comunicação em certos momentos. Não sendo uma pessoa com estudos elevados, apresenta uma cultura geral e um conhecimento do meio que o rodeia que podemos considerar muito bom. Em um dos momentos de maior comunicação verbalizou o seu descontentamento porque não tinha assistido ao jogo de futebol entre o Benfica e o Porto.

Avaliação geriátrica global

Tendo o Sr. A sofrido um AVC há alguns anos seria de prever que algumas das atividades de vida diária estariam comprometidas. No entanto verificámos que na sua maioria não existiram sequelas que pudessem impedir a utilização de alguns instrumentos de avaliação geriátrica para fundamentação do seu estado e das suas necessidades.

A nível hospitalar e mais precisamente nesta unidade onde decorreu o estágio, apenas se avaliam as escalas de Braden, Morse, Glasgow. No entanto pareceu correto avaliarmos o Sr. A pelas escalas de avaliação do Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna para uma avaliação mais profunda, tentando obter uma visão mais complexa.

Ao Sr. A, por apresentar períodos de difícil comunicação, não foram conseguidas todas as escalas previamente programadas

Escala de Katz – escala que permite a avaliação da autonomia do idoso na realização das atividades básicas de vida diária. Resultado: 0 pontos – Dependência total

Escala de Lawton & Brody – escala que permite avaliar a autonomia do idoso na realização de atividades necessárias para viver de forma independente na comunidade. Resultado: 1 ponto – Dependência grave.

Classificação Funcional da Marcha de Holden – permite determinar o grau de autonomia na marcha dependente do tipo de ajuda ou supervisão necessária. Resultado: 0 pontos – Marcha ineficaz

Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage – esta escala permite avaliar aspetos cognitivos e comportamentais na depressão do idoso. Não foi possível avaliar pela recusa do Sr. às questões.

Mini-Nutricional Assessment – questionário para determinação de presença ou risco de malnutrição no idoso. Resultado: 18 pontos – sob risco de desnutrição

Escala de Barthel – escala que avalia, em 10 itens, o potencial funcional do indivíduo. Resultado: 5 pontos

Escala de Morse – escala que avalia o risco de queda. Resultado: 45 pontos – médio risco de queda.

Escala de Braden – escala que é utilizada para a avaliação do risco de úlceras de pressão. Resultado: score 14–médio risco

Da análise da situação do Sr. A. Podemos concluir que apresenta um médio grau de dependência, necessitando de ajuda quase total para a realização de algumas atividades de vida diária o que representa uma necessidade do enfermeiro na capacitação de terceiros na execução de forma adequada das ações do autocuidado.

CAPACITAR OU POSSIBILITAR

Nesta fase de parceria existiu um trabalho em parceria com os cuidadores de forma a capacitar a terceira pessoa para a realização de tarefas e construção da capacitação do Sr. A. nomeadamente na possibilidade de recuperação da sua mobilidade para a execução de pequenas tarefas diárias, pelo que foram realizados os ensinamentos necessários.

COMPROMETER-SE

Nesta quarta fase do processo de parceria, designada por comprometer-se, pretendemos o “...desenvolvimento de esforços conjuntos no sentido de procurar atingir os objetivos definidos, para assumir ou assegurar o controlo ou a progressão do projeto de vida e saúde da pessoa idosa...” (Gomes, 2013, p. 103).

Pretendemos promover o sentido de autonomia e independência da pessoa idosa para que seja possível uma melhoria progressiva da sua capacidade. Neste caso existiu um esforço conjunto entre o cuidador e o enfermeiro tendo em vista serem possíveis de alcançar os objetivos delineados para a promoção dos cuidados de si, surgindo a necessidade de elaboração de um plano de cuidados em que algumas pequenas ações poderiam depender do próprio, mas que, na sua maioria foram estabelecidas com o cuidador.

Problemas identificados	Resultados esperados	Intervenções de enfermagem	Compromissos estabelecidos em parceria
<p>Mobilidade diminuída devido à presença de ferida a nível abdominal relacionada com a cirurgia realizada</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Deve ser capaz de ajudar nas atividades de vida diária nomeadamente os cuidados de higiene; - Deve ser capaz de identificar a necessidade de medicação analgésica; - Deve ser capaz de identificar sinais de alerta, nomeadamente sintomas de calor e do 	<ul style="list-style-type: none"> - Incentivar a importância da realização das atividades para a promoção da sua independência; - Reforço da gestão da terapêutica analgésica; - Avaliação da dor; - Encaminhamento para a unidade da dor intra-hospitalar para um adequado controlo da dor. - Ensino sobre elevação do membro para diminuição de edema; 	<ul style="list-style-type: none"> - Deambular pelo quarto, sempre que possível, com recurso a meios auxiliares e manter elevação dos membros quando sentada; - Solicitar, em SOS, a terapêutica analgésica para o efeito;

Problemas identificados	Resultados esperados	Intervenções de enfermagem	Compromissos estabelecidos em parceria
Elevada dependência nos autocuidados devido à imobilização involuntária no leito no pós-operatório imediato	- Aumento da força muscular através de exercícios específicos para recuperação da mobilidade	<ul style="list-style-type: none"> - Ensinar sobre as estratégias de capacitação de recuperação muscular através de exercícios diários. - Elaborar plano de intervenção para a deambulação pelo serviço. Estimular a deambulação - Requerer apoio à equipa multidisciplinar nomeadamente aos serviços de medicina física e reabilitação. 	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar deambulação sempre que possível. - Manter os membros inferiores elevados sempre que sentado.

Problemas identificados	Resultados esperados	Intervenções de enfermagem	Compromissos estabelecidos em parceria
<p>Risco de infecção relacionada com ferida abdominal, devido à anterior presença de infecção da ferida operatória.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Prevenir infecção; - Deve ser capaz de identificar sinais de alerta, nomeadamente edema, dor, calor do membro; 	<ul style="list-style-type: none"> - Ensinar sobre vigilância e despiste de sinais e sintomas de possíveis complicações relacionadas com a ferida; - Ensinar sobre as precauções básicas necessárias relacionadas com a manutenção do controlo da infecção da ferida; - Executar penso em dias alternados com terapia compressiva; - Vigiar o penso da ferida; - Avaliar a cicatrização da ferida; 	<ul style="list-style-type: none"> - Nomeação de quaisquer sinais de alerta identificados; - Manter o penso da mesma forma que foi executado pelo enfermeiro e não retirar o adesivo;

Problemas identificados	Resultados esperados	Intervenções de enfermagem	Compromissos estabelecidos em parceria
<p>Risco de queda relacionado com a diminuição da força dos membros inferiores associado a perda de capacidade muscular pela imobilização de longo período no leito</p>	<p>- Que o Sr. A. não apresente quedas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Reforçar a ideia de ser benéfico aguardar apoio especializado; - Instruir sobre o tipo de calçado adequado à sua condição de mobilidade; - Reforçar a importância de manter um ambiente seguro; - Incentivar para o uso de algum auxiliar de marcha em caso de aumento de dor ou diminuição da força muscular dos membros inferiores. 	<ul style="list-style-type: none"> - Manter um ambiente seguro, nomeadamente no que diz respeito ao percurso do leito até ao WC. - Manter calçado apropriado;

ASSUMIR O CONTROLO DO CUIDADO DE SI PRÓPRIO OU ASSEGURAR O CUIDADO DO OUTRO

Esta fase do processo de parceria, designada por assumir o controlo do cuidado de si próprio ou assegurar o cuidado do outro "...significa que o doente consegue ter controlo sobre o seu projeto de vida e saúde, está informado, consegue decidir qual o melhor caminho para si, consegue gerir a sua situação, manifesta conforto e bem-estar (...) e que a família adquire capacidade para ajudar a cuidar do doente." (Gomes, 2013, p. 103).

No caso do Sr. A pudemos verificar que o próprio não reunia condições para se cuidar a si próprio pelo que foi necessário o cuidador ser o responsável por este ponto. Assim, foi de fácil resolução o estabelecimento de parceria com a cuidadora uma vez que se apresentou como ouvinte ativa e disponível.

Todas as estratégias que foram negociadas em conjunto foram importantes para que o Sr. A e seus familiares pudessem atingir os seus objetivos.

REFLEXÃO FINAL

A realização deste estudo de caso obrigou-nos a fazer uma reflexão diferente do contexto de cuidados comunitários uma vez que sempre foi uma das atividades necessárias à reflexão bastante profunda sobre a nossa prática de cuidados.

Do conhecimento da pessoa até ao cuidar existe um fosso enorme. Estamos habituados a ouvir e não escutar, a executar e não pensar. Ao conhecermos a pessoa e fazendo uma análise reflexiva sobre o trabalho de parceria concluímos que temos um longo trabalho pela frente. Importa agora continuarmos este modelo de cuidados de parceria para que as pessoas idosas possam ter voz ativa em todas as situações que lhes dizem respeito.

A elaboração deste estudo de caso permitiu-nos refletir sobre os cuidados que prestamos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Apostolo, João Luis Alves et al. Contribuição para a adaptação da Geriatric Depression Scale -15 para a língua portuguesa. Rev. Enf. Ref. [online]. 2014, vol. serIV, n.3, pp.65-73. ISSN 0874-0283. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14033>.
- Fortin, M.-F. (1999). *O Processo de Investigação: Da concepção à realização*. (N. Salgueiro, Trad.) Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Galdeano, L. E., Rossi, L. P., & Zago, M. M. (2003). Roteiro institucional para a elaboração de um estudo de caso. *Revista Latino-Am. Enfermagem*, 11(3), 371-375.
- Gomes, I.D. (2002). O conceito de parceria no processo de cuidados de enfermagem ao doente idoso: O erro de narciso. Dissertação do mestrado em Comunicação em Saúde, Universidade Aberta de Lisboa, Lisboa.
- Gomes, I.D. (2007). Parceria e cuidados de enfermagem: uma questão de cidadania. Coimbra: FORMASAU, Formação e Saúde Lda.
- Gomes, I.D. (2009). Cuidado de si. A natureza da parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio. Universidade Católica Portuguesa. Tese apresentada para obtenção do grau de doutor em enfermagem. Lisboa.
- Gomes, I. D. (2013). Promover o cuidado de si: a natureza da parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio. In M. A. P. Lopes (org.). *O cuidado de enfermagem à pessoa idosa: da investigação à prática* (pp 77-113). Loures: Lusociência.
- Henriques, A. (2011). *Adesão ao regime medicamentoso em idosos na comunidade. Eficácia das intervenções de enfermagem*. Tese de doutoramento em Enfermagem. Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Martins Teixeira, Graziella, Araújo Belcorso Bressan, Carolina de, Souza Pereira, Amanda Priscila de Gue Martini, Jussara (2009). O genograma e o

ecomapa no cuidado de enfermagem em saúde da família. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62 (maio/junho) 407-416. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267019599012>

Ministério da Saúde (2005). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas- Prevenção dos acidentes domésticos com pessoas idosas*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

Nascimento, Sílvia Sofia Carrulo Lopes do; Gomes, Idalina - *A avaliação das atividades básicas de vida diária do doente idoso hospitalizado: a parceria como uma intervenção de enfermagem para a promoção do cuidado de si*. Lisboa: [s.n.], 2013. [12], 94, [255] p. - Mestrado, Enfermagem Médico-Cirúrgica - Pessoa Idosa, 2013, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (GERMI). *Avaliação Geriátrica*. Lisboa.

Santos, Débora; Fernandes, Maria Conceição Fernandes; Reis, Vanessa; Gomes, Idalina (2008). *E tudo começa ao entrar no domicílio...: a parceria como instrumento terapêutico na promoção do auto-cuidado ao idoso / familiar cuidador em cuidados de longa duração no domicílio*. Lisboa: [s.n.], 2008. 121 f. - Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Lisboa - Pólo Maria Fernanda Resende, 6º Curso de Enfermagem, no âmbito da Unidade curricular Seminário de Enquadramento Metodológico

Sousa, Maria Teresa Nunes Lourenço Amores de; Gomes, Idalina Delfina. (2013). *Intervenções de enfermagem em parceria com a pessoa idosa com infecção clostridium difficile sujeita a isolamento de contacto*. Lisboa: [s.n.], 2013. 83, [95] p. - Mestrado, Enfermagem Médico-Cirúrgica - Pessoa Idosa, 2013, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

APÊNDICE VI – Guião do Processo de Parceria à Pessoa Idosa

Guião do processo de parceria à pessoa idosa na prevenção da infeção

Revelar-se – Fase 1 “... caracteriza-se pelo dar-se a conhecer da pessoa (do doente e do enfermeiro) como ser de projeto e de cuidados”. (Gomes, 2013, p. 99)	
A enfermeira dá-se a conhecer à pessoa idosa	
Cumprimenta a pessoa idosa	
Apresenta-se à pessoa idosa (nome, profissão)	
Promove a afetividade (demonstra carinho e simpatia)	
Explica o objetivo da sua intervenção (perguntando antes de atuar)	
Promove ambiente favorável à interação (mostra disponibilidade, respeito pela pessoa promovendo a escuta ativa)	
A enfermeira conhece a identidade da pessoa idosa	
Nome	
Nome pelo qual prefere ser tratada	
Sexo	
Biótipo	
Idade	
Nacionalidade/Naturalidade	
Área de residência	
Escolaridade	
Contacto telefónico	
Atividade profissional (atual e anterior)	
Estado civil	

Revelar-se – Fase 1	
“... caracteriza-se pelo dar-se a conhecer da pessoa (do doente e do enfermeiro) como ser de projeto e de cuidados”. (Gomes, 2013, p.99)	
A enfermeira conhece o contexto de vida da pessoa idosa	
Agregado familiar (com quem vive)	
Pessoa significativa (nome, parentesco, contacto telefónico)	
Cuidador familiar (nome, parentesco, contacto telefónico)	
Rede familiar (quem são, relacionamento, tipo de apoio)	
Condições habitacionais (tipo de casa, salubridade)	
Situação económica (se existem dificuldades e de que tipo)	
Rede de apoio (médico de família, enfermeiro de referência, apoio social)	
Hábitos de vida/ comportamentos aditivos	
Atividades de lazer/projeto de vida (ocupação de tempos livres, desejos pessoais)	
Experiências anteriores que poderão influenciar a forma como vive a situação atual	
Significado da situação atual e suas implicações na trajetória de vida.	
A enfermeira conhece a história de doença da pessoa idosa	
Motivo de internamento	
Diagnóstico	
Referenciação (instituição, especialidade, nome do médico)	

A pessoa idosa tem perceção sobre o diagnóstico	
A pessoa idosa tem perceção do prognóstico	
O cuidador familiar tem perceção sobre o diagnóstico	
O cuidador familiar tem perceção sobre o prognóstico	
Antecedentes pessoais	
Internamentos anteriores/intervenções cirúrgicas	
Medicação domiciliária	
Gestão terapêutica: responsabilidade (de quem, em quê, porquê) e dificuldades de adesão	
A enfermeira conhece a história de infeção da corrente sanguínea associada ao cateter venoso central na pessoa idosa	
Localização	
Sinais inflamatórios (dor, calor, rubor, tumefação)	
Início da infeção	
Medidas adaptativas para controlo da infeção	
Impacto da infeção nas atividades de vida	

Envolver-se – Fase 2

“...caracteriza-se pela criação de um espaço de reciprocidade, que passa pelo estabelecimento de tempo e espaço para desenvolver uma relação de qualidade que permita ir ao encontro da pessoa e desenvolver uma relação de confiança...” (Gomes, 2013, p. 100).

A enfermeira conhece a singularidade do processo de envelhecimento na pessoa	
Estado Mental (consciência/orientação, eventual aplicação MMSE)	Pontuação:
Estado funcional (Marcha: escala <i>Holden</i> ; atividades básicas vida: escala <i>Barthel</i> ; atividades instrumentais vida diária: índice de <i>Lawton & Brody</i>)	Pontuação: Pontuação: Pontuação:
Estado afetivo (rastreamento da depressão - Escala Depressão Geriátrica de Yesavage – versão curta)	Pontuação:
Estado nutricional (permite detetar presença ou risco de má nutrição - <i>Mini Nutritional Assesement</i>)	Pontuação:
Eliminação (vesical, padrão transitório intestinal, medidas adaptativas)	
Sono (padrão, medidas adaptativas)	
Estado sensorial (visão, audição, tato, alterações, medidas adaptativas, próteses)	
A enfermeira tem conhecimento mútuo dos recursos do serviço e da pessoa idosa	
Realiza o acolhimento ao serviço (equipa, espaço físico, organização)	
Fornecer o guia de acolhimento	
Procurar saber quais as expectativas da pessoa idosa na admissão ao serviço.	

Procura saber quais as expectativas do cuidador familiar na admissão ao serviço.	
Enquadra e explicita as expectativas dentro dos limites previsíveis	
Mostra disponibilidade para a pessoa idosa (tem tempo para a ouvir, centra os cuidados na pessoa, mostra respeito)	
Mostra disponibilidade para o cuidador familiar (tem tempo para a ouvir, centra os cuidados na pessoa, mostra respeito)	
Procura conhecer o que a pessoa idosa sabe sobre prevenção e controlo da infeção	
Procura conhecer o que cuidador familiar sabe sobre prevenção e controlo da infeção	
Avalia as capacidades da pessoa idosa para compreender as informações que lhe são transmitidas	
Avalia as capacidades do cuidador familiar para compreender as informações que lhe são transmitidas	
Envolve a pessoa idosa nos cuidados (incentiva-o à participação, esclarece dúvidas)	
Envolve o cuidador familiar nos cuidados (incentiva-o à participação, esclarece dúvidas)	

CAPACITAR OU POSSIBILITAR – Fase 3

“...é construir uma ação conjunta no desenvolvimento de competências para agir e decidir...” (Gomes, 2013, p. 101)

A ENFERMEIRA PARTILHA O PODER PARA A CONSTRUÇÃO AÇÃO CONJUNTA

A enfermeira promove o cuidado de si	
Partilha informação com a pessoa idosa de acordo com a necessidade de conhecimento identificadas, esclarecendo as dúvidas à medida que vão sendo colocadas.	
Identifica com a pessoa idosa a necessidade de conhecimento sobre a infecção e meios de transmissão.	
Identifica com a pessoa idosa a necessidade de conhecimento sobre a prevenção das complicações da infecção.	
Estimula a pessoa idosa para as boas práticas de prevenção da infecção e reforça positivamente o seu cumprimento.	
Promove o cuidado de si, respeita os tempos da pessoa idosa e atende às suas preferências.	
Articula-se com os diferentes profissionais conforme a necessidade da pessoa idosa.	
A enfermeira promove o cuidado do outro	
Partilha informação com o cuidador familiar de acordo com a necessidade de conhecimento identificadas,	

esclarecendo as dúvidas à medida que vão sendo colocadas.	
Identifica com o cuidador familiar a necessidade de conhecimento sobre a infecção e meios de transmissão.	
Identifica com o cuidador familiar a necessidade de conhecimento sobre a prevenção das complicações da infecção.	
Estimula o cuidador familiar para as boas práticas de prevenção da infecção e reforça positivamente o seu cumprimento.	
Articula-se com os diferentes profissionais conforme a necessidade do cuidador familiar	

COMPROMETER-SE – Fase 4

“...desenvolvimento de esforços conjuntos no sentido de procurar atingir os objetivos definidos, para assumir ou assegurar o controlo ou a progressão do projeto de vida e saúde da pessoa idosa, ...” (Gomes, 2013, p. 103)

A enfermeira promove o desenvolvimento de competências para agir e decidir/possibilitar o cuidado de si	
Valida, de forma contínua, com a pessoa idosa o conhecimento sobre a infeção e meios de transmissão	
Valida, de forma contínua com a pessoa idosa o conhecimento sobre a prevenção das complicações da infeção.	
Valida com a pessoa idosa as intervenções realizadas na promoção do cuidado de si na prevenção e controlo da infeção.	
Ajuda a pessoa idosa a construir a capacidade de assumir ou assegurar o cuidado de si na prevenção e controlo da infeção.	
A enfermeira promove o desenvolvimento de competências para agir e decidir/possibilitar o cuidado do outro	
Valida, de forma contínua, com o cuidador familiar o conhecimento sobre a infeção e meios de transmissão	
Valida, de forma contínua com o cuidador familiar o conhecimento sobre a prevenção das complicações da infeção.	
Valida com o cuidador familiar as intervenções realizadas na promoção do cuidado do outro na prevenção e controlo da infeção.	
Ajuda o cuidador familiar a construir a capacidade de assumir ou assegurar o cuidado do outro na prevenção e controlo da infeção.	

ASSUMIR O CONTROLO DO CUIDADO DE SI PRÓPRIO OU ASSEGURAR O CUIDADO DO OUTRO – Fase 5

“...significa que o doente consegue ter controlo sobre o seu projeto de vida e saúde, está informado, consegue decidir qual o melhor caminho para si, consegue gerir a sua situação, manifesta conforto e bem-estar (...) significa que a família adquire capacidade para ajudar a cuidar do doente.” (Gomes, 2013, p. 103)

A pessoa idosa assume ou assegura o cuidado de si	
Demonstra conhecimentos acerca da infeção, meios de transmissão e complicações	
Demonstra conhecimentos que lhe permitem tomar decisões relativas ao cuidado de si na prevenção e controlo da infeção.	
Demonstra bem-estar	
O cuidador familiar assume ou assegura o cuidado do outro	
Demonstra conhecimentos acerca da infeção, meios de transmissão e complicações	
Demonstra conhecimentos que lhe permitem tomar decisões relativas ao cuidado de si na prevenção e controlo da infeção.	
Reconhece que a pessoa idosa demonstra bem-estar	

BIBLIOGRAFIA

Gomes, I. D. (2009). *Cuidado de Si: a natureza da parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio*. Tese de doutoramento. Instituto de Ciências de Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.

Gomes, I. D. (2013). Promover o cuidado de si: a natureza da parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio. In M. A. P. Lopes (org.). *O cuidado de enfermagem à pessoa idosa: da investigação à prática* (pp 77-113). Loures: Lusociência.

**APÊNDICE VII – Questionário à Equipa Hospitalar sobre
Prevenção de Infecção Associada a CVC**

No âmbito do 7º Curso de Pós-licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Vertente Pessoa Idosa, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), pretendemos desenvolver no serviço um projeto cujo tema é a Prevenção e controlo da Infeção da corrente sanguínea associada ao cateter venoso central na pessoa idosa. Este projeto visa a implementação dos feixes de intervenção emitidos pela norma nº 022/2015 da DGS de 16/12/2015.

Para que se inicie este projeto é necessário um diagnóstico prévio dos conhecimentos e das práticas da equipa médica e de enfermagem.

Agradeço desde já a vossa colaboração no sentido de dar resposta a um questionário sobre o tema acima citado, sendo este anónimo e de resposta simples.

A informação recolhida será essencial para o conhecimento das necessidades de intervenção nesta área o que se pretende que consequentemente contribua para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Comprometo-me a salvaguardar os princípios éticos, nomeadamente a confidencialidade dos dados e o anonimato das fontes, assim como a não aplicação para outros fins que não os do projeto.

Grata pela atenção dispensada,

(Maria José Marques)

Questionário acerca das recomendações baseadas na evidência para a prevenção da infecção associada à corrente sanguínea (IACS)

Parte I – Dados Sociodemográficos

Idade: _____ anos

Sexo: M _____ F _____

Categoria profissional:

Médico	Especialista		
	Interno		
Enfermeiro	Enfermeiro		
	Enfermeiro Especialista		

Tempo de experiência profissional:

Menos de 5 anos	
De 5 a 10 anos	
De 10 a 15 anos	
De 15 a 20 anos	
Mais de 20 anos	

Tempo de exercício profissional no serviço de cirurgia geral:

Menos de 5 anos	
De 5 a 10 anos	
De 10 a 15 anos	
De 15 a 20 anos	
Mais de 20 anos	

Parte II – Prevenção da IACS

Leia atentamente todas as questões e assinale a alínea correspondente à resposta que considera correta. No final verifique se respondeu a todas as questões:

1 – Na colocação do cateter venoso central (CVC) deve-se ter em consideração o número de lumens do cateter. Este deverá ter:

- a) 5 Lumens;
- b) 3 Lumens;
- c) O número mínimo adequado à situação do doente;
- d) É irrelevante;
- e) Nenhuma das anteriores.

2 – Antes do procedimento de colocação do CVC é necessária a preparação pré-cirúrgica das mãos dos profissionais que nele intervêm e precauções de barreira máxima (bata estéril, luvas estéreis, touca e máscara) em que circunstância:

- a) Para o médico que coloca o CVC;
- b) Para o médico e ajudante;
- c) Para todos os circunstantes ao procedimento num raio de 2 metros;
- d) É irrelevante;
- e) Nenhuma das anteriores.

3 – Não se conhecendo qualquer alergia, a antissepsia da pele do doente antes da colocação do CVC é realizada com:

- a) Iodopovidona solução dérmica, fricção durante 15 segundos;
- b) Álcool a 70º, fricção durante 30 segundos;
- c) Cloro-hexidina a 2% em álcool, fricção durante 30 segundos;
- d) É irrelevante;
- e) Nenhuma das anteriores.

4 – Antes da colocação do CVC, o doente deverá ser coberto com:

- a) Campo cirúrgico de 60 cm por 60 cm, com buraco;
- b) Campo cirúrgico que cubra a totalidade da superfície corporal do doente;
- c) Campo cirúrgico de 90 cm por 60 cm;
- d) É irrelevante;
- e) Nenhuma das anteriores.

5 – Na colocação do CVC deverá ser usado preferencialmente o acesso:

- a) Subclávio;
- b) Femoral;
- c) Jugular;
- d) É irrelevante;
- e) Nenhuma das anteriores.

6 – A necessidade de manter o CVC deverá ser avaliada:

- a) Diariamente;
- b) Semanalmente;
- c) Quinzenalmente;
- d) É irrelevante;
- e) Nenhuma das anteriores.

7 – Antes do manuseamento do CVC deverá ser realizada a higiene das mãos com:

- a) Apenas com água e sabão;
- b) Água e sabão de pH neutro seguido de fricção de solução antisséptica de base alcoólica;
- c) Não é necessário a descontaminação, se colocar luvas esterilizadas;
- d) É irrelevante;
- e) Nenhuma das anteriores.

8 – Sempre que se manuseie o CVC é necessária a descontaminação das conexões, obturadores, torneiras de 3 vias, da seguinte forma:

- a) Com compressa embebida em álcool a 70°;
- b) Por fricção com Cloro-hexidina a 2% em álcool, ou álcool a 70° durante 10 a 15 segundos deixando secar;
- c) Com Iodopovidona solução dérmica, fricção durante 15 segundos;
- d) É irrelevante;
- e) Nenhuma das anteriores:

9 – Na realização do penso do CVC deverá ser utilizado o seguinte material:

- a) Luvas, penso estéril e desinfeção da pele com spray antisséptico;
- b) Máscara, luvas esterilizadas e desinfeção da pele com Cloro-hexidina a 2% em álcool e penso estéril;
- c) Qualquer uma das anteriores;
- d) É irrelevante;
- e) Nenhuma das anteriores.

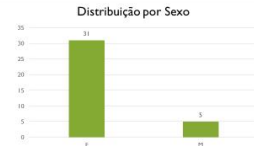
10 – O penso do CVC deverá ser datado e mudado sempre que visivelmente sujo ou descolado e/ou se verifique uma das seguintes condições:

- a) De 2/2 dias se penso com compressa ou de 7/7 dias se penso transparente;
- b) Sempre de 2/2 dias independentemente do tipo de penso utilizado;
- c) Apenas em SOS;
- d) É irrelevante;
- e) Nenhuma das anteriores.

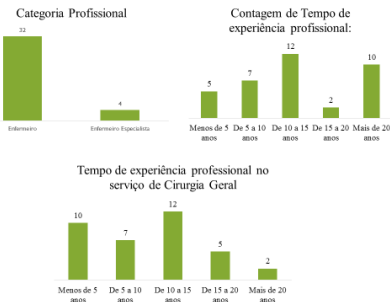
**APÊNDICE VIII – Análise dos Questionários Realizados á
Equipa Hospitalar**

Análise dos resultados dos questionários

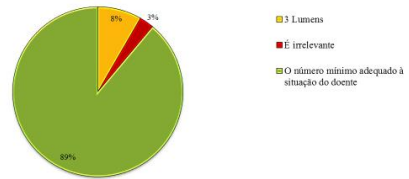
Resultados do questionário



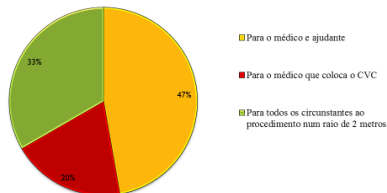
Resultados do questionário



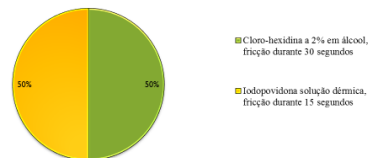
Na colocação do cateter venoso central (CVC) deve-se ter em consideração o número de lumens do cateter. Este deverá ter:



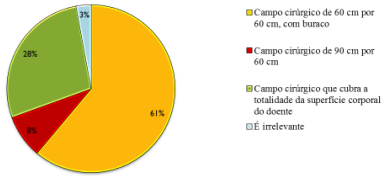
Antes do procedimento de colocação do CVC é necessária a preparação pré-cirúrgica das mãos dos profissionais que nele intervêm e precauções de barreira máxima (bata estéril, luvas estéreis, touca e máscara) em que circunstância:



Não se conhecendo qualquer alergia, a antisepsia da pele do doente antes da colocação do CVC é realizada com:

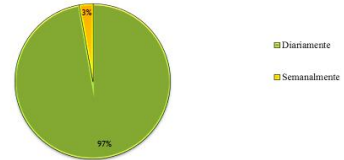


Antes da colocação do CVC, o doente deverá ser coberto com:



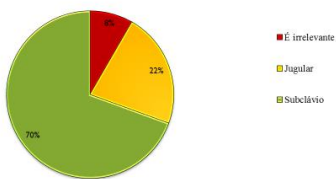
22

A necessidade de manter o CVC deverá ser avaliada:



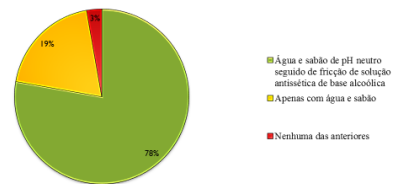
24

Na colocação do CVC deverá ser usado preferencialmente o acesso:



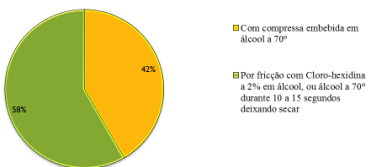
23

Antes do manuseio do CVC deverá ser realizada a higiene das mãos com:



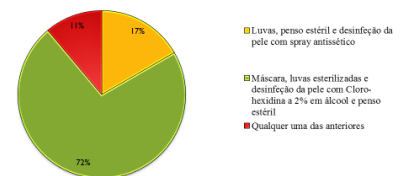
25

Sempre que se manuseie o CVC é necessária a descontaminação das conexões, obturadores, torneiras de 3 vias, da seguinte forma:



26

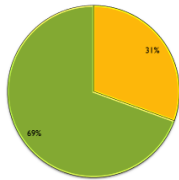
Na realização do penso do CVC deverá ser utilizado o seguinte material:



27



O penso do CVC deverá ser datado e mudado sempre que visivelmente sujo ou descolado e/ou se verificar uma das seguintes condições:



- De 2/2 dias se penso com compressa ou de 7/7 dias se penso transparente
- Sempre de 2/2 dias independentemente do tipo de penso utilizado

APÊNDICE IX – Apresentação do Projeto à Equipe Hospitalar

Finalidade:

- Desenvolver competências como enfermeira especialista e mestre na área de enfermagem médico – cirúrgica, no cuidado à pessoa idosa.
- Prevenção e controlo de infeção associada às IACS, tentando estabelecer uma parceria de cuidados de forma a envolver e sensibilizar a equipa de enfermagem e o doente/família.
- Implementação dos feixes (Bundles) de intervenção no serviço como forma de redução de infeção associada às IACS

2

Justificação da problemática

O envelhecimento da população é uma preocupação a nível mundial. Prevê-se que em 2050 o número de idosos ultrapasse em grande escala o número de jovens.

Envelhecimento

- No nível biológico, o envelhecimento é associado ao acúmulo de uma grande variedade de danos moleculares e celulares. Com o tempo, esse dano leva a uma perda gradual nas reservas fisiológicas, um aumento do risco de contrair diversas doenças e um declínio geral na capacidade intrínseca do indivíduo. Em última instância, resulta no falecimento. (OMS, 2015)

3

A infeção na pessoa idosa

Fatores

- Patologias associadas (diminuição funcionalidade)
- Vulnerabilidade / Fragilidade
- Alterações cognitivas
- Desnutrição
- Aumento técnicas invasivas de diagnóstico e tratamento
- Internamentos recorrentes e prolongados (hospitalares ou instituições)
- Prescrição inadequada/ exagerada de Antibióticos e imunossuppressores

Lecour (2010)

4

A infeção na pessoa idosa

Consequências

- Diminuição qualidade de vida
- Isolamento
- Aumento sofrimento humano
- Aumento tempo internamento
- Aumento custos de saúde
- Aumento resistências microbianas
- Aumento morbidade e mortalidade

Lecour (2010)

5

Justificação da problemática

- Infeção associada aos cuidados de saúde (IACS):** Infeção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados, que não se encontrava presente ou em incubação no momento da admissão, podendo afetar também os profissionais de saúde no exercício da sua atividade profissional. Ministério da Saúde (2007)
- Vários tipos de IACS:**
 - Infeções do aparelho respiratório
 - Infeções das vias urinárias
 - Infeções do local cirúrgico
 - Infeções da corrente sanguínea

➔ **1/3 das IACS são seguramente evitáveis!** (DGS, 2013)

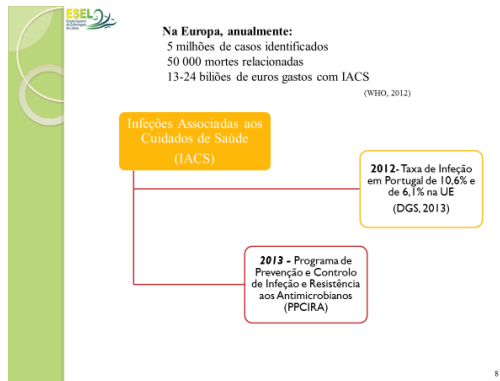
6

Infeção associada aos cuidados de saúde (IACS)

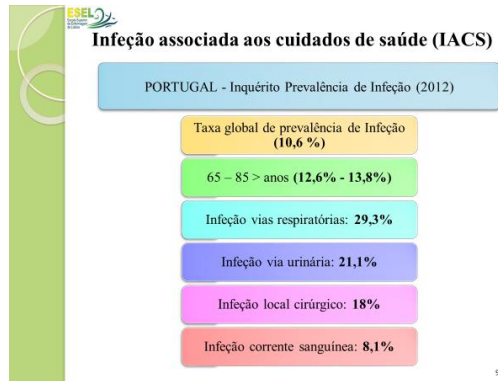
European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) 2013

- 1 em cada 18 doentes na UE contrai uma infeção hospitalar
- 1 em cada 10 doentes em Portugal contrai uma infeção hospitalar

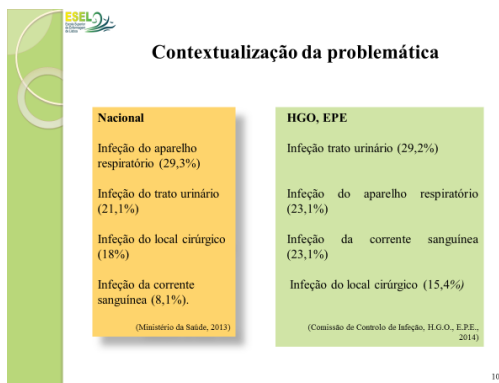
7



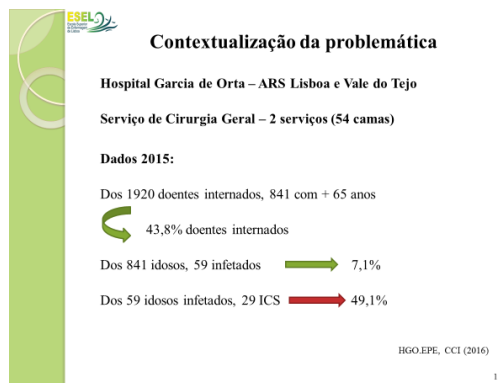
8



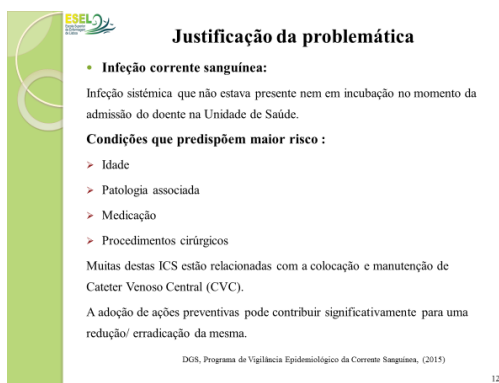
9



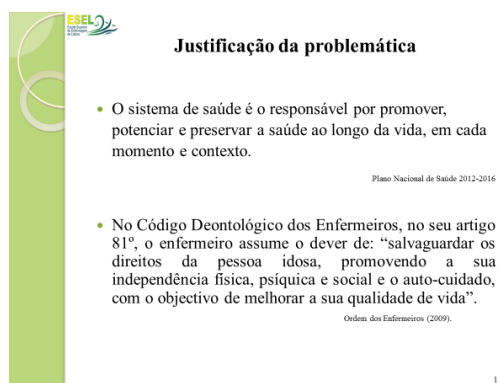
10



11

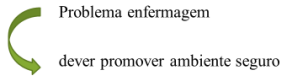


12



13

Florence Nightingale: Teoria ambientalista (1859) demonstrou que um ambiente limpo diminuía a infeção, conceito que hoje se pode compreender como infeção hospitalar.



Dorothea Orem: Teoria do autocuidado (1970) a enfermagem apresenta-se como um sistema de ajuda para o autocuidado, quando o paciente não possui condições de realizá-lo, com o propósito de tornar o paciente independente.

Modelo de intervenção em parceria

Parceria é um processo dinâmico negociado em conjunto por duas partes, doentes/famílias e enfermeiros, aproveitando saberes, o querer e o sentir de cada um, respeitando as crenças e saberes no intuito de querer alcançar um objetivo comum. (Gomes, 2002)

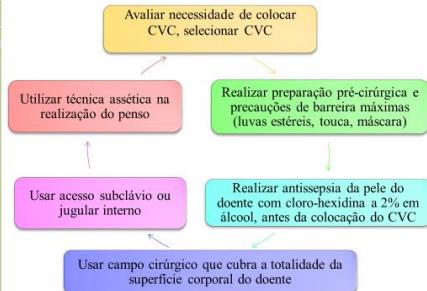


“Feixes de Intervenções” de Prevenção de Infeção Relacionada com Cateter Venoso Central

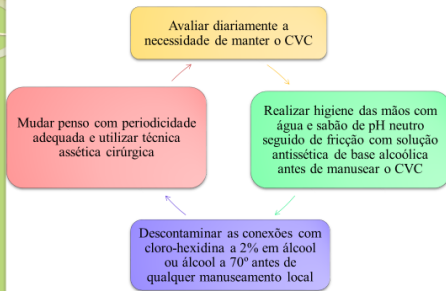
Norma DGS (2015):

- ❖ Infeções relacionadas CVC são potencialmente evitáveis
- ❖ Bundles ou feixes são um conjunto de intervenções (3 a 5) que quando em conjunto promovem melhor resultado do que o efeito de cada uma individualmente.
- ❖ Objetivo: assegurar que os doentes recebam tratamentos e cuidados recomendados e baseados na evidência, de uma forma consistente.

Momento de colocação de cateter venoso central:



Manutenção de cateter venoso central:



Bibliografia

- 4Work - Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho - Prevenção de Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS). Acedido a 25/06/2016 disponível em http://www.4work.pt/cms/index.php?id=99&no_cache=1&tx_tnews%5BbackPid%5D=1&tx_tnews%5Bm_news%5D=221&cHash=26f9402db7d6474204a54333eca389e
- DGS (2004). Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Circular Normativa n.º: 13/2004 de 02 Julho 2004. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde
- Dias, C.S. (2010). Prevenção da Infeção Nosocomial – ponto de vista do especialista. *Revista Portuguesa de Medicina Intensiva*, 17 (1), 47 – 53
- Direcção-Geral da Saúde (2013). Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistências aos antimicrobianos: Orientações Programáticas. Acedido em 06.05.2016. Disponível em <http://www.dgs.pt/programas-de-saude/prioritarios.aspx>
- Direcção Geral da Saúde (2004). Plano Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Lisboa: Ministério da Saúde.
- ESEL (2016). Documento orientador Opção II Estágio ano letivo 2015/2016. 7º Curso de Pós Licenciatura em Enfermagem Área de Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica Vertente Pessoa Idosa. Lisboa: ESEL.



Bibliografia

- Gomes, I. D. (2002). *O conceito de parceria no processo de cuidados de enfermagem ao doente idoso "O erro de Narciso"*. Universidade Aberta. Lisboa
- Gomes, I. D. (2009). *Cuidado de si. A natureza da parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio*. Universidade Católica Portuguesa. Tese apresentada para obtenção do grau de doutor em enfermagem. Lisboa
- Lecourt, H (2010). Infecção em cuidados de saúde – Perspectiva actual. *Cadernos de Saúde*, 3, 17-23
- Ministério da Saúde (2003). *Crítérios do CDC para o Diagnóstico das Infecções – PNCI*. Lisboa: Ministério da Saúde
- Ministério da Saúde (2007). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde
- Ministério da Saúde (2012a). *Plano Nacional de Saúde 2012 – 2016. 4.2. Objetivo para o Sistema de Saúde - Promover Contextos Favoráveis à Saúde ao Longo do Ciclo de Vida*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde

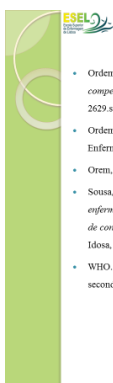
34



Bibliografia

- Ministério da Saúde (2013). *Prevalência da Infecção Adquirida no Hospital e do Uso de Antimicrobianos nos Hospitais Portugueses – Inquérito 2012*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.
- OE (2011). Regulamento nº 122/2011 da Ordem dos Enfermeiros. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. DR, II Série, nº35 (18-2-2011)
- OECD (2015). *OECD Reviews of Health Care Quality: Portugal 2015: Raising Standards*. OECD Publishing, Paris. Acessado em 09/06/2016. Disponível em: http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/embod-oced-social-issues-migration-health/oced-reviews-of-health-care-quality-portugal-2015_9789264225985-ent/V2HRLrbmqUk#page:1
- OMS (2005). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. (S. Gonnjo, Trad.). (1ª edição traduzida para o português). Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.
- Ordem dos Enfermeiros – *Modelo de Desenvolvimento Profissional. Perfil de competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista*. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros, 2009.
- Ordem dos Enfermeiros – *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual, enunciados descritivos*. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros, 2002.

35



Bibliografia

- Ordem dos Enfermeiros – *Um novo modelo de desenvolvimento profissional: certificação de competências e individualização de especialidades em enfermagem*. Lisboa, ISSN 1646-2629, suplemento da revista nº 26, (Junho 2007), 20p.
- Ordem dos Enfermeiros (2009). *Código Deontológico dos Enfermeiros*. In Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Lisboa: Ordem dos enfermeiros.
- Orem, D. E. (2001) - *Nursing: concepts of practice*. (6ª ed.). St. Louis: Mosby
- Sousa, Maria Teresa Nunes Lourenço Amores de; Gomes, Idalina Delfina - *Intervenções de enfermagem em parceria com a pessoa idosa com infecção clostridium difficile sujeita a isolamento de contacto*. Lisboa: [s.n.], 2013. 83, [95] p. - Mestrado, Enfermagem Médico-Cirúrgica - Pessoa Idosa, 2013. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
- WHO. *Active Ageing – A Policy Framework*. A Contribution of the World Health Organization to the second United Nations World Assembly on Aging. Madrid, Spain, April, 2002.

36

APÊNDICE X – Checklist para Colocação de CVC

MATERIAL DE COLOCAÇÃO DE CATETER VENOSO CENTRAL
COLOCAR EM CAIXA PLÁSTICA TRANSPARENTE

✓ **EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO**

- 3 Toucas
- 3 Batas esterilizadas
- 6 Pares de luvas esterilizadas (2 de nº 6,5+2 de nº 7 + 2 de nº 7,5)
- 3 Máscaras

✓ **MATERIAL DE CONSUMO CLÍNICO**

- 1 Kit de técnicas invasivas
- 1 Cateter central de 3 lumens
- 4 Seringas – 2 de 5cc, e 2 de 10cc
- 4 Agulhas – 1 de diluição (para retirar anestésico); 1 endovenosa; 1 intramuscular; 1 subcutânea
- 1 Linha de sutura de cada – seda 2/0 e 3/0 (agulha lanceolada)
- 1 Linha de sutura de cada – nylon 2/0 e 3/0 (agulha lanceolada)
- 1 Lâmina de bisturi nº 24
- 1 Frasco de Lidocaína 1%
- 1 Transfer
- 1 Sistema para administração de soro
- 1 Torneira de 3 vias
- 1 Prolongamento 50 cm
- 1 Campo cirúrgico com abertura adesiva -183x150
- 6 Pacotes de Compressas- 3 de 10x10 e 3 de 7,5x7,5
- 2 Pensos tipo Mepor-10x8
- 2 Pensos de poliuretano transparente - 10x12
- 2 Mangas de protecção de ecógrafo

PRODUTOS FARMACÊUTICOS (a providenciar no momento da colocação do cateter)

- 1 Frasco de Cloro-hexidina a 2%, solução alcoólica corada
- 1 Frasco de Cloreto de sódio a 0,9% (500cc)
- 1 Frasco de Cloreto de sódio a 0,9% (100cc) – (não utilizar os frascos de irrigação)

Elaborado por: Maria José Marques

Sob Orientação: Enf^a Chefe Maria Graça Oliveira

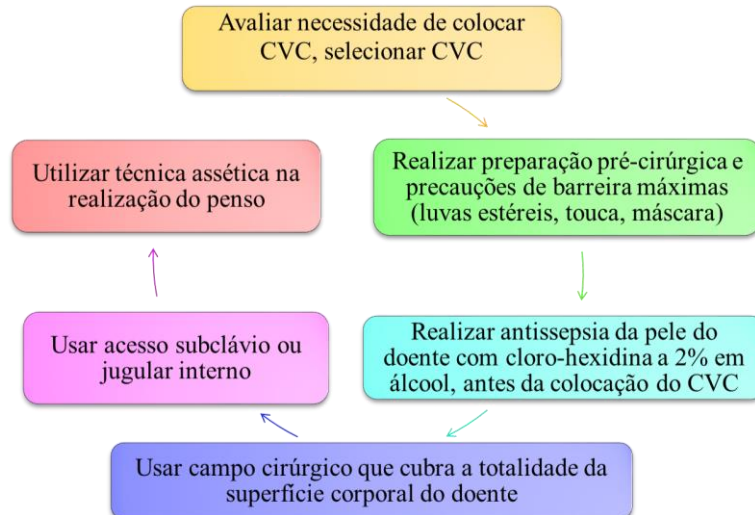
Realizado no âmbito do 7º Curso de Especialização e Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica, Vertente Pessoa Idosa, ESEL, 2017

**APÊNDICE XI – Cartaz “Feixe de Intervenções” na Prevenção da Infecção
Associada a CVC**

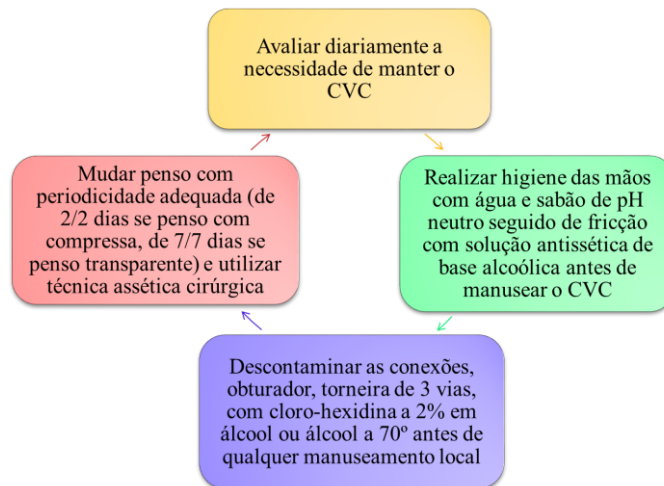
Prevenção e controlo da infeção associada à corrente sanguínea relacionada com cateter venoso central

Feixes de intervenção:

Colocação de cateter venoso central



Manutenção de cateter venoso central



Adaptado de DGS,2015

Elaborado por Enf^a Maria José Marques

Sob Orientação da Enf^a Chefe Maria Graça Oliveira

No âmbito do 7º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica, vertente Pessoa Idosa, ESEL, 2017

APÊNDICE XII - Poster

Só se aderir a podemos prevenir

Prevenção e controlo da infeção associada à corrente sanguínea relacionada com cateter venoso central

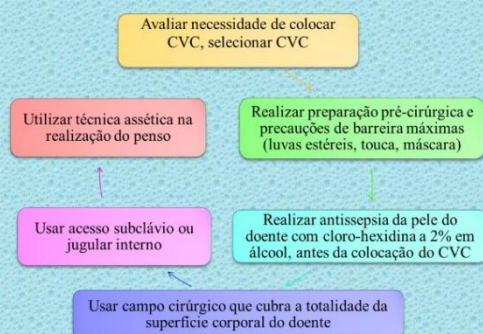
O combate às Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) são da nossa responsabilidade.

Ao aderirmos às boas práticas podemos diminuir as taxas de infeção assim como os gastos associados a esta problemática.

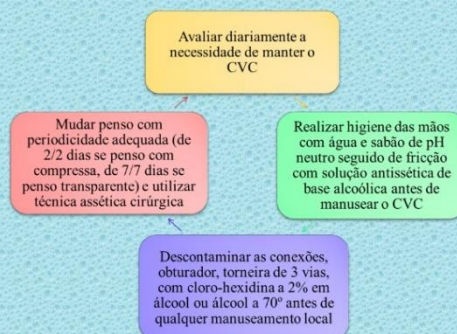
Com a introdução dos feixes de intervenção emanados pela Direção Geral de Saúde, poderemos impedir a infeção de se desenvolver, garantindo assim a segurança de todos.

Feixes de intervenção

Colocação de cateter venoso central



Manutenção de cateter venoso central



Adaptado da norma 22/2015 da DGS

