



Sónia Palmela **Relatório de Trabalho de Projeto**

Prevenção e Controle da Infecção do Trato
Urinário em Contexto Hospitalar

Relatório de Trabalho de Projeto apresentado para
cumprimento dos requisitos necessários à
obtenção do grau de Mestre em Enfermagem
Médico-Cirúrgica, realizada sob a orientação
científica de Prof. Doutora Alice Ruivo

Junho 2014

[DECLARAÇÕES]

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

O candidato,

Sonia Palmela

Setúbal, 20 de junho de 2014

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

O(A) orientador(a),

Alma

Setúbal, 20 de junho de 2014

*“Aprender é descobrir o que já sabes.
Agir é demonstrar o que sabes”*

Richard Bach, 2001

AGRADECIMENTOS

AGRADECIMENTOS

A realização do presente trabalho, não seria possível sem a contribuição de todas as pessoas que direta ou indiretamente me orientaram, auxiliaram e permitiram a sua efetivação.

Agradecemos em primeira instância à professora orientadora, Professora Doutora Alice Ruivo pela dedicação, disponibilidade e paciência que demonstrou e pela partilha do seu saber, bem como pela inspiração que sempre nos transmitiu no decurso da elaboração do presente trabalho e dos estágios que se desenrolaram.

Agradecemos à instituição, nomeadamente aos Enfermeiros Orientadores, Enfermeiros Especialistas FF e JF, que nos acolheram nos diferentes locais de Estágio e que nos possibilitaram a oportunidade de excelentes momentos de aprendizagem, imprescindíveis para a elaboração deste relatório.

Agradecemos à Equipa de Enfermagem e de Assistentes Operacionais do Serviço de Cirurgia e Especialidades Cirúrgicas pela disponibilidade, contributos e pelo empenho na construção deste relatório, através do preenchimento dos questionários e da presença nas sessões de formação desenvolvidas.

Agradecemos à Equipa de Enfermagem do Serviço de Urgência pelos contributos e orientações que nos indicaram de modo a facilitar-nos o nosso percurso e aquisição de aprendizagens e experiências, e pela presença nas sessões de formação apresentadas.

Agradecemos a todos os colegas que contribuíram para a nossa aprendizagem, reflexão e que nos auxiliaram nos momentos mais difíceis de gestão de tempo.

Agradecemos e realçamos a contribuição da minha anterior chefe e da atual, pela permissão de flexibilidade de horário e de gestão do mesmo, para que fosse possível conciliar a carga horária do trabalho e da vida académica.

Agradecemos aos nossos familiares, especialmente pais e filhas, pela ajuda e compreensão que nos deram durante todo o tempo necessário para este percurso.

RESUMO

O presente relatório reflete o processo de aquisição de competências de Mestre durante o curso (e respetivos estágios), com o intuito da obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Através da metodologia de projeto, desenvolvemos as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, designadamente em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. De salientar que nos estágios foram desenvolvidos dois projetos: Projeto de Intervenção no Serviço e Projeto de Aprendizagem Clínica.

A prestação de cuidados em ambiente complexo obriga o enfermeiro a ter uma preparação ajustada às diversas situações. É essencial a criação de ambientes que potenciem o bem estar e que sejam ambientes verdadeiramente seguros. O enfermeiro é um dos pilares fundamentais à prevenção e controlo de infeções nos serviços de saúde.

O Projeto de Intervenção em Serviço desenvolveu-se numa Comissão de Controlo de Infeção de um Hospital. Constatada a elevada taxa de incidência de infeções urinárias em doentes internados no serviço de cirurgia e especialidades cirúrgicas, trabalhou-se a área da Prevenção e Controlo de Infeção do Trato Urinário em Contexto Hospitalar. O objetivo foi Melhorar a Qualidade da Prestação de Cuidados à pessoa com cateter urinário, no Serviço de Cirurgia e Especialidades Cirúrgicas.

O Projeto de Aprendizagem Clínica desenvolveu-se no Serviço de Urgência de um Hospital. Constatada a falta de informação sobre o Plano de Catástrofe Externa na equipa de enfermagem, divulgámos o plano implementado no hospital. O objetivo foi Desenvolver as Competências da Equipa de Enfermagem do Serviço de Urgência na resposta a situações de Catástrofe Externa.

Com todo o trabalho realizado, desenvolvemos competências na equipa de enfermagem e assistentes operacionais no serviço de Cirurgia no âmbito da prestação de cuidados à pessoa com cateter urinário, e aumentámos os conhecimentos sobre o plano de catástrofe externa na equipa de enfermagem do Serviço de Urgência.

Palavras-Chave: Enfermagem Médico-Cirúrgica; Pessoa em Situação Crítica; Prevenção e Controlo de Infeção; Qualidade de Cuidados; Plano de Catástrofe Externa; Metodologia Projeto.

ABSTRACT

This report reflects the process of acquiring skills of Master during the course (and respective internship), with the aim of obtaining the degree of Master of Medical-Surgical Nursing. We develop the common and specific skills of the Nurse Specialist in Medical-Surgical Nursing, specifically in Person in Critical Care, by applying the project methodology. Noteworthy that in the internships, two projects were developed: Intervention Project in Service and Project Learning Clinic.

The provision of care in complex environment obliges the nurses to have a preparation adjusted to various situations. It is essential to create environments that enhance the well being and that are truly, in itself, safe environments. The nurse is a fundamental key in the prevention and control of infections in health care services.

The Intervention Project in Service was developed in a Hospital's Infection Control Committee. Considering a high incidence of urinary tract infections in the inpatients in Surgery and Surgical specialties Service, we worked the area of Prevention and Control of Infection Urinary Tract Infection in Hospital Context . The objective was to improve the quality of care for patients with urinary catheter, in the Department of Surgery and Surgical Specialties.

The Clinical Learning Project was developed in the Emergency Service of a hospital. Considering the lack of information about the External Emergency Plan in the nursing team, we advertised the plan implemented in the hospital. The objective was to develop the skills of ER Nursing Team in case of a foreign disaster .

Due to all the work done, we develop skills in nursing assistants and operational staff in the surgery department in the provision of care to people with urinary catheter , and increased knowledge about the external disaster plan in the nursing team of the Emergency Service.

Keywords: Medical-Surgical Nursing; Person in critical care; Infection Prevention and control; Quality of Care; External Catastrophe plan; Methodology Project.

SIGLAS

AO – Assistente Operacional

AESOP - Associação dos Enfermeiros das Salas de Operações Portuguesas

APIC – Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology (USA)

CCI – Comissão de Controlo de Infecção

CDS – Centers for Disease Control and Prevention (USA)

DCEC – Departamento de Cirurgia e Especialidades Cirúrgicas

DGS – Direção Geral da Saúde

ESS – Escola Superior de Saúde

ECTS - European Credit Transfer and Accumulation System

FMEA – Failure Management and Effect Analysis

IACS – Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

IC – Infecções Adquiridas na Comunidade

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPS – Instituto Politécnico de Setúbal

ITU - Infecção Trato Urinário

NHS – National Health Service (UK)

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAC - Projeto de Aprendizagem Clínica

PIS – Projeto de Intervenção no Serviço

PNCI – Plano Nacional de Controlo de Infecção

PNPC IACS – Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

QeS – Qualidade em Saúde

SAV – Suporte Avançado de Vida

SU – Serviço de Urgência

SWOT – Strengths, Weakness, Opportunities and Threats

UC - Unidade Curricular

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

Índice

0. Introdução.....	19
1. Enquadramento Concetual.....	23
1.1. Enfermagem Enquanto Disciplina e Profissão	23
1.2. O Modelo de Conservação de Levine	25
1.3. Qualidade dos Cuidados de Enfermagem.....	29
1.4. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Pessoa em Situação Crítica e o Enfermeiro Mestre	32
1.5. Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde.....	35
1.5.1. <i>Diretrizes na Prevenção e Controlo das IACS</i>	38
1.5.2. <i>Infeção do Trato Urinário (ITU) associada à Algaliação</i>	42
2. Projeto de Intervenção em Serviço.....	49
2.1. Diagnóstico de Situação	50
2.1.1. <i>O Serviço – Suas Necessidades</i>	51
2.1.2. <i>Definição Geral do Problema e sua análise</i>	54
2.1.3. <i>Definição dos Objetivos</i>	58
2.2. Planeamento do PIS.....	60
2.2.1. <i>Profissionais com quem se articularam as intervenções</i>	60
2.2.2. <i>Definição das Atividades, Estratégias e Meios</i>	60
2.2.3. <i>Indicadores de Avaliação</i>	61
2.2.4. <i>Cronograma</i>	62
2.3. Execução, Avaliação do Projeto e Divulgação dos Resultados.....	63
2.4. Análise das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	70
2.4.1. <i>Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal</i>	71
2.4.2. <i>Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade</i>	74
2.4.3. <i>Domínio da Gestão dos Cuidados</i>	75
2.4.4. <i>Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais</i>	76

3.	Projeto de Aprendizagem Clínica.....	78
3.1	Diagnóstico de Situação	79
3.1.1	<i>Serviço de Urgência - Que necessidades</i>	79
3.1.2	<i>Necessidades identificadas e Objetivos definidos</i>	82
3.2	Planeamento do PAC.....	83
3.2.1	<i>Identificação dos Profissionais com quem se articularam as Intervenções..</i>	84
3.2.2	<i>Definição de Atividades</i>	84
3.3	Execução e Avaliação do PAC	87
3.4.	Análise das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista	89
3.4.1.	<i>Cuida da Pessoa a Vivenciar Processos Complexos de Doença Crítica e/ou Falência Orgânica</i>	89
3.4.2.	<i>Dinamiza a Resposta a Situações de Catástrofe ou Emergência Multivítima, da Conceção à Ação</i>	92
3.4.3.	<i>Maximiza a Intervenção na Prevenção e Controlo da Infeção perante a Pessoa em Situação Crítica e ou Falência Orgânica, face à Complexidade da Situação e à Necessidade de Respostas em Tempo Útil e Adequadas</i>	93
4.	Análise das Competências do Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.....	96
4.1.	Competências Clínicas Específicas	97
4.2.	Desenvolvimento Autónomo de Conhecimentos e Competências.....	98
4.3.	Equipas de Desenvolvimento Multidisciplinar de Forma Proativa.....	99
4.4.	Desenvolvimento da Tomada de Decisão e Raciocínio	101
4.5.	Investigação para Promoção da Prática de Enfermagem baseada na Evidência	102
4.6.	Formação dos Pares e de Colaboradores	103
5.	Conclusão	105
	Bibliografia.....	110
	Apêndices	115
	Apêndice 1: O Artigo	117

Apêndice 2: Ficha de Diagnóstico de Situação	131
Apêndice 3: Entrevista semiestruturada ao Enfermeiro Especialista, Responsável pela CCI de um Hospital dos arredores de Lisboa	141
Apêndice 4: Descrição do Serviço, Departamento de Cirurgia e Especialidades Cirúrgicas	145
Apêndice 5: Grelha de Observação dos Registos de Enfermagem nos processos clínicos da pessoa algaliada	151
Apêndice 6: Grelha de Observação das Práticas de Cuidados de Higiene na cama à Pessoa com Cateter Urinário	155
Apêndice 7: Grelha de Observação de Inserção de Cateter Urinário	159
Apêndice 8: Grelha de Observação de Remoção do Cateter Urinário	165
Apêndice 9: Autorização do Pedido para Aplicação dos Questionários aos Enfermeiros e Assistentes Operacionais	169
Apêndice 10: Questionário Para Enfermeiros	173
Apêndice 11: Questionário para Assistentes Operacionais	181
Apêndice 12: Análise SWOT	187
Apêndice 13: Observações dos Registos no Processo Clínico da Pessoa Algaliada e Gráficos (1-37) das Observações Realizadas da Prática de Cuidados/Respostas aos Questionários	191
Apêndice 14: Ficha de Planeamento do Projeto	207
Apêndice 15: Cronograma de Planeamento do Projeto	217
Apêndice 16: PIS – Trabalho de Formação	221
Apêndice 17 – Resultados das Observações dos Registos de Enfermagem no Processo Clínico da Pessoa Algaliada e das Observações dos Cuidados de Higiene na cama à Pessoa com Cateter Urinário	277
Apêndice 18 - Cronograma do PAC	285
Apêndice 19: PAC - Documentos Elaborados	289

0. Introdução

O presente documento surge no âmbito da Unidade Curricular Enfermagem Médico-Cirúrgica II, inserida no 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, lecionado na Escola Superior de Saúde (ESS) do Instituto Politécnico de Setúbal (IPS). O presente relatório foi elaborado não só com o intuito de refletir sobre os Estágios das Unidades Curriculares (UC) Enfermagem Médico-Cirúrgica I e II, mas sobre a totalidade do curso, com enfoque especial no desenvolvimento do trabalho de projeto. É nossa ambição obter, através da defesa do presente documento, o grau de Mestre cumprindo o que se encontra exigido no regulamento dos Mestrados da ESS e, previsivelmente, no Regime Jurídico dos graus e diplomas do Ensino Superior.

O curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica tem 90 European Credit Transfer and Accumulation System (ECTS), apresenta como principal objetivo, propiciar um campo de aprendizagem para que cada estudante possa incrementar as competências especializadas (comuns e específicas) na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica. Na globalidade, todas as UC foram para nós, estudantes, um excelente aporte e promotoras de aprendizagens únicas. Todos os módulos decorreram com metodologias distintas, quer nas horas de contacto (aulas teóricas, teórico-práticas, seminários e orientação de tutoria), quer nas horas de trabalho autónomo, e foram notáveis pilares para que hoje sejamos pessoas diferentes. Sobre tudo isto, é nossa pretensão refletirmos. Cabe-nos ainda salientar que 32 ECTS deste curso, foram creditados através da frequência com sucesso, do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem Perioperatória da ESS do IPS.

Devido ao processo de creditação supracitado, foram realizados Estágios II (parcialmente) e III, sendo que o Estágio I foi desenvolvido na Pós-Graduação de Enfermagem Perioperatória, no Bloco Operatório (entre maio e outubro de 2011). O Estágio II teve uma carga horária de 189 horas, divididas em 14 horas na ESS, 88 horas de contacto em estágio e 87 horas de trabalho do formando. O Estágio III teve uma carga horária total de 432 horas, das quais: 14 horas de contacto na ESS; 209 horas de contacto em Estágio; e 209 horas de trabalho do formando. Das quais 104 horas foram de contacto em Estágio no Serviço de Urgência e as restantes 105 horas de contacto em Estágio, decorreram na Comissão de Controlo de Infeção,

no mesmo Hospital. Estes estágios tiveram a orientação dos Enfermeiros Especialistas FF na Comissão de Controlo de Infecção (CCI) e JF no Serviço de Urgência (SU).

O presente Relatório de Trabalho de Projeto incide sobre o desenvolvimento de competências de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica. Em contexto de estágio, e utilizando a metodologia de projeto, foi proposta a elaboração de um Projeto de Intervenção em Serviço (PIS), e um Projeto de Aprendizagem Clínica (PAC). Através do PIS, foram desenvolvidas as Competências Comuns dos Enfermeiros Especialistas, e o PAC incide nas Competências Específicas dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Por fim, desenvolvemos ainda as Competências de Mestre, onde se pretende demonstrar a ligação entre a prática e os conhecimentos teóricos. Com a realização deste relatório pretendemos desenvolver o pensamento crítico e a análise reflexiva sobre a nossa prática em cuidados de enfermagem complexos.

Os progressos científicos e sociais ocorridos nos últimos séculos possibilitaram melhorar as condições de vida das populações, verificando-se uma diminuição das taxas de mortalidade e simultaneamente um aumento da esperança média de vida. Assim, os cuidados de saúde modernos permitiram ganhos de saúde que não se verificavam nos tempos passados, às novas gerações de doentes e aos seus familiares. Encontraram-se curas para situações que eram mencionadas como incuráveis e em simultâneo aumentou o tempo de sobrevivência associada a uma melhor qualidade de vida desde acerca de 50 anos. Mas com isto aumentaram os riscos associados aos cuidados de saúde, sendo o da infeção um dos considerados mais importantes (Pina et al, 2010: 27).

Em contexto de estágio, observámos os cuidados a pessoas internadas num serviço de cirurgia com dispositivo urinário, verificando que esta tem repercussões significativas na vida da pessoa, uma vez que estas são sujeitas a técnicas invasivas e estão mais suscetíveis a Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS). A consciencialização de tal facto gerou-nos a necessidade de desenvolvermos competências especializadas na área de enfermagem médico-cirúrgica, de modo a sermos capazes de prestar cuidados de excelência a estas pessoas, assegurando a resposta adequada às suas necessidades. Por este motivo, a Prestação de Cuidados à Pessoa com Catetér Urinário foi o tema central do PIS. Gostaríamos ainda de referir que foi elaborado um artigo científico sobre este trabalho desenvolvido, que se encontra em Apêndice (Apêndice 1), sendo nossa ambição que este futuramente seja

publicado, de modo a divulgarmos o trabalho realizado e em uníssono dar resposta a um dos requisitos deste curso.

No PAC, como já foi referido, pretendemos desenvolver as Competências Específicas e, como tal, decorreu no SU, onde se constatou falta de informação na equipa de enfermagem acerca do Plano de Catástrofe Externa do Hospital, sendo este o tema do PAC.

Depois de explanado o âmbito do presente documento, apresentamos o objetivo principal deste relatório: **Refletir sobre o desenvolvimento de competências de Mestre, adquiridas ao longo do caminho percorrido durante o curso.**

Por considerarmos este um objetivo bastante amplo, sentimos necessidade de apresentar os seguintes objetivos específicos:

- Fundamentar o relatório com enquadramento concetual sustentável para todo o trabalho;
- Expôr o Projeto de Intervenção no Serviço, descrevendo o diagnóstico de situação, planeamento, execução e avaliação do mesmo;
- Expôr o Projeto de Aprendizagem Clínica, descrevendo o diagnóstico de situação, planeamento, execução e avaliação do mesmo;
- Analisar as oportunidades de desenvolvimento e aprofundamento, das Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, e de Mestre, durante a realização do PIS, do PAC e ainda ao longo do percurso académico.

O presente trabalho encontra-se estruturado em cinco capítulos.

O primeiro capítulo corresponde ao **Enquadramento Concetual**, onde apresentamos os contributos da pesquisa efetuada sobre a Enfermagem enquanto disciplina e profissão, O Modelo de Conservação de Levine, Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente à Pessoa em Situação Crítica e o Enfermeiro Mestre, e, por fim, contextualizamos a temática das IACS (desenvolvida no PIS), com os dados de maior evidência encontrados, acerca das Diretrizes na Prevenção e Controlo das IACS e Infecção do Trato Urinário.

No segundo capítulo, apresentamos o **Projeto de Intervenção em Serviço** desenvolvido (explicando as diferentes etapas percorridas) no âmbito de uma problemática clínica de

enfermagem da área da especialidade, no contexto de estágio. Apresentamos uma síntese do trabalho realizado para o desenvolvimento de competências comuns do Enfermeiro Especialista.

No terceiro capítulo, descrevemos o **Projeto de Aprendizagem Clínica (PAC)**, onde apresentamos uma síntese do trabalho realizado para o desenvolvimento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica e análise das mesmas.

No quarto capítulo, elaboramos a **Análise das Competências de Mestre**, tendo em consideração uma reflexão sobre o desenvolvimento de competências de mestre.

Finalmente no quinto capítulo, a **Conclusão**, apresentamos uma reflexão conclusiva do trabalho, através de uma sinopse do percurso do trabalho realizado, efetuaremos uma análise dos objetivos traçados no trabalho, se estes foram atingidos na sua plenitude, uma síntese dos aspetos facilitadores e constrangedores, daremos ênfase a sugestões e limitações do mesmo e para finalizar abordaremos como a realização do mesmo contribuiu para o enriquecimento individual.

Para enriquecer este relatório, foram integrados **Apêndices e Anexos** que são apresentados no final do Relatório.

Consideramos pertinente referenciar que de forma a garantir o anonimato das pessoas e instituições foram utilizadas siglas, deste modo não se encontram iguais aos originais.

De realçar que o presente relatório foi redigido tendo por base as orientações de diversos documentos: Normas de Elaboração de Trabalhos Académicos da ESS; Considerações Éticas a ter em consideração nos trabalhos de investigação académica em enfermagem; e, Fundamentos, Enquadramento e Roteiro Normativo de Trabalho de Projeto.

Este relatório utiliza a NP-405 para a referenciação bibliográfica e está de acordo com o novo Acordo Ortográfico instituído em Portugal.

1. Enquadramento Concetual

Neste capítulo, expomos a fundamentação teórica do relatório, começando por apresentar a **Enfermagem enquanto Disciplina e Profissão**, o **Modelo de Conservação de Levine**, a **Qualidade dos Cuidados de Enfermagem**, **O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica**, **Pessoa em Situação Crítica** e o **Enfermeiro Mestre**, e, por fim, contextualizamos a temática das **Infeções Associada aos Cuidados de Saúde** (desenvolvida no PIS), com os dados de maior evidência encontrados.

1.1. Enfermagem Enquanto Disciplina e Profissão

A Enfermagem para que possa ser considerada como disciplina, necessita de ser “avaliada” tendo em consideração a sua origem/ natureza, os seus métodos de conhecimento e as suas limitações. A Enfermagem profissional começa com Florence Nightingale no século XIX, em que as mulheres passaram a ser escolarizadas, uma vez que até então não o eram e não trabalhavam no serviço público. O cuidado começa a ganhar especificidade, sendo atribuída verdadeira relevância aos cursos que os estudantes de enfermagem necessitavam de adquirir com o intuito de alcançarem um currículo uniformizado, requerendo deste modo para o exercício da profissão, uma formação especial e a produção de conhecimentos que alicercem a ação (Tomey et al, 2004).

Durante o século XX, os profissionais de enfermagem tinham como finalidade, trabalharem “*para o desenvolvimento de um corpo substancial de conhecimentos que orientasse a prática de enfermagem*” (Tomey et al, 2004:3). Os líderes de enfermagem, na primeira metade do século XX, perceberam que a prática de enfermagem profissional deveria ter como premissa uma sólida base de conhecimento (Tomey et al, 2004).

A Enfermagem no início do século XX, não era considerada uma disciplina académica, nem uma profissão, mas sim uma vocação. A partir de Tomey et al (2004), podemos perceber que apesar de estes conceitos estarem interligados não têm o mesmo significado, uma disciplina está diretamente relacionada a um ramo de ensino ou a um domínio do conhecimento e uma profissão refere-se a um campo especializado da prática, sustentada na estrutura teórica da ciência ou conhecimento daquela disciplina e nas capacidades da prática que lhe estão intrínsecas.

A Enfermagem sofreu mudanças estruturais e conceituais relevantes no decorrer da segunda metade do século XX, que salientaram aspetos importantes à disciplina. Os modelos conceituais de Enfermagem foram essenciais para que a Enfermagem fosse designada como disciplina, uma vez que a disciplina depende da teoria e a passagem de vocação para profissão baseou-se na premissa de que as profissões fornecem um serviço público e a prática está centrada em quem serve (Tomey et al, 2004). Surge então a era da investigação, foi considerada o caminho para um novo conhecimento. Esta foi seguida pela era do ensino graduado, em que emergiram programas de mestrado em enfermagem. Sendo a era da teoria o fruto da era da investigação, *“a investigação e a teoria produziam a ciência de enfermagem”* (Tomey et al, 2004:4). Chegamos à fase contemporânea, em que é atribuída mais importância ao uso da teoria na prática de enfermagem baseada na teoria e ao contínuo desenvolvimento da teoria, em que as teorias e a investigação são em concomitante, vitais tanto para a disciplina como para a profissão (Tomey et al, 2004).

Os Modelos de Enfermagem foram desenvolvidas nos últimos anos, as enfermeiras sentiram necessidade de teorizar a prática e tiveram como objetivo organizar as estruturas de pensamentos, torna-se pertinente salientar que os modelos conceituais proporcionam perspectivas díspares da enfermagem tendo em consideração as características do modelo em si (Tomey et al, 2004).

Os Modelos Teóricos de Enfermagem contribuíram para a emancipação da profissão, ao levarem a um maior investimento na mesma, e delimitam o campo específico da Enfermagem. Esta delimitação do papel do enfermeiro, contribui para a concentração de esforços por parte de uma equipa, ao desempenhar atividades específicas da sua profissão e ao procurarem atingir objetivos comuns (Tomey et al, 2004).

É extremamente relevante que a enfermagem seja reconhecida e respeitada como disciplina e profissão, que contribui grandemente para a saúde e bem-estar da sociedade.

O Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE, 2012: 15) define que a *“Enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível”*.

Todos os enfermeiros que exercem funções em Portugal têm o dever de cingir a sua prestação de cuidados de acordo com o que está designado pela Ordem dos Enfermeiros, uma vez que *“os direitos e deveres dos enfermeiros, bem como as incompatibilidades do exercício da profissão de enfermagem, são estabelecidos no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros”* (Deceto-Lei n.º 104/98, Artigo 11º).

Partindo do nível mais abstrato do conhecimento, ou seja, o do metaparadigma, *“que determina os principais conceitos que envolvem o conteúdo e o âmbito da Disciplina (Enfermagem). Há muitos anos, a pessoa, o ambiente, a saúde e a enfermagem foram propostos quer como fenómenos de enfermagem, quer como conceitos meta paradigmáticos de enfermagem”* (Tomey et al, 2003: 6).

De seguida, apresentamos o Modelo de Conservação de Levine, que se constituiu como suporte para o trabalho desenvolvido.

1.2. O Modelo de Conservação de Levine

A teorização torna-se indispensável à construção do objeto científico e à autonomia da enfermagem como ciência (Tomey et al, 2004). No período em que nos encontramos, é notória a *“utilização dos conhecimentos de enfermagem como guia do pensamento crítico necessário à prática profissional. A teoria de enfermagem conduz o pensamento e a ação da prática de enfermagem”* (Tomey et al, 2004:6).

Neste trabalho, adotámos o **Modelo de Conservação de Levine**, por ser a teoria que valoriza o ambiente onde a pessoa está inserida e este é o nosso grande enfoque. O Modelo de Conservação de Levine, do nosso ponto de vista, é o que melhor se relaciona com o controlo de infeção, porque se centra essencialmente no ambiente. Para esta teórica, *“the environment completes the wholeness of the individual. The individual has both an internal and external environment. The internal environment combines the psychological and pathophysiological aspects of the individual and is constantly challenged by the external environment. The external environment includes those factors that impinge on and challenge the individual”* (Parker citada por Tomey, 2001:108). Levine dá ênfase a esta afirmação quando menciona que o *“ambiente é onde estamos constante e ativamente envolvidos, (o importante é a pessoa) e o seu relacionamento com o ambiente”* (Tomey et al, 2004:240).

Nos parágrafos seguintes pretendemos referenciar os principais conceitos em que assenta o Modelo de Conservação de Levine: Ambiente, Pessoa, Saúde e Enfermagem.

Levine refere-se ao **ambiente** como um contexto onde a pessoa vive a sua vida, não é um cenário passivo, uma vez que considera a pessoa como um participante ativo no ambiente. Acentua ainda que o ambiente externo, influencia e modifica a pessoa, mas acaba por atribuir 3 níveis a este ambiente: percetual, operacional e concetual. Em relação ao nível percetual, refere-se aos aspetos do mundo que a pessoa é capaz de intercepar e interpretar através dos seus órgãos dos sentidos. O nível operacional, a pessoa não o consegue perceber diretamente, porque estão inclusos neste os micro-organismos que afetam a pessoa fisicamente. Por último no nível concetual, o ambiente é construído através de padrões culturais (existência espiritual, mediada pelo pensamento, linguagem e história) (Tomey. et al, 2004).

Este referencial teórico oferece-nos uma visão total do ser humano. Levine caracteriza a pessoa como um todo dinâmico, que deve ser visto de uma forma holística, o que conjectura a compreensão da pessoa como um ser complexo que está em constante interação com o ambiente.

A **pessoa** é vista na totalidade, na integridade, tem sentido de identidade e autoestima, depende da sua relação com os outros. Levine defende a ideia de estudar as partes do todo para poder compreender a totalidade, *“a unicidade dos indivíduos (...) eles respondem de forma singular integrada às mudanças ambientais”* (Tomey et al, 2004:239). Reforça que a pessoa vive a vida enquanto mudança, através do processo de adaptação, sempre com o objetivo de conservação, refere ainda que *“individuals defend themselves in constant interation with their environment”* (Parker citada por Tomey, 2001: 107). Levine menciona também que a pessoa passa por um processo de adaptação, ou um processo de mudança, em que detém a sua integridade dentro das realidades do seu ambiente interno e externo, e a conservação é o resultado (Tomey et al, 2004). Para a mesma autora, todas as pessoas que já estiveram doentes, mesmo com uma simples constipação, sabem que aparecem algumas características como o cansaço que provoca uma limitação de atividades. A energia exigida pelas alterações na função fisiológica durante a doença representa uma exigência adicional feita nos sistemas de produção de energia, e o cansaço tão frequentemente sentido com a doença pela pessoa, é uma medida empírica da necessidade adicional de energia.

A **saúde** para Levine é “*a capacidade de funcionar de forma razoavelmente normal (...) é o regresso ao ser*” (Tomey. et al, 2004:242), não é caracterizada apenas pela ausência de patologias mas sim determinada por grupos sociais, ou seja, determina-se através da cultura, não é uma entidade isolada, mas está estritamente relacionada com as crenças dos grupos a que a pessoa pertence, a pessoa influencia a sua saúde de acordo com os seus interesses e do contexto onde se encontra inserida, por outras palavras a pessoa é livre de escolher o seu percurso de saúde. A definição de saúde para a pessoa irá alterar-se ao longo do tempo, das vivências e contexto ambiental onde se vai inserindo ao longo da vida.

Para Levine a **enfermagem**, é uma disciplina, centra-se num método científico e promove o cuidado holístico à pessoa, em que existe uma interação humana. A enfermagem é espelhada como um processo orientado por princípios científicos, em que o enfermeiro baseia as suas intervenções específicas na avaliação da situação de cada pessoa a quem presta cuidados. Levine refere ainda que o enfermeiro tem de efetuar uma “*observação sensível e a seleção de dados relevantes (que) constitui a base para a sua avaliação das necessidades de enfermagem*” (Tomey et al, 2004:242). O enfermeiro para Levine, é aquele que ajuda a pessoa a adaptar-se à sua doença, baseando os seus cuidados no conhecimento (teoria/prática), e encara dois tipos de atuações de enfermagem: atuação terapêutica “*quando a intervenção de enfermagem influencia favoravelmente a adaptação, no sentido do bem-estar social renovado*”; e a atuação de apoio “*quando a resposta é desfavorável*”, e não se pode alterar o curso da adaptação (Tomey et al, 2004:242).

Para Levine a finalidade da enfermagem é promover a adaptação da pessoa e manter a totalidade, ou seja, manter ou recuperar uma pessoa para uma condição de saúde, através dos princípios da conservação (Tomey et al, 2004:242). Levine “*discussed the theory of causation, a unified theory of health and disease, the meaning of the conservation principles, the hospital as environment, and patient-centered intervention*” (Parker citada por Tomey, 2001:105).

Levine desenvolveu quatro princípios de conservação: o da energia, da integridade estrutural, da integridade pessoal e da integridade social da pessoa. Este modelo focaliza-se na intervenção da enfermagem, na adaptação da pessoa e na forma como esta reage à doença, “*every individual has a unique range of adaptive responses*” ” (Parker citada por Tomey, 2001:107). Para Levine o principal objetivo da conservação é “*manter junta a totalidade do*

indivíduo (...) concentra-se na obtenção de um equilíbrio entre o fornecimento e a necessidade de energia dentro das realidades biológicas próprias do indivíduo” (Tomey et al, 2004:241).

A conservação da energia, que consiste no primeiro princípio, refere-se ao equilíbrio entre a energia de entrada e a energia de saída, em que a pessoa necessita de uma constante renovação de energia para conseguir manter as atividades da existência, com o intuito de evitar um excessivo cansaço, utilizando o repouso, nutrição e exercícios adequados para manter o equilíbrio. Segundo Levine “*os processos como a cura e o envelhecimento desafiam essa energia*” (Tomey et al, 2004:242). Tendo em consideração este princípio o enfermeiro tem de intervir tendo em atenção as capacidades da pessoa, prestando cuidados de menor exigência possível para que a pessoa não entre em desequilíbrio e consiga responder de acordo com as suas capacidades daquele momento.

A conservação da integridade estrutural é o segundo princípio, Levine refere que neste “*a cura é um processo de restauro da integridades estrutural e funcional na defesa da totalidade*” (Tomey et al, 2004:242). Refere-se à manutenção ou recuperação da estrutura do corpo, a prevenção do desgaste físico e a promoção da cura. O enfermeiro tem de contribuir para este princípio reconhecendo precocemente as mudanças funcionais da pessoa, e quais as intervenções de enfermagem mais adequadas de acordo com o constatado.

A conservação da integridade pessoal é o terceiro princípio, neste Levine salienta a importância da “*auto-valorização e sentido de identidade (...), os mais vulneráveis tornam-se doentes*” (Tomey et al, 2004:242). Neste princípio a noção de identidade é considerada a mais completa evidência da totalidade, existindo uma parte da vida das pessoas que é dividida através da experiência comum, mas é a pessoa que decide na sua privacidade se quer ou não dividir. Isto acaba por se verificar desde o momento em que a pessoa entra no hospital, há como um sacrifício da integridade pessoal, uma vez que outros irão tomar decisões pela pessoa, que no passado decidia e fazia sozinha. Mas também aqui o enfermeiro deve de transmitir conhecimento e força, para que a pessoa possa o quanto antes retomar a sua vida privada.

O último princípio, da conservação da integridade social, baseia-se no reconhecimento da pessoa como um ser social, que envolve a interação humana, aquelas relações que têm significado para a pessoa, segundo Levine “*a vida ganha significado através das*

comunidades sociais e a saúde é socialmente determinada” (Tomey al, 2004:242). Levine refere ainda que uma vez que a doença é maioritariamente solitária, o estar hospitalizado é uma situação geradora de stresse, deste modo os problemas da hospitalização podem ser resolvidos com a participação de todas as pessoas que fazem parte da vida social da pessoa. O enfermeiro tem de incluir a família, as pessoas significativas da pessoa, na sua prestação de cuidados, usando deste modo as relações interpessoais para conservar a integridade social. Para a autora as forças que vêm das relações humanas são necessárias quando os episódios de doença acontecem, e a família é frequentemente e profundamente afetada pelas mudanças que podem resultar da doença, às vezes esses períodos são longos, e muitas vezes podem isolar a pessoa da sua família e dos seus amigos por longos períodos. As necessidades da pessoa são colocadas como prioridade, mas em alguns momentos na hospitalização ocorrem falhas, como o de não considerar a família e os amigos. A exclusão da família cria problemas emocionais para a pessoa e para a sua família, a contribuição que a família pode dar para o cuidado da pessoa após a hospitalização não é considerada por alguns profissionais de saúde.

Considerando que a pessoa internada no hospital num ambiente externo e diferente, em que manter a unicidade e o equilíbrio adequado, e manter a integridade da pessoa, são os objetivos cruciais, o modelo de conservação, que consiste nestas premissas foi por nós selecionado por o considerarmos o mais adequado para fundamentarmos o nosso relatório. A pessoa está sujeita a técnicas invasivas, como a algaliação, sofre mudanças bruscas na sua totalidade e requer uma adaptação favorável para o restabelecimento do seu estado de saúde, deste modo as intervenções de enfermagem, de acordo com a conservação, giram em torno de ajudar as pessoas a confrontar obstáculos, adaptarem-se e manterem a sua singularidade, de modo a encontrarem estratégias (recursos singulares e individuais) para confrontar a incapacidade/ a situação difícil.

De seguida, apresentamos a Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, onde abordamos esta temática.

1.3. Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

Desde há várias décadas que os Cuidados de Enfermagem têm sido alvo de estudo/investigação e são inúmeros os autores que lhe dedicam uma atenção especial.

Consideramos imprescindível realizar uma breve contextualização do cuidar mesmo antes de nos debruçarmos sobre a temática dos Cuidados de Enfermagem.

O cuidar é contextual, relacional e existencial, constrói-se entre a pessoa que cuida e a pessoa que é cuidada, *“o cuidar é o foco unificador central da prática de enfermagem - a essência da enfermagem (...) os contributos moral, social e científico da enfermagem para a humanidade e para a sociedade residem nos seus compromissos para com os ideais de cuidar humano, na teoria, na prática e na investigação”* (Watson, citada por Tomey et al, 2002: 170).

Segundo Watson (citada por Tomey et al, 2002) cuidar é um termo de enfermagem, e abrange todos os fatores a que o profissional de enfermagem recorre para a prestação de cuidados à pessoa, referindo ainda que a pessoa que cuida reconhece o outro como ser único e singular e relaciona o processo do cuidar humano com o processo de interação entre seres humanos, em que o cuidar humano é entendido como o cerne da prática profissional, e se espelha esta relação interpessoal, enfermeiro - pessoa a quem são prestados os cuidados, considerada pela autora a natureza dos cuidados de enfermagem.

Fazendo a ponte para o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) (2012), define os Cuidados de Enfermagem como as intervenções autónomas ou interdependentes realizadas pelo enfermeiro no campo de ação das suas qualificações profissionais e são caracterizados por: serem fundamentadas por uma interação entre enfermeiro e utente, indivíduo, família, grupos e comunidade; estabelecerem uma relação de ajuda com a pessoa; utilizarem metodologia científica e englobarem diferentes formas de atuação, de acordo com o grau de dependência da pessoa.

Deste modo, tal como os Cuidados de Enfermagem, a Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, também tem sido um foco de enorme importância para diversos autores no decorrer dos últimos anos. Esta temática tem sido uma enorme preocupação para a Ordem dos Enfermeiros.

A Qualidade dos Cuidados de Enfermagem tem vindo a ser espelhada em diversos documentos emitidos pela OE, tais como, o dos **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem**, no ano de 2001 e o do **Regulamento dos Padrões de Qualidade dos**

Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, no ano de 2011.

Tendo em conta todas as vertentes dos cuidados de enfermagem, em qualquer área de prestação dos mesmos é da nossa responsabilidade termos sempre como principal premissa a “qualidade”.

A Qualidade em Saúde (QeS) tem sido a cada dia que passa um dos temas mais debatidos na área da enfermagem, uma vez que é com esse objetivo que devemos espelhar a nossa *praxis*.

Como tal a Direção Geral da Saúde (DGS), refere no Plano Nacional de Saúde (2012-2016) que “a *Qualidade em Saúde (QeS) pode ser definida como a prestação de cuidados de saúde acessíveis e equitativos, com um nível profissional óptimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação do cidadão*” (Plano Nacional de Saúde 2012-2016:2), salienta ainda que “o *acesso a cuidados de saúde de qualidade, durante todo o tempo e em todos os níveis da prestação, é um direito fundamental do cidadão, a quem é reconhecida toda a legitimidade para exigir qualidade nos cuidados que lhe são prestados; (a qualidade em saúde) depende da intervenção dirigida a: i) estruturas de prestação de cuidados, como os recursos materiais e humanos, instalações e organização; ii) processos decorrentes da própria prestação de cuidados, como sejam a qualidade técnica dos cuidados, a adequação e validade da informação produzida, a integração e continuidade de cuidados*” (Plano Nacional de Saúde 2012-2016:3). Numa perspetiva de produção de Qualidade em Saúde, são definidos ciclos de melhoria contínua da qualidade em que se pretende a “*identificação sistemática de problemas e oportunidades com o objetivo de os solucionar ou melhorar, estabelecer padrões desejáveis e realistas, identificar e atuar sobre os pontos críticos, planear e implementar as mudanças, monitorizar e avaliar. Estes processos devem ser multidisciplinares, não punitivos e da iniciativa dos profissionais e estarem associados a planos de desenvolvimento profissional e das instituições*” (Plano Nacional de Saúde, 2012-2016:4). A QeS preconiza 3 momentos cruciais a “*monitorização, benchmarking e avaliação (interna e externa), incluindo processos de acreditação, de avaliação e de identificação de boas práticas, entre outros. Devem decorrer ao nível do profissional, da equipa, do serviço, da instituição e da decisão política, de forma transparente, promovendo a responsabilidade social e para com o cidadão. Deve-se explicitar objetivos, indicadores e metas; modelos de organização e de prestação, que*

permitam a comparabilidade e a identificação de boas práticas, e padrões de estrutura, processo e de resultado” (Plano Nacional de Saúde 2012-2016:2).

É da responsabilidade de todos os profissionais identificar situações problemáticas que coloquem em causa a qualidade, desenvolvendo em conjunto estratégias de melhoria, para que através da mudança de comportamentos e posteriormente numa avaliação dos mesmos possamos atingir as metas pretendidas, promovendo as boas práticas para com a pessoa.

De seguida, apresentamos o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Pessoa em Situação Crítica e o Enfermeiro Mestre, uma vez que é sobre este que desenvolvemos o PIS e o PAC.

1.4. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Pessoa em Situação Crítica e o Enfermeiro Mestre

A Mesa de Colégio de Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica apresentou o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, no ano de 2011, onde explicitam a natureza dos cuidados de enfermagem prestados pelo Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, reconhecendo-os como "*elementos-chave na resposta à necessidade de cuidados seguros das pessoas em situação crítica*" (Ordem dos Enfermeiros, 2011:3).

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2011: 8648) o Enfermeiro Especialista, "*é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção*". O conjunto destas competências especializadas tem por base o aprofundamento dos domínios do leque de competências do enfermeiro que presta cuidados gerais.

Carece salientar que independentemente da área de especialidade, e do ambiente de cuidados em que presta cuidados (cuidados de saúde primários, secundários e terciários), segundo a Ordem dos Enfermeiros (2011), qualquer enfermeiro especialista tem de dominar as quatro competências comuns:

- **Responsabilidade profissional, ética e legal**, em que o Enfermeiro desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção, promove o respeito pelos direitos humanos e pelas responsabilidades profissionais (Ordem dos Enfermeiros, 2011);

- **Melhoria contínua da qualidade**, em que o Enfermeiro tem um papel dinamizador: no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas no âmbito da governação clínica, na conceção, gestão e colaboração de programas de melhoria contínua da qualidade e na criação e manutenção de um ambiente terapêutico e seguro (Ordem dos Enfermeiros, 2011);

- **Gestão dos cuidados**, em que o Enfermeiro efetua a gestão dos cuidados, de modo a otimizar a resposta da equipa de enfermagem e dos seus colaboradores, fazendo a articulação na equipa multiprofissional e adequa a liderança e a gestão dos recursos a todas as situações e a todos os contextos, com o intuito de otimizar a qualidade dos cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2011);

- **Aprendizagens profissionais**, em que o Enfermeiro amplia o autoconhecimento e a assertividade, fundamentando a sua *praxis* clínica especializada em padrões de conhecimento autênticos e consistentes (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Para além das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, estão também definidas pela Ordem dos Enfermeiros Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, que implicam cuidados”*altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total*” (Ordem dos Enfermeiros, 2010: 1).

Tendo em consideração o supracitado, a Ordem dos Enfermeiros (2011) descreve as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica:

- **Cuidar da Pessoa** (e sua família) a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, mobilizando um conjunto de conhecimentos e habilidades para responder de forma holística e em tempo útil (Ordem dos Enfermeiros, 2011);

- **Dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítima**, da conceção à ação, intervindo na conceção dos planos constitucionais e na gestão de equipas,

de forma sistematizada, de modo a responder com eficiência e eficácia (Ordem dos Enfermeiros, 2011) ;

- **Maximizar a intervenção na prevenção e controlo de infeção diante da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica**, perante a complexidade da situação e a necessidade de responder adequadamente e em tempo útil (Ordem dos Enfermeiros, 2011) .

Consideramos desde já pertinente fazer um breve enquadramento da legislação nacional que sustenta os mestrados, onde se inclui o Enfermeiro Mestre, segundo o Decreto-Lei 74/2006, de 24 de março (atestado no Diário da República, N.º 60 — 24 de março de 2006—i série, 2246) “*o grau de mestre é conferido numa especialidade, podendo, quando necessário, as especialidades ser desdobradas em áreas de especialização*”.

É explícito que o **Mestre** seja detentor de conhecimentos e capacidade de compreensão, suportados nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, que os desenvolva e aprofunde a um nível que permita e constitua a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais em contexto de investigação; que destine os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas a situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a sua área de estudo; saiba aplicar os seus conhecimentos; possua capacidade para integrar conhecimentos, trabalhar com questões complexas, incrementar soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, abrangendo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que derivem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem; frua de capacidade de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subsequentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades; goze de competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo (Diário da República, N.º 60, 2006).

De seguida, apresentamos a contextualização das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde, com os dados de maior evidência encontrados. Esta abordagem serve de suporte ao trabalho desenvolvido no PIS.

1.5. Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde

A Infeção Associada aos Cuidados de Saúde é tão antiga, como a origem dos hospitais. As técnicas asséticas rudimentares e o controlo de infeção foram descritos pela primeira vez no ano de 450 A.C. Hipócrates, o pai da cirurgia, irrigava as feridas através de vinho ou água fervida. No século II D.C. Galeno, romano, fervia os instrumentos cirúrgicos antes da sua utilização. No senso comum nessa época as pessoas sabiam que a origem de muitas doenças estava relacionada com a transmissão de germes e existiam recomendações higiénicas de carácter religioso (Rothrock, 2008).

Em Roma realizaram-se obras importantes de higiene pública com a construção de aquedutos para transportar água fresca, sistemas de esgotos e sanitários públicos. Mas com a era Cristã e a queda do Império Romano ocorreram muitas guerras e a ciência pouco se desenvolveu. Mas a partir do século XIII, falava-se que algumas doenças apareciam devido a organismos invisíveis. Girolamo Fracastorius (o primeiro epidemiologista do mundo) em 1546, referiu no seu livro que o contágio era causado por agentes vivos, através do contacto direto com objetos ou com indivíduos infetados ou por transmissão aérea (Rothrock, 2008).

No século XVII Antoinie Van Leeuwenhoek através da construção do microscópio, conseguiu identificar bactérias, algas leveduras e protozoários. Mas foi Pasteur no final do século XIX, que utilizou o calor para destruir os agentes patogénicos que se encontravam nos alimentos líquidos. No ano de 1847, o obstetra Semmelweis, observou que existia uma elevada taxa de mortalidade nas mulheres que tiveram os seus filhos na Maternidade de Viena de Áustria, associada a infeções, percebendo que eram os médicos (através das suas mãos) os causadores desse incidente, pela transmissão de infeções. A introdução da lavagem das mãos com água clorada reduziu substancialmente o número de processos infecciosos. Esta foi considerada a primeira contribuição para a higiene e desinfeção hospitalar. Joseph Lister (pai da Moderna Cirurgia), utilizou uma solução de fenol para esterilizar instrumentos, compressas e suturas e para vaporizar o local da incisão cirúrgica. Esta técnica reduziu grandemente a mortalidade por infeção pós-operatória (AESOP, 2006: 49). O conhecimento associado ao facto de que as bactérias poderiam provocar doenças não existia até ao século XIX (Rothrock, 2008).

Os hospitais no passado eram considerados insalubres e estavam restritos apenas à prestação de cuidados numa vertente mais humanitária do que científica, mas através dos trabalhos realizados por Semmelweiss, Lister e de Florence Nightingale, proporcionaram a base para as

modernas práticas de controlo de infeção . Florence Nightingale, a progenitora da Enfermagem moderna, em 1863, descreveu uma série de cuidados e estratégias com o intuito de reduzir o risco de infeção hospitalar, baseada na sua experiência em hospitais militares, durante a Guerra da Criméia. Propôs um sistema de relato dos óbitos hospitalares, como forma de avaliação dos próprios serviços, e interpretação estatística destes dados, aferindo conclusões em termos de mortalidade relacionada com infeções hospitalares, um passo importante para a primeira evidência de vigilância epidemiológica. A disseminação de infeções do tipo hospitalar foi descrita, as diferenças entre hospitais praticantes de medidas de controlo e prevenção de infeção e não praticantes das mesmas tornaram-se evidentes (Rothrock, 2008). Desenvolveram-se “*os primeiros contornos da prevenção e controlo da infeção hospitalar, fundamentais ao pensamento moderno sobre a prestação de cuidados*” (PNPC da IACS 2007:5), surgindo deste modo a preocupação com a infeção hospitalar.

No século XX, nos Estados Unidos a implementação deste tipo de vigilância iniciou-se nos anos 70, realizaram-se várias conferências sobre infeções institucionais, discutiram-se métodos de vigilância epidemiológica e foi recomendada a instalação de sistemas de vigilância em cada hospital. Em pleno século XXI, surge o novo desafio à compreensão das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde consideradas uma epidemia silenciosa pela Organização Mundial da Saúde, tendo sido realizado nos Estados Unidos um estudo em 2002, onde se estima “*que ocorreram cerca de 1.7 milhões de infeções nasocomiais (...), que estas estiveram associadas a aproximadamente 99 000 mortes. As IN mais frequentes incluem as infeções das vias urinárias (32%), as infeções do local cirúrgico (22%), as infeções das vias respiratórias (15%) e as bacteriemias (14%)*” (Costa et al, 2009: 2).

O final deste século foi ainda importante, uma vez que o conceito de epidemiologia hospitalar foi instituído de vez e reconhecido o seu real valor, bem como a sua importância no sistema de saúde.

As IACS são definidas como “*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*” (PNPC IACS, 2007:4). Surgem durante o período de hospitalização e não se encontram presentes na admissão hospitalar, sendo a complicação mais comum nos doentes hospitalizados e uma das principais causas de morte e aumento da morbilidade. É um problema mundial, que existe tanto nos países desenvolvidos

como nos países pobres. Atingem principalmente as vias urinárias, o local cirúrgico, as vias respiratórias e a corrente sanguínea (PNCI, 2009).

Constituem um peso significativo tanto para os doentes como para a saúde pública, uma vez que prolongam o internamento hospitalar e são responsáveis por um aumento significativo dos custos (PNCI, 2009). As infeções hospitalares também *“agravam a incapacidade funcional e o stress emocional do doente e podem, em alguns casos, levar a situações que diminuem a qualidade de vida (...) são ainda uma das principais causas de morte, (desencadeiam) internamentos prolongados (que) não só aumentam os custos diretos dos doentes ou dos pagadores como também os custos indiretos devidos a perda de produtividade. O aumento da utilização de fármacos, a necessidade de isolamento e o recurso a ulteriores estudos laboratoriais e outros meios diagnósticos, também contribuem para os custos. A infeção nosocomial favorece o desequilíbrio entre os recursos atribuídos aos cuidados primários e secundários de saúde, através do desvio de fundos, já de si escassos, para a gestão de problemas potencialmente evitáveis”* (PNCI, 2002:8).

Apesar da IACS, não ser um problema novo, *“assume cada vez maior importância em Portugal e no mundo. À medida que a esperança de vida aumenta e que dispomos de tecnologias cada vez mais avançadas e invasivas, e de maior número de doentes em terapêuticas imunossupressora, aumenta também o risco de infeção. Estudos internacionais revelam que cerca de um terço das infeções adquiridas no decurso da prestação de cuidados são seguramente evitáveis”* (PNPC IACS, 2007:4).

Segundo um inquérito de prevalência realizado pela OMS em 55 hospitais de 14 países, que representavam 4 regiões da OMS (Europa, Mediterrâneo Oriental, Sudeste Asiático e Pacífico Ocidental), uma média de 8,7% dos doentes hospitalizados teve infeções nosocomiais, referindo ainda que *“a cada momento, mais de 1,4 milhões de pessoas em todo o mundo sofrem de complicações infecciosas adquiridas no hospital (sendo) as frequências mais elevadas de infeções nosocomiais descritas em hospitais do Mediterrâneo Oriental e do Sudeste Asiático (11,8% e 10,0% respectivamente), com prevalências de 7,7 e 9,0% respectivamente na Europa e no Pacífico Ocidental [em que] as infeções nosocomiais mais frequentes são as infeções da ferida cirúrgica, as infeções das vias urinárias e as infeções das vias respiratórias inferiores, (...), a prevalência das infeções nosocomiais é mais*

elevada em unidades de cuidados intensivos e em serviços cirúrgicos e ortopédicos” (PNCI, 2002:8).

Em Portugal, no Inquérito Nacional de Prevalência de Infecção realizado em março de 2009 pelo Programa Nacional de Controlo de Infecção (PNCI-DGS) no âmbito da Campanha da Organização Mundial da Saúde “Práticas Simples Salvam Vidas”, foi realizado um estudo em 114 hospitais (correspondente a 80% dos hospitais públicos e 34% dos hospitais privados) 21 459 pessoas, para determinar a prevalência de IACS e de infeções adquiridas na comunidade (IC) e a sua distribuição por topografia, por microrganismos e sua suscetibilidade aos antimicrobianos, mostrando uma prevalência de 9,8 % de doentes hospitalizados com IACS (PNCI, 2009:1).

Mas existem inúmeros fatores relacionados com a pessoa que influenciam a aquisição de IACS que *“incluem a idade, o estado imunitário, a doença de base e as intervenções diagnósticas e terapêuticas. Vários procedimentos diagnósticos e terapêuticos modernos, tais como biópsias, exames endoscópicos, cateterizações, intubação/ventilação e aspiração e os procedimentos cirúrgicos, aumentam o risco de infeção. Objetos ou substâncias contaminadas podem ser introduzidas diretamente nos tecidos ou em locais habitualmente estéreis, tais como as vias urinárias ou via respiratória inferior”* (PNCI, 2002:8).

Uma taxa elevada de infeções nosocomiais evidencia uma má qualidade na prestação de cuidados de saúde e leva a gastos evitáveis, *“reconhece-se que uma atuação nacional planeada e bem estruturada (...) conseguiria evitar, pelo menos, um terço destas infeções”* (PNCI 2007:7).

Atendendo ao supracitado, várias instituições apresentaram as suas Diretrizes na Prevenção das IACS, que passamos agora a apresentar.

1.5.1. Diretrizes na Prevenção e Controlo das IACS

Reconhecendo a importância das IACS, a Direção Geral da Saúde (DGS), apresentou o Programa Nacional de Controlo de Infecção que *“visa, através de uma sistematização de registo, análise, interpretação e informação de retorno sobre a infeção nas unidades de saúde, conhecer a realidade nacional e reunir esforços para que, de forma organizada e*

concertada, a diminuição da incidência da IACS seja promovida a longo prazo em Portugal, contribuindo para a segurança do doente” (PNCI, 2007:4).

A infeção hospitalar, em Portugal foi abordada pela Direção-Geral da Saúde pela primeira vez em 1930 e posteriormente em 1979, pela Direção-Geral dos Hospitais, através da Circular Informativa N.º6/79, de 9/2/79, altura em que é conhecida a Resolução (72) 31 do Conselho da Europa e é divulgada a todos os serviços e a todas as unidades de saúde. Mas só em 1986 é que o controlo de infeção foi recomendado em Portugal, pela Direção-Geral dos Hospitais, quando é aconselhada a sua implementação em todas as unidades de saúde pela Circular Informativa N.º 8/86 de 25/3/86, quando deu a conhecer a Recomendação n.º R (84) 20 de 25 de outubro do Conselho da Europa, que se referia à prevenção das infeções hospitalares. Só em 1993, foi difundida a necessidade de serem institucionalizadas as CCI, através da Circular Normativa N.º4/93, da Direção Geral dos Hospitais. Deste modo começaram a ser criadas as CCI nas unidades de saúde públicas ou privadas, que se encontravam integradas na rede nacional de prestação de cuidados de saúde, através do Despacho do Diretor-Geral da Saúde de 23/10/96. Posteriormente através do Despacho do Diretor-Geral da Saúde de 14 de maio de 1999, surgiu o Programa Nacional de Controlo da Infeção (PNCI), divulgado pela Circular Informativa da Direção-Geral da Saúde N.º/GAB/DG de 30/7/99, que desde 10 de outubro de 2006, pelo Despacho n.º 256/2006, passou para a DGS (PNPC IACS, 2007).

Para um melhor entendimento do enquadramento legal do PNCI, explanamos de seguida os acontecimentos que a este dizem respeito por ordem cronológica:

- Despacho Ministerial, N.º 14178/2007 DR. II série, N.º 127 de 4 julho de 2007 - aprova o PNCI e determina que sejam criadas CCI em todas as unidades de saúde. Realizou-se a divulgação do PNCI pela DGS;
- Despacho do Diretor-Geral da Saúde, N.º 18052/2007, publicado no Diário da República, II Série – N.º 156, de 14 de agosto de 2007 - revê o Despacho do Diretor Geral da Saúde publicado no Diário da República, II Série N.º 246 de 23/10/1996 e determina a reestruturação das CCI em todas as unidades de saúde;

- Circular Normativa da Direção-Geral da Saúde, N.º 17/DSQC/DSC de 20/09/2007 - define a organização das CCI e o Plano Operacional de Prevenção e Controlo de Infecção (POPCI) para as Unidades de Cuidados Continuados Integrados;
- Circular Normativa da Direção-Geral da Saúde, N.º 18/DSQC/DSC DE 15/10/2007 - define a organização das CCI e o POPCI em todas as unidades de saúde;
- Circular Normativa da Direção-Geral da Saúde, N.º 20/DSQC/DSC de 24/10/2007 - define a organização das CCI e o para POPCI paraos Agrupamentos de Centros de Saúde;
- Circular Normativa da Direção-Geral da Saúde, N.º 24/DSQC/DSC de 17/12/2007 - define a organização, constituição e atribuições dos Grupos Coordenadores Regionais de Saúde a nível das Administrações Regionais de Saúde;
- Circular Normativa, N.º 27/DSQC/DSC de 03/01/2008 – Regulamento Interno do Grupo Coordenador do PNCI.

Um inquérito de prevalência de infeção pode ser aplicado em todos os hospitais e pode incluir todas as pessoas presentes numa unidade de saúde num único dia ou até no máximo uma semana, o que permite rapidamente caracterizar as IACS numa unidade de saúde. Mas a metodologia de eleição é a incidência das IACS numa comparação entre países e entre hospitais do mesmo país. Apesar de algumas desvantagens do estudo de prevalência, este é considerado interessante do ponto de vista epidemiológico, segundo o PNPC e Controlo da IACS, o Inquérito de Prevalência (2009) permite:

- Identificar e hierarquizar rapidamente as IACS mais relevantes (porque é realizado num curto espaço de tempo);
- Obter dados que possibilitam o planeamento e a implementação de medidas de controlo de infeção dirigidas para a realidade das unidades de saúde;
- Evitar todas as consequências não só económicas como logísticas dos estudos mais prolongados;
- Obter dados de base para se planear estudos analíticos específicos complementares;
- Completar a investigação epidemiológica;

- Dar visibilidade ao trabalho desenvolvido pelas CCI;
- Sensibilizar o Órgão de Gestão responsável e todos os Profissionais de Saúde para o problema das IACS .

A vigilância epidemiológica organizada, tem demonstrado evidência científica na implementação de medidas para reduzir a incidência de infeção hospitalar, e a importância da realização dos mesmos prende-se com estudos de todo o mundo que se referem às IACS como uma grande causa de morbilidade e mortalidade, tornando-se deste modo uma forte evidência da qualidade na prestação de cuidados de saúde levando a gastos que podem ser evitados, como demonstrado no subcapítulo anterior nos estudos esplanados. É ainda de salientar que a fiabilidade de um estudo de vigilância epidemiológica implica uma enorme relevância na necessidade da revisão dos processos clínicos, obrigando assim um rigor nas observações/registos dos profissionais de saúde (PNPC IACS, 2009).

Para que fosse possível operacionalizar o PNCI em todas as unidades de saúde, surgiu o POPCI, em que foram responsabilizados os Órgãos de Gestão, para que se criassem as condições físicas e recursos humanos e logísticos para que as CCI desenvolvessem as suas atribuições em todas as áreas de intervenção. Para que conseguissem executar o PNCI, de acordo com a sua especificidade, localização geográfica, características da população abrangente, atividades clínicas e quantidade de profissionais (PNCI, 2008).

A CCI tem como responsabilidade cumprir a Circular Normativa da Direção-Geral da Saúde, N.º 18/DSQC/DSC de 15/10/2007 e *“implementar nas unidades de saúde uma cultura de segurança, de modo a que a prevenção e controlo das IACS seja vista como parte integrante das atividades diárias dos profissionais, contribuindo para a qualidade dos cuidados e para a segurança do doente”* (PNCI, 2008: 9). O enfermeiro responsável pelo controlo de infeção é membro da equipa de controlo de infeção e o seu papel na CCI *“consiste na implementação de práticas para o controlo das infeções nos cuidados ao doente”* (Circular normativa N°01996 da DSPGQ de 5/02/1997).

De seguida, apresentamos a Infeção do Trato Urinário associada à algaliação.

1.5.2. Infecção do Trato Urinário (ITU) associada à Algália

A **infecção urinária** é uma patologia que afeta qualquer parte do aparelho urinário, desde os rins, a bexiga, até a uretra. É uma patologia “*que ocorre em todas as idades, do neonato ao idoso (...). Na vida adulta, a incidência de ITU eleva-se e o predomínio no sexo feminino mantém-se, com picos de maior incidência no início ou relacionado à atividade sexual, durante a gestação ou na menopausa (...) 48% das mulheres apresentam pelo menos um episódio de ITU ao longo da vida*” (Helberg, 2003: 109).

Segundo Mazili (2011), aproximadamente 30% das mulheres terão uma ITU sintomática, necessitando de tratamento com antibiótico até aos 24 anos de idade, e aproximadamente metade das mulheres vai apresentar pelo menos um episódio de ITU ao longo da vida.

A quase totalidade dos micro-organismos que afetam o trato urinário derivam principalmente da flora intestinal. A *Escherichia coli*, uma bactéria gram-negativa, é responsável por cerca de 85% dos casos de infecção urinária adquirida na comunidade e 50% das infeções hospitalares (Mazili, 2011).

Quanto à **epidemiologia**, vários estudos referem que “*a maioria destas ITU está geralmente associada ao uso de dispositivo invasivo, cateter urinário ou sonda vesical (...) que são utilizados para procedimentos diagnósticos e terapêuticos variados*” (Silva et al, 2009:1) e que “*cerca de 80% dos casos de ITU hospitalar são relacionados com o cateter vesical*” (Machado et al, 2001: 17). No Estudo Nacional de Prevalência de 2009, a infecção urinária foi identificada como a infecção nosocomial mais frequente (24%), 80% destes episódios está relacionado com a cateterização vesical (Pina et al, 2010). A mesma autora faz ainda referência ao tempo de permanência da algália, por cada dia de algália o risco de infecção aumenta cerca de 3 a 10 %, aproximando-se dos 100% ao fim de 30 dias, mas a utilização de sistemas estéreis em circuito fechado é considerada essencial na prevenção da infecção urinária conseguindo reduzir a incidência de bacteriúria aos 14 dias de cateterização vesical em 50% (Pina et al, 2010).

De todas as infeções hospitalares, a ITU é a mais frequentemente associada a procedimentos invasivos, mas a mais prevenível, justificando-se os esforços para o seu controle (Souza et al, 2007).

Segundo o PNCI (2004:4) *“a infeção do trato urinário associada à cateterização vesical é a infeção nosocomial mais comum e representa cerca de 40% do total das infeções nosocomiais”*.

Torna-se difícil saber ao certo o número de infeções urinárias contraídas em função dos cuidados de saúde, uma vez que muitas das infeções não são registadas com rigor nas notas médicas e de enfermagem, existem poucos hospitais com sistemas montados para colher e analisar por rotina a informação sobre infeções e por vezes a ITU é assintomática e resolve-se espontaneamente quando se remove a algália, podendo mesmo a ITU associada à algaliação passar despercebida e parecer pouco significativa. Mas as pessoas mantêm o risco de desenvolver ITU, até 30 dias após ter sido removida a algália. E a realidade é bem diferente, porque *“dos doentes com ITU, 1-4 desenvolvem bacteriémia e destes, 13-30% morrem”* (PNCI, 2004:5). Esta ideia é reforçada com outro autor *“as ITU relacionadas ao cateter vesical (...) usualmente são assintomáticas, na maioria das vezes, a remoção do cateter é curativa”* (Machado et al, 2001: 17).

O risco de ocorrência da ITU, segundo Souza et al (2007) é diretamente proporcional ao tempo de permanência do cateter vesical e um terço dos dias da algaliação são desnecessários, *“ a remoção precoce preveniria até 40% das ITU”* (Souza et al, 2007:725-726).

Existem inúmeros fatores de risco que se consideram predisponentes à ocorrência da aquisição de ITU na pessoa algaliada, fatores de risco intrínseco e extrínseco. Os fatores de risco intrínseco, segundo o PNCI (2004) são; Idade avançada (na vida adulta, o auge de ITU é maior devido à atividade sexual, gestação e menopausa); Sexo (as mulheres apresentam uma maior taxa de prevalência de ITU, sobretudo devido a fatores fisiológicos, como a maior proximidade da uretra com o ânus e o fato de esta ser muito curta comparativamente à uretra masculina); Diabetes; Imunodeficiência; Desnutrição; Insuficiência renal. Os fatores de risco extrínseco, segundo o PNCI (2004) são: Qualidade de cuidados na inserção; Duração da algaliação; Manutenção do circuito de drenagem fechado; Despejo dos sacos de drenagens; e, Tempo de internamento.

Diagnóstico da Infeção Urinária

As ITU estão associadas a um conjunto de sinais e sintomas, cuja intensidade e prevalência poderão variar entre os indivíduos, contudo, estas podem também apresentar-se

assintomáticas, “a infeção urinária relacionada com a algaliação pode ser sintomática ou assintomática” (PNCI, 2004:7), Machado (2001: 18), também reforça a mesma ideia, referindo que “as ITU relacionadas ao cateter vesical (...) usualmente são assintomáticas”.

O diagnóstico de ITU baseia-se no diagnóstico clínico e laboratorial. No diagnóstico clínico as ITU, podem apresentar-se assintomáticas e provocar como principais complicações uma bacteriemia secundária e choque séptico, se causadas por microrganismos com um vasto espetro de ação, com grande resistência a antimicrobianos, apresentando sintomas generalizados e tardios o que diminui a possibilidade de tratamento, causando a morte; outras complicações que podem surgir: prostatite, epididimite e orquite nos homens, e com menos frequência, a endocardite, artrite séptica e osteomielite vertebral. No diagnóstico laboratorial é realizada a colheita de urina para exame microbiológico, sendo a interpretação dos resultados da cultura realizada de acordo com o tipo de amostra ou se a pessoa se encontra ou não a fazer terapêutica antibiótica (Pina et al, 2010).

Relativamente a todas as IACS, A DGS definiu critérios para o diagnóstico de IACS do trato urinário.

Para o seu diagnóstico, a pessoa deve ter pelo menos um critério. A seguinte tabela apresenta os critérios definidos (PNCI, 2004):

Tabela 1 - Critérios de Diagnóstico da ITU

	<u>Infeção urinária sintomática</u>	<u>Infeção urinária assintomática</u>
Critério 1	<p>A pessoa apresenta pelo menos, um dos seguintes sinais ou sintomas sem outra causa reconhecida:</p> <ul style="list-style-type: none"> Febre, superior a 38°C; Urgência na micção; Polaquiúria; Disúria ou hiperestesia supra púbica; <p>E urocultura positiva (mais de 10⁵ colónias por ml) com um máximo de dois microrganismos diferentes.</p>	<p>A pessoa:</p> <ul style="list-style-type: none"> Teve um cateter urinário nos 7 dias anteriores à urocultura E tem uma urocultura positiva, isto é, tem ≥10⁵ microrganismos/ml de urina, a urocultura não deve identificar mais de duas espécies de microrganismos; E o doente não tem febre (temperatura>38°C), urgência na micção, polaquiúria, disúria ou hiperestesia suprapúbica.

Critério 2	<p>A pessoa apresenta pelo menos, dois dos seguintes sinais ou sintomas sem outra causa reconhecida:</p> <ul style="list-style-type: none"> Febre, superior a 38°C; Urgência na micção; Polaquiúria; Disúria ou hiperestesia supra púbica; <p>E pelo menos um dos seguintes:</p> <ul style="list-style-type: none"> Tira reativa positiva na urina para a esterase leucocitária e/ou nitritos; Piúria (10 ou mais leucócitos/ml ou 3 ou mais leucócitos por campo, em urina não centrifugada); Observação de microrganismos Gram, em urina não centrifugada; <p>Pelo menos duas uroculturas com o mesmo microrganismo, superior ou igual a 10^3 colónias/ml de urina colhida sem micção espontânea (por punção suprapúbica);</p> <p>Urocultura 10^5 ou menos colónias de um único microrganismo, na pessoa com antibiótico dirigido para a infeção urinária;</p> <p>Diagnóstico médico de infeção urinária;</p> <p>Prescrição terapêutica antimicrobiana para o tratamento de infeção urinária.</p>	<p>A pessoa:</p> <p>Não teve um cateter urinário nos 7 dias anteriores à primeira urocultura positiva;</p> <p>E tem pelo menos duas uroculturas positivas isto é, com $\geq 10^5$ microrganismos/ml de urina com isolamento repetido do mesmo microrganismo.</p> <p>E o doente não tem febre (temperatura >38°C), urgência na micção, polaquiúria, disúria ou hiperestesia suprapúbica.</p>
-------------------	---	---

Prevenção e Tratamento da ITU Associada à Algaliação

Estima-se que, aplicando as medidas de controlo de infeção adequadas, se possam evitar por ano entre 17% a 69 % das infeções urinárias o que representa 380.000 infeções e 9.000 óbitos (Gould et al, 2009: 29).

Tendo em consideração a alta incidência e significância das ITU “*medidas preventivas devem ser adotadas com o objetivo de reduzir complicações e custos subsequentes, uma vez que, as atuais políticas administrativas visam à obtenção da melhor qualidade na assistência com a maior redução dos gastos na prestação dos serviços*” (Souza et al, 2007:726).

Existem medidas de prevenção e controlo que *“assentam por um lado, no cumprimento das boas práticas: precauções básicas (como higiene das mãos, uso adequado de equipamentos de proteção individual, controlo ambiental) e isolamento e, por outro, no uso racional de antimicrobianos”* (Pina et al, 2010:27).

A infeção urinária, por representar uma fonte importante quer de custos diretos com cuidados de saúde quer pela consequência de um grande número de comorbilidades e mortalidade, tem vindo a ser alvo de atenção especial no campo da prevenção. Quando se aborda *“a questão da evitabilidade surge a importância da distinção entre infeções endógenas (a partir dos microrganismos do próprio indivíduo) e as exógenas. Estas por terem como origem a introdução/implantação de microrganismos do exterior (através das mãos dos profissionais, material ou equipamento contaminado, por ex.) serão, por definição, evitáveis”* (Pina et al, 2010:27)

Desde que seja necessária a algaliação da pessoa, como medida preventiva de ITU *“só devem proceder à algaliação, os profissionais de saúde treinados”* (PNCI, 2004: 12). Utilizar técnica asséptica tanto na inserção como no manuseamento do cateter urinário é obrigatório, utilizar sempre que possível a caterização intermitente, respeitar sempre as indicações clínicas para a colocação e remoção precoce da algália são fatores importantes para evitar a ocorrência de ITU na pessoa algaliada (Pina, 2010). A *“utilização de sistemas estéreis em circuito fechado é considerada a pedra angular no campo da prevenção da infeção urinária conseguindo reduzir a incidência de bacteriúria em 50% aos 14 dias de caterização vesical”* (Pina et al, 2010:30).

A manutenção do sistema de drenagem de urina fechado reduz de 97% para 8-15% a probabilidade de adquirir uma ITU, assim como o saber selecionar a algália tendo em conta a situação clínica da pessoa, sem esquecer a composição material, diâmetro, comprimento, volume do balão e a duração da permanência (PNCI, 2004:6). Também é reforçada a importância de *“não desconectar o circuito em nenhuma hipótese, (realizando a) colheita de urina através de punção do coletor em lugar próprio (...), remover a sonda vesical o mais breve possível”* (Machado et al, 2001: 17). Alguns fatores de risco associados às infeções devem ser evitados tendo em conta *“que a realização e o acompanhamento do cateterismo urinário é parte do trabalho de enfermagem e fator de manutenção da segurança e garantia da qualidade da assistência prestada (à pessoa)”* (Mazzo, 2011:334). Mas, *“apesar dos*

avanços e medidas estabelecidas para a prevenção e controle das infeções nesta topografia, têm-se observado baixa adesão às recomendações (...) dificuldade em mudar hábitos sedimentados ao longo da vida profissional” (Souza et al, 2007:726).

As recomendações para a prevenção das ITU, segundo o PNCI (2004):

- Higienização das mãos antes da inserção de cateter vesical;
- Evitar colocar cateter vesical, avaliar a necessidade de algaliação;
- Sempre que possível recorrer ao dispositivo externo para a colheita de urina;
- Utilizar a cateterização suprapúbica sempre que possível;
- Realizar técnica assética e equipamento estéril na colocação de cateter vesical;
- Evitar produtos agressivos à flora genito-urinária (não utilizar soluções antisséticas para a limpeza do meato uretral, antes da algaliação);
- Evitar tração ou mobilização do cateter vesical;
- Utilizar cateter vesical de menor calibre possível;
- Utilizar sacos de urina de circuito fechado com válvula antirrefluxo;
- Manter drenagem contínua, sem bloquear o fluxo devido a dobras do cateter ou do saco;
- Manter o saco de drenagem sempre abaixo do nível da bexiga;
- Não desconectar o circuito, mantendo-o sempre fechado;
- Trocar o sistema se o circuito fechado foi violado;
- Não tocar com o saco de drenagem no chão;
- Utilizar um recipiente livre e individualizado no despejo do saco de drenagem;
- Despejar o saco de drenagem quando a meio da sua capacidade;
- Remover o cateter vesical com a maior brevidade possível;
- Não trocar por rotina o cateter vesical ou saco de drenagem;

- Remover o cateter urinário segundo indicação do PNCI.

Em relação ao tratamento, o rigor na prescrição antimicrobiana é fundamental, de forma a prevenir a resistência bacteriana; existe “*a necessidade de uma indicação precisa e adequada no tratamento das ITU para que não ocorra cada vez mais seleção de bactérias multirresistentes e, conseqüentemente, insucesso terapêutico, aumento da morbimortalidade, dos custos (...) de uso de antibióticos endovenosos de espectros maiores, provocando um círculo vicioso no aumento da resistência dos uropatógenos*” (Marques, 2005:121).

De seguida, apresentamos o PIS, com as suas diferentes fases: o Diagnóstico de Situação, o Planeamento, a Execução, e a Avaliação e Divulgação.

2. Projeto de Intervenção em Serviço

Neste capítulo apresentamos o PIS, desenvolvido no contexto do estágio.

A Metodologia de Projeto baseia-se *“numa investigação centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução (...) esta metodologia é promotora de uma prática fundamentada e baseada em evidência”* (Nunes et al, 2010:2), ou seja, pretende-se que o responsável pelo projeto tenha a noção da sua importância e dos seus constrangimentos, visto que *“o projeto supõe a visão da relação finalidade-objectivo-fim, fundado na relação desejo-limites-valor, mediatizado pela relação recursos-limitações-gestão”* (Barbier, 1997: 53).

Através da metodologia de projeto, o autor interfere no meio em que se encontra inserido estando intrinsecamente ligado às consequências da sua ação e intervenção, o que lhe possibilita uma melhor compreensão da realidade da população que é diretamente afetada pelo problema. Desta forma, pode contribuir para que se efetue uma melhor e mais ajustada planificação e uma intervenção mais direcionada, com a finalidade de transformar e melhorar a realidade atual (Nunes et al, 2010). Tal como afirma Leite et al (2001:77), *“não existe a separação – saber e saber fazer – mas sim um movimento onde a prática alimenta a teoria e a teoria fundamenta a prática”*.

Na metodologia de projeto, existe uma atividade intencional, onde o autor formula um objetivo claro, pressupondo iniciativa e autonomia da sua parte. O trabalho de projeto *“contém características próprias – métodos e técnicas – que lhe conferem o estatuto de metodologia (...) que resulta da necessidade de articular, de forma coerente e sistémica, um projeto (...) (e) tem como finalidade determinar quando há que agir neste ou naquele sentido – sucessão de acções – o que há a fazer – conteúdo das acções – e como fazer, que meios, técnicas a utilizar - processo”* (Leite et al, 2001:75). Deste modo, o autor deve por isso focar-se num problema real e simultaneamente original, com base na autenticidade, envolvendo níveis de complexidade e incerteza que implicam projeção para serem colmatados, que se estendem ao longo de um período de tempo, percorrendo várias fases (Nunes et al, 2010). Segundo Fortin (1999: 31), *“a investigação desempenha um papel importante no estabelecimento de uma base científica para guiar a prática dos cuidados”*.

A metodologia reflexiva de projeto é uma ponte entre a teoria e a prática, ou seja, é suportada pelo conhecimento teórico para consequentemente ser aplicado na prática e é constituída por 5 fases, respetivamente: Elaboração do Diagnóstico de Situação; Definição dos Objetivos; Planeamento; Execução das atividades planeadas e Avaliação; e, Divulgação dos resultados obtidos (Nunes et al, 2010).

Este capítulo, está estruturado em quatro subcapítulos: Diagnóstico de Situação; Planeamento do Projeto; Execução; Avaliação do Projeto e Divulgação dos Resultados e Análise das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. É de ressaltar que reconhecemos que o nosso PIS permitiu o desenvolvimento de uma competência específica. No entanto, consideramos pertinente apresentar a sua análise junto das restantes, permitindo desta forma uma leitura agradável e estruturada.

De seguida, apresentamos o Diagnóstico de Situação, onde definimos o nosso problema.

2.1. Diagnóstico de Situação

O diagnóstico de situação corresponde à primeira etapa do projeto, que visa a elaboração de um mapa cognitivo sobre a situação-problema identificada, é uma etapa dinâmica *“no qual a caracterização da situação é contínua, permanente e com actualizações constantes, (...) é um processo contínuo, (...) parte-se de um ponto aperfeiçoado, com intuito de ter em atenção as alterações na realidade, nas instituições de saúde e respetivos serviços”* (Nunes et al, 2010:10). Ainda segundo as mesmas autoras, é relevante que este diagnóstico se realize *“num tempo rápido, de forma a possibilitar uma acção em tempo útil e suficientemente aprofundado que permita a implementação de medidas pertinentes e resolúveis”* (Nunes et al, 2010:10). Torna-se essencial fundamentar e aprofundar o diagnóstico de situação, para se proceder à identificação dos problemas e à posteriori determinar as necessidades, de acordo com o problema identificado no contexto de estágio.

Nesta etapa os problemas são definidos quantitativamente e qualitativamente, estabelecem-se prioridades e indicam-se causas prováveis, e seleccionam-se posteriormente os recursos e os grupos intervenientes. Após identificar um problema real, este instituirá o nosso diagnóstico de situação, a partir do qual desenharemos as próximas fases deste projeto (Nunes et al, 2010), dispendo-nos dar resposta adequada ao problema identificado, contribuindo assim

para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados na área supracitada, a pessoas com cateter urinário.

Na ficha de Diagnóstico de Situação da ESS/IPS encontra-se fundamentado e organizado esse mesmo diagnóstico. Este documento pode ser consultado no Apêndice (Apêndice 2).

Como já foi referido, o Estágio 1 assim como parte do Estágio 2, desenrolou-se no Curso de Pós-Graduação de Enfermagem Perioperatória, em 2011, no Bloco Operatório e onde foi traçado um PIS (até à fase de planeamento) cuja implementação e conclusão se realizaria no decorrer dos estágios II e III deste mestrado. Devido a diversos fatores, nomeadamente da mudança do local de trabalho (do hospital para os cuidados de saúde primários) e coerência com o projeto de vida profissional futuro, foi mudado o tema central do PIS.

A escolha de realizar o projeto na CCI esteve relacionada com interesse pessoal e necessidade de melhorar competências na área de infeção que surgiu ainda durante o estágio I, no contexto de bloco operatório e, também nos cuidados de saúde primários, onde contactamos diariamente com pessoas que vivenciam situações complexas, geradoras de stresse e sofrimento, e o acréscimo de IACS dificultam ainda mais a recuperação das pessoas.

De seguida, apresentamos o Serviço - Suas necessidades, com o intuito de explorar os potenciais problemas.

2.1.1. O Serviço – Suas Necessidades

Para melhor identificar as necessidades de um serviço, tornou-se necessário compreender o funcionamento do mesmo. Por esse motivo, no início do estágio, sentimos necessidade de conhecer a missão, visão e objetivos. A missão do Hospital é *“promover o bem-estar da população, desenvolver e prestar com efetividade, eficiência e qualidade cuidados de saúde hospitalares a todos os cidadãos da sua área de influência, no âmbito das suas responsabilidades e capacidades, orientar a sua atividade em função do doente, assegurar o desenvolvimento das melhores práticas disponíveis e desenvolver atividades complementares como as de ensino, de investigação e de formação”* e a visão de *“ser uma instituição de prestação de cuidados de saúde marcada pela qualidade dos serviços que presta, pela*

eficiência na gestão dos seus recursos, e pela satisfação de utentes e colaboradores, tendo subjacente uma completa integração na comunidade que serve” (Site do Hospital).

Os principais objetivos do mesmo hospital são: *“Prestação de cuidados de saúde, tratamento e reabilitação, em tempo clinicamente adequado, com qualidade e humanidade, num quadro de desenvolvimento económico e financeiro sustentável; Gestão racional dos recursos humanos e técnicos, rentabilizando a capacidade instalada, apoiando as iniciativas inovadoras e privilegiando a complementaridade institucional; Recurso ao internamento hospitalar apenas nos casos em que a assistência não deva ser prestada em regime de ambulatório; Actuação, em estreita articulação, de todos os serviços e unidades funcionais, desenvolvendo e potenciando sinergias; Maximização das ligações funcionais e operacionais com as redes de cuidados primários e continuados da área de influência, de forma a otimizar a criteriosa utilização de recursos, bem como assegurar a melhor coordenação das respetivas atividades; Cumprimento dos objetivos quantificados e assumidos, traduzidos internamente em planos de ação que serão objeto de avaliação sistemática” (Site do Hospital).*

Posteriormente procurámos conhecer a CCI, uma vez que considerámos essencial para entender toda a dinâmica e funcionamento do mesmo, motivo pelo qual apresentamos de seguida.

A CCI do Hospital é composta por uma equipa multidisciplinar: Coordenador da CCI e do Núcleo Executivo, Médico Microbiologista, Enfermeiro de Controlo de Infeção (Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica) a tempo inteiro e um enfermeiro a tempo parcial, Apoio Administrativo, Núcleo de Apoio Técnico e Consultivo da CCI (1 médico de Medicina, um assistente hospitalar de Medicina, um interno de especialidade de Medicina, um assistente hospitalar da UCI e um médico do serviço de Cirurgia, um Farmacêutico, um enfermeiro do serviço de Pediatria e outro do serviço de Cirurgia) e Membros Dinamizadores (12 enfermeiros e 8 médicos).

A CCI rege-se pelas diretrizes do Programa Nacional de Controlo Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde: Manual de Operacionalização, de fevereiro 2008 (que foram explanadas no trabalho, pelo que não sentimos necessidade de repetir). Para o biénio de 2012-2013, um dos principais objetivos da CCI centrou-se na redução das taxas de

infecção em 5%, e preconizaram-se auditorias nesse âmbito. Realiza-se habitualmente um processo de auditorias internas, 3 vezes por ano.

Assim a CCI faz a monitorização das práticas, uma vez que estas têm uma influência direta na segurança da pessoa e na efetiva redução das taxas de infeção.

A CCI, tem como permissa o respeito pelas normas e recomendações nacionais e internacionais: DGS; PNCI; APIC; CDS; e NHS.

A cada 3 anos e para se manterem atualizados todos os procedimentos e normas são revistos, podendo ser elaboradas Normas Técnicas, de acordo com o definido para a elaboração de procedimentos (Plano de Prevenção e Controlo das Infeções da CCI, 2012).

Após conhecermos as especificidades do trabalho na CCI, procurámos conhecer os problemas atuais, motivo pelo que nos reunimos com o Enfermeiro Coordenador da CCI (que é concomitantemente o Enfermeiro Orientador), e através de uma entrevista semiestruturada (Apêndice 3), elaborámos questões tendo em conta uma lista de temas que pretendíamos cobrir. Tal como é descrito para este tipo de entrevistas, o entrevistador *“formula questões a partir destes temas e apresenta-os ao respondente segundo uma ordem que lhe convém”* (Barbier, 1999: 247). Observámos o contexto na CCI e os seus intervenientes, integrámos a dinâmica da equipa multidisciplinar, colaborámos e participámos nas partilhas de reflexões sobre o contexto, planificámos e desenvolvemos atividades num período definido previamente, com o intuito de identificar um problema real.

Refletindo criticamente sobre a realidade encontrada, concluímos que as necessidades se prendiam com a o **controlo de IACS**, mais concretamente com o objetivo da redução das taxas de infeção em 5%, em que as infeções urinárias se encontravam no topo da lista, nomeadamente em doentes internados no serviço de cirurgia e especialidades cirúrgicas.

Sendo a cobertura da CCI global ao nível do hospital, para a realização deste projeto tivemos de nos centrar apenas num serviço, especificamente no serviço de Cirurgia e Especialidades Cirúrgicas, porque segundo a CCI é um dos serviços onde a incidência e prevalência de ITU é maior. Em Apêndice (Apêndice 4), encontra-se a descrição deste serviço.

De seguida, apresentamos a Definição Geral do Problema e sua análise.

2.1.2. Definição Geral do Problema e sua análise

O início da concretização da elaboração de um projeto pressupõe a definição do problema, “*nesta etapa inserem-se igualmente a definição de hipóteses e a operacionalização das variáveis a considerar (...), o problema caracteriza-se por identificar e descrever, estabelecer relações entre as variáveis, apreciar a pertinência e precisar o objetivo*” (Nunes et al, 2010:12).

O problema é concreto e real, reúne condições para o estudo e é relevante para a teoria e/ou prática, surgindo tendo em conta o supracitado, o problema identificado foi **a elevada taxa de incidência de infeções urinárias em doentes internados no serviço de cirurgia e especialidades cirúrgicas.**

Os enfermeiros no serviço de Cirurgia e especialidades cirúrgicas, prestam cuidados num ambiente complexo, a pessoas em situação crítica, a maioria do foro cirúrgico, deste modo têm necessidades específicas que devem ser maximizadas. Deste modo é imperativa a preparação adequada da equipa de enfermagem e por conseguinte da equipa de assistentes operacionais, para que espelhem na sua prática cuidados de excelência adaptados à sua realidade.

Identificado o problema, procedeu-se à análise das estratégias mais adequadas para adquirirmos um conhecimento mais específico das necessidades reais da população alvo, tendo-se concluído ser mais adequado o recurso a uma abordagem descritiva na medida em que o estudo descritivo tem como objetivo “*discriminar os fatores determinantes ou conceitos que, eventualmente, possam estar associados ao fenómeno em estudo*” (Fortin, 1999: 162).

Posteriormente passamos à análise do problema. Existem inúmeros métodos ao alcance de quem recorre à metodologia de projeto. Podendo ser utilizadas a este nível vários métodos de colheita de dados, como as observações, as entrevistas não estruturadas ou semiestruturadas, os questionários semiestruturados, o material de registo, etc. (Fortin, 1999). Quando se optam por determinados métodos em detrimento de outros, tem de se ter o cuidado que os métodos utilizados têm de ser adaptados ao problema, por isso a importância de termos refletido numa primeira instância acerca da temática e à posteriori escolhemos as ferramentas. As ferramentas escolhidas foram:

- Observação dos registos de enfermagem nos processos clínicos nas pessoas com dispositivo urinário, através da grelha de observação (Apêndices 5);
- Observação sistematizada das práticas, ou seja, da prestação de cuidados à pessoa com cateter urinário, pela equipa de enfermagem e de assistentes operacionais, através de grelhas de observação (Apêndices 6, 7 e 8);
- Questionário (aplicado após Pedido de autorização - Apêndice 9), à equipa de enfermagem (Apêndice 10), e de assistentes operacionais (Apêndice 11), para avaliação de conhecimentos das práticas recomendadas na prestação de cuidados à pessoa com cateter urinário;
- Análise SWOT (Apêndice 12).

O conhecimento prévio da maior parte dos elementos da equipa de enfermagem e de assistentes operacionais do serviço de cirurgia e especialidades cirúrgicas, demonstrou ter sido mais facilitador para a integração na dinâmica da equipa, estabelecendo uma relação de confiança entre os colegas e em simultâneo com as pessoas internadas no serviço, afim de não ser considerada como “intrusa”, possibilitando uma análise mais “descontraída” da pessoa alvo de observação, solicitando sempre o seu consentimento oral para a participação na observação.

Em relação à observação dos registos de enfermagem nos processos clínicos nas pessoas com dispositivo urinário, foram realizadas observações de todos os registos de enfermagem nos processos clínicos das pessoas algaliadas, acerca do procedimento da algaliação de 26 a 29 de novembro de 2012.

Através da observação do contexto e das pessoas, *“pode-se observar os comportamentos diretamente, podendo ser registado a sua frequência, duração, intensidade e condições de ocorrência”* (Nunes et al, 2010:13). Quando os investigadores estão interessados em estudar o comportamento das pessoas uma das formas de o conseguir é através da observação direta dos comportamentos dos sujeitos, num determinado período de tempo ou numa frequência determinada, pode funcionar como um método complementar de colheita de dados (Fortin 1999). Para a realização de todas as observações recorremos a listas de verificação, foi o método considerado mais pertinente, uma vez que *“permite anotar de forma mais sistemática*

a presença ou ausência de um dado comportamento ou de um acontecimento (...) [onde se encontram indicadas] as unidades de comportamento a observar” (Fortin, 1999:244).

Verificámos a necessidade de determinar os critérios de inclusão na amostra. Assim considerámos que os enfermeiros e assistentes operacionais que poderiam fazer parte deste estudo seriam os profissionais que prestaram cuidados de higiene na cama à pessoa com cateter urinário de 7 a 10 de dezembro de 2012, sendo assim uma amostra aleatória. Assim sendo, observámos 20 profissionais (9 enfermeiros e 11 assistentes operacionais). Não foi tida em consideração a sua formação teórica, experiência prática e/ou anos de serviço. Em relação à Inserção da algália, não foi possível observar esta técnica, durante o período de 7 a 10 de dezembro de 2012, mas em relação à Remoção da algália (também neste período) foi possível observar 9 enfermeiros a realizá-la.

As observações dos cuidados de higiene na cama à pessoa com cateter urinário, pelos enfermeiros e assistentes operacionais ocorreram nas duas alas do serviço de cirurgia e especialidades cirúrgicas nos turnos da manhã, assim como as observações da remoção do cateter urinário realizada pelos enfermeiros. Os registos foram efetuados em papel na grelha de observação da prestação de cuidados de higiene na cama à pessoa com cateter urinário e na grelha de observação da remoção do cateter urinário, solicitando sempre a colaboração e o consentimento dos profissionais e da pessoa cuidada para a realização das mesmas.

O tratamento de dados iniciou-se, após realizada a colheita dos mesmos, uma vez que à medida que foram realizadas as observações atentamente e cuidadosamente dos registos e das práticas de cuidados, com o objetivo de os registar imediatamente após as mesmas, com o intuito de rentabilizar a memória das informações obtidas. Foram transcritas para excell todas as observações de modo a que através de gráficos e tabelas conseguíssemos encontrar as incidências das respostas dadas consoante o que se pretendia observar.

O recurso aos questionários possibilitou dar liberdade ao utilizador para redigir as questões de acordo com a temática. Pretendemos envolver a equipa neste projeto e em uníssono confrontar a prática com os conhecimentos das equipas. A aplicabilidade do questionário espelha-se *“em termos de objetividade, situações delimitadas no tempo e no espaço, e de tratamento numérico de informação, [em que] importa quantificar e analisar estatisticamente os resultados”* (Nunes et al, 2010:13). A escolha do questionário, prendeu-se com a necessidade de encontrar respostas para os objetivos definidos previamente, ou seja,

realizar o cruzamento de dados entre o observado da prática/referências de cuidados e conhecimentos de ambas as equipas de profissionais face ao estudo em questão. Através do questionário pretendeu-se “*colher informação factual sobre os indivíduos, os acontecimentos ou as situações conhecidas dos indivíduos ou ainda sobre as atitudes, as crenças e intenções dos participantes*” (Fortin 1999:249).

Em relação ao tratamento de dados dos questionários respondidos por parte da equipa de enfermagem e equipa de assistentes operacionais, realizamos a passagem de todas as respostas para excell, também se construíram tabelas e gráficos a fim de se dar continuidade à análise dos dados.

Foram aplicados questionários a todos os enfermeiros e assistentes operacionais, as taxas de resposta foram de 71% de enfermeiros e 59% de assistentes (27 enfermeiros e 17 assistentes operacionais).

Para a realização desta análise da prática foram mobilizados conhecimentos teóricos e reflexão, emergindo a capacidade crítica, tomando consciência acerca da teoria e da prática, porque a teoria nem sempre se reflete na prática, existe “*dicotomia entre o conhecimento e a prática*”, tem de existir uma consciencialização através “*da integração teoria e prática*” (Souza, 2007: 724), reforçando deste modo a necessidade de um pensar crítico, pois é através da crítica que se avalia de um modo mais nítido tudo o que nos rodeia, orientamos e direcionamos os nossos esforços para uma análise crítica da práxis, o que nos permitiu identificar o problema supracitado.

A análise dos resultados dos dados recolhidos através da aplicação das ferramentas de diagnóstico, ou seja, da: observação dos registos de enfermagem nos processos clínicos nas pessoas com dispositivo urinário; da observação sistematizada das práticas; e do questionário realizado à equipa de enfermagem; e à equipa de assistentes operacionais; possibilitou afirmar que ambas as equipas não estavam a prestar cuidados de acordo com as normas e procedimentos recomendados no hospital, na prestação de cuidados à pessoa com catéter urinário. Verificamos também que muitos dos profissionais desconheciam as normativas implementadas, outros referiram conhecê-las mas na prática não as estavam a aplicar (como foi observado). A observação das práticas facultou a análise dos fatores que direta ou indiretamente originam o problema, tornando mais fácil adotar medidas corretivas e preventivas, de acordo com o contexto, de forma a minimizar ou cessar o problema,

contribuindo para aumentar a qualidade dos cuidados prestados. Consideramos pertinente colocar em apêndices todos os gráficos correspondentes à globalidade das observações realizadas, com intuito de ser mais fácil a sua consulta e para não se tornar tão extenso (Apêndice 13).

A utilização da SWOT como ferramenta diagnóstica, permitiu que tivéssemos a perceção das forças e fraquezas que poderiam influenciar o projeto e de que forma poderiam interferir na sua implementação. A SWOT, “*é uma das técnicas mais utilizada na investigação social, quer na elaboração de diagnósticos, quer em análise organizacional*” (Nunes et al 2010: 14). Através da elaboração da SWOT foi possível descrever as Fraquezas (Weaknesses), as Ameaças (Threats), as Forças (Strengths) e as Oportunidades (Opportunities), face ao problema identificado, o que permitiu também refletir e confrontar os fatores positivos e negativos, identificados em relação ao problema em questão (Santos, 2007, citado por Nunes, 2010). Através da sua elaboração podemos concluir que os Fatores Positivos são superiores aos Fatores Negativos, tendo em consideração o ambiente interno, e em relação ao ambiente externo os Fatores Positivos são o mesmo número dos Fatores Negativos, mas pensamos que no contexto atual os Fatores Positivos (Oportunidades) terão a força suficiente para superar os Fatores Negativos (as Ameaças). No conjunto os Fatores Positivos são superiores aos Fatores Negativos. Apesar de um dos riscos identificados ser a não facilitação do horário da equipa para assistir à formação e por conseguinte a fraca adesão dos profissionais à formação. Mas a identificação dos riscos, é possível identificarmos os constrangimentos do projeto, planeando as atividades de modo a que seja possível contorná-los.

Identificado o problema e depois de ser efetuado o diagnóstico da situação, passamos à Definição de objetivos, de modo a atingir os resultados pretendidos com a implementação do projeto.

2.1.3. Definição dos Objetivos

Identificado o problema e efetuado o diagnóstico de situação, a etapa seguinte consistiu na definição dos objetivos, que pretendem responder ao problema identificado, ou seja, Mão de Ferro (1999) citado por Nunes et al (2010:18) refere que “*os objetivos apontam os resultados que se pretende alcançar, podendo incluir diferentes níveis que vão desde o geral ao mais*

específico (...) define objetivos gerais como enunciados de intenções que descrevem os resultados esperados (...), os objetivos específicos são indicadores de conhecimentos e aptidões que os formandos devem adquirir ao longo do seu processo formativo”.

Objetivo Geral

Tendo em consideração o supracitado, o resultado que se espera alcançar com este projeto, é que a equipa de enfermagem e a equipa de assistentes operacionais realizem as suas práticas à pessoa com cateter urinário de acordo com a norma e o procedimento implementado no hospital, deste modo foi definido para o problema identificado, o seguinte objetivo geral:

- **Melhorar a qualidade da prestação de cuidados à pessoa com cateter urinário, no Serviço de Cirurgia e Especialidades Cirúrgicas de um Hospital.**

Objetivos Específicos

Na formulação dos objetivos específicos, é relevante não só as capacidades adquiridas pelo formando (comportamento esperado), como também o molde como devem ser demonstradas (condições de realização) e avaliadas (critério de êxito) essas capacidades (Mão de Ferro, 1999, citado por Nunes e tal, 2010). Nesta linha de pensamento foram definidos 3 objetivos específicos:

- Realizar formação à equipa de enfermagem sobre a Norma de Inserção e Manutenção do Catéter Urinário de Curta Duração e Remoção da Algália (Adulto) e do Procedimento- Infecção Urinária Associada ao Catéter Vesical de Curta Duração no serviço de Cirurgia e Especialidades Ciúrgicas;
- Realizar formação à equipa de assistentes operacionais sobre a Norma de Manutenção do Catéter Urinário de Curta Duração (Adulto) e do Procedimento- Infecção Urinária Associada ao Catéter Vesical de Curta Duração; no serviço de Cirurgia e Especialidades Ciúrgicas;
- Planear a Monitorização do processo com o coordenador do serviço da CCI.

Identificado o objetivo geral e os objetivos específicos, passamos para a fase seguinte, a do planeamento.

2.2. Planeamento do PIS

Nesta fase, passamos a clarificar o que se vai realizar e como. No planeamento elabora-se um plano pormenorizado do projeto, procede-se ao levantamento dos recursos, das limitações do próprio projeto, definem-se as atividades que se pretendem desenvolver, assim como as técnicas e os métodos de pesquisa, fazendo-se acompanhar do cronograma (Nunes et al, 2010:20).

De seguida, apresentamos os Profissionais com quem se articularam as Intervenções.

2.2.1. Profissionais com quem se articularam as intervenções

Foram inúmeros os profissionais, com quem tivemos necessidade de articular no decorrer da execução do PIS:

- ✓ Enfermeiro Responsável pelo serviço CCI;
- ✓ Enfermeiro Coordenador do Serviço de Cirurgia e Especialidades Cirúrgicas;
- ✓ Enfermeira Responsável pela Formação em Serviço, do Serviço de Cirurgia e Especialidades Cirúrgicas;
- ✓ Enfermeira Responsável pelo Gabinete de Indicadores de Qualidade;
- ✓ Equipa de Enfermagem do Serviço de Cirurgia e Especialidades Cirúrgicas;
- ✓ Equipa de Assistentes Operacionais do Serviço de Cirurgia e Especialidades Cirúrgicas.

De seguida, apresentamos a Definição das Atividades, Estratégias e Meios.

2.2.2. Definição das Atividades, Estratégias e Meios

A “atividade é o elemento de trabalho realizado no decurso de um projeto (...) possui uma duração esperada, um custo esperado e requisitos esperados de recursos” (Nunes et al, 2010:20). As atividades a desenvolver durante o projeto foram calendarizadas e determinadas as datas de início e de fim das mesmas.

As estratégias estão diretamente relacionadas com os meios definidos no planeamento, *“têm como objetivo principal utilizar de forma eficaz os recursos (...) disponíveis, no método selecionado para a execução do projeto (...) a definição da estratégia para a pesquisa é essencial no sentido de precisar ou restringir a mesma”* (Nunes et al, 2010:21), ou seja, o principal propósito das estratégias consiste em empregar adequadamente os recursos existentes.

Os meios estão intimamente relacionados com os recursos, na elaboração de um projeto, *“deverão ser selecionados e aplicados diferentes meios (meios humanos, materiais, técnicos e financeiros), cabendo ao investigador determinar quais os mais convenientes ao seu objetivo de estudo (...), são ainda responsáveis pela conclusão efetiva das atividades do projeto”* (Nunes et al, 2010:21).

De acordo com o que foi referenciado anteriormente, foram projetadas atividades/estratégias para cada um dos objetivos traçados para a realização do PIS, explanadas na ficha de Planeamento do Projeto da ESS/IPS (Apêndice 14). Os recursos humanos, materiais, técnicos, financeiros e tempo, também se encontram enumerados na ficha de Planeamento do Projeto da ESS/IPS.

Os recursos humanos selecionados tornaram-se essenciais para a execução deste projeto, e foram os seguintes: Enfermeiro Orientador responsável pela CCI; Enfermeiro Coordenador do Serviço de Cirurgia e Especialidades-Cirúrgicas; Equipa de Enfermagem e Equipa de Assistentes Operacionais do Serviço de Cirurgia e Especialidades-Cirúrgicas; e Docente Orientadora. Em relação aos materiais selecionados, cingem-se a algum material de consumo de papelaria existente na CCI e no Serviço de Cirurgia e Especialidades-Cirúrgicas.

De seguida, apresentamos Indicadores de Avaliação.

2.2.3. Indicadores de Avaliação

Os indicadores de avaliação, são essenciais, porque permitem avaliar a eficácia do projeto, pelo que foi definido para cada objetivo traçado, um indicador. Os indicadores encontram-se enumerados na ficha de Planeamento do Projeto da ESS/IPS (Apêndice 14).

2.2.4. Cronograma

Calendarizar as atividades a desenvolver, é essencial, permite determinar o início e o fim de cada atividade, mas é de salientar que o mesmo pode no decorrer do projeto ser sujeita a modificações. Tendo em consideração o contexto do momento e sempre que se justifique podem ocorrer alterações de estratégias ou dos recursos essenciais para alcançar os objetivos traçados. Para que se tornasse mais perceptível a calendarização das atividades, elaboramos um cronograma do projeto (Apêndice 15).

2.2.5. Previsão dos constrangimentos e forma de os ultrapassar

Foram anteriormente identificadas e referenciadas na fase de diagnóstico, situações suscetíveis de influenciar a implementação do projeto. Baseando-nos na análise realizada e com o objetivo de minimizar as possíveis consequências adversas, de acordo com as ferramentas de gestão utilizadas, idealizamos as seguintes estratégias:

- **Falta de adesão/interesse por parte da equipa de enfermagem e de assistentes operacionais à formação**, como estratégias para a ultrapassar, optamos por realizar entrevistas não estruturadas com a equipa de enfermagem e equipa de assistentes operacionais durante a passagem de ocorrências no turno da manhã, sobre a importância do envolvimento da equipa, a importância da sua presença na sessão de formação, para a melhoria da qualidade de cuidados; entrevistas não estruturadas, mas mais dirigidas com os chefes de equipa e responsáveis de turno a fim de serem elementos cruciais na sensibilização da equipa de Enfermagem para a adesão à sessão de formação; e por programar a replicação das sessões de formação dentro do horário laboral, apesar de termos consciência que o tempo cronológico indispensável para a sua execução sofreria um acréscimo, mas é essencial de modo a formarmos o maior número de profissionais.

- **Falta de tempo para cumprir a calendarização conforme previsto**, como estratégia para a ultrapassar, optamos por organizar um cronograma das atividades rigoroso, adaptado às necessidades daquela realidade e do serviço, de acordo com o tempo cronológico do calendário escolar, de modo a atingir os objetivos traçados.

Depois do planeamento do projeto este tem de ser efetivado. A fase seguinte diz respeito à Execução, Avaliação do Projeto e Divulgação dos Resultados.

2.3. Execução, Avaliação do Projeto e Divulgação dos Resultados

Na etapa da Execução é colocado em prática tudo o que foi planeado, é uma fase bastante significativa, para quem realiza o projeto, porque permite *“a realização das suas vontades e necessidades através das ações planeadas”* (Nunes et al, 2010:23). Nesta fase procuraram-se dados através do contacto com a realidade envolvente e em simultâneo pesquisaram-se informações e documentos que contribuíram para solucionar o problema inicialmente identificado.

Durante a avaliação distinguem-se vários momentos: a avaliação intermédia, que se realiza em simultâneo com a execução do Projeto; e a avaliação final do mesmo, onde se expõe a avaliação do processo e produto do Projeto (Nunes et al, 2010:24). Deste modo a avaliação vai sendo realizada continuamente, o que permite que se reelaborem os objetivos e por conseguinte ajustar a ação a desenvolver e os meios adequados. Segundo Nogueira (2005, citada por Nunes et al, 2010:25), *“a avaliação como processo dinâmico implica a comparação entre os objetivos definidos inicialmente e os objetivos atingidos (...), a avaliação deve ser rigorosa”*.

No que concerne à divulgação dos resultados obtidos, esta realiza-se depois de ser implementado o projeto, pode ser definida como o redigir do relatório final, é uma fase crucial, uma vez que mostra à população envolvida no projeto e em simultâneo à própria instituição de saúde *“a pertinência do projeto e o caminho percorrido na resolução de um determinado problema (...), assume um papel fulcral para o desenvolvimento dos profissionais e para a melhoria dos serviços prestados aos clientes”* (Nunes et al, 2010:31). A divulgação fornece também informação científica aos profissionais, servindo de exemplo para outros serviços e/ou instituições de saúde, é também facilitadora do retorno de informação que permite a adaptação às apresentações/sessões realizadas, certificando o conhecimento externo do projeto (podendo-se recorrer a reuniões de informação, ou informais, internet, revistas científicas, etc., para a divulgação dos resultados) (Nunes et al, 2010). Na prática de Enfermagem a divulgação dos resultados reflete a Prática Baseada na Evidência, certificando a Investigação em Enfermagem, que segundo a Ordem dos

Enfermeiros, é o principal pilar para alcançar a Qualidade e a Segurança dos Cuidados de Enfermagem, “*é essencial para o Desenvolvimento, a Avaliação e a Expansão do conhecimento em Enfermagem*” (Ordem dos Enfermeiros, 2006: 2).

Existindo prioridades na execução, uma delas era imprescindivelmente formar os enfermeiros e os assistentes operacionais, tendo sido a principal atividade desenvolvida, motivo pela qual sentimos necessidade de elaborar um documento aprofundado que suporte a formação desenvolvida e que se encontra em Apêndice (Apêndice 16).

De forma a permitir fluidez na leitura do presente trabalho, estas três etapas são apresentadas através dos objetivos delineados previamente e concomitantemente.

Em relação ao **Objetivo 1 - Realização de formação à equipa de enfermagem sobre a Norma de Inserção e Manutenção do Catéter Urinário de Curta Duração e Remoção da Algália (Adulto) e do Procedimento- Infecção Urinária Associada ao Catéter Vesical de Curta Duração no serviço de Cirurgia e Especialidades Ciúrgicas**, foram executadas as quatro atividades previstas.

Para a atividade Realização de pesquisa bibliográfica na área da formação em serviço, esta foi efetuada através de pesquisa informática de artigos na base de dados B-On e EBSCO, bem como de livros sobre o tema em estudo e realizámos a colheita de dados epidemiológicos, com recurso ao programa informático HEPIC, Desktop Médico e de Enfermagem. Consideramos que cumprimos o indicador uma vez que *Apresentámos material de suporte produzido para a apresentação da sessão* baseado no resumo dos dados de maior evidência (apresentados no Enquadramento Concetual).

A atividade Elaboração dos conteúdos da sessão de formação a realizar à equipa de enfermagem do serviço de Cirurgia e Especialidades Cirúrgicas foi executada conforme planeado. Nos conteúdos, optámos por abordar o tema apoiados nas normas e procedimentos da instituição, na divulgação dos dados e recomendações nacionais e internacionais das práticas recomendadas, o comparar os dados obtidos após a observação dos registos e das práticas de cuidados como alicerce à nossa partilha de informação. Do nosso ponto de vista, facilitou a equipa de enfermagem a interiorizarem a importância do seu envolvimento e do seu papel como profissionais neste processo, de modo a refletirmos em conjunto dos riscos a que expomos a pessoa a quem são prestados cuidados no contexto de trabalho. Pensamos que em simultâneo facilitou a reflexão sobre as medidas corretivas possíveis de aplicar para

minimizar esses riscos. Pretendemos e tentamos motivar e envolver todos no processo, do qual fazem parte, sendo peças essenciais e para o qual têm a responsabilidade de contribuir ativamente. O trabalho em equipa e uma ótima articulação entre os vários profissionais de ambas as equipas contribui para a prestação de cuidados de saúde de excelência, na ótica da melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Em suma, consideramos que cumprimos os indicadores uma vez que *Apresentámos resumo dos conteúdos da sessão de formação no enquadramento do projeto e Elaborámos um plano de sessão de formação* (que pode ser consultado no Documento dedicado à Formação).

A atividade Divulgação do dia da sessão de formação a realizar à equipa de enfermagem foi executada como previsto através de cartazes informativos. Cumprimos o indicador previsto uma vez que foram *Apresentados cartazes de divulgação* no serviço à equipa de enfermagem.

Por fim, a atividade Realização do plano de sessão de formação foi executada como previsto. Um dos obstáculos que identificámos na fase de diagnóstico estava relacionado com uma possível abstenção significativa, deste modo para colmatarmos esse obstáculo foram realizadas sessões noutra hora. Inicialmente as sessões de formação estavam programadas, por indicação do Coordenador de serviço para se realizarem apenas durante a semana durante o mês de junho, dentro do horário laboral, das 15h-16h, o que não se verificou. Por existirem enfermeiros em acumulação de funções noutras instituições e a fazerem preferencialmente turnos de fim de semana, após reunião com o Coordenador do serviço, projetaram-se sessões realizadas entre as 8h:30m-9h, após o final da passagem de turno da manhã e em dias de fim de semana, tendo sido reduzida a duração da sessão para 25 minutos. O momento da realização das sessões, foi sendo negociado e sujeito a ajustes pontuais, deste modo tornou-se mais fácil assistirem à formação. As sessões foram de carácter expositivo, sendo repetidas no decorrer de um dado espaço temporal, programado com o intuito de conseguirmos circunscrever o maior número possível de profissionais de ambas as equipas. Todas as sessões foram distintas e únicas, devido à partilha pessoal das experiências vividas e questões colocadas, permitindo a todos os elementos presentes uma aprendizagem em equipa. É ainda de referir que foi prevista a realização de 6 sessões de formação, com as quais pretendíamos abranger 75% dos profissionais. Mas para que conseguíssemos atingir essa percentagem tivemos necessidade de realizar mais 3 sessões de formação. A mudança de estratégia em relação à alteração dos dias e dos horários das sessões de formação, para dias de fim de semana com o objetivo de conseguirmos formar mais enfermeiros, foi considerada essencial e

proveitosa. O indicador *Apresenta resumo dos conteúdos da sessão de formação* foi cumprido, estando disponível no Documento sobre a formação. O indicador *Abranger 75% dos enfermeiros do serviço* também foi cumprido.

Em relação ao **Objetivo 2 - Realização de formação à equipa de assistentes operacionais sobre a Norma de Manutenção do Cateter Urinário de Curta Duração (Adulto) e do Procedimento - Infecção Urinária Associada ao Cateter Vesical de Curta Duração; no serviço de Cirurgia e Especialidades Cirúrgicas**, foram delineadas quatro atividades, tal como aconteceu no objetivo anterior.

Para a atividade Realização de pesquisa bibliográfica na área da formação em serviço, esta também foi efetuada através de pesquisa informática de artigos na base de dados B-On e EBSCO, bem como de livros sobre o tema em estudo e realizamos a colheita de dados epidemiológicos, com recurso ao programa informático HEPIC, Desktop Médico e de Enfermagem. Consideramos que cumprimos o indicador uma vez que *Apresentámos material de suporte produzido para a apresentação da sessão* baseado no resumo dos dados de maior evidência (apresentados no Enquadramento Concetual).

A atividade Elaboração dos conteúdos da sessão de formação a realizar à equipa de assistentes operacionais do serviço de cirurgia e especialidades cirúrgicas foi executada conforme planeado. Nos conteúdos, optámos por abordar o tema apoiados nas normas e procedimentos da instituição, na divulgação dos dados e recomendações nacionais e internacionais das práticas recomendadas, o comparar os dados obtidos após a observação dos registos e das práticas de cuidados como alicerce à nossa partilha de informação. Do nosso ponto de vista, facilitou a equipa de assistentes operacionais a interiorizarem a importância do seu envolvimento e do seu papel como profissionais neste processo, de modo a refletirmos em conjunto dos riscos a que expomos a pessoa a quem são prestados cuidados no contexto de trabalho. Também neste caso facilitou a reflexão sobre as medidas corretivas possíveis de aplicar para minimizar esses riscos. Em suma, consideramos que cumprimos os indicadores uma vez que *Apresentámos resumo dos conteúdos da sessão de formação no enquadramento do projeto e Elaborámos um plano de sessão de formação* (que pode ser consultado no Documento dedicado à Formação).

A atividade Divulgação do dia da sessão de formação a realizar à equipa de assistentes operacionais foi executada como previsto através de cartazes informativos. Cumprimos o

indicador previsto uma vez que foram *Apresentados cartazes de divulgação* no serviço à equipa de enfermagem. Por fim, a atividade Realização do plano de sessão de formação foi executada como previsto. Um dos obstáculos que identificámos na fase de diagnóstico estava relacionado com uma possível abstenção significativa, deste modo para colmatarmos esse obstáculo foram realizadas sessões noutra hora, tal como na equipa de enfermagem. As sessões foram de carácter expositivo, sendo repetidas no decorrer de um dado espaço temporal, programado com o intuito de conseguirmos circunscrever o maior número possível de profissionais de ambas as equipas. Todas as sessões foram distintas e únicas, devido à partilha pessoal das experiências vividas e questões colocadas, permitindo a todos os elementos presentes uma aprendizagem em equipa. É ainda de referir que foi previsto a realização de 6 sessões de formação, com as quais pretendíamos abranger 75% dos profissionais. Mas para que conseguíssemos atingir essa percentagem tivemos necessidade de realizar mais 2 sessões de formação. A mudança de estratégia em relação à alteração dos dias e dos horários das sessões de formação, para dias de fim de semana com o objetivo de conseguirmos formar mais assistentes operacionais, foi considerada essencial e proveitosa. O indicador *Apresenta resumo dos conteúdos da sessão de formação* foi cumprido, estando disponível no Documento sobre a formação. O indicador *Abranger 75% dos assistentes operacionais do serviço* também foi cumprido.

Deste modo com a formação realizada (nos objetivos 1 e 2), pretendemos capacitar ambas as equipas, através dos dados e ferramentas de suporte (norma e procedimento em vigor na instituição), clarificámos os profissionais de ambas as equipas de como podem aceder on line a todas as normas e procedimentos homologados na instituição, existentes na plataforma ou em formato de papel (no gabinete do Coordenador do serviço), através de instrumentos fiáveis que os possibilitam atuar de acordo com o que se encontra pré-estabelecido e em simultâneo serem promotores e facilitadores de boas praticas para diminuir a taxa de incidência de infeção urinária no serviço.

Em relação ao **Objetivo 3 - Realização do Planeamento da Monitorização do Processo com o Coordenador do serviço da CCI**, foi delineada uma atividade, Realização de auditorias internas no serviço em estudo, através do serviço da CCI, para saber se a incidência de ITU associadas ao cateter urinário no serviço em questão se encontra diminuir. Não seria pertinente estar a realizar formação sem fazer uma avaliação se se verificaram ou não mudanças de comportamentos das equipas de enfermagem e de assistentes

operacionais na área em estudo. De modo a efetivarmos este objetivo, tivemos necessidade de alterar o cronograma. A alteração do cronograma foi essencial, porque senão iriam ficar por completar as atividades propostas para atingirmos o objetivo traçado, deste modo fizemos a opção correta para o contexto, resultando imensos ganhos, pois desta forma conseguimos identificar mudanças e desenvolvimento de competências de ambas as equipas na área em questão. Para que possam existir mudanças de comportamentos tem de se dar tempo às pessoas para interiorizarem as aprendizagens e posteriormente aplicá-las na prática. Desta forma, optámos por realizar uma avaliação em outubro durante 8 horas, ou seja, passados 3 meses da formação. Realizámos as observações dos registos de enfermagem do processo clínico das pessoas algaliadas e observação da prestação de cuidados à pessoa acamada com cateter urinário. Recorremos novamente às ferramentas elaboradas, nomeadamente à grelha de observação de registos de enfermagem do processo clínico das pessoas algaliadas e à grelha de observação de prestação de cuidados à pessoa acamada com cateter urinário. De uma forma sucinta referimos as mudanças de comportamentos mais significativas:

- ✓ O registo da data prevista para a remoção/ substituição da algália passou de 19% para 40%, o dos sinais e suspeitas de infeção (carateristicas da urina) de 14% passou para 50%.
- ✓ Das práticas dos cuidados de higiene na cama à pessoa com cateter urinário: em relação à higienização/descontaminação das mãos antes e após da realização dos cuidados de higiene à pessoa aumentou para 60% pelos enfermeiros e aumentou para 40% pelos assistentes operacionais; 30% dos enfermeiros e 20% dos assistentes operacionais já realizam a higiene do meato urinário, região peri-uretral e do cateter com soro fisiológico.
- ✓ Foram observadas 2 remoções de algália a totalidade dos enfermeiros realizaram a higiene do meato urinário e da região peri-uretral antes e depois da desalgaliação com soro fisiológico, o que anteriormente nunca se constatou.
- ✓ Não foi presenciada nenhuma observação dos despejos do saco de drenagem, nem nenhuma algaliação.

Ponderamos novamente ser pertinente colocar em apêndices todos os gráficos correspondentes à globalidade das observações realizadas, com intuito de ser mais fácil a sua consulta e para não se tornar tão extenso (Apêndice 17). No início do mês de outubro,

recorremos novamente aos dados cedidos pela CCI, onde foi possível constatar que houve uma diminuição significativa de infeções urinárias no mês de setembro, a taxa de incidência diminuiu 0,8%.

Pretende-se manter a equipa de enfermagem e de assistentes operacionais do serviço de Cirurgia e Especialidades-Cirúrgicas informada sobre as taxas de incidência de infeção urinária no serviço, através do feed-back entre o Enfermeiro Coordenador da CCI e o Enfermeiro Coordenador do Serviço de Cirurgia e Especialidades-Cirúrgicas, de modo a se sentirem integrados e motivados e para que seja evidenciada que com as suas mudanças de comportamentos no presente poderão colher frutos no futuro.

A avaliação anual das taxas de infeção a nível hospitalar é realizada no início do ano, com o apoio do enfermeiro responsável pelo serviço da CCI, seguida de auditorias internas. O indicador de avaliação *Apresenta plano de monitorização do processo*, não foi cumprido, por esse motivo. Esperamos que num futuro próximo, através dessa avaliação, sejam produzidos dados de evidência no serviço, disponíveis para consulta, que revelem a eficácia da formação realizada. Durante este projeto, segundo conversa informal com o enfermeiro coordenador do Serviço de Cirurgia e Especialidades-Cirúrgicas foi aumentado o stock de soro fisiológico de lavagem. Porque nas semanas consequentes às sessões de formação, o consumo dos mesmos aumentou e houve rutura de stock no serviço. A equipa de enfermagem e de assistentes operacionais solicitaram aos chefes de equipa a existência do mesmo para a prestação dos cuidados pereneais à pessoa com cateter urinário. Podemos constatar que tem havido um esforço dos profissionais em realizar cuidados adequados. O importante é que a equipa continue motivada, de modo a desenvolver uma cultura de segurança, refletindo sobre o cumprimento das normas e procedimentos da instituição ou sobre a consequência do não cumprimento dos mesmos, tentando extrair das experiências vividas aprendizagens futuras.

A formação foi uma estratégia bem utilizada para a concretização de alguns objetivos, porque se verificaram resultados a nível de aquisição de novas competências, na mudança de comportamentos e para a própria organização. Consideramos que esta equipa de profissionais começa a evidenciar comportamentos sugestivos de uma formação com êxito.

Executada a formação, passamos para o passo seguinte, propusemos a realização de auditorias internas no serviço em estudo, através do serviço da CCI, para saber se a

incidência de ITU associadas ao cateter urinário no serviço em questão se encontra a diminuir.

Durante esta etapa todos os profissionais (a enfermagem e a equipa de assistentes operacionais), tiveram cientes que o seu desempenho estava a ser monitorizado, não como um processo de procura do erro associado a cada um individualmente, mas com o intuito de monitorizar o trabalho por eles realizado, com a finalidade de que em equipa possam ser ultrapassadas as dificuldades e minimizados os riscos de erro.

Assumir falhas nem sempre é “tarefa” fácil, mudar comportamentos idem, mas necessitamos de manter a supervisão da equipa, investindo tempo na partilha de experiências e por conseguinte na reflexão sobre os cuidados prestados à pessoa, deste modo poderemos caminhar na construção de uma cultura de segurança baseada na aprendizagem. Finalizada esta reflexão consideramos que os objetivos delineados para o PIS foram alcançados.

De seguida, expomos a Análise das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, onde ambicionamos descrever como estas foram desenvolvidas no âmbito do PIS, dando ênfase a todos os contributos do estágio e do curso.

2.4. Análise das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

O Projeto de Intervenção em Serviço pretende o desenvolvimento/aprofundamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, nomeadamente no domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal, do domínio da Melhoria Contínua da Qualidade, do domínio da Gestão dos Cuidados e do domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais. Um *“projeto pode ser descrito como a ideia de uma possível transformação do real”* (Barbier 1993:37), ainda segundo a mesma autora *“projeto não significa somente previsão, nem antecipação, nem planificação; projeto é tudo isto, mas é ainda mais: é volição, isto é, empenhamento da pessoa”* (Barbier, 1993:47).

Nos dias que correm a necessidade da formação profissional emerge incessantemente, a importância atribuída pelos diferentes países e mais concretamente pelas organizações/instituições, ao desenvolvimento das competências a nível da profissionalização é imperial. Neste contexto surge a premência do conceito de Enfermeiro Especialista. Neste

subcapítulo pretendemos realizar a análise das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, nomeadamente em Pessoa em Situação Crítica.

O enfermeiro especialista tem “*um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção*” (Ordem dos Enfermeiros, 2010:2). A Ordem dos Enfermeiros (2010) reconhece ao enfermeiro especialista a competência científica, técnica e humana para prestar, para além dos cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados de acordo com a área clínica da especialidade.

O Enfermeiro Especialista possui um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, e de acordo com as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde/doença, testemunha elevados níveis de julgamento clínico e tomada de decisão, que se traduzem num conjunto de competências clínicas especializadas de acordo com o seu campo de intervenção.

Independentemente da área de especialidade, os enfermeiros especialistas compartilham um grupo de quatro Domínios de Competências Comuns.

De seguida, apresentamos a análise do Domínio da Responsabilidade Profissionais, Ética e Legal.

2.4.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

A ética em investigação não tem como objetivo limitar o progresso científico. Segundo Santos (2004:631), “*não pode constituir um entrave ou construir barreiras nas actividades dos investigadores, como não pode ser um elemento que vem de fora estrangular ou vigiar as actividades científicas (...) quando a ética propõe regras ou aconselha limites, fá-lo em nome de outros bens como o são a integridade e a autonomia dos sujeitos da investigação ou os interesses globais da sociedade*”. De acordo com Martins (2008:64), deve ser baseado num conjunto de valores e princípios que permitam “*optar «pelo melhor para o investigado», não em função de critérios de amizade, conhecimento, gosto, ou mesmo morais, mas apenas pelo dever de respeitar toda a pessoa como pessoa*”. Martins (2008:63) refere que “*os enfermeiros podem estar envolvidos na investigação a três diferentes níveis: como investigadores,*

coordenando o estudo ou fazendo parte da equipa de investigação; como prestadores de cuidados a um doente/utente sobre o qual está a recair a investigação; como utilizadores de investigação”.

Durante a realização do PIS, pensamos ter atingido em plenitude esta competência, uma vez que com a observação dos cuidados, dos registos de enfermagem e dos questionários, tivemos sempre o cuidado de fazer todo o percurso tendo em conta as implicações éticas e legais que todo o processo requer, tendo desenvolvido uma prática profissional ética no nosso campo profissional e promovemos práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. Com o objetivo de adquirir esta competência mobilizamos os conhecimentos adquiridos no módulo Ética Investigação e na Ética de Enfermagem e na análise do Código Deontológico do Enfermeiro. Aprofundamos também esta temática quando realizamos o trabalho “Estudo de Caso”.

No PIS, existiram sempre aspetos éticos a considerar em todas as suas fases, nomeadamente na: seleção do problema, definição da população e amostra, colheita de dados, análise dos dados e conclusões e divulgação dos resultados (Martins, 2008). Na concretização deste trabalho foram tidos em conta os princípios éticos fundamentais. Como tal, foi pedida autorização ao Conselho de Administração do hospital para a aplicação dos questionários aos enfermeiros e assistentes operacionais. Cada questionário tinha anexado o formulário do Consentimento Informado. Foi ainda pedida autorização das pessoas envolvidas para a observação dos cuidados prestados. No elaboração do presente relatório, foi resguardada a identificação da instituição e dos profissionais envolvidos, garantindo o seu anonimato. Seja qual for a natureza do estudo investigação em enfermagem, este deve sempre ter por base os princípios gerais da ética: beneficência, não maleficência, autonomia e justiça (Martins, 2008).

A primeira grande preocupação ética foi na escolha do tema, uma vez que partimos para a investigação com a certeza que o tema desse resposta a problemas concretos da prática ou que contribua para o avanço da ciência (Martins, 2008). Numa fase inicial apresentamos e discutimos o projeto (e tema) com o Sr. Enfermeiro Orientador, Sra. Enfermeira Diretora do Hospital, com o Sr. Enfermeiro Coordenador do Serviço de Cirurgia e Especialidades Cirúrgicas, solicitando a autorização para a sua concretização, tendo sido emitido um parecer

favorável. Foram tomadas “*as disposições necessárias para proteger os direitos e liberdades das pessoas que participam na investigação*” (Fortin, 1999: 116).

A seleção dos participantes obedeceu a regras de investigação bem definidas. Independentemente do grupo, é indispensável que toda e qualquer pessoa que participe no projeto de investigação dê o seu consentimento livre e esclarecido. Tivemos em consideração que nenhum participante seria de algum modo prejudicado, bem como não seriam afetados os cuidados prestados à pessoa internada no serviço em estudo, respeitando o princípio da não maleficiência. Auferimos a autorização dos participantes para o estudo, tendo sido requerida a sua colaboração voluntária, referindo sempre que tinham liberdade para a qualquer momento recusar a sua colaboração, atendendo deste modo ao princípio da autonomia, os questionários foram acompanhados de consentimento, onde foram oferecidos aos sujeitos, através de uma linguagem simples e acessível, informações essenciais sobre o projeto e em que consistia a sua participação, para que fosse possível decidirem participar de livre vontade e com total conhecimento de causa. O consentimento só é válido após explicação das diferentes fases da investigação e das possíveis consequências para os participantes (Martins, 2008). Deste modo salvaguardamos, a ideia de que “*o consentimento é livre se é dado sem que nenhuma ameaça, promessa ou pressão seja exercida sobre a pessoa e quando esta esteja na plena posse das suas faculdades mentais*” (Fortin, 1999: 120).

Durante a colheita de dados, outra preocupação ética foi garantir a privacidade, o anonimato e confidencialidade da pessoa e dos dados (Martins, 2008). Foi assegurado o anonimato e a confidencialidade dos dados e posterior destruição dos dados colhidos, quer através dos registos de enfermagem dos processos clínicos das pessoas algaliadas, quer através das observações realizadas das práticas de cuidados, quer através dos questionários, assim como só teria acesso aos mesmos, as pessoas que diretamente se encontravam abrangidas no trabalho, destacando os princípios da beneficência e da justiça (Fortin, 1999).

Durante a colheita de dados, também asseguramos que os benefícios para a pessoa deviam ser superiores que os prejuízos. De outro modo, se o que frisamos anteriormente não se verificasse era nossa obrigação retirar a pessoa do estudo devendo ser tomadas as medidas necessárias para minimizar esse prejuízo.

Também na análise dos resultados tivemos sempre em consideração que não é ético o enviesamento dos dados, ou seja, a análise foi realizada de forma séria e com um profundo

sentido crítico para a obtenção de conclusões válidas. A humildade é uma característica primordial no investigador uma vez que permite reconhecer o erro e colocar em dúvida metódica as suas conclusões (Martins, 2008).

Para finalizarmos, a divulgação dos resultados é uma fase crucial do trabalho uma vez que é dever ético do investigador divulgar as suas conclusões, deste modo apresentamos de forma clara as limitações do estudo bem como a sua aplicabilidade noutro contexto. Nessa divulgação, comprometemo-nos em salvaguardar a identificação dos investigados e instituições visadas e garantimos ainda o reconhecimento de todos os participantes na investigação (Martins, 2008).

De seguida, apresentamos a análise do Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade.

2.4.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

Durante a realização do PIS, pensamos ter atingido em plenitude esta competência. A realização de um projeto de intervenção, por si só, promove a melhoria continua da qualidade. Também no PAC (explanado no capítulo seguinte), foram realizadas atividades neste âmbito nomeadamente através de formação sobre o Plano de Catástrofe Externa à equipa de enfermagem do serviço de urgência. Desempenhamos um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas da instituição nesta área. Concebemos, gerimos e colaboramos nos programas de melhoria contínua da qualidade, ao nível da instituição e da unidade funcional, especificamente onde desenvolvemos o PIS e o PAC, promovendo deste modo um ambiente terapêutico e seguro, gerador de segurança e proteção dos indivíduos/ grupo, para a prevenção de incidentes, de modo a atingir o bem-estar, gerindo o risco. O aporte teórico da Unidade Temática Padrões de Qualidade em Bloco Operatório, no âmbito da Pós-graduação em Enfermagem Perioperatória e os contributos dos módulos Liderança de Equipas e Gestão dos Cuidados de Enfermagem Segurança e Gestão do Risco nos Cuidados de Enfermagem lecionados neste mestrado foi de extrema importância, funcionando como impulsionador da reflexão sobre a qualidade e segurança, áreas essenciais, definidas pela Ordem dos Enfermeiros (2006) como área prioritária de Investigação. No decorrer da nossa prática profissional, tem sido uma constante preocupação a Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, quer a nível individual quer como elemento dinamizador no seio da equipa multidisciplinar.

De seguida, apresentamos a análise do Domínio da Gestão dos Cuidados.

2.4.3. Domínio da Gestão dos Cuidados

Para aprofundarmos o nosso processo de autoconhecimento e autoaprendizagem, de modo a desenvolvermos esta competência e possibilitando com maior facilidade a aquisição deste domínio, foi essencial o contributo dos módulos Liderança de Equipas e Gestão dos Cuidados de Enfermagem e a unidade temática Segurança e Gestão de Risco em Bloco Operatório na Pós-graduação em Enfermagem Perioperatória, excelentes contributos para o desenvolvimento destas competências.

A realização do PIS, permitiu integrar-nos nas funções do coordenador do serviço da CCI e nos protocolos de gestão existentes, assim como acompanhar o enfermeiro responsável na execução de funções de gestão e colaborar nessa temática, sustentou a aquisição desta competência.

Durante a nossa prática profissional tem sido possível o desenvolvimento das competências na área de gestão de cuidados, pois já desempenhamos funções de responsável de equipa durante o exercício de funções no Bloco Operatório.

No decorrer destes períodos esforçamo-nos sempre em gerir os cuidados de enfermagem com o intuito de responder de forma eficaz e eficiente do ponto de vista da enfermagem e da equipa de saúde, de modo a garantir a segurança e a qualidade dos cuidados prestados, adaptando os recursos às necessidades dos mesmos, identificando o estilo de liderança de acordo com as situações presenciadas, com o objetivo final de promover a qualidade dos cuidados.

Durante o PIS, é notável a preocupação da gestão de recursos e contribuíram para o desenvolvimento deste domínio de competências. Os cuidados na gestão do tempo para a realização da formação foi ao encontro da disponibilidade dos profissionais de forma a não colocar em causa a gestão de tempo para os cuidados. Os conteúdos da formação foram também elaborados com esses cuidados, ou seja, a utilização de materiais foi adequada aos existentes e preconizado pelas normas institucionais.

De seguida, apresentamos a análise do Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais.

2.4.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

Através da realização do PIS, da formação realizada e do trabalho de Estudo de Caso, conseguimos desenvolver este domínio, uma vez que aprofundámos conhecimentos de acordo com os diferentes projetos e trabalho. Deste modo, fomos motivados para realizarmos trabalhos científicos e de investigação. No decorrer da execução do PIS, houve necessidade de realizar várias sessões de formação. Por sua vez, motivámos e promovemos na equipa de enfermagem o interesse pela prática clínica baseada na evidência. Através da realização de programas formativos no decorrer do estágio (através das sessões de formação desenvolvidas aos enfermeiros e assistentes operacionais) pretendemos como formadores funcionarmos como facilitadores de aprendizagem, no contexto de trabalho.

Impreterivelmente o autoconhecimento e a assertividade, foram e são essencialmente desenvolvidos em contexto do exercício clínico, há uma consciencialização de nós próprios enquanto pessoas e enfermeiros, reconhecemos os nossos recursos e limitações pessoais e profissionais. Durante a nossa prática profissional contribuímos para que sejam facilitadas as relações terapêuticas e multiprofissionais, pautadas de bom senso promovendo um excelente ambiente de trabalho de modo a serem prestados cuidados de qualidade à pessoa/família. Suportámos a prática clínica na investigação e no conhecimento

Baseámos a nossa *praxis* clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento, ou seja, suportámos a prática clínica na investigação e no conhecimento. Toda a pesquisa bibliográfica para a execução do PIS foi realizada nas bases de dados científicos, de modo a desenvolver um trabalho com fundamentação plausível.

O módulo de Formação Contínua aplicada à Enfermagem neste mestrado e a Unidade Temática, Prática Baseada na Evidência na Pós-graduação em Enfermagem Perioperatória foram excelentes contributos para a desenvolvermos este domínio.

Da análise reflexiva do PIS, tendo por base os aportes teóricos lecionados em contexto académico no 1º e 2º semestre do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, estamos cientes que estes foram excelentes contributos para desenvolver todas as competências

comuns do enfermeiro especialista a nível dos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, assim como da melhoria da qualidade e em simultâneo da gestão dos cuidados e do domínio das aprendizagens profissionais.

Tendo em atenção o que fomos referenciando em relação à aquisição de competências comuns de enfermeiro especialista, gostaríamos de salientar que apesar de o PIS ter sido planeado com a finalidade de dar resposta às competências comuns, o PAC também foi um contributo importante para o desenvolvimento dessas competências.

Em suma consideramos que atingimos em plenitude todas as competências supracitadas.

Para além das competências comuns que temos de desenvolver também temos de desenvolver competências específicas.

De seguida expomos as aprendizagens relacionadas com as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica em Pessoa em Situação Crítica.

3. Projeto de Aprendizagem Clínica

Neste capítulo apresentamos o PAC, desenvolvido no decorrer dos estágios já referenciados, para o qual foram planeadas atividades expressas em cronograma e desenvolvidos documentos que se encontram em apêndice (Apêndice 18 e 19). Pretendemos ainda realçar ao longo deste capítulo, que o projeto de aprendizagem de competências/clínica (PAC) é um instrumento de avaliação em que as aprendizagens estão norteadas de acordo com as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, com as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, definidas pela Ordem dos Enfermeiros e com as Competências de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Os locais de estágio para o desenvolvimento das competências necessárias foram, (como já foi relatado) a CCI e o serviço de urgência de um Hospital dos arredores de Lisboa. Esta escolha comprometeu-se, entre outros motivos, com a potencialidade que ambos os serviços presenteiam para o desenvolvimento de competências nos enfermeiros.

Tendo em conta as competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica, no domínio **K1 – Cuida da pessoa a vivenciar Processos Complexos de Doença Crítica e ou Falência Orgânica**, e no domínio **K2 – Dinamiza a Resposta a Situações de Catástrofe ou Emergência Multivítima, da conceção à Ação**, encontravam-se parcialmente e muito superficialmente desenvolvidos a nível profissional, deste modo que esta solicitação académica para desenvolver um Projeto de Aprendizagem Clínica emerge como a oportunidade ideal à sua realização. Em relação ao domínio **K3 – Maximiza a Intervenção na Prevenção e Controlo da Infecção perante a Pessoa em Situação Crítica e ou Falência Orgânica, face à Complexidade da Situação e à Necessidade de Respostas em Tempo útil e Adequadas**, este foi desenvolvido e adquirido em plenitude, no estágio realizado na CCI, como foi descrito no capítulo anterior e será mencionado no decorrer do capítulo.

À imagem do capítulo anterior, o presente capítulo está organizado em Diagnóstico de Situação, Planeamento do PAC, Execução e Avaliação do PAC e Análise das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista.

De seguida, apresentamos o Diagnóstico de Situação.

4.1 Diagnóstico de Situação

Neste subcapítulo, refletimos acerca do diagnóstico de situação que levou ao nosso PAC. Desta forma, abordamos o Serviço de Urgência e Necessidades Identificadas e Objetivos Definidos.

De seguida, apresentamos o Serviço de Urgência - Que necessidades.

4.1.1 Serviço de Urgência - Que necessidades

O hospital está localizado numa zona próxima do mar onde se realizam anualmente inúmeros eventos de índole desportiva nas diversas praias da sua área de abrangência. A área envolvente é não só pela proximidade de vias rápidas, como por ser uma zona com elevado índice de turistas, junto ao autódromo e perto do aeródromo e de outras características passível de surgimento em uníssono de número elevado de vítimas com uma diversidade e gravidade clínica. Assim sendo, a divulgação do Plano de Catástrofe Externa é crucial. Este deverá periodicamente ser sujeito a processos de auditoria ou simulação, de modo a que se consiga avaliar os conhecimentos e as competências dos profissionais que exercem funções nesse hospital, nomeadamente no SU, tendo como primazia o saberem atuar em conformidade em situações dessa natureza.

O SU, por sua vez, tem como missão principal, a prestação de cuidados de saúde urgentes e emergentes, colaborar na formação de profissionais de elevada qualidade, desenvolvendo a investigação em saúde e utilizando de forma eficiente os recursos disponíveis. É uma urgência Médico-Cirúrgica, tem as seguintes especialidades: ortopedia e trauma, cirurgia e medicina. Todas as pessoa com alterações nas seguintes especialidades, oftalmologia, neurocirurgia, cirurgia plástica, otorrinolaringologia e psiquiatria, são encaminhadas para outros Hospitais.

Em relação à estrutura física do serviço de urgência, é composta por 4 áreas diferenciadas, a Triagem, a Sala de Reanimação, Sala de tratamentos e o Serviço de Observação (SO).

Na Triagem, encontra-se implementado o Sistema de Triagem de Prioridades de Manchester, realizada pelo enfermeiro (só os enfermeiros detentores de formação do curso de Triagem de Prioridades de Manchester, estão aptos para fazer triagem), que de um modo geral permite a identificação da prioridade clínica ou seja, o objetivo é fazer triagem de prioridades,

identificar critérios de gravidade e definição do tempo alvo recomendado até à observação médica caso a caso, quer em situações de funcionamento normal do SU quer em situações de catástrofe. Não se trata de estabelecer diagnósticos. A utilização deste sistema classifica o utente numa de 5 categorias identificadas por um número, nome, cor e tempo alvo de observação inicial:

1 = Emergente = Vermelho = 0 minutos

2 = Muito urgente = Laranja = 10 min

3 = Urgente = Amarelo = 60 min

4 = Pouco Urgente = Verde = 120 min

5 = Não urgente = Azul = 240 min

A Sala de Reanimação está preparada para receber duas pessoas em simultâneo, para estabilização de pessoas instáveis, dispõe de todo o equipamento necessário para uma monitorização precisa com suporte ventilatório assistido e medicação de emergência. O enfermeiro que se encontra escalado nos três diferentes turnos (manhã, tarde e noite); no início de cada turno tem de preencher uma chek-list de verificação de todo o material, equipamento, e medicação existente na sala, assim como confirmar que os carros de reanimação estão selados e devidamente repostos. A sala sempre depois de utilizada e reposta é selada com uma fita vermelha e assinada pelo enfermeiro escalado para esse turno. O enfermeiro escalado para esta sala tem também outra responsabilidade, de acompanhamento de qualquer pessoa que se encontre no SU e que necessite por indicação médica de transporte para outra instituição de saúde, para realização de exames complementares de diagnóstico ou devido à sua situação crítica, para ser transferida para uma unidade específica. O enfermeiro no transporte, leva uma mala, onde se encontra todo o material, considerado de emergência para prestar cuidados diferenciados, uma vez que é responsabilidade do hospital a existência desse material e não da entidade responsável pelas ambulâncias. Quando não tem utentes na sala de reanimação nem pessoas para transportar, o enfermeiro presta cuidados no balcão, com os restantes elementos da equipa.

Na sala de tratamentos, os enfermeiros prestam cuidados à tarefa, não se aplica o método individual de trabalho, mas registam em seu nome todos os cuidados que prestam a cada pessoa. Os enfermeiros, através da visualização no computador, têm conhecimento dos

cuidados a prestar a cada pessoa (as prescrições efetuadas após observação médica, terapêutica e exames complementares de diagnóstico), após avaliação pelo médico, de acordo com a especialidade, ortopedia, cirurgia e medicina., prestam os cuidados. Na sala de espera da sala de tratamentos têm rampa de oxigénio, com capacidade para 15 pessoas. Dentro da sala de tratamentos, 15 boxes com rampa de oxigénio. Os enfermeiros desta zona acompanham a pessoa ao bloco operatório, mas não ao serviço de internamento, uma vez que é realizada uma passagem de ocorrências da pessoa a transferir, através de um telefonema do enfermeiro da sala de tratamentos para o enfermeiro do internamento, e cabe ao assistente operacional transferir a pessoa para a respetiva enfermaria. Caso a pessoa seja transferida da sala de tratamentos para o SO é o enfermeiro do balcão juntamente com o assistente operacional que transfere a pessoa.

No SO, ficam todas as pessoas que necessitam de uma maior vigilância hemodinâmica, dispõe de 15 unidades. Nesta sala, a prestação de cuidados é realizada pelo método individual de trabalho. Exige a permanência de pelo menos um Médico de Medicina Interna. A alta do SO é gerida pela equipa médica/ enfermagem de modo a que a pessoa fique o menor tempo possível e seja transferida para o serviço de medicina, cirurgia, bloco, ou outra instituição (no caso de necessidade de outras especialidades).

A equipa de enfermagem é composta por 51 enfermeiros, um enfermeiro coordenador, três enfermeiros com a especialidade médico-cirúrgica. Os horários são os seguintes: manhã - 8h às 16h30m; tarde - 16h às 23h30m; noite - 23h às 8h30m. Os enfermeiros estão distribuídos por 4 equipas de 9 elementos em horário rotativo de 40h/semana, existindo ainda 10 enfermeiros a exercer mais 20h/semana A distribuição dos enfermeiros é realizada por turnos, pelo chefe de equipa, ou seja, 10 enfermeiros por turno, 1 chefe de equipa, 1 na reanimação, 2 na triagem, 2 na sala de tratamentos, 3 no SO, 1 nas pessoas tríadas com pulseiras verdes/azuis.

Dependendo da época sazonal ou do período do dia existe um limite mínimo e máximo de enfermeiros por turno (manhã, tarde e noite). A dotação adequada de enfermeiros é um dos aspetos fundamentais para atingir índices de qualidade de cuidados, pelo que existem critérios de distribuição de enfermeiros que se adequam consoante as necessidades. O enfermeiro chefe de equipa, não tem local de trabalho atribuído, uma vez que é sua função gerir os recursos humanos, materiais, ajudar nos locais onde a sua presença seja necessária.

No que respeita à equipa de Assistentes Operacionais, existem 38 elementos, 2 de horário fixo das 8h às 16h30m, os restantes em horário rotativo de 40h/semana (igual à equipa de enfermagem), existem 4 equipas de 9 elementos. A sua distribuição é feita por turnos e pelos 4 setores de atividade, tal como na equipa de enfermagem existe um limite mínimo e máximo consoante o período do dia e época sazonal.

De seguida, apresentamos as Necessidades identificadas e Objetivos definidos.

4.1.2 Necessidades identificadas e Objetivos definidos

A existência de um PCE, em fase de finalização e a necessidade da divulgação do mesmo aos enfermeiros do SU, tornou-se numa necessidade prioritária, e um objetivo a concretizar, proposto pelo orientador de estágio no serviço de urgência. Sendo um hospital acreditado, o qual é sujeito periodicamente a auditorias, um dos aspetos que a Comissão de Risco deve ter em consideração, é dar conhecimento aos profissionais de saúde (que na linha da frente, serão responsáveis por colocar em ação o plano de atuação em caso de catástrofe externa) do PCE implementado no hospital, promovendo deste modo a segurança e qualidade dos cuidados, caso se verifique uma situação dessa natureza.

Tendo em consideração que o plano de catástrofe ainda não tinha sido homologado, tivemos necessidade de em conjunto com um dos responsáveis pela sua realização (enfermeiro responsável do SU), analisar todo o manual de modo a avaliarmos a sua aplicabilidade. Consideramos também pertinente analisar toda a estrutura do SU uma vez que será neste, que se concentrará o maior número de profissionais e vítimas, caso ocorra uma catástrofe externa e seja acionado o PCE.

Através da observação realizada da estrutura do serviço de urgência, não foram constatadas inconformidades.

Todo o material de monitorização, necessário tendo em consideração à capacidade de resposta do hospital no caso de catástrofe existem em número suficiente.

Encontra-se em falta os Kits individuais de catástrofe, os cartões de identificação dos profissionais de saúde de acordo com as zonas definidas no caso de catástrofe, uma planta do serviço em A3 plastificada na sala de catástrofe e folhas de presença dos profissionais de acordo com as zonas/alertas.

Reconhecemos também a necessidade da existência de um poster alusivo ao PCE, com todos os passos de atuação, no SU, para uma visualização rápida de modo a que os profissionais não necessitem de recorrer ao manual, que é bastante extenso.

Tendo em consideração o que foi referenciado anteriormente, traçamos algumas atividades e estratégias de caráter interno, tais como a elaboração de uma pasta com todos os aportes dos procedimentos e informação diretamente relacionada com o PCE, de modo a que a informação esteja acessível a todos os elementos da equipa.

Para se proceder à elaboração deste projeto verificou-se um aumento de consumo de material de papelaria, não só do próprio serviço como também a nível do aprovisionamento, porque houve necessidade de se preparar Kits de Catástrofe e efetuar Cartões de Identificação plastificados, para todos os elementos implícitos na mesma.

Com base no supracitado, foi definido o nosso Objetivo Geral: "Desenvolver as competências da Equipa de Enfermagem do SU na resposta a situações de Catástrofe Externa" e os seguintes Objetivos Específicos:

- Dar a conhecer o PCE do Hospital à Equipa de Enfermagem do SU;
- Capacitar à Equipa de Enfermagem do SU com instrumentos facilitadores do conhecimento do PCE do Hospital;
- Demonstrar simbolicamente a utilização dos Kits de Catástrofe.

De seguida, apresentamos o Planeamento.

4.2 Planeamento do PAC

O planeamento do PAC foi realizado de acordo com os dados obtidos no decorrer da fase de diagnóstico. Baseia-se fundamentalmente na formação e capacitação da equipa de enfermagem do serviço de urgência.

De seguida, apresentamos a Identificação dos Profissionais com quem se articulam as Intervenções.

4.2.1 Identificação dos Profissionais com quem se articularam as Intervenções
Foram inúmeros os profissionais com quem se articularam as intervenções durante a realização do PAC:

- Engenheiro Responsável pelo Plano de Catástrofe Externa;
- Enfermeiro Especialista, Coordenador do Serviço de Urgência;
- Enfermeira Especialista Responsável pela Formação em Serviço, do Serviço de Urgência.
- Equipa de Enfermagem do Serviço de Urgência;
- Enfermeira Responsável pela Comissão de Gestão de Risco do Hospital;
- Enfermeiro Especialista, Coordenador da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.

De seguida, apresentamos a Definição de Atividades.

4.2.2 Definição de Atividades

Após efetuada a consulta de toda a informação disponível na instituição e tendo por base os suportes teóricos lecionados no decurso do 2º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, começamos por organizar um portfólio em papel destinado a toda a equipa.

Foram elaborados os Kits de Catástrofe (Apêndice 19), os Cartões de Identificação dos profissionais (Apêndice 19), de acordo com as zonas de resposta às vítimas, foi replicada uma planta do SU em A3, plastificada e com as cores das respetivas zonas de atendimento às vítimas, foram realizadas folhas de presença dos profissionais de acordo com as zonas/alertas (Apêndice 18), foi efetuado um Poster com um algoritmo de atuação do PCE (Apêndice 19), a ser colocado na sala de catástrofe, localizada no Serviço de Urgência. Todos os documentos realizados foram propostos à apreciação da Comissão de Controle da Qualidade para ser certificado.

Após realizarmos o descrito anteriormente, foi proposta uma sessão de formação, destinado a todos os enfermeiros do Serviço de Urgência, com o tema “**Plano de Catástrofe Externa**”. Pensámos em realizar um simulacro, mas não foi possível agendar, porque o hospital se

encontrava em processo de auditorias interna e externa, durante o mês de junho e julho e não foi considerado pertinente o momento para a sua realização.

A Formação em Serviço

Será realizado um período de formação destinado à equipa de enfermagem, no final do turno da manhã e início do turno da tarde, de modo a conseguirmos ter presentes o maior número de enfermeiros possível. A sessão realizada à equipa de enfermagem, será de carácter expositivo e demonstrativo, de modo a que os profissionais reconheçam como atuar no futuro de acordo com o que está preconizado, afim de se dar uma excelente resposta numa situação de catástrofe externa e concomitante atingir uma melhoria continua da qualidade de cuidados.

O *Objetivo Geral* definido para esta formação é: "Dinamizar a resposta da equipa de enfermagem às situações de catástrofe externa" e os *Objetivos específicos*:

- Clarificar quais os níveis de resposta a Catástrofes Externas;
- Sumarizar as responsabilidades e funções em situação de Catástrofes Externas;
- Expôr como é ativado, difundido e comandado o Plano de Catástrofe Externa;
- Enunciar os recursos humanos e materiais de acordo com as zonas de atendimento;
- Descrever quais as prioridades de atendimento/ atendimento por zonas;
- Apresentar os Kits de Catástrofe.

A formação para que seja eficaz e obtenha sucesso tem de ser bem planeada. É relevante e facilitador que o formador tenha um conhecimento prévio do grupo de formandos a quem se dirige a formação, para que decida quais as estratégias e os meios a que deverá recorrer.

Desta forma, os *Destinatários* são todos os elementos da Equipa de Enfermagem do Serviço de Urgência. Conseguir abranger a maior parte da equipa deterá vantagens, porque terá acesso ao mesmo nível de conhecimentos e que poderá aplicá-los se ocorrer um situação de catástrofe externa.

A *Localização* corresponde à Sala de Catástrofe, conhecida como sala de Reuniões do Serviço de Urgência. É uma sala relativamente ampla, bem iluminada com luz artificial. Possui uma parede branca para projeção e meios audiovisuais disponíveis.

No centro existe uma mesa (onde se encontram cerca de 12 cadeiras). Todos os formandos têm a possibilidade de ficar de frente para a tela onde serão projetados os conteúdos da formação.

Prevê-se que a *Duração da sessão* seja de 45 minutos, a decorrer no turno da manhã, das 16h às 16:45h, uma vez que é o período que coincide com a passagem de turno, e é propícia ao encontro de mais enfermeiros no serviço (os do turno da manhã e os do turno da tarde), e que menos interfere com a prestação de cuidados e menos prejudica a dinâmica do serviço. Pensamos ser o tempo indicado para que se possam atingir os objetivos traçados.

As *Estratégias utilizadas* para contornar o absentismo à sessão de formação será realizar mais uma sessão na semana seguinte, até conseguirmos abranger, os enfermeiros chefes de equipa ou o 2º elemento de cada equipa. Uma vez que a equipa de Enfermagem é um pouco extensa, e a época sazonal compromete a presença de vários elementos da equipa, que se encontram de férias, tivemos necessidade de realizar mais uma sessão. As sessões terão um carácter repetitivo, com o intuito de abranger o máximo de elementos possível. O objetivo da presença dos chefes de equipa ou 2º elemento, surgiu-nos como estratégia de sensibilizar para a função de formadores de cada uma das suas equipas (formar os enfermeiros e assistentes operacionais) e funcionarem como elos de ligação à sua equipa, sendo uma das estratégias já utilizadas pelo coordenador do SU afim de conseguir passar informações aos restantes elementos da equipa de enfermagem. Um dos obstáculos na elaboração deste projeto foi a conjuntura tempo, uma vez que é deveras complicado formar todos os elementos da equipa de enfermagem no período de um mês, e coincidir com a época sazonal em que se encontravam muitos elementos da equipa de férias.

O horário das sessões de formação como explicitamos anteriormente, em conformidade com a gestão dos cuidados, prende-se com o final do turno da manhã e início do turno da tarde, para que seja possível a presença de mais formandos.

O *Método Pedagógico* que pretendemos utilizar é essencialmente o expositivo e demonstrativo, uma vez que ambicionamos através da sessão de formação dar a conhecer PCE preconizado pelo Hospital, e aspiramos que se reflita na prestação de cuidados, caso seja

acionado. Os meios auxiliares de ensino que pretendemos utilizar, serão o computador e o data-show, quadro branco, canetas e folhas de papel.

No início da sessão será exposto o plano da sessão (Apêndice 19), de modo a que todos os formandos percebam desde o início quais as etapas que se irão seguir durante todo o desenrolar da sessão.

Quanto aos *Conteúdos*, ambicionamos apresentar o PCE preconizado pelo Hospital, explícito e simplificado, clarificando os níveis de resposta a Catástrofes Externas.

Ambicionamos que a equipa reflita sobre a sua responsabilidade profissional e as responsabilidades e funções em situação de Catástrofes Externas de modo a que fique claro como é ativado, difundido e comandado o PCE, quais os recursos humanos e materiais a mobilizar de acordo com as zonas de atendimento, tendo em consideração as prioridades de atendimento/ atendimento por zonas.

Serão apresentados os Kits de Catástrofe e demonstrado como deverá ser utilizado, e posteriormente será proporcionado o manuseamento dos mesmos, de modo a privilegiar as boas práticas, a qualidade e a segurança da pessoa.

De seguida os formandos terão oportunidade de esclarecer as suas dúvidas para que possam clarificar os conteúdos da sessão.

Indicadores de Avaliação

Como indicador de avaliação de sucesso deste projeto, definimos a presença dos chefes de equipa e dos segundos elementos de cada equipa, numa das sessões efetuadas, crucial para serem elos de ligação e de replicação da informação à restante equipa.

De seguida, apresentamos a Execução e Avaliação do PAC.

4.3 Execução e Avaliação do PAC

A execução de toda uma panóplia de atividades, tais como, a execução dos Kits de Catástrofe, os cartões de Identificação de acordo com as zonas de atendimento, a planta do SU em A3 com as zonas de atendimento, e as duas sessões de formação, em que foi possível pelo menos a presença de um chefe de equipa ou do 2º elemento, perfazendo um total de 100% de responsáveis das 4 equipas de enfermagem, mostrou-se de grande utilidade, e foram alcançados os objetivos a que nos tínhamos proposto inicialmente.

O facto de durante as sessões termos a planta do serviço afixada, foi uma mais valia, porque nos possibilitou fazer simulações e de colocar em prática os conteúdos relatados durante as sessões. O proporcionarmos à equipa o visionamento e o manuseamento dos Kits de Catástrofe foi imprescindível, porque consciencializaram-se dos recursos que estão já disponíveis para atuarem numa situação de catástrofe.

A realização do poster (ainda em apreciação para ser homologado), e a apresentação do mesmo à equipa, foi considerado um excelente recurso visual, na sala de catástrofe, como algoritmo ou resumo de todo o PCE, de uma forma sucinta e explícita, que permitirá à equipa, não ter de recorrer ao manual e/ou a toda a informação disponibilizada em portfólio sobre o PCE, numa situação real ou mesmo simulacro.

Através da realização do PAC, podemos concluir que uma boa articulação da equipa é fundamental para que se consiga alcançar uma resposta de excelência e de qualidade em caso de emergência, neste caso específico, de Catástrofe Externa.

Consideramos como grande constrangimento deste trabalho a questão do tempo disponível entre o planeamento e a execução do mesmo, que pensamos ter sido superado com as estratégias definidas. Esperamos também que a estratégia de alcançarmos os 100% dos chefes de equipa ou o 2º elemento, seja fulcral para a passagem da informação sobre a temática em questão, a realizar pelos próprios às respetivas equipas.

Como aspeto facilitador consideramos que a realização de estágio, de prestação de cuidados à pessoa crítica com a oportunidade de trabalhar nas 4 equipas de enfermagem, com conhecimento prévio da generalidade dos elementos, onde realizámos as sessões de formação, foi fundamental porque permitiu-nos a divulgação do Plano de Catástrofe Externa durante o horário de trabalho, em pequenos momentos de pausa.

Em suma, tendo em consideração todo o trabalho exposto, consideramos que os objetivos traçados para a elaboração do mesmo, foram atingidos na sua plenitude.

De seguida, apresentamos a Análise de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista.

3.4. Análise das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista

O enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica deve desenvolver um projeto que possibilite aprofundar conhecimentos e capacidades práticas na área do saber-saber, saber-ser/estar e saber-fazer, de modo a desenvolver-se um juízo clínico singular que promova cuidados altamente qualificados prestados à pessoa de forma contínua, em risco imediato de uma ou mais funções vitais, para responder às necessidades afetadas, e desse modo manter as funções básicas de vida, tendo como finalidade a sua recuperação total (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Através da implementação do projeto, pretende-se ainda que o profissional realize uma observação, colheita/procura contínua, de forma sistémica e ao mesmo tempo sistematizada de dados, com o intuito de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo dos seus cuidados, de conseguir prever e detetar o mais precocemente possível, as complicações, de certificar uma intervenção concreta, precisa, eficiente e em tempo útil (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Embora este subcapítulo esteja integrado no PAC (por ser o trabalho que prevê o desenvolvimento das competências específicas), para o desenvolvimento desta competências sentimos necessidade de demonstrar os contributos do PIS, bem como do curso.

Para este efeito, no decorrer deste capítulo planificamos e clarificamos a realização de um conjunto de atividades, ansiando assim demonstrar como foram adquiridas as Competências Específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.

De seguida, apresentamos a análise da competência Cuida da Pessoa a Vivenciar Processos Complexos de Doença Crítica e/ou Falência Orgânica.

3.4.1. *Cuida da Pessoa a Vivenciar Processos Complexos de Doença Crítica e/ou Falência Orgânica*

Com o objetivo de adquirir esta competência mobilizamos os conhecimentos lecionados sobre os Cuidados ao Cliente com Falência Multiorgânica.

No decurso do estágio II, a realização e desenvolvimento do PIS realizou-se no serviço CCI, o que não permitiu desenvolver competências específicas nesta área. Consideramos fundamental realizar um estágio opcional no SU do mesmo hospital, de modo a termos a oportunidade de aprofundar o nosso processo de autoconhecimento e autoaprendizagem, para desenvolvermos esta competência, mobilizando conhecimentos e habilidades múltiplas para dar as respostas necessárias à pessoa em situação de doença crítica e ou falência orgânica e à sua família, em tempo útil e de forma holística, dada a complexidade das situações de saúde.

O facto do estágio opcional ter sido realizado no SU, onde foram prestados cuidados nas diferentes áreas de atuação: balcão, no SO, na sala de reanimação e algumas horas na triagem, este último mais como observadora, visto ser necessário o curso de triagem de Manchester para uma resposta de excelência à pessoa, foi impulsionador de um olhar crítico sobre o cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica. Facilitou-nos refletir sobre as rotinas realizadas no dia a dia e ao mesmo tempo permitiu-nos que as mesmas fossem melhoradas. Os cuidados à pessoa em situação crítica no SO e reanimação, contribuíram na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica da mesma, identificando e respondendo a focos de instabilidade, realizando cuidados técnicos de alta complexidade, o que nos possibilitou pôr em prática conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida. A realização do curso de suporte avançado de vida anteriormente efetuado (aquando do exercício profissional em contexto de bloco operatório) e a presença no seminário de suporte avançado em contexto de sala de aula com a teoria e posteriormente com o simulacro, funcionaram como uma mais-valia para a prestação de cuidados à pessoa nesse contexto.

O conhecimento dos protocolos terapêuticos complexos, existentes no SU, foram excelente recurso, muitos dos quais essenciais, aplicados na prática, permitindo a gestão do plano terapêutico em função das complicações inerentes ao recurso do mesmo.

A aplicação da escala de dor implementada no SU, foi uma mais-valia, para dar a resposta adequada às pessoas a quem prestamos cuidados, uma vez que o recurso à mesma tornou-se imprescindível para a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa e família, permitindo uma otimização da resposta. Em simultâneo gerimos as medidas farmacológicas de combate à dor, e mobilizamos outros elementos da equipa multidisciplinar a fim de obtermos uma melhor resposta, e recorremos a medidas não farmacológicas para o alívio da

dor, tais como alternâncias de decúbitos, a presença de objeto significativo para a pessoa e técnicas de massagem e relaxamento com a colaboração da família.

Em resposta às perturbações emocionais procuramos assistir de forma adequada, de acordo com os medos e questões que eram dirigidas e encaminhar as pessoas sempre que assim o justificasse. Em relação ao gerir a comunicação interpessoal, tendo em conta o estabelecimento de uma relação terapêutica com a pessoa/família, procuramos adequar e personalizar os cuidados a fim de conseguir uma relação terapêutica de confiança, que possibilitou uma maior abertura por parte da pessoa/família, em que foi possível que esta conseguisse verbalizar sentimentos de medo, impotência, angústia, colocar dúvidas, e em conjunto enfermeiro-pessoa/família, encontrar a melhor resposta/solução para responder de forma personalizada e ao mesmo tempo, permitiu a realização de um plano de cuidados e das atividades adequadas às necessidades da pessoa/família.

No PIS, contribuimos para o desenvolvimento desta competência uma vez que, com a diminuição das infeções no contexto hospitalar, mais se obtém melhoria da qualidade dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica, pelos enfermeiros e assistentes operacionais, para a gestão e aplicação de protocolos existentes, para a gestão da dor e bem-estar da pessoa, bem como na assistência e à relação terapêutica com a família.

Através das sessões desenvolvidas no SU, no âmbito do PAC, também contribuimos para desenvolver esta competência, porque capacitámos a equipa de enfermagem para prestar cuidados de excelência em todas estas vertentes mencionadas, numa situação de stresse que implica prestar cuidados em situação de catástrofe externa.

Consideramos também excelentes contributos as temáticas abordadas nas Unidades Curriculares Enfermagem Médico-Cirúrgica I e II, facultou o aprofundamento, a atualização e o cimentar de conhecimentos na área específica da pessoa em situação crítica e falência orgânica.

De seguida analisamos a competência Situações de Catástrofe ou Emergência Multivítima.

3.4.2. Situações de Catástrofe ou Emergência Multivítima

Dinamiza a Resposta a Situações de Catástrofe ou Emergência Multivítima, da Conceção à Ação.

Com o objetivo de adquirir esta competência desenvolvemos atividades que permitiram dar resposta a esta competência específica, de modo a intervir na conceção dos planos institucionais e na liderança da resposta a situações de catástrofe e multivítima, de acordo com a complexidade resultante da existência de múltiplas vítimas coincidentes em situação crítica e ou risco de falência orgânica, para poder gerir equipas, de forma sistematizada, com o objetivo de executar uma resposta rápida, eficaz e eficiente.

Assim, no decurso do estágio III, tivemos oportunidade de pesquisar sobre o Plano de Contingência Interna do hospital, que analisa um conjunto de situações de risco, e/ou ocorrência de falhas graves em equipamentos, entre outros, e as medidas/ações a seguir de modo a assegurar a continuidade do funcionamento e segurança normais no hospital, observámos atenta e criticamente o plano de contingência de modo a confrontar os conhecimentos adquiridos sobre o mesmo. Sentimos necessidade de aprofundar conhecimentos sobre o Plano de Emergência de Proteção Civil, para termos conhecimento de quais os passos a seguir aquando a ocorrência de um acidente grave ou catástrofe em Portugal, simultaneamente percecionámos as nossas respostas pessoais perante a informação consultada. Usufruímos também da oportunidade de contactar com dois dos elementos responsáveis pela elaboração do plano de emergência interno do hospital, o Enfermeiro Coordenador da Urgência e o responsável pelo Gabinete da Qualidade, que nos permitiu clarificar qual o plano institucionalizado, no caso de emergência interna e em situações de catástrofe e multivítima. Após conversa com os dois elementos, ficou patente a necessidade da divulgação do PCE à Equipa de Enfermagem do SU e a realização de um cartaz ou poster para afixar no mesmo serviço, para a sistematização das ações a desenvolver, onde seja visível a sequência de atuação, de modo a que todos os membros da equipa identifiquem os seus papéis nessa situação de emergência, com intuito de minimizar as inconformidades de atuação. Analisámos e refletimos sobre essa necessidade que emergiu, consciencializando-nos da necessidade de pesquisa bibliográfica nessa área, de modo a construirmos uma base de dados sólida para a realização do mesmo.

Apesar de existir um plano de catástrofe ou emergência externa no hospital, ainda estava em vias de ser finalizado, e os enfermeiros do SU não tinham conhecimento do mesmo, e visto ser a equipa de urgência a primeira a ser mobilizada aquando o surgimento de uma situação de catástrofe externa, espera-se que esta esteja apta não só a dar a resposta adequada como também a liderar os restantes enfermeiros de outros serviços. Através desse mesmo plano, e de pesquisa realizada nessa área, foi desenvolvido um projeto nessa área, que se encontra em apêndice (Apêndice 19). Foram realizadas 2 sessões de formação de modo a dar a conhecer à equipa de enfermagem o plano de atuação em situações de catástrofe ou emergência multivítima, a entrar em vigor. Foram realizados os Kits de emergência (Apêndice 19), a serem utilizados caso se venha a constatar uma situação de catástrofe ou emergência multivítima, que ficaram no armário na sala de catástrofe. Foram também realizados: os cartões de identificação (Apêndice 19) a utilizar no caso de catástrofe; as folhas de recursos humanos de acordo com o alerta de catástrofe. Foi também realizado um protótipo de um poster (Apêndice 19), com o resumo do PCE para colocar no SU, uma vez que acabará por funcionar como um fácil recurso a toda a teoria que deve estar presente (a consulta de manuais torna-se por vezes mais complicada) para que se obtenha uma rápida e excelente resposta, que é o que se espera nesse tipo de situação. Através do desenvolvimento do PAC, atualizámos conhecimentos nesta área, revimos todo o Plano de Emergência e capacitámos a equipa, sendo esta competência aprofundada na íntegra.

De seguida analisamos a competência Prevenção e Controlo de Infeção.

3.4.3. Prevenção e Controlo da Infeção

Maximiza a Intervenção na Prevenção e Controlo de Infeção perante a Pessoa em Situação Crítica e/ou Falência Orgânica, face à Complexidade da Situação e à Necessidade de Respostas em Tempo Útil e Adequadas

Esta competência foi amplamente desenvolvida em contexto do PIS, uma vez que este se prende com esta vertente de prevenção e controlo da infeção e com os cuidados de enfermagem prestados de modo a serem cumpridas as normas e protocolos instituídos, promovendo a melhoria da qualidade dos cuidados e a segurança da pessoa.

Através da realização do PIS, e respetivo estágio no serviço de Controlo de Infecção, tivemos completo conhecimento sobre o Plano Nacional e Controlo de Infecção. Foi imprescindível para atuar num serviço específico de acordo com as necessidades do mesmo em relação à prevenção e controlo de infeção, com a identificação e sinalização das áreas de risco.

Durante a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, no decorrer do estágio opcional realizado no SU, foi possível colocar em prática e em articulação com a restante equipa todos os conhecimentos adquiridos nesta área, de modo a dar a conhecer aos enfermeiros e assistentes operacionais o trabalho desenvolvido através do PIS. De acordo com cada pessoa a quem foram prestados cuidados, foi maximizada a intervenção tendo em conta o plano de prevenção e controlo de infeção implementado no hospital, foram mobilizados sempre que necessário todos os protocolos desenvolvidos pela CCI, de modo a minimizar o risco de infeção, respondendo às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e ou falência orgânica. Uma vez que a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, está mais vulnerável a qualquer tipo de infeção, por toda a complexidade da situação, e todos os dispositivos médicos a ela associados (como por exemplo: cateter periférico, cateter venoso central, algaliação, entubação nasogástrica, ventilação mecânica, entre outros), foram desenvolvidos procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das Infeções Associadas à Prestação de Cuidados de Saúde à pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face a complexidade da situação e a necessidade de resposta adequada e em tempo útil.

Este é um tema muito debatido que nos faz refletir na nossa prática, deste modo é um tema a que a instituição e o serviço de Controlo de Infecção onde realizámos o estágio, dá muita ênfase e ao qual anualmente dedica muitas horas de formação e supervisão nesta área, possibilitando a todos os profissionais que desenvolvam boas práticas na sua praxis diária.

Importa ainda salientar que os contributos da unidade temática Prevenção e Controlo das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde na Pós-graduação em Enfermagem Perioperatória foram um excelente contributo para o desenvolvimento desta competência.

Após termos realizado esta reflexão sobre as competências do Enfermeiro Especialista, pretendemos ainda realçar que a vida profissional que abrange 7 anos no serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço, 8 anos de Bloco Operatório e um ano de Cuidados de Saúde Primários, possibilitaram uma aprendizagem pessoal, contribuindo para ser uma pessoa ativa e ouvida

pelos pares e restante equipa multidisciplinar. Os momentos de aprendizagem (Pós-Graduação em Enfermagem Peri-Operatória) pessoal e em equipa, a experiência e a frequência deste mestrado, assim como a aprendizagem com os orientadores e professores foram um excelente alicerce para a aquisição de conhecimentos e de competências.

A Formação que diz respeito à Especialização em Enfermagem impulsiona a reflexão na praxis, uma vez que adquirimos um aprofundado conhecimento num domínio específico da Enfermagem, tendo em consideração as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, evidenciando elevados níveis de julgamento clínico e tomada de decisão, que se refletem num misto de competências especializadas de acordo com um determinado campo de intervenção.

Em síntese consideramos que conseguimos adquirir na globalidade todas as competências supracitadas.

De seguida expomos as aprendizagens relacionadas com as Competências de Mestre em Enfermagem.

4. Análise das Competências do Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Neste capítulo pretendemos realizar uma reflexão sobre a aquisição das Competências de Mestre no contexto de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Torna-se no entanto pertinente refletir sobre o que consiste em ser Mestre e o que nos informa a legislação em Portugal sobre esta temática. Segundo o Dicionário da Língua Portuguesa (2013), Mestre é: pessoa que sabe muito, sábio; pessoa perita em qualquer ciência, arte ou ramo profissional, especialista; grau académico concedido a quem concluiu o curso e defendeu a tese de mestrado.

Deste modo podemos observar que inicialmente mestre era uma pessoa superior, perfeita e quase impenetrável. Mas com o passar dos tempos esta definição foi desaparecendo, uma vez que é possível qualquer pessoa, através da aquisição de competências definidas, atingir esse grau.

Segundo a legislação nacional que sustenta os mestrados, podemos referir que se ambiciona que o mestre obtenha um contíguo de competências que lhe possibilite uma aprendizagem ao longo da vida de forma essencialmente autónoma e/ou auto-orientada, sendo que o grau de mestre só é conferido numa especialidade de natureza profissional, em termos de ensino politécnico (Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março, artigo 18º, nº4). Tendo como premissa o que citamos anteriormente, no caso específico da Enfermagem e mais especificamente ser Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, implica que possua as competências do enfermeiro especialista (frisadas no capítulo anterior), e concomitantemente possua *“um conhecimento aprofundado no domínio especializado da área em estudo, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstrem níveis elevados de julgamento clínico e de tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção”* (Guia de Curso 1º Semestre, do 2º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 2011:7).

Durante esta análise vamos ter sempre presente a análise realizada anteriormente, uma vez que não seria pertinente esquecer tudo o que referenciamos e cingirmo-nos única e exclusivamente às competências de mestre, porque é nossa premissa fazermos a relação das

competências anteriores como principais geradoras da aquisição destas novas competências, sobre as quais iremos refletir.

De seguida, apresentamos a análise das Competências Clínicas Específicas.

4.1. Competências Clínicas Específicas

"Demonstre Competências Clínicas Específicas na Conceção, Gestão e Supervisão Clínica dos Cuidados de Enfermagem"

Quando refletimos sobre a conceção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem, relacionamos imediatamente estes conceitos ao processo de enfermagem, uma vez que olhamos para a pessoa/família que está inserida num contexto/comunidade, e de acordo com a sua especificidade formulamos diagnósticos de enfermagem de acordo com a avaliação realizada e conseqüentemente programamos intervenções de enfermagem gerais e especializadas, que durante todo o processo podem ser reformulados de modo a serem alcançados os resultados pretendidos.

As intervenções de enfermagem na relação profissional baseiam-se na competência e no aperfeiçoamento profissional. O profissional apesar de possuir conhecimentos e capacidades tem de estar apto para os mobilizar no contexto profissional, para espelhar na praxis cuidados de qualidade. Deste modo a tomada de decisão subjacente a estas competências tem de se basear numa dimensão ética e deontológica. Numa ótica da ética, a relação entre quem cuida e quem é cuidado tem como pilar princípios e valores, que fomentam a dignidade humana, e que tem de estar presente, de forma evidente, em todas as decisões/ intervenções de enfermagem.

Tendo em conta a prática e a formação clínica dos enfermeiros, baseada na qualidade de cuidados, a aprendizagem no decorrer do estágio clínico foi essencial para o desenvolvimento desta competência, tendo surgido a Supervisão Clínica nos Cuidados de Enfermagem. No curso de mestrado o módulo Supervisão de Cuidados, foi determinante porque neste efetuámos um trabalho em que elucidou visivelmente o trabalho do enfermeiro especialista, recorrendo ao processo de enfermagem num caso construído por nós com base nas nossas experiências profissionais. De salvaguardar que todos os módulos do curso forneceram

contributos essenciais para a aquisição desta competência, uma vez que sem os conhecimentos adequados, não seria possível desenvolver um processo de enfermagem eficaz.

Durante o nosso percurso profissional somos encarregados pela integração de novos elementos na equipa, assim como pela orientação de estudantes em estágio clínico, onde ampliamos a supervisão clínica, sendo uma papel muito estimulante, uma vez que a formação de estudantes de enfermagem acaba por funcionar como uma forma de reconhecimento da qualidade dos cuidados prestados, por parte da chefia de serviço, somos reconhecidos como um elemento de referência, para de um modo geral orientar, acompanhar, supervisionar e avaliar os estudantes, facilitando promovendo a qualidade de cuidados, não só dos colegas em integração como de futuros profissionais.

O desenvolvimento do PIS assim como do PAC funcionaram como excelentes contributos para o desenvolvimento de serviços de saúde profissionais, éticos, equitativos e de qualidade.

De seguida, apresentamos a análise da competência Desenvolvimento Autónomo de Conhecimentos e Competências.

4.2. Desenvolvimento Autónomo de Conhecimentos e Competências

"Realize Desenvolvimento Autónomo de Conhecimentos e Competências ao Longo da Vida e em Complemento às Adquiridas"

Desde cedo tem ocorrido um desenvolvimento pessoal em formação, iniciou-se com o Curso de Enfermagem, seguido de 2 cursos para enfermeiros de Ética e Deontologia e de Formação de Formadores, da realização de 2 posters para 2 congressos, um na área de cirurgia e outro de bloco-operatório, do Complemento de Formação em Enfermagem, da Pós-Graduação em Enfermagem Peri-Operatória, culminando neste momento com o Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

De modo a aprofundar e aumentar os conhecimentos, reforçando as competências anteriormente adquiridas e alcançando novas competências, com o intuito de melhorar o desempenho profissional e partilhar saberes com os pares, nunca foi descurada a auto e heteroformação, como premissa primordial ao desenvolvimento pessoal e profissional. Só

assim é possível um olhar crítico sobre a praxis, refletindo e desenvolvendo uma postura de saber saber, saber fazer e saber ser.

A realização do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, foi um excelente contributo para o desenvolvimento do domínio das aprendizagens profissionais, sustentou o desenvolvimento do autoconhecimento e da assertividade, permitindo em simultâneo basearmos a prática clínica como enfermeira graduada em conhecimentos válidos e sólidos. Através de toda a Revisão Bibliográfica realizada para desenvolver o PIS e o PAC no contexto académico, proporcionou-nos um aprofundar, um aumento dos conhecimentos autonomamente, essenciais ao desenvolvimento de novas competências.

A busca constante de conhecimento acaba por saciar a sede momentânea do saber, mas que acaba por nunca ser saciada, uma vez que o ser humano procura a cada dia que passa desenvolver a sua capacidade intelectual e para isso a necessidade de se satisfazer acaba por ser cíclica, o saber mais para fazer melhor. De certo modo o citado anteriormente está inerente à nossa profissão. Somos os atores principais, precisamos de estar cientes do nosso saber, das nossas dificuldades e reconhecermos que através da execução do nosso trabalho espelhamos a nossa eficácia e eficiente que se reflete no cuidar do outro, com a excelência de qualidade.

O reconhecer que o nosso trabalho é autónomo, que somos um elemento essencial na equipa multidisciplinar, que ao longo do nosso percurso profissional e pessoal procuramos o conhecimento mais atualizado e adequado, a aquisição de competências essenciais ao longo da vida, para que na praxis estas competências se reflitam na prestação de cuidados à pessoa/família, de modo a realizarmos com sucesso o nosso projeto pessoal e profissional.

De seguida, apresentamos a análise da competência Equipas de Desenvolvimento Multidisciplinar de Forma Proativa.

4.3. Equipas de Desenvolvimento Multidisciplinar de Forma Proativa

"Integre Equipas de Desenvolvimento Multidisciplinar de Forma Proativa"

Com o desenvolvimento do PIS e do PAC, pretendemos de uma forma específica formar a equipa multidisciplinar, através das sessões de formação realizadas e da forte adesão às mesmas, conseguimos um envolvimento da equipa de forma pró-ativa na procura de conhecimentos de modo a contribuir para a melhoria da qualidade de cuidados prestados à pessoa em situação crítica.

A realização de grelhas de observação no contexto da CCI e a construção dos Kits de catástrofe e o protótipo do poster com o Plano de Atuação em caso de Catástrofe Externa, no contexto do serviço de urgência, vai permitir que no futuro sejam utilizados para diagnóstico e planeamento de novas intervenções, formando e criando novas dinâmicas, no que se refere a novas iniciativas.

Deste modo aplicamos conhecimentos na resolução de problemas em diversos contextos e multidisciplinares, relacionados com a nossa área de especialização.

No decorrer da prática profissional, fomos coautores de normas e protocolos implementados no bloco operatório, nomeadamente no que diz respeito aos estupefacientes e ao acompanhamento da criança pela pessoa de referência no contexto do bloco operatório, bem como na integração de novos elementos.

O investimento realizado ao especializar-me nesta área é reconhecido, não só pela solicitação por parte da equipa de enfermagem tendo em conta a prática clínica, bem como pela orientação de estágio de alunos de enfermagem, requerida pela Enfermeira Chefe. O que funciona como forte incentivo para continuarmos a mantermo-nos pró-ativos e investirmos tempo na permanente atualização dos conhecimentos na nossa área de especialização.

Em suma, devemos ser uma referência para outros profissionais na nossa área e no seio da família multidisciplinar, de modo a fazermos a gestão dos casos, na nossa área de atuação com o objetivo de melhorar a saúde de uma forma geral.

De seguida, apresentamos a análise da competência Desenvolvimento da Tomada de Decisão e Raciocínio.

4.4. Desenvolvimento da Tomada de Decisão e Raciocínio

"Aja no Desenvolvimento da Tomada de Decisão e Raciocínio Conducentes à Construção e Aplicação de Argumentos Rigorosos"

O recurso ao processo de tomada de decisão tem de ser realizado nos diversos contextos do exercício profissional, porque independentemente do contexto, cada pessoa é única, devendo ser sempre olhada como um ser único, um todo e não como a soma das partes, como “objeto” e o fim dos nossos cuidados. A tomada de decisão apesar de se encontrar desenvolvida num enfermeiro proeficiente, sobressai no enfermeiro perito, fazendo a gestão de situações complexas de uma forma eficaz e eficiente, é nestes casos que detemos a diferença.

O enfermeiro demonstra elevados níveis de julgamento clínico e a tomada de posição é sustentada em argumentos científicos rigorosos, tendo por base uma conduta ética e deontológica imprescindível, em conjunto com as competências anteriormente citadas, torna-se possível fortalecer as capacidades para selecionar os meios e as estratégias mais adequados à resolução de um dado problema e para avaliar os resultados em ganhos em saúde sensíveis aos Cuidados de Enfermagem. Em Enfermagem este processamento é utilizado como forma de perceber se os diagnósticos inicialmente definidos são reais, possibilitando a posteriori definir as intervenções de enfermagem de acordo com a sua permanência. É um processo consciente que tem de ser efetivado de forma sistematizada, recorrendo às competências que se adquirem e desenvolvem através da praxis.

De salientar que o Curso de Mestrado foi essencial para melhor selecionar meios e estratégias adequados à resolução de problemas, porque nos fomentou o aumento de conhecimentos para analisar e implementar resultados de investigação para solucionar os problemas, é extremamente importante recorrer a fontes credíveis para que a análise e a avaliação sejam fiáveis. Através da realização do PIS, desenvolvemos estratégias para contribuir para a resolução de um problema identificado e através do PAC, também atuámos com a mesma premissa.

Os módulos de Supervisão de Cuidados e Questões Éticas Emergentes em Cuidados Complexos, foram essenciais recursos, porque possibilitou-nos a reflexão sobre vários casos onde a tomada de decisão foi discutida. O trabalho desenvolvido nestes módulos, será uma

mais-valia num futuro à reflexão de modo a fundamentarmos tomadas de decisões em situações idênticas.

De seguida, apresentamos a análise da competência Investigação para a Promoção da Prática Baseada na Evidência.

4.5. Investigação para Promoção da Prática de Enfermagem baseada na Evidência

"Inicie, Contribua para e/ou Sustenta Investigação para Promover a Prática de Enfermagem Baseada na Evidência"

Torna-se necessário ter conhecimentos credíveis e aplicáveis nos quais possamos sustentar a nossa prática. Uma vez que esta deve ser baseada na evidência, atribuindo-se à investigação um papel elementar.

Através da realização do PIS e do PAC contribuímos para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados no serviço de cirurgia e especialidades cirúrgicas e no serviço de urgência, no que diz diretamente respeito à prática especializada de cuidados à pessoa em situação crítica.

Para o desenvolvimento do PIS, através da metodologia do projeto realizamos pesquisa bibliográfica baseada na evidência, procurando sempre as evidências mais recentes de acordo com a temática em estudo de modo a que o PIS fosse pertinente e atual, e que contribuísse para a prática.

Para a execução do PAC, também seguimos as mesmas regras da evidência de modo a ser sustentado numa base científica e aplicável na praxis.

Com a divulgação dos resultados obtidos na realização do PIS e na realização e exposição do poster no âmbito do PAC, contribuímos de uma forma precisa para a Prática de Enfermagem Baseada na Evidência.

A execução do PIS e do PAC no âmbito do Curso de Mestrado, possibilitou através da via experiencial sustentar a investigação aplicada à prática, essencial para investigações futuras.

No decurso do mestrado, é notória a importância atribuída à investigação, uma vez que existem inúmeros módulos que fundamentam e incentivam a realização desta investigação, deste modo salientamos a execução de um artigo no módulo Seminário de Peritos e Intervenções de Enfermagem em Situações de Urgência. De uma forma mais específica, através da Unidade Curricular de Investigação foram abordados inúmeros conceitos e temáticas imprescindíveis e com aportes teóricos que foram alicerce à compreensão e execução da investigação em si, bem como à elaboração do PIS e PAC, no decorrer do estágio.

Consideramos que foi relevante realizarmos estágio em contexto de urgência e em simultâneo desenvolvermos um projeto de modo a que a equipa de enfermagem preste cuidados de excelência à Pessoa em Situação Crítica, possibilitando e contribuindo substancialmente estas competências.

Com a produção de um artigo neste relatório, é também notória a necessidade de contribuir para a investigação que impulse a prática de enfermagem baseada na evidência.

De seguida, apresentamos a análise da competência Formação dos Pares e de Colaboradores.

4.6. Formação dos Pares e de Colaboradores

"Realize Análise Diagnóstica, Planeamento, Intervenção e Avaliação na Formação dos Pares e de Colaboradores, integrando Formação, a Investigação, as Políticas de Saúde e a Administração em Saúde em Geral e em Enfermagem em Particular"

Durante o percurso profissional desenvolvido até à data foi possível a aquisição de competências a este nível, uma vez que a realização da Pós-Graduação em Enfermagem Peri-Operatória, se focou essencialmente nesta vertente de formação através da execução de um PIS e posteriormente a frequência do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica onde foi desenvolvido novo PIS. Também no decorrer do PAC, realizamos formação aos pares, fundamental para desenvolver esta competência. Outro excelente contributo para desenvolvermos com sucesso estas competências foi a realização do Curso de Formação de Formadores. Todos estes instrumentos tornaram-se essenciais de modo a capacitar a

realização de análise diagnóstica, de planeamento, de intervenção e de avaliação na formação, assim como na investigação.

Através da orientação de estudantes em contextos de ensino clínico e na integração de enfermeiros no Bloco Operatório e nos Cuidados de Saúde Primários, agimos sempre com o intuito de integrar os contributos da formação e em simultâneo as políticas de saúde de acordo com o local onde exercemos funções.

Podemos em análise referenciar que a relação e o somatório das competências permitem-nos com maior facilidade e eficiência realizar com sucesso na nossa praxis tudo o que diz respeito a esta competência.

Todas as competências no seu todo são mais importantes do que cada uma delas individualmente, uma vez que todas elas estão intrinsecamente relacionadas, e têm de ser refletidas solidamente no contexto profissional.

Em suma, através da reflexão que realizamos ao longo deste capítulo consideramos que adquirimos todas as competências descritas na sua íntegra, tendo sido excelentes contributos os vários momentos de aprendizagem em contexto académico e o conhecimento experiencial de quase 17 anos, todos eles cruciais para a aquisição de conhecimento científico, de modo a desenvolver a Enfermagem como ciência baseada na evidência.

De seguida, passamos a apresentar a conclusão deste relatório, onde fazemos um resumo dos aspetos significativos, análise dos objetivos traçados, avaliação de todo o percurso, perfazendo uma reflexão sobre os aspetos facilitadores e constrangedores, colmatando com sugestões e limitações.

5. Conclusão

Neste capítulo fazemos a síntese deste relatório, onde de uma forma cronológica identificamos os aspetos significativos do mesmo, realizamos uma avaliação de todo o caminho percorrido até aqui, completando com uma crítica dos objetivos definidos anteriormente na introdução, fazendo uma reflexão sobre os aspetos facilitadores e constrangedores, bem como sugestões para que no futuro profissional consigamos superar melhor os obstáculos.

Gostaríamos em primeiro lugar de salientar que o Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica é uma etapa muito gratificante para um estudante Enfermeiro, é uma meta a alcançar. Durante todo este percurso de aprendizagem, o tempo nem sempre se mostrou facilitador, uma vez que pela sua extensão se demonstrou bastante exaustivo, mas por outro lado funcionou como facilitador, porque nos permitiu usufruir de inúmeros momentos de reflexão, de enriquecimento pessoal e profissional, essenciais para uma aprendizagem de excelência e como consequência para atingir na sua totalidade os objetivos delineados, de modo a adquirirmos as competências necessárias para a atribuição do título de mestre.

Com a apresentação do **Enquadramento Concetual**, pretendemos que o mesmo fosse a base de todo o relatório, principalmente para o estágio desenvolvido na CCI e para o respetivo PIS, uma vez que são essenciais as bases científicas para a prática clínica. Assim sendo apresentamos o modelo de enfermagem que foi o nosso pilar, o Modelo de Levine que do nosso ponto de vista foi aplicável de forma clara e concisa no estágio desenvolvido, como enfermeiros a prestar cuidados a pessoas em situação crítica; ainda dentro deste capítulo, abordámos a Enfermagem enquanto disciplina e Profissão; seguiu-se a apresentação do Modelo de Conservação de Levine; e de seguida delimitámos A Qualidade em Enfermagem, onde de uma forma explícita definimo-la no contexto da saúde; posteriormente demos ênfase ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Pessoa em Situação Crítica e o Enfermeiro Mestre, em que procurámos definir o que concerne cada um deles em Portugal, de acordo com as definições e conceitos estipulados pela Ordem dos Enfermeiros e pela legislação em vigor. Por fim, realizámos uma breve Revisão Bibliográfica sobre ITU associadas à algaliação, que serviram de pilar ao Desenvolvimento do PIS.

Após o enquadramento concetual, apresentámos o **Projeto de Intervenção em Serviço: Prevenção e Controle de Infecção do Trato Urinário em contexto hospitalar**, onde explanámos de que modo desenvolvemos o nosso projeto, salientando os seguintes aspetos: Diagnóstico de Situação, Planeamento; Execução, Avaliação e Divulgação. Posteriormente realizámos a Análise das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, nomeadamente, do Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal; Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade; Domínio da Gestão dos Cuidados; e Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais, onde descrevemos como foram adquiridas, sendo esta a finalidade do PIS.

Através do **Projeto de Aprendizagem Clínica**, apresentámos as atividades delineadas e desenvolvidas, onde explanámos de que modo desenvolvemos o nosso projeto, salientando os seguintes aspetos: Diagnóstico de Situação, Planeamento; Execução, Avaliação e Divulgação.. Por fim, realizámos a Análise das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica Pessoa em Situação Crítica, nomeadamente, Cuida da Pessoa a Vivenciar Processos Complexos de Doença Crítica e/ou Falência Orgânica, Dinamiza a Resposta a Situações de Catástrofe ou Emergência Multivítima, da Conceção à Ação e Maximiza a Intervenção na Prevenção e Controlo da Infecção perante a Pessoa em Situação Crítica e ou Falência Orgânica, face à Complexidade da Situação e à Necessidade de Respostas em Tempo Útil e Adequadas.

Por último, mas não menos importante, apresentámos a **Análise das Competências de Mestre**, tendo realizado uma observação e reflexão de como foram desenvolvidas e por conseguinte adquiridas essas competências, nomeadamente, Competências Clínicas Específicas, Desenvolvimento Autónomo de Conhecimento e Competências, Desenvolvimento da tomada de decisão e raciocínio, Equipas de Desenvolvimento Multidisciplinar, Investigação para promoção da prática de enfermagem baseada na evidência e, Formação de Pares e Colaboradores. Consideramos que neste capítulo realizámos uma síntese ponderada da globalidade do percurso percorrido, para tal tornaram-se excelentes contributos o PIS e o PAC.

Na fase inicial deste relatório, foi definido o objetivo geral do mesmo: **Refletir sobre o desenvolvimento de competências de Mestre, adquiridas ao longo do caminho percorrido, durante o curso**. E sentimos também necessidade de definir objetivos

específicos: Fundamentar o relatório com enquadramento concetual sobre a Enfermagem Médico-Cirúrgica (especificamente, o Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica), da Teoria do Modelo de Conservação de Levine; Expôr o Projeto de Intervenção no Serviço, descrevendo o diagnóstico de situação, planeamento, execução e avaliação do mesmo; Expor o Projeto de Aprendizagem Clínica, descrevendo o diagnóstico de situação, planeamento, execução e avaliação do mesmo; e, Analisar as oportunidades de desenvolvimento e aprofundamento, das Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, e de Mestre, durante a realização do PIS e do PAC e ainda ao longo do percurso académico e profissional. Do nosso ponto de vista, consideramos que cumprimos na íntegra o objetivo geral e os objetivos específicos, visto que: expusemos o PIS, efetuando a análise crítica recorrendo à fundamentação teórica e resumindo o desenvolvimento de competências comuns de Enfermeiro Especialista; apresentámos o PAC, de forma semelhante, ou seja, produzindo uma análise crítica recorrendo à fundamentação teórica; e sintetizámos o desenvolvimento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica Cirúrgica - o Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica; e por último, examinámos reflexivamente as competências de Mestre.

Pretendemos desde já salientar, que no decorrer deste processo de aprendizagem, que se desenvolveu durante todo o curso, nomeadamente em contexto de sala de aula e durante os estágios, estiveram presentes aspetos não só Facilitadores como também Constrangedores, sobre os quais fazemos uma reflexão. Um dos aspetos facilitadores, foi a disponibilidade da orientadora académica, essencial para a construção do presente documento e dos orientadores de estágio, que permitiram chegar até aqui, percorrendo todo um caminho enriquecedor, difícil mas possível. Outro aspeto bastante facilitador é a facilidade com que nos deparamos hoje em dia, em dispormos em qualquer parte do mundo e a qualquer hora do dia das bases de dados científicas disponibilizadas pelo IPS, uma vez que sem essa tecnologia Virtual Private Network, seria mais dispendioso acedermos a toda a informação, visto termos de investir dinheiro e tempo em deslocações para o espaço da ESS.

Em relação aos aspetos constrangedores, estes estão diretamente relacionados com a gestão de tempo, à sobrecarga de trabalhos académicos, à dificuldade em conciliar a vida profissional (em que no decorrer do curso houve uma mudança enorme a nível profissional, passagem dos cuidados de saúde em contexto hospitalar para cuidados de saúde primários,

com novos horários, novas rotinas e integração nas várias valências), a vida pessoal (filhas, casa, entre outros), aulas e estágios (de referir que em vários dias foram realizadas horas nos dois locais de estágio, em horários distintos, por necessidade dos serviços), sendo que a gestão de prioridades tornou-se preponderante, para conseguirmos alcançar os objetivos traçados. A execução de variados trabalhos desenvolvidos ao longo do curso e em simultâneo ao longo deste relatório foram considerados por nós como aspetos constrangedores, devido à carga horária dispendida com a realização dos mesmos. Apesar de reconhecermos a importância em termos de aprendizagem formativa, acabámos por ter alguma dificuldade na gestão do tempo, podendo ter influenciado de alguma forma a execução deste relatório.

As sugestões prendem-se essencialmente com a atualização dos dados de ITU cedidos pela CCI, no início de 2014 e por uma monitorização a médio prazo dos cuidados de enfermagem e da equipa de assistentes operacionais, através das escalas de observação realizadas, para avaliar se existiram mudanças de comportamentos e até que ponto estas influenciam a taxa de ITU no serviço de Cirurgia e Especialidades Cirúrgicas.

Consideramos que percorremos um caminho que nos proporcionou inúmeros momentos de reflexão e que de uma forma direta funcionaram como excelentes contributos para a elaboração deste documento. Todos os aportes teóricos, os estágios, os trabalhos de grupo e individuais, as experiências pessoais e profissionais ao longo destes últimos meses foram bastante gratificantes e promotores de excelente aprendizagem, como foi sendo mencionado ao longo deste relatório. Através deste relatório desvendamos a pessoa que nos tornámos hoje, e que se refletirá nos dias consequentes. Com certeza apresentará erros, que nos serão lembrados como forma de reflexão e aprendizagem futura, com o intuito de não os repetirmos, uma vez que não poderão ser apagados serão certamente recordados.

Deste modo pretendemos fazer uma breve reflexão sobre o conceito da mudança, um dos compromissos que esteve sempre patente durante todo este percurso. A mudança pressupõe uma transformação, ou seja, alteração de um estado, deixar de ser a situação anterior para passar a ser outra, no nosso percurso foram muitas as razões que direta e indiretamente proporcionaram essa mudança, razões controláveis e planeadas e razões incontáveis e não planeadas, como fomos expondo ao longo deste relatório. No nosso caso acreditamos que mudámos para melhor, crescemos durante este processo, alterámos comportamentos, posturas, abrimos o nosso horizonte, ganhámos um outro olhar sobre as coisas que nos

rodeiam, um olhar crítico, baseado em evidências, de modo a fazermos melhor pela pessoa que necessita dos nossos cuidados, contribuindo para o seu bem não só quando estamos presentes mas ao longo das 24 horas.

Gostaríamos desde já salientar que no futuro é nossa pretensão, divulgar o presente relatório, no momento que se tornar oportuno, de modo a findarmos o processo de investigação, só assim será possível completar a etapa de transição em que nos encontramos hoje, ou seja o transitar de Enfermeiro Licenciado a Enfermeiro Especialista e Mestre.

Bibliografia

- ✓ AESOP - Associação Dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses – *Enfermagem Perioperatória: Da Filosofia à Prática de Cuidados*. 1ª Edição. Loures: Lusodidacta, 2006. ISBN: 972-8930-16-X.
- ✓ BARBIER, J. – *Elaboração de Projetos de Ação e Planificação*. 1ª Edição. Porto: Porto Editora, 1993. ISBN: 972-0-34106-08.
- ✓ BARDIN, L. – *Análise de Conteúdo*. 3ª Edição. Lisboa: Edições 70, Lda., 2004. ISBN: 972-44-1214-8.
- ✓ Comissão de Controlo da Infeção: Regulamento-tipo difundido por: ofício circular de nº 01996 da dspgq de 5/02/1997. Disponível em <http://www.dgs.pt/cci-regulamento.aspx> [Consultado a 08/12/2012].
- ✓ COSTA, A. et all. - Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde - Inquérito Nacional de Prevalência de Infecção: Relatório 2009. Disponível em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i012628.pdf> [Consultado a 17/12/2012].
- ✓ FORTIN, M. – *O Processo de Investigação - Da concepção à realização*. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda., 1999. ISBN: 972-8383-10-X.
- ✓ GOULD, C. et all. *Guideline for Prevention of Catheter – Associated Urinary Tract Infections*. HealthCare Infection Control - Practices Advisory Control Committee. 2009. Disponível em <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/cauti/cautiguide2009final.pdf> [Consultado a 22/02/2013].
- ✓ Grau de Mestre - Decreto-Lei 74/2006 de 24 de março http://www.fct.pt/apoios/bolsas/DL_74_2006.pdf (consultado a 14/12/2013). Dicionário da Língua Portuguesa – Porto Editora <http://www.infopedia.pt/lingua-portuguesa/mestre> [Consultado a 14/11/2013].
- ✓ Guia de Curso 1º Semestre, do 2º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Ano Letivo 2011/2012 – Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde, Departamento de Enfermagem.
- ✓ Guia Orientador dos Estágios 2º e 3º Semestres do 2º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica.
- ✓ Guia para a Elaboração de Normas de Trabalhos Científicos da ESS.

- ✓ HELBERG. Abordagem diagnóstica e terapêutica na infecção do trato urinário – ITU. Revista da Associação Médica Brasileira. Volume 49, Nº1 (Janeiro-Março 2003). Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302003000100043&script=sci_arttext [Consultado a 20/01/2012].
- ✓ http://portales.saude.sc.gov.br/arquivos/sala_de_leitura/saude_e_cidadania/ed_07/index.html (consultado a 27/03/2013).
- ✓ <http://www.hppcascais.pt/pt/Institucional/Paginas/DadoseFactos.aspx> (consultado a 05/01/2013).
- ✓ <http://www.infopedia.pt/lingua-portuguesa/epidemiologia> (consultado a 27/03/2013)
http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20124_2011_CompeticenciasEspecifEnfPessoaSituacaoCritica.pdf [Consultado a 25/11/2012].
- ✓ http://www.ulsm.min-saude.pt/ResourcesUser/Documentos/CCI/Programa_Nacional_Controlo_Infeccao.pdf (consultado a 27/03/2013).
- ✓ Instituto Nacional de Estatística (INE), 2007 – Estatísticas Demográficas. Disponível em www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui...att...n. [Consultado a 21/02/2013];
- ✓ LEITE, E.; *et al* - *Trabalho de Projecto: Aprender Por Projectos Centrados em Problemas*. 4ª Edição. Porto: Edições Afrontamento, 2001. ISBN: 972-36-0216-4;
- ✓ LEITE, E.; *et al* - *Trabalho de Projceto: Leituras Comentadas*. 3ª Edição. Porto: Edições Afrontamento, 1993. ISBN: 972-36-0238-5;
- ✓ LUCKMANN; SORENSEN - *Enfermagem Médico-Cirúrgica: uma abordagem psicofisiológica*. 4ª Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996. 2 Volumes. ISBN: 85-277-0346-7.
- ✓ MACHADO, A et all. - Prevenção da Infecção Hospitalar. Sociedade Brasileira de Infectologia. Associação Médico Brasileira e Conselho Federal de Medicina. (agosto 2001). Disponível em http://www.bibliomed.com.br/diretrizes/pdf/infeccao_hospitalar.pdf [Consultado a 22/02/2012].
- ✓ MARQUES, M. et all. - Aumento da Resistência Bacteriana no Controle de Infecção Urinária Adquirida na Comunidade. Sinopse de Urologia. Ano 9. Nº4 (2005). Disponível em http://uroepm.com.br/sinopsedeurologia/sinopse_uroepm_em_PDF/URO_2005_4.pdf [Consultado a 22/02/2012].

- ✓ MARTINS, J. - Investigação em Enfermagem: Alguns apontamentos sobre a dimensão ética. Pensar Enfermagem. Vol.12, Nº2 (2008). Pág. 62-66. Disponível em http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2008_12_2_62-66.pdf; [Consultado a 15/12/2012].
- ✓ MAZILI, P. – Como diagnosticar e tratar infecção do trato urinário. Revista Brasileira de Medicina. Volume 68. Nº12 (dezembro 2011). Disponível em http://webcache.googleusercontent.com/search?rlz=1T4ADFA_enPT406PT406&q=cache:U5tk7Iaa_EUJ:http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp%3Ffase%3Dr003%26id_materia%3D4942%2BPaulo+Marcos+Longuini+Mazili+infec%C3%A7%C3%A3o+urin%C3%A1ria&gs_l=hp...0.0.5.35180.....0.euMjRE1Ag18&hl=pt-PT&ct=clnk [Consultado a 18/02/2013].
- ✓ MAZZO, A. et all. – Cateterismo Urinário: Facilidades e dificuldades relacionadas à sua padronização. Texto e Contexto – Enfermagem. Volume 20. Nº2 (Abril-Junho 2011). Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072011000200016&script=sci_arttext [Consultado a 18/02/2013].
- ✓ NUNES, L. – Metodologia de Projecto: Coletânea Descritiva de Etapas. Percursos. Nº15 (Janeiro-Março 2010). Disponível em http://web.ess.ips.pt/percursos/per_num_15.html; [Consultado a 15/01/2013].
- ✓ Ordem dos Enfermeiros. Investigação em Enfermagem: Tomada de Posição. Lisboa: 26 de abril de 2006 http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf [Consultado a 30/11/2013].
- ✓ Ordem dos Enfermeiros: Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (fevereiro 2011). Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Paginas/RegulamentoCompetenciasComunsEspecificas.aspx> [Consultado a 25/11/2012].
- ✓ Ordem dos Enfermeiros: Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situaçom Crítica (maio 2010). Disponível em
- ✓ Ordem dos Enfermeiros: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem-Enquadramento conceptual Enunciados Descritivos. (2001) <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf> [Consultado a 12/11/2013].
- ✓ Ordem dos Enfermeiros: Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situaçom Crítica, (2010)

http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica_aprovadoAG20Nov2010.pdf [Consultado a 09/11/2013].

✓ Ordem dos Enfermeiros: Regulamento n.º 122/2011-Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista) http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122_2011_CompetenciasComunsEnfEspecialista.pdf [Consultado a 09/11/2013].

Outras Referências

✓ PINA, E. et al – Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. *Revista portuguesa de saúde pública*. Volume 10 (setembro 2010). Disponível em <http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2010/pdf/volume-tematico-seguranca-do-doente/4-Infecoes%20associadas%20aos%20cuidados%20de%20saude%20e%20seguranca%20do%20doente.pdf> [Consultado a 18/02/2013].

✓ Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Disponível em <http://pns.dgs.pt/pns-2012-2016/> [Consultado a 15/12/2012].

✓ Portal da Saúde, 2013. Vigilância em Saúde Pública. Disponível em http://portales.saude.sc.gov.br/arquivos/sala_de_leitura/saude_e_cidadania/ed_07/index.html [Consultado a 18/03/2013].

✓ Programa Nacional de Controlo de Infecção - *Recomendações para a Prevenção da Infecção do Trato Urinário – Algaliação de Curta Duração*. 2004. Disponível em <http://www.umcci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/RecPrevInfTratoUrinario.pdf> [Consultado a 15/12/2012].

✓ Programa Nacional de Controlo Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde: *Manual de Operacionalização*. fevereiro 2008. Disponível em http://www.arslvt.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/SPublica/Controlo%20Infeccao/SP_ManualdeOperacionalizacao.pdf [Consultado a 15/12/2012].

✓ Programa Nacional de Controlo Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde - *Prevenção de Infecções Adquiridas no hospital: Um Guia Prático*. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. 2ª Edição. 2002. Disponível em http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd49/man_oms.pdf [Consultado a 15/12/2012].

✓ Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde – *Ministério da Saúde (D.G.S)*. março 2007. Disponível em <http://www.ulsm.min->

saude.pt/ResourcesUser/Documents/CCI/Programa_Nacional_Controlo_Infeccao.pdf

[Consultado a 21/02/2013].

✓ Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde - *Inquérito de Prevalência de Infecção: Protocolo 2009*. Disponível em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i010691.pdf> [Consultado a 17/12/2012].

Referências Eletrónicas

✓ Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20124_2011_CompetenciasEspecifEnfPessoaSituacaoCritica.pdf [Consultado a 15/01/2013].

✓ REPE: Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro, Lei n.º 161/96, de 4 de setembro, Alterações introduzida pelo Decreto-lei n.º 104/98 de 21 de abril) <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoEnfermagem/REPE.pdf> [Consultado a 09/11/2013].

✓ REPE: Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (2012): http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/REPE_VF.pdf [Consultado a 09/11/2013].

✓ ROTHROCK, J. - *Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico*. 13ª Edição. Loures: Lusodidacta, 2008. ISBN: 978-989-8075-07-9.

✓ SILVA, P. et all, 2009:1- Principais Factores de Risco para Infecção do Trato Urinário (ITU) em Pacientes Hospitalizados: Proposta de Melhorias. *Enfermeria Global*. Nº15 (fevereiro 2009) http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n15/pt_clinica3.pdf [Consultado a 15/01/2013].

✓ SOUZA, N. et all. Infecção do Trato Urinário Relacionada com a Utilização de Catéter Vesical de Demora: Resultados da Bacteriúria e da Microbiota Estudadas 2007. *Revista Coluna Brasileira*. Volume 35. Nº1 (Janeiro-Febrero 2008). Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v35n1/v35n1a08.pdf> [Consultado a 05/03/2012].

✓ TOMEY, A. et all. Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra - *Modelos e Teorias de Enfermagem*. Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda., 2004. 5ª Edição. ISBN: 972-8383-74-6.

Apêndices

Apêndice 1: O Artigo

PREVENÇÃO E CONTROLE DA INFEÇÃO DO TRATO URINÁRIO EM CONTEXTO HOSPITALAR: PARA UM MELHOR CUIDAR

Sónia Palmela¹, Alice Ruivo²

RESUMO: Centrada na metodologia de projeto, num âmbito de aprendizagem, identificámos uma elevada taxa de incidência de infeções urinárias em doentes internados no serviço de Cirurgia e Especialidades Cirúrgicas. Em contexto de estágio, foi desenvolvido um Projeto de Intervenção no Serviço (PIS), numa Comissão de Controlo de Infeção (CCI), com o tema Prevenção e Controlo de Infeção do Trato Urinário em Contexto Hospitalar e objetivo principal **Melhorar a qualidade da prestação de cuidados à pessoa com cateter urinário, no Serviço de Cirurgia e Especialidades Cirúrgicas de um Hospital.** Deste modo delineámos um projeto e à posteriori executámo-lo. Neste artigo expomos as diversas fases que o compõem: o Diagnóstico de Situação; Planeamento e Execução; e Avaliação. Com todo o trabalho realizado neste projeto, desenvolvemos competências na equipa de enfermagem e assistentes operacionais no âmbito da prestação de cuidados à pessoa com cateter urinário. Deste modo, conseguimos promover mudanças de comportamento em ambas as equipas, essenciais para um melhor cuidar.

Palavras-Chave: Pessoa em Situação Crítica; Prevenção e Controlo de Infeção; Qualidade de Cuidados; Metodologia Projeto.

ABSTRACT: Based on the methodology project in the learning context, we identified a high incidence of urinary tract infections in patients hospitalized in the Surgery and Surgical Specialties Service. In the context of intership, we developed an Intervention in Service Project, on the Infection Control Committee with the theme Prevention and Control of Infection Urinary Tract in Hospital Context and main objective Improve the quality of care to patients with urinary catheter, in the Department of Surgery and Surgical Specialties of a Hospital. Thus we outlined a project and post it executed. In this article, we explain the various stages as: the Diagnostics of Situation; Planning and Implementation; and Assesment. With all the work done in this project, we developed competencies in nursing assistants and operational team in the provision of care to patients with urinary catheter. Thus, we could promote behavioral change in both teams, essential for better care .

Key words: Person in Critical Care; Infection Prevention and Control; Quality of Care; Methodology Project.

¹Enfermeira na USF X, mestranda em Enfermagem Médico-Cirúrgica

²Professora Coordenadora na ESS/IPS, Professora Doutora

INTRODUÇÃO

Os progressos científicos e sociais ocorridos nos últimos séculos possibilitaram melhorar as condições de vida das populações, verificando-se uma diminuição das taxas de mortalidade e simultaneamente um aumento da esperança média de vida. Assim, os cuidados de saúde modernos permitiram ganhos de saúde que não se verificavam nos tempos passados, às novas gerações de doentes e aos seus familiares. Encontraram-se curas para situações que eram mencionadas como incuráveis e em simultâneo aumentou o tempo de sobrevivência associada a uma melhor qualidade de vida desde acerca de 50 anos. Mas com isto aumentaram os riscos associados aos cuidados de saúde, sendo o da infeção um dos considerados mais importantes (Pina et al, 2010: 27).

Os enfermeiros no serviço de Cirurgia e especialidades cirúrgicas, prestam cuidados num ambiente complexo, a pessoas em situação crítica, a maioria do foro cirúrgico, deste modo têm necessidades específicas que devem ser maximizadas. Deste modo é imperativa a preparação adequada da equipa de enfermagem e por conseguinte da equipa de assistentes operacionais, para que espelhem na sua prática cuidados de excelência adaptados à sua realidade. Tendo em conta todas as vertentes dos cuidados de enfermagem, em qualquer área de prestação dos mesmos é da nossa responsabilidade termos sempre como principal premissa a “*qualidade*”.

A Qualidade em Saúde (QeS) tem sido a cada dia que passa um dos temas mais debatidos na área da enfermagem, uma vez que é com esse objetivo que devemos espelhar a nossa *praxis*. Numa perspetiva de produção de Qualidade em Saúde, são definidos ciclos de melhoria contínua da qualidade em que se pretende a “*identificação sistemática de problemas e oportunidades com o objetivo de os solucionar ou melhorar, estabelecer padrões desejáveis e realistas, identificar e atuar sobre os pontos críticos, planear e implementar as mudanças, monitorizar e avaliar. Estes processos devem ser multidisciplinares, não punitivos e da iniciativa dos profissionais e estarem associados a planos de desenvolvimento profissional e das instituições*” (Plano Nacional de Saúde, 2012-2016:4).

A Infeção Associada aos Cuidados de Saúde é tão antiga, como a origem dos hospitais. As técnicas assépticas rudimentares e o controlo de infeção foram descritos pela primeira vez no ano de 450 A.C. (Rothrock, 2008). Florence Nightingale, a progenitora da Enfermagem moderna, em 1863, descreveu uma série de cuidados e estratégias com o intuito de reduzir o

risco de infecção hospitalar (Rothrock, 2008). No século XX desenvolveram-se “os primeiros contornos da prevenção e controlo da infecção hospitalar, fundamentais ao pensamento moderno sobre a prestação de cuidados” (PNPC da IACS 2007:5), surgindo deste modo a preocupação com a infecção hospitalar. As IACS são definidas como “uma infecção 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” (PNPC IACS, 2007:4). Atingem principalmente as vias urinárias, o local cirúrgico, as vias respiratórias e a corrente sanguínea (PNCI, 2009). No Estudo Nacional de Prevalência de 2009, a infecção urinária foi identificada como a infecção nosocomial mais frequente (24%), 80% destes episódios está relacionado com a cateterização vesical (Pina et al, 2010).

De todas as infecções hospitalares, a Infecção do Trato Urinário (ITU) é a mais frequentemente associada a procedimentos invasivos, mas a mais prevenível, justificando-se os esforços para o seu controlo (Souza et al, 2007). Estima-se que, aplicando as medidas de controlo de infecção adequadas, se possam evitar por ano entre 17% a 69 % das infecções urinárias o que representa 380.000 infecções e 9.000 óbitos (Gould et al, 2009: 29).

Tendo em consideração a alta incidência e significância das ITU “medidas preventivas devem ser adotadas com o objetivo de reduzir complicações e custos subsequentes, uma vez que, as atuais políticas administrativas visam à obtenção da melhor qualidade na assistência com a maior redução dos gastos na prestação dos serviços” (Souza et al, 2007:726).

Com base no supracitado, consideramos que as vantagens das medidas preventivas vão levar a uma diminuição da taxa de ITU em contexto hospital.

DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

O diagnóstico de situação corresponde à primeira etapa do projeto, que visa a elaboração de um mapa cognitivo sobre a situação-problema identificada, é uma etapa dinâmica “no qual a caracterização da situação é contínua, permanente e com actualizações constantes, (...) é um processo contínuo, (...) parte-se de um ponto aperfeiçoado, com intuito de ter em atenção as alterações na realidade, nas instituições de saúde e respetivos serviços” (Nunes et al, 2010:10). Torna-se essencial fundamentar e aprofundar o diagnóstico de situação, para se proceder à identificação dos problemas e à posteriori determinar as necessidades, de acordo com o identificado.

Após identificar um problema real, este instituirá o nosso diagnóstico de situação, a partir do qual desenharemos as próximas fases deste projeto (Nunes et al, 2010), dispondos dar resposta adequada ao problema identificado, contribuindo assim para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados na área supracitada, a pessoas com cateter urinário.

O nosso estágio decorreu na CCI, e, como tal, tivemos necessidade de conhecer as especificidades do nosso local de trabalho, procurando conhecer os problemas atuais. Reunimo-nos então com o Enfermeiro Coordenador da CCI, e através de uma entrevista semiestruturada, chegámos ao nosso problema. O problema identificado foi **a elevada taxa de incidência de infeções urinárias em doentes internados no serviço de cirurgia e especialidades cirúrgicas**, uma vez que as infeções urinárias se encontravam no topo da lista, nomeadamente em doentes internados neste serviço, porque segundo a CCI é um dos serviços onde a incidência e prevalência de ITU é maior.

Para a análise do nosso problema, existem inúmeros métodos ao alcance de quem recorre à metodologia de projeto, como as observações, as entrevistas não estruturadas ou semiestruturadas, os questionários semiestruturados, o material de registo, entre outros (Fortin, 1999). Quando se optam por determinados métodos em detrimento de outros, tem de se ter o cuidado que os métodos utilizados têm de ser adaptados ao problema, por isso a importância de termos refletido numa primeira instância acerca da temática e à posteriori escolhemos as ferramentas. As ferramentas escolhidas foram:

- Observação dos registos de enfermagem nos processos clínicos nas pessoas com dispositivo urinário, através da grelha de observação no período de 26 a 29 de novembro de 2012;
 - Observação sistematizada das práticas, ou seja, da prestação de cuidados à pessoa com cateter urinário, pela equipa de enfermagem e de assistentes operacionais, através de grelhas de observação no período de 7 a 10 de dezembro;
 - Questionário à equipa de enfermagem e à equipa de assistentes operacionais, para avaliação de conhecimentos das práticas recomendadas na prestação de cuidados à pessoa com cateter urinário;
 - Análise SWOT.

A observação foi a ferramenta mais utilizada uma vez que "*pode-se observar os comportamentos diretamente, podendo ser registado a sua frequência, duração, intensidade e condições de ocorrência*" (Nunes et al, 2010:13). Quando os investigadores estão interessados em estudar o comportamento das pessoas uma das formas de o conseguir é através da observação direta dos comportamentos dos sujeitos , num determinado período de tempo ou numa frequência determinada, pode funcionar como um método complementar de colheita de dados (Fortin 1999). Para a realização de todas as observações recorremos a listas de verificação, foi o método considerado mais pertinente, uma vez que "*permite anotar de forma mais sistemática a presença ou ausência de um dado comportamento ou de um acontecimento (...) [onde se encontram indicadas] as unidades de comportamento a observar*" (Fortin, 1999:244).

Verificámos a necessidade de determinar os critérios de inclusão na amostra. Assim considerámos que os enfermeiros e assistentes operacionais que poderiam fazer parte deste estudo seriam os profissionais que prestaram cuidados de higiene na cama à pessoa com cateter urinário de 7 a 10 de dezembro de 2012, sendo assim uma amostra aleatória. Deste modo, observámos 20 profissionais (9 enfermeiros e 11 assistentes operacionais). Não foi tida em consideração a sua formação teórica, experiência prática e/ou anos de serviço. Em relação à Inserção da algália, não foi possível observar esta técnica, durante o período de 7 a 10 de dezembro de 2012, mas em relação à Remoção da algália (também neste período) foi possível observar 9 enfermeiros a realizá-la.

As observações dos cuidados de higiene na cama à pessoa com cateter urinário, pelos enfermeiros e assistentes operacionais ocorreram nas duas alas do serviço de cirurgia e especialidades cirúrgicas nos turnos da manhã, assim como as observações da remoção do cateter urinário realizada pelos enfermeiros. Os registos foram efetuados em papel na grelha de observação da prestação de cuidados de higiene na cama à pessoa com cateter urinário e na grelha de observação da remoção do cateter urinário, solicitando sempre a colaboração e o consentimento dos profissionais e da pessoa cuidada para a realização das mesmas.

Os dados foram transcritos para Microsoft Excel® todas as observações de modo a que através de gráficos e tabelas conseguíssemos encontrar as incidências das respostas dadas consoante o que se pretendia observar.

O recurso aos questionários possibilitou dar liberdade ao utilizador para redigir as questões de acordo com a temática. Pretendemos envolver a equipa neste projeto e em uníssono confrontar a prática com os conhecimentos das equipas. A escolha do questionário, prendeu-se com a necessidade de encontrar respostas para os objetivos definidos previamente, ou seja, realizar o cruzamento de dados entre o observado da prática/referências de cuidados e conhecimentos de ambas as equipas de profissionais face ao estudo em questão. Em relação ao tratamento de dados dos questionários respondidos por parte da equipa de enfermagem e equipa de assistentes operacionais, realizamos a passagem de todas as respostas para Microsoft Excel®, também se construíram tabelas e gráficos a fim de se dar continuidade à análise dos dados.

Foram aplicados questionários a todos os enfermeiros e assistentes operacionais, as taxas de resposta foram de 71% de enfermeiros e 59% de assistentes (27 enfermeiros e 17 assistentes operacionais).

A utilização da SWOT como ferramenta diagnóstica, permitiu que tivéssemos a perceção das forças e fraquezas que poderiam influenciar o projeto e de que forma poderiam interferir na sua implementação. A SWOT, *“é uma das técnicas mais utilizada na investigação social, quer na elaboração de diagnósticos, quer em análise organizacional”* (Nunes et al 2010: 14). Através da sua elaboração podemos concluir que os Fatores Positivos são superiores aos Fatores Negativos, tendo em consideração o ambiente interno, e em relação ao ambiente externo os Fatores Positivos são o mesmo número dos Fatores Negativos, mas pensamos que no contexto atual os Fatores Positivos (Oportunidades) terão a força suficiente para superar os Fatores Negativos (as Ameaças). No conjunto os Fatores Positivos são superiores aos Fatores Negativos. Apesar de um dos riscos identificados ser a não facilitação do horário da equipa para assistir à formação e por conseguinte a fraca adesão dos profissionais à formação. Mas a identificação dos riscos, é possível identificarmos os constrangimentos do projeto, planeando as atividades de modo a que seja possível contorná-los.

A análise dos resultados dos dados recolhidos através da aplicação das ferramentas de diagnóstico, possibilitou afirmar que ambas as equipas não estavam a prestar cuidados de acordo com as normas e procedimentos recomendados no hospital, na prestação de cuidados à pessoa com catéter urinário. Verificamos também que muitos dos profissionais desconheciam as normativas implementadas, outros referiram conhecê-las mas na prática não

as estavam a aplicar (como foi observado). A observação das práticas facultava a análise dos fatores que direta ou indiretamente originam o problema, tornando mais fácil adotar medidas corretivas e preventivas, de acordo com o contexto, de forma a minimizar ou cessar o problema, contribuindo para aumentar a qualidade dos cuidados prestados.

Identificado o problema e efetuado o diagnóstico de situação, a etapa seguinte consistiu na definição dos objetivos, que pretendem responder ao problema identificado, ou seja, Mão de Ferro (1999) citado por Nunes et al (2010:18) refere que *“os objetivos apontam os resultados que se pretende alcançar, podendo incluir diferentes níveis que vão desde o geral ao mais específico (...) define objetivos gerais como enunciados de intenções que descrevem os resultados esperados (...), os objetivos específicos são indicadores de conhecimentos e aptidões que os formandos devem adquirir ao longo do seu processo formativo”*.

O objetivo geral é **Melhorar a qualidade da prestação de cuidados à pessoa com cateter urinário, no Serviço de Cirurgia e Especialidades Cirúrgicas de um Hospital** e os objetivos específicos são:

- Realizar formação à equipa de enfermagem sobre a Norma de Inserção e Manutenção do Catéter Urinário de Curta Duração e Remoção da Algália (Adulto) e do Procedimento- Infecção Urinária Associada ao Catéter Vesical de Curta Duração no serviço de Cirurgia e Especialidades Cirúrgicas;
- Realizar formação à equipa de assistentes operacionais sobre a Norma de Manutenção do Catéter Urinário de Curta Duração (Adulto) e do Procedimento- Infecção Urinária Associada ao Catéter Vesical de Curta Duração; no serviço de Cirurgia e Especialidades Cirúrgicas;
- Planear a Monitorização do processo com o coordenador do serviço da CCI.

De seguida, apresentamos o Planeamento do Projeto.

PLANEAMENTO E EXECUÇÃO

No Planeamento elabora-se um plano pormenorizado do projeto, procede-se ao levantamento dos recursos, das limitações do próprio projeto, definem-se as atividades que se pretendem

desenvolver, assim como as técnicas e os métodos de pesquisa, fazendo-se acompanhar do cronograma (Nunes et al, 2010:20). Para dar resposta aos objetivos definidos anteriormente, foram projetadas atividades/estratégias, com o intuito de realizar formação à equipa de enfermagem e assistentes operacionais.

Na Execução é colocado em prática tudo o que foi planeado, é uma fase bastante significativa, para quem realiza o projeto, porque permite “*a realização das suas vontades e necessidades através das ações planeadas*” (Nunes et al, 2010:23). Nesta fase procuraram-se dados através do contacto com a realidade envolvente e em simultâneo pesquisaram-se informações e documentos que contribuíram para solucionar o problema inicialmente identificado.

Em relação ao **Objetivo 1 - Realização de formação à equipa de enfermagem sobre a Norma de Inserção e Manutenção do Catéter Urinário de Curta Duração e Remoção da Algália (Adulto) e do Procedimento- Infecção Urinária Associada ao Catéter Vesical de Curta Duração no serviço de Cirurgia e Especialidades Ciúrgicas**, foram executadas as quatro atividades previstas: Realização de pesquisa bibliográfica na área da formação em serviço, Elaboração dos conteúdos da sessão de formação a realizar à equipa de enfermagem do serviço de Cirurgia e Especialidades Cirúrgicas, Divulgação do dia da sessão de formação a realizar à equipa de enfermagem e Realização do plano de sessão de formação.

Em relação ao **Objetivo 2 - Realização de formação à equipa de assistentes operacionais sobre a Norma de Manutenção do Cateter Urinário de Curta Duração (Adulto) e do Procedimento - Infecção Urinária Associada ao Cateter Vesical de Curta Duração; no serviço de Cirurgia e Especialidades Cirúrgicas**, foram delineadas as mesmas quatro atividades do objetivo anterior, sendo a sua execução adaptada à equipa de assistentes operacionais.

Em relação ao **Objetivo 3 - Realização do Planeamento da Monitorização do Processo com o Coordenador do serviço da CCI**, foi delineada uma atividade, a Realização de auditorias internas no serviço em estudo, através do serviço da CCI, para saber se a incidência de ITU associadas ao cateter urinário no serviço em questão se encontra a diminuir.

De seguida, apresentamos a avaliação deste projeto.

AVALIAÇÃO

Não seria pertinente estar a realizar formação sem fazer uma avaliação se se verificaram ou não mudanças de comportamentos das equipas de enfermagem e de assistentes operacionais na área em estudo. Para que possam existir mudanças de comportamentos tem de se dar tempo às pessoas para interiorizarem as aprendizagens e posteriormente aplicá-las na prática. Desta forma, optámos por realizar uma avaliação em outubro de 2013 durante 8 horas, ou seja, passados 3 meses da formação. Realizámos as observações dos registos de enfermagem do processo clínico das pessoas algaliadas e observação da prestação de cuidados à pessoa acamada com cateter urinário. Recorremos novamente às ferramentas elaboradas, nomeadamente à grelha de observação de registos de enfermagem do processo clínico das pessoas algaliadas e à grelha de observação de prestação de cuidados à pessoa acamada com cateter urinário. De uma forma sucinta referimos as mudanças de comportamentos mais significativas:

- ✓ O registo da data prevista para a remoção/ substituição da algália passou de 19% para 40%, o dos sinais e suspeitas de infeção (carateristicas da urina) de 14% passou para 50%.
- ✓ Das práticas dos cuidados de higiene na cama à pessoa com cateter urinário: em relação à higienização/descontaminação das mãos antes e após da realização dos cuidados de higiene à pessoa aumentou para 60% pelos enfermeiros e aumentou para 40% pelos assistentes operacionais; 30% dos enfermeiros e 20% dos assistentes operacionais já realizam a higiene do meato urinário, região peri-uretral e do cateter com soro fisiológico.
- ✓ Foram observadas 2 remoções de algália a totalidade dos enfermeiros realizaram a higiene do meato urinário e da região peri-uretral antes e depois da desalgaliação com soro fisiológico, o que anteriormente nunca se constatou.
- ✓ Não foi presenciada nenhuma observação dos despejos do saco de drenagem, nem nenhuma algaliação.

No início do mês de outubro, recorremos novamente aos dados cedidos pela CCI, onde foi possível constatar que houve uma diminuição significativa de infeções urinárias no mês de setembro, a taxa de incidência diminuiu 0,8%. A avaliação anual das taxas de infeção a nível

hospitalar é realizada no início do ano, com o apoio do enfermeiro responsável pelo serviço da CCI, seguida de auditorias internas. Esperamos que num futuro próximo, através dessa avaliação, sejam produzidos dados de evidência no serviço, disponíveis para consulta, que revelem a eficácia da formação realizada.

De seguida, apresentamos a Conclusão.

CONCLUSÃO

A formação foi uma estratégia bem utilizada para a concretização do projeto, porque se verificaram resultados a nível de aquisição de novas competências, na mudança de comportamentos e para a própria organização. Consideramos que esta equipa de profissionais começa a evidenciar comportamentos sugestivos de uma formação com êxito.

O importante é que a equipa continue motivada, de modo a desenvolver uma cultura de segurança, refletindo sobre o cumprimento das normas e procedimentos da instituição ou sobre a consequência do não cumprimento dos mesmos, tentando extrair das experiências vividas aprendizagens futuras.

Assumir falhas nem sempre é “tarefa” fácil, mudar comportamentos idem, mas necessitamos de manter a supervisão da equipa, investindo tempo na partilha de experiências e por conseguinte na reflexão sobre os cuidados prestados à pessoa, deste modo poderemos caminhar na construção de uma cultura de segurança baseada na aprendizagem.

BIBLIOGRAFIA

- ✓ FORTIN, M. – O Processo de Investigação - *Da concepção à realização*. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda., 1999. ISBN: 972-8383-10-X.
- ✓ GOULD, C. et all. Guideline for Prevention of Catheter – Associated Urinary Tract Infections. HealthCare Infection Control - Practices Advisory Control Committee. 2009. Disponível em <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/cauti/cautiguide2009final.pdf> [Consultado a 22/02/2013].

- ✓ NUNES, L. – Metodologia de Projecto: Coletânea Descritiva de Etapas. Percursos. Nº15 (Janeiro-Março 2010). Disponível em http://web.ess.ips.pt/percursos/per_num_15.html; [Consultado a 15/01/2013].
- ✓ PINA, E. et al, – Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. Revista portuguesa de saúde pública. Volume 10 (setembro 2010). Disponível em <http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2010/pdf/volume-tematico-seguranca-do-doente/4-Infecoes%20associadas%20aos%20cuidados%20de%20saude%20e%20seguranca%20do%20doente.pdf> [Consultado a 18/02/2013].
- ✓ Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Disponível em <http://pns.dgs.pt/pns-2012-2016/> [Consultado a 15/12/2012];
- ✓ Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde – *Ministério da Saúde (D.G.S)*. março 2007. Disponível em http://www.ulsm.min-saude.pt/ResourcesUser/Documentos/CCI/Programa_Nacional_Controlo_Infeccao.pdf [Consultado a 21/02/2013].
- ✓ Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde - *Inquérito de Prevalência de Infecção: Protocolo 2009*. Disponível em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i010691.pdf> [Consultado a 17/12/2012].
- ✓ ROTHROCK, J. - *Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico*. 13ª Edição. Loures: Lusodidacta, 2008. ISBN: 978-989-8075-07-9.
- ✓ SOUZA, N. et all. Infecção do Trato Urinário Relacionada com a Utilização de Catéter Vesical de Demora: Resultados da Bacteriúria e da Microbiota Estudadas 2007. Revista Coluna Brasileira. Volume 35. Nº1 (Janeiro-Fevereiro 2008). Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v35n1/v35n1a08.pdf> [Consultado a 05/03/2012].

Apêndice 2: Ficha de Diagnóstico de Situação

Definição do Problema

Estudante: Sónia Rute da Silva Palmela
Instituição: HPP Hospital dos arredores de Lisboa
Serviço: CCI
Título do Projeto: Prevenção e Controle de Infecção do Trato Urinário em contexto hospitalar
Explicitação sumária da área de intervenção e das razões da escolha: A minha área de intervenção centra-se no Controlo de Infecção (CCI), direcionada para a vigilância epidemiológica de infeção do trato urinário (ITU), no Serviço de Cirurgia e Especialidades Cirúrgicas de um hospital dos arredores de Lisboa. A Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) é uma infeção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados (Direção Geral de Saúde - D.G.S, 2008). Segundo a D.G.S (2007) 30%-40% das infeções têm como veículo principal as mãos dos profissionais de saúde. A principal razão da escolha deste tema, prende-se com o facto de este ser um dos objetivos específicos do hospital para a CCI, no presente ano, onde se pretende intervir na redução progressiva das taxas de IACS identificadas (redução em 5%), ocorridas entre 1 de setembro de 2010 e 31 de agosto de 2011, sendo que a prevalência de ITU associadas ao uso de cateter vesical se encontra no topo da hierarquia. A <i>“ITU associada à cateterização vesical é a infeção nosocomial mais comum e representa cerca de 40% das infeções nosocomiais”</i> (D.G.S, 2007:4). Atuar com a finalidade de reduzir essa taxa, implica uma intervenção direta sobre os comportamentos, atitudes e métodos de trabalho individuais, deste modo, a supervisão dos cuidados e a implementação de medidas de sensibilização, educação e correção dos procedimentos será a base do trabalho.
Diagnóstico de situação
<u>Definição geral do problema</u> Esta etapa é devesas importante, porque permite identificar o problema, tendo como bases a sua qualidade e pertinência. Assim sendo, é uma preocupação, que o mesmo obedeça a diversos parâmetros, nomeadamente ser real e relevante para a prática, reunindo condições para o estudo e estar formulado de uma forma clara por outros investigadores (Almeida e Freire(2007), citados por Nunes (2010)). As IACS estão na origem da atividade das CCI, representam um enorme desafio para as

mesmas, mas são o principal problema a ser solucionado. Deste modo e tendo em consideração que a prevalência das Infecções Urinárias Associadas ao uso de Cateter Vesical, é a mais elevada no hospital, é sobre as mesmas que iremos focar a atenção.

O problema consiste na elevada taxa de incidência de infeções urinárias associadas ao uso de cateter urinário, nomeadamente em doentes internados no serviço de cirurgia e especialidades cirúrgicas.

Análise do problema

A contextualização do problema é sustentada por uma justificação que se baseia nas necessidades, em primeira instância. Nas necessidades da instituição e diretamente relacionadas com as necessidades da pessoa a quem são prestados cuidados, a fim de se atuar de modo a que se promova uma cultura de boas práticas e por sua vez melhorar a qualidade dos cuidados prestados, ou seja, para que através das ações desenvolvidas se possa no futuro identificar “*a magnitude da diferença entre o estado atual e o desejado*” (Tavares, 1990, citado por Nunes, 2010:11).

Para a realização do diagnóstico de situação, ou seja, para identificar as necessidades que estavam manifestas na CCI, recorreremos à entrevista parcialmente-estruturada ao Enfermeiro responsável pela CCI. No decurso da entrevista, emergiu como primeira necessidade do serviço, atuar na área das IACS, nomeadamente sobre as infeções urinárias associadas ao uso de cateter urinário, uma vez que foram identificadas como as de maior prevalência (e um dos objetivos principais do hospital prende-se com a redução em 5% das taxas de infeção). Tendo em conta este quadro e analisando de uma forma genérica, o desempenho solicitado será no sentido da redução dessas taxas. É primordial otimizar e uniformizar procedimentos, atitudes e práticas. Uma vez que já foram criados documentos de implementação obrigatória (normas e procedimentos para: prevenção e controlo de infeções e de inserção e manutenção do catéter urinário), será crucial validar (através de check-list de validação) se essa implementação está ou não a ser realizada, avaliar e intervir no terreno, divulgar e esclarecer procedimentos/boas práticas. Deste modo a prioridade é observar os cuidados prestados à pessoa com catéter urinário, confrontar as práticas realizadas com as práticas recomendadas para a prevenção da infeção do trato urinário, tendo como orientação as normas e procedimentos internos do hospital e o Programa Nacional de Controlo de Infeção. Com a ocorrência deste

problema não está apenas em questão a qualidade de cuidados de saúde prestados (aumenta o tempo de internamento da pessoa, a ausência do seu espaço e dos familiares/pessoas significativas, alterações de labilidade emocional, maior suscetibilidade a infeções nasocomiais, etc.); existem custos financeiros para o hospital/ aumento dos gastos associados aos cuidados hospitalares (ocupação de camas/ aumento do tempo de internamento, administração de terapêutica e exames complementares de diagnóstico, etc.) e está em risco a Acreditação no futuro por não se ter alcançado o objetivo da diminuição das taxas de infeção em 5%.

Para analisar este problema utilizámos a SWOT como ferramenta diagnóstica.

Através da elaboração da SWOT foi possível descrever as Fraquezas (Weaknesses), as Ameaças (Threats), as Forças (Strengths) e as Oportunidades (Opportunities), face ao problema identificado, o que permitiu também refletir e confrontar os fatores positivos e negativos, identificados em relação ao problema em questão (Santos, 2007, citado por Nunes, 2010).

Desta forma, através da SWOT, identificámos mais fatores positivos do que negativos, o que nos permite confiar que será viável a implementação e desenvolvimento do projeto proposto: uma vez que a equipa está motivada e o projeto permitirá o desenvolvimento de padrões de boa prática; temos de ter em atenções fatores negativos/dificuldades a ter em consideração, que são a rotatividade de pessoal e o risco de perda de motivação da equipa multidisciplinar.

Sendo a cobertura da CCI global ao nível do hospital, para a realização deste projeto tivemos de nos centrar apenas num serviço, especificamente no de cirurgia e especialidades cirúrgicas, porque segundo a CCI é um dos serviços onde a incidência e prevalência de ITU é maior. Este poderá servir de base para o trabalho, e futuramente ser aplicado nos restantes serviços em que se verifique o mesmo problema. Este serviço abrange 3 pisos distintos. No piso 2 funciona a consulta externa de cirurgia e de especialidades cirúrgicas, no piso 3 funciona o Hospital de dia cirúrgico e no piso 7 funciona o internamento, sendo neste que se vamos desenvolver o projeto.

No serviço de internamento existem diferentes especialidades cirúrgicas: Cirurgia Geral, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Urologia e Oftalmologia. O internamento tem 62 camas, das quais 60 se encontram ativas, as outras 2 encontram-se desativadas por

indicação da Administração do Hospital. Este serviço encontra-se dividido por 2 alas, a ala nascente que comporta 31 camas e na ala poente 29. A equipa de enfermagem é constituída por 38 enfermeiros, um é o enfermeiro coordenador, 2 são enfermeiros responsáveis (1 para cada ala). Método de trabalho é o método individual. A equipa de assistentes operacionais é composta por 29 elementos.

Iniciamos a verificação dos dados, com a realização de observação dos registos de enfermagem nos processos clínicos das pessoas algaliadas, acerca do procedimento da algaliação. Definimos como período de observação, de 26 a 29 de novembro de 2012, tendo sido realizadas 21 observações. Constatámos que em 100% dos registos está explícita a data de algaliação, só 19% dos enfermeiros referem a data prevista para a remoção/ substituição da algália, apenas 14% registaram as características da urina- O motivo de algaliação, as características da algália e o volume de água do balão nunca se encontram referenciados. Em síntese dos registos observados, pode-se concluir que estes se encontram incompletos. Realizámos a seguir, na semana de 7 a 10 de dezembro de 2012 também 20 observações não participantes (a 9 enfermeiros e 11 assistentes operacionais), das práticas dos cuidados de higiene na cama à pessoa com cateter urinário. Os principais resultados obtidos em relação à higienização/descontaminação das mãos antes da realização dos cuidados de higiene à pessoa indicam que os enfermeiros realizam em 44% e os assistentes operacionais em menor número (9%). Em relação à mudança de luvas para a realização da higiene genital, nenhum profissional de ambas as categorias o faz. A totalidade dos enfermeiros e assistentes operacionais não realiza a higiene do meato urinário e região peri-uretral à pessoa algaliada com soro fisiológico, e também nenhum profissional realizou a limpeza do cateter urinário com soro fisiológico. Nos cuidados com o saco de drenagem nenhum assistente operacional despeja o saco quando a meio da sua capacidade, nem em recipiente individual e limpo e não observámos nenhuma algália fixa à pessoa (homem ou mulher) como indica a norma. No mesmo período propusémo-nos ainda à observação: do procedimento de inserção de cateter urinário, mas nunca foi possível uma vez que, todas as pessoas internadas foram algaliadas no SUOu no bloco operatório. Em relação à remoção da algália, foram realizadas observações a 9 enfermeiros (24%). Os principais resultados obtidos revelaram que a higiene ou higienização/descontaminação das mãos antes da remoção da algália não foi realizada por nenhum enfermeiro, a totalidade dos

enfermeiros não realiza a higiene do meato urinário e da região peri-uretral nem antes, nem depois da desalgaliação com soro fisiológico.

Quisemos também aplicar um questionário à equipa de enfermagem e outro questionário aos assistentes operacionais, sobre as suas práticas de cuidados à pessoa com cateter urinário e os seus conhecimentos acerca da prevenção de ITU. Para tal, tivemos de pedir autorização para aplicação dos questionários ao conselho de administração? (Apêndice VII-Autorização da aplicação do questionário. As taxas de resposta aos questionários, foram de 71% para os enfermeiros e 59% para os assistentes operacionais.

Os principais resultados obtidos na equipa de enfermagem permitiram-nos constatar que apenas 33% conhecem a norma e 4% o procedimento dos cuidados para a prevenção de I.T.U, e 26% conhecem a norma e 4% o procedimento dos cuidados à pessoa com cateter urinário de curta duração. Apenas 55% faz a higiene do meato urinário da pessoa algaliada com soro fisiológico. Apenas 15% referiram fixar a algália (homem ou mulher) e destes só 50% fixa segundo a norma. Em relação aos cuidados com o saco de drenagem só 44% referiram a importância deste não ultrapassar o nível da bexiga. Em relação ao registo em notas de enfermagem quando realizada a técnica de cateterização vesical nenhum enfermeiro referiu a importância da caracterização da algália e apenas 22% referenciou que regista a data prevista de remoção/substituição da algália.

Os resultados mais relevantes obtidos na equipa de assistentes operacionais prendem-se com a realização da higiene da região perineal à pessoa, pois só 41% referem realizá-la quando a pessoa evacua. No caso da higiene do meato urinário à pessoa com cateter urinário, nenhum realiza com soro fisiológico. Em relação aos cuidados com o saco de drenagem nenhum profissional referiu que o despeja quando atinge metade da capacidade. 58% conhecem a norma e 29% o procedimento dos cuidados para a prevenção de I.T.U.

A análise das várias ferramentas (observação de registos, observação das práticas e questionários aos dois grupos profissionais) permitiram-nos identificar alguns fatores de risco para a incidência de ITU no serviço em questão: registos de enfermagem incompletos sobre o procedimento da algaliação à pessoa; a fraca adesão à higienização das mãos pelas duas categorias profissionais; a falta de conhecimentos dos enfermeiros e assistentes operacionais) da Norma sobre Inserção e Manutenção do Catéter Urinário de

Curta Duração e Remoção da Algália (Adulto) e do Procedimento- Infecção Urinária Associada ao Catéter Vesical de Curta Duração e cuidados de saúde que não privilegiam as boas práticas, a qualidade e a segurança da pessoa; a falta de conhecimentos dos assistentes operacionais da Norma sobre Manutenção do Catéter Urinário de Curta Duração (Adulto) e do Procedimento- Infecção Urinária Associada ao Catéter Vesical de Curta Duração.

Identificação dos problemas parcelares que compõem o problema geral

Analisando o problema, é possível proceder à identificação dos problemas parcelares, que são os seguintes:

- Necessidade pessoal de aprofundamento de conhecimentos sobre a temática-Prevenção e Controle de Infecção do Trato Urinário em contexto hospitalar;
- Necessidade de formar a equipa de enfermagem e de assistentes operacionais sobre a temática-Prevenção e Controle de Infecção do Trato Urinário em contexto hospitalar;
- Necessidade de divulgar as principais conclusões das observações: dos registos clínicosde enfermagem; e das praticas de cuidados da equipa de enfermagem e da equipa de assistentes operacionais;
- Necessidade de avaliar a curto-médio prazo se ocorreu mudança de comportamentos através das observações: dos registos clínicosde enfermagem; e das praticas de cuidados da equipa de enfermagem e da equipa de assistentes operacionais.

Determinação de prioridades

A minha prioridade será atuar de modo a: divulgar os resultados observados e aumentar os conhecimentos da equipa de enfermagem sobre a Norma de Inserção e Manutenção do Catéter Urinário de Curta Duração e Remoção da Algália (Adulto) e do Procedimento - Infecção Urinária Associada ao Catéter Vesical de Curta Duração; divulgar os resultados observados e aumentar os conhecimentos da equipa de assistentes operacionais sobre a Norma de Manutenção do Catéter Urinário de Curta Duração (Adulto) e do Procedimento- Infecção Urinária Associada ao Catéter Vesical de Curta Duração.

Objetivos

OBJETIVO GERAL

Melhorar a qualidade da prestação de cuidados à pessoa com cateter urinário, no Serviço

de Cirurgia e Especialidades Cirúrgicas;.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Realizar formação à equipa de enfermagem sobre a Norma sobre Inserção e Manutenção do Catéter Urinário de Curta Duração e Remoção da Algália (Adulto) e do Procedimento- Infecção Urinária Associada ao Catéter Vesical de Curta Duração no serviço de cirurgia e Especialidades Ciúrgicas;

Realizar formação à equipa de assistentes operacionais sobre a Norma sobre Manutenção do Catéter Urinário de Curta Duração (Adulto) e do Procedimento- Infecção Urinária Associada ao Catéter Vesical de Curta Duração; no serviço de cirurgia e Especialidades Ciúrgicas;

Planear monitorização do processo com o coordenador do serviço.

Bibliografia

Referências bibliográficas

DGS (Direção Geral de Saúde - D.G.S, 2008). Segundo a D.G.S (2007)

Outras Referências Eletrónicas

MATTOS, P. A entrevista não-estruturada como forma de conversação: razões e sugestões para sua análise. Rio de Janeiro 39 (4): 823-847, Jul./Ago.2005. [Consultado a 06-12-2012]. Disponível em http://cmapspublic.ihmc.us/rid=1HXT2LHJX-JPHT4Y-78M/MATTOS-Pesq.NA_oEstruturada2005.pdf

NUNES, L. (organização e revisão) – Metodologia de Projeto: Colectânea descritiva de etapas. Percursos. Nº15 (2010). [Consultado em 06-12-2012]. Disponível em http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf. ISSN: 1646-5067.

SANTOS, M. *etal*– *Texto de Apoio sobre: a análise SWOT e selecção de prioridades*. Évora. 2007. [Consultado a 06-10-2012]. Disponível em http://www.cisa-as.uevora.pt/download/textos/TextoApoio_SWOT_Prioridades_final.pdf

Data: 02/02/2013

Assinatura: Sónia Palmela

**Apêndice 3: Entrevista semiestruturada ao
Enfermeiro Especialista, Responsável pela CCI de
um Hospital dos arredores de Lisboa**

Entrevista semiestruturada ao Sr. Enfermeiro Especialista, responsável pela CCI de um Hospital dos arredores de Lisboa

Quais as necessidades imperativas do serviço, a fim de se desenvolverem projetos para dar resposta às mesmas?

As necessidades do serviço centram-se principalmente no controlo de infeções nasocomiais e temos como objetivo a redução das taxas de infeção em 5%, em que as infeções urinárias se encontram no topo da lista. Para tal necessitamos de fazer observação direta dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde que desempenham funções nessa área, nomeadamente os enfermeiros e os assistentes operacionais. O serviço de cirurgia é um dos serviços em que ocorrem mais infeções deste foro e pretendemos saber o porquê do sucedido.

Uma vez que o Hospital foi recentemente sujeito a um Processo de Acreditação pela Joint Commission, e têm de se realizar auditorias no sentido de melhorar a prestação de cuidados é extremamente necessário actuar nesta área.

Tendo em conta o que disse anteriormente, já existem no hospital procedimentos e/ou normas implementadas para orientação dos enfermeiros e assistentes operacionais no sentido de orientá-los para boas práticas nessa área?

Sim, existem, mas isso não significa que todos os profissionais estejam despertos ou tenham conhecimento da existência das mesmas. Pretendemos contribuir para que se prestem cuidados de enfermagem de excelência, com mais responsabilidade e profissionalismo, de modo a promovermos cuidados de qualidade. Mas para que tal aconteça precisamos de atuar nesse sentido, implica intervir diretamente sobre os comportamentos e métodos de trabalho individuais. Observar se a norma e o procedimento para a algaliação, manutenção e remoção de dispositivo urinário estão a ser respeitados na sua integridade, como é realizada a higiene perineal dos doentes com dispositivo urinário que se encontram acamados e em que a higiene é realizada por enfermeiro e assistentes operacionais. Só através da supervisão dos cuidados podemos perceber quais as falhas nesse âmbito e depois partir a posteriori para a sensibilização e formação dos profissionais.

Existe alguma check-list com a sistematização das observações a efetuar referente às normas e procedimentos implementados tendo em conta as recomendações para a prevenção da infeção do trato urinário?

Não temos check-list de observação, mas é uma boa sugestão a sua realização, porque se torna mais fácil para verificar se todos os passos da norma e procedimento são executados, e é mais difícil escapar a observação da sua execução ou não por parte do profissional na prestação de cuidados.

Então considera como uma necessidade do serviço a realização de um projeto na área da vigilância epidemiológica de infeção do trato urinário no serviço de cirurgia?

Sim, e depois quem sabe aproveitar o trabalho desenvolvido nesse serviço e aplicá-lo a outros. Nós (CCI) sabemos que uma taxa de zero infeções do trato urinário é uma utopia, porque existem mais causas associadas ao seu aparecimento apesar das práticas de algáliação, manutenção e remoção serem relevantes do ponto de vista da prevenção e controlo da ITU. Mas é nosso objetivo conseguir 100% de conformidades na execução das normas e procedimentos na colocação, manutenção e remoção de dispositivo urinário e na higiene perineal dos doentes com dispositivo urinário que se encontrem acamados. Para isso é necessário envolver e sensibilizar a equipa de enfermagem para atingirmos este objetivo, mas essa vai ser a tua função.

(Gabinete do Enfermeiro responsável pela CCI, dia 26 de novembro de 2012)

Apêndice 4: Descrição do Serviço, Departamento de Cirurgia e Especialidades Cirúrgicas

Departamento de Cirurgia e Especialidades Cirúrgicas

Este serviço abrange 3 pisos distintos, uma vez que tem 3 diferentes vertentes. No piso 2 funciona a consulta externa de cirurgia e de especialidades cirúrgicas; no piso 3 funciona o Hospital de dia cirúrgico; e no piso 7 funciona o internamento. É sobre este último que me vou debruçar, visto desenvolver o meu projeto neste serviço.

No serviço de internamento existem diferente especialidade cirúrgica, que passo a frisar: Cirurgia Geral, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Urologia e Oftalmologia. Cada uma destas especialidades tem atribuído um diretor, que depende hierarquicamente do diretor de departamento.

O serviço de cirurgia/internamento tem 62 camas, das quais 60 se encontram ativas, as outras 2 encontram-se desativadas por indicação da Administração do Hospital. Este serviço encontra-se dividido por 2 alas, a ala nascente que comporta 31 camas (14 quartos duplos e 3 individuais; em que um dos quartos individuais funciona para isolamento (quando indicação clínica); nesta ala permanecem doentes de todas as especialidades exceto a de ortopedia. Na ala poente existem 29 camas (13 quartos duplos e 3 individuais; em que um dos quartos individuais funciona para isolamento (quando indicação clínica), é nesta ala que ficam internados os doentes de ortopedia e caso exceção ou existência de vagas podem ser ocupadas por outras especialidades.

O serviço tem definido, Objetivos Gerais e Específicos. Estes consistem:

1. Contribuir para a eficiência económico-financeira, no âmbito da responsabilidade da Direção de Enfermagem:

1.1. Controlar custos com Recursos Humanos;

1.2. Controlar custos com os consumíveis;

1.3. Controlar custos com os consumíveis farmacêuticos;

1.4. Gestão de camas/altas.

2. Promover a prestação de cuidados de saúde no hospital, de forma humanística, sistémica e sistemática, de acordo com o referencial da Direção de Enfermagem:

2.1. Contribuir para a segurança do doente no percurso do Departamento de Cirurgia e Especialidades Cirúrgicas (DCEC);

2.2. Avaliar risco de queda a todos os doentes internados no DCEC;

2.3. Assegurar continuidade de cuidados pós alta;

2.4. Assegurar registos de qualidade que evidenciem a prestação de cuidados de enfermagem de excelência ao doente e família;

2.5. Promover a avaliação de risco de úlcera de pressão nos doentes no DCEC, de acordo com o preconizado na instituição;

2.6. Diminuir o número de úlceras de pressão nos doentes do DCEC;

2.7. Diminuir taxas de cancelamento de cirurgias;

2.7. Diminuir tempos (taxas) de internamento;

2.8. Articular e desenvolver trabalho de parceria com outros profissionais;

2.9. Promover a avaliação e monitorização do risco de quedas;

2.10. Manter canais de comunicação eficaz com os centros de saúde;

2.11. Gerir eficazmente a expectativa dos doentes e familiares.

3. Colaborar no processo de acreditação/certificação do hospital;

4. Colaborar na Formação Profissional com as escolas de enfermagem.

5. Promover uma política de formação e desenvolvimento profissional dos enfermeiros e assistentes operacionais capaz de gerar valor, traduzido em qualidade de cuidados, satisfação e motivação profissional.

A equipa profissional que exerce funções no internamento é multidisciplinar. Relativamente à equipa de enfermagem, é constituída por 38 enfermeiros, dos quais um é o enfermeiro coordenador, 2 são enfermeiros responsáveis (1 para cada ala). Mas, dos 35 enfermeiros, 25 encontram-se divididos em 5 equipas, cada uma com 5 elementos, em horário rotativo e os restantes 10 estão fora de escala, com horário fixo (8 horas-16:30horas de segunda a sexta-feira). Se a taxa de ocupação do serviço é superior a 85% de

segunda a sexta-feira: estão 10 enfermeiros escalados para fazer manhã (8 horas-16:30 horas), 8 enfermeiros a fazer o turno da tarde (16 horas-23:30 horas) e 4 enfermeiros a fazer noite (23 horas-8:30 horas); e no fim de semana e feriados 8 enfermeiros escalados para fazer manhã, 6 enfermeiros a fazer o turno da tarde e 4 enfermeiros a fazer noite (divididos metade para cada ala). Se a taxa de ocupação do serviço é inferior a 85% de segunda a sexta-feira: estão 8 enfermeiros escalados para fazer manhã, 7 enfermeiros a fazer o turno da tarde e 4 enfermeiros a fazer noite (23 horas-8:30 horas); e no fim de semana e feriados 6 enfermeiros escalados para fazer manhã, 6 enfermeiros a fazer o turno da tarde e 4 enfermeiros a fazer noite. Torna-se importante salientar que os enfermeiros durante a sua praxis diária, prestam todos os cuidados ao doente, de modo a dar resposta a todas as suas necessidades, através do método individual de trabalho, sem nenhuma referência teórica de enfermagem.

Em relação aos assistentes operacionais, a equipa é composta por 29 elementos, dos quais 4 elementos fazem horário fixo (8 horas-16:30 horas de segunda a sexta-feira), 5 estão fora de escala e os restantes estão divididos em 5 equipas de 4 elementos cada. Se a taxa de ocupação do serviço é superior a 85% de segunda a sexta-feira: estão 8 assistentes operacionais escalados para fazer manhã (8 horas-16:30 horas), 6 assistentes operacionais a fazer o turno da tarde (16 horas-23:30 horas) e 4 assistentes operacionais a fazer noite (23 horas-8:30 horas); e no fim de semana e feriados 6 assistentes operacionais escalados para fazer manhã, 6 assistentes operacionais a fazer o turno da tarde e 4 assistentes operacionais a fazer noite (divididos metade para cada ala). Se a taxa de ocupação do serviço é inferior a 85% de segunda a sexta-feira: estão 6 assistentes operacionais escalados para fazer manhã, 6 assistentes operacionais a fazer o turno da tarde e 4 assistentes operacionais a fazer noite (23 horas-8:30 horas); e no fim de semana e feriados o número é igual quando a taxa de ocupação do serviço é superior a 85%.

O serviço tem também pessoal de secretariado, constituído por 3 elementos. Tem apoio diário da dietista, e de outros serviços/profissionais de acordo com a satisfação das necessidades dos doentes, de modo a promover cuidados personalizados e de qualidade.

**Apêndice 5: Grelha de Observação dos Registos de
Enfermagem nos processos clínicos da pessoa
algaliada**

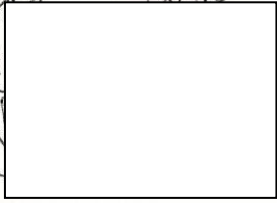
**Apêndice 6: Grelha de Observação das Práticas de
Cuidados de Higiene na cama à Pessoa com Cateter
Urinário**

Apêndice 7: Grelha de Observação de Inserção de Cateter Urinário

Apêndice 8: Grelha de Observação de Remoção do Cateter Urinário

**Apêndice 9: Autorização do Pedido para Aplicação
dos Questionários aos Enfermeiros e Assistentes
Operacionais**

Nada a opor.
Deve apresentar carta comprovativa
da Escola



Exma. Senhora Enfermeira Diretora

Do

Adelberto

No âmbito do estágio do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Setúbal, eu, Sónia Rute da Silva Palmela, sob orientação da Professora Doutora Alice Ruivo e do enfermeiro especialista de acordo com um diagnóstico prévio que aponta um elevado índice de taxa de infeções do trato urinário, pretendo realizar um Projecto de Intervenção no Serviço, inserido na Comissão de Controlo de Infeção, com enfoque no serviço de Cirurgia e Especialidades Cirúrgicas. O Objectivo Geral do projeto é *“Melhorar a qualidade da prestação de cuidados à pessoa, para diminuir percentualmente a infeção do trato urinário, no Serviço de Cirurgia e Especialidades Cirúrgicas”*.

Dr. Adelberto Campos Fernandes
Enfermeiro Especialista do CA

10/1/2013

De forma a conseguir uma maior fundamentação do diagnóstico de situação, surgiu-nos a necessidade de realizarmos um questionário à equipa de enfermagem e à equipa de assistentes operacionais para conhecermos a sua opinião sobre estes aspetos e assim podermos adequar uma melhor intervenção.

Tendo em conta o exposto, venho solicitar a vossa excelência, autorização para aplicar estes questionários (seguem em anexo), assegurando desde já o cumprimento dos procedimentos éticos inerentes a um trabalho desta natureza, nomeadamente a explicitação do consentimento informado e o cumprimento do anonimato e confidencialidade das fontes.

Agradeço desde já a sua atenção. Aguardando com a maior brevidade possível a sua resposta.

Mantenho-me disponível para qualquer informação que julgue necessária.
(@gmail.com; 96 6)

7 de Janeiro de 2013

Sónia Rute da Silva Palmela
Sonic Rute da Silva Palmela

Apêndice 10: Questionário Para Enfermeiros

Consentimento Informado

No âmbito do estágio do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Setúbal, eu, Sónia Palmela, sob orientação da Professora Doutora Alice Ruivo e do Senhor Enfermeiro Especialista Fernando Faria, pretendo realizar um Projeto de Intervenção no Serviço, inserido na Comissão de Controlo de Infecção, com enfoque no serviço de Cirurgia e Especialidades Cirúrgicas, onde foram detetados elevadas taxas de infeção do trato urinário. O Objetivo Geral deste projeto é *“Melhorar a qualidade da prestação de cuidados à pessoa, para diminuir percentualmente a infeção do trato urinário, no Serviço de Cirurgia e Especialidades Cirúrgicas”*.

Tendo em conta o apresentado, gostaria de solicitar a sua colaboração neste projeto, nomeadamente na fase de diagnóstico de situação, onde se pretende conhecer toda a multiplicidade de aspetos inerentes a este tema. A sua opinião é muito importante para a fundamentação adequada deste projeto.

Peço-lhe que responda a este questionário, sabendo que pode desistir em qualquer momento sem nenhum prejuízo para si. Garanto o cumprimento dos aspetos éticos inerentes a este trabalho, nomeadamente o anonimato e confidencialidade das fontes.

Sónia Rute da Silva Palmela (s*****@gmail.com; 96 *****)

Após ter lido o contexto e o objetivo do estudo:

Aceito participar no mesmo

Não aceito participar no mesmo

Questionário para Enfermeiros

A cada pergunta pode atribuir mais de uma resposta, se assim for adequado à sua opinião.

1. Relativamente às infeções do trato urinário quais são os sinais e sintomas que considera importantes?

Febre

Características da urina

Queixas do utente

Polaquiúria

Urgência urinária

Disúria

Outra Qual? _____

2. Em que momento se deve realizar a higiene perineal à pessoa?

Sempre que a pessoa urina

Sempre que a pessoa evacua

Nos cuidados de higiene diários

Outro Qual? _____

3. Qual o produto que utiliza quando realiza a higiene perineal da pessoa algaliada?

Água e sabão neutro

Soro fisiológico

Solução antisséptica

Outro Qual? _____

4. Qual o produto que utiliza quando realiza a higiene do meato urinário da pessoa algaliada?

Água e sabão neutro

Soro fisiológico

Solução antisséptica

Outro Qual? _____

5. Conhece algum documento da instituição que preconize os cuidados de enfermagem na prevenção de infeções do trato urinário?

Sim Qual? Norma Procedimento

Não

Outro Qual? _____

6. Conhece algum documento da instituição que preconize os cuidados à pessoa algaliada com o cateter urinário de curta duração (algália)?

Sim Qual? Norma Procedimento

Não

Outro Qual? _____

7. Na colocação do cateter vesical (algália), realiza:

Lavagem da região genital: Sim Não

Se realiza, qual a solução que utiliza:

Solução antisséptica

Soro fisiológico

Água e sabão

Outra Qual? _____

Higiene do meato urinário: Sim Não

Se realiza, qual a solução que utiliza:

Solução antisséptica

Soro fisiológico

Água e sabão

Outra Qual? _____

8. O que regista em notas de enfermagem quando realiza a técnica de cateterização vesical?

Características da algália

Data de inserção

Data prevista de remoção/ substituição

Motivo de algaliação

Características da urina

Quantidade de água do balão

Outro Qual? _____

9. Quais os passos que realiza na remoção de cateter vesical (algália)?

Higiene do meato urinário e região peri-uretral

Antes: Sim Não

Se realiza, qual a solução que utiliza:

Solução antisséptica

Soro fisiológico

Água e sabão

Outra Qual? _____

Depois: Sim Não

Se realiza, qual a solução que utiliza:

Solução antisséptica

Soro fisiológico

Água e sabão

Outra Qual? _____

10. Habitualmente quando realiza a mudança da algália?

Por indicação médica

De acordo com indicação do fabricante

Se existirem sinais de infeção

Outra Qual? _____

11. Que cuidados tem relativamente à fixação da algália?

Fixa a algália: Sim Não

Se respondeu sim:

Na mulher fixa onde? _____

No homem fixa na onde? _____

12. Habitualmente solicita (sob supervisão) que façam a substituição do saco de drenagem:

Quando a urina apresenta:

Cheiro fétido

Sedimentos

Hematúria

Quando o saco de drenagem se encontra danificado

Outro Qual? _____

13. Que cuidados solicita (sob supervisão) relativamente ao saco coletor de urina?

Despejo do saco

Troca de saco

Não ultrapassa o nível da bexiga: Sim Não

Não toca no chão: Sim Não

Outro Qual? _____

Obrigada pela sua colaboração.

Apêndice 11: Questionário para Assistentes Operacionais

Consentimento Informado

No âmbito do estágio do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Setúbal, eu, Sónia Palmela, sob orientação da Professora Doutora Alice Ruivo e do Senhor Enfermeiro Especialista Fernando Faria, pretendo realizar um Projeto de Intervenção no Serviço, inserido na Comissão de Controlo de Infecção, com enfoque no serviço de Cirurgia e Especialidades Cirúrgicas, onde foram detetados elevadas taxas de infeção do trato urinário. O Objetivo Geral deste projeto é *“Melhorar a qualidade da prestação de cuidados à pessoa, para diminuir percentualmente a infeção do trato urinário, no Serviço de Cirurgia e Especialidades Cirúrgicas”*.

Tendo em conta o apresentado, gostaria de solicitar a sua colaboração neste projeto, nomeadamente na fase de diagnóstico de situação, onde se pretende conhecer toda a multiplicidade de aspetos inerentes a este tema. A sua opinião é muito importante para a fundamentação adequada deste projeto.

Peço-lhe que responda a este questionário, sabendo que pode desistir em qualquer momento sem nenhum prejuízo para si. Garanto o cumprimento dos aspetos éticos inerentes a este trabalho, nomeadamente o anonimato e confidencialidade das fontes.

Sónia Rute da Silva Palmela (s*****@gmail.com; 96 *****)

Após ter lido o contexto e o objetivo do estudo:

Aceito participar no mesmo

Não aceito participar no mesmo

Questionário aos Assistentes Operacionais

A cada pergunta pode atribuir mais de uma resposta, se assim for adequado à sua opinião.

1. Relativamente à eliminação vesical, que informação considera pertinente transmitir ao Enfermeiro?

Características da urina: Sim Não

Se respondeu sim, qual?

Cor

Cheiro

Quantidade

Queixas da pessoa: Sim Não

Se respondeu sim, qual?

Dor / ardor na micção

Urgência urinária

Dificuldade na micção

Outra Qual? _____

2. Em que momento realiza a higiene perineal à pessoa?

Sempre que a pessoa urina

Sempre que a pessoa evacua

Nos cuidados de higiene diários

Outro Qual? _____

3. Qual o produto que utiliza quando realiza a higiene perineal da pessoa com algália?

Água e sabão neutro

Soro fisiológico

Solução antisséptica

Outro Qual? _____

4. Qual o produto que utiliza quando realiza a higiene do meato urinário da pessoa com algália?

Água e sabão neutro

Soro fisiológico

Solução antisséptica

Outro Qual? _____

5. Como adquiriu os conhecimentos sobre os cuidados à pessoa com algália, tendo em conta a prevenção de infeções do trato urinário?

Através da Norma do hospital

Através do Procedimento do hospital

Outro Qual? _____

6. Quando realiza o despejo do saco de urina?

1 vez por turno

Quando cheio

Quando atinge metade da capacidade

Outro Qual? _____

7. Ainda relativamente ao saco de drenagem com presença de urina, qual o procedimento que melhor se adequa à sua prática:

Substitui o saco

Despeja o saco

8. Que cuidados tem relativamente ao saco de urina?

Não o levantar acima do nível da bexiga: Sim Não

Não o deixar tocar no chão: Sim Não

Outro Qual? _____

Obrigada pela sua colaboração.

Apêndice 12: Análise SWOT

SWOT

	Fatores Positivos	Fatores Negativos
Interno	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Equipa de Enfermagem jovem, dinâmica, motivada e recetiva a novos projetos; ▪ Interesse do Enfermeiro Chefe ▪ Equipa multidisciplinar (Enfermeiros e Assistentes Operacionais) motivada; ▪ Oportunidade de Melhoria na qualidade dos cuidados de saúde prestados à pessoa com catéter urinário; ▪ Menos infeções -> ganhos económicos para instituição. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Risco de perda de motivação da equipa; ▪ Não adesão da Equipa de Enfermagem e dos Assistentes Operacionais; ▪ Rotatividade da equipa (Enfermeiros e Assistentes operacionais) por contratualização precária e por processos de integração ineficazes;
Externo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Desenvolvimento de Padrões de Boa Prática ▪ Cumprimento das Metas de Qualidade e Segurança do Programa de Acreditação-Joint Commission 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mudança da direção do hospital, novas diretrizes contratuais; ▪ Não facilitação do horário da equipa para assistir à formação.

Apêndice 13: Observações dos Registos no Processo Clínico da Pessoa Algaliada e Gráficos (1-37) das Observações Realizadas da Prática de Cuidados/Respostas aos Questionários

Observados 21 registos no total:

Data de algaliação - 21 (100%)

Data prevista para remoção/substituição da algália - 4 registados (19%)

Registado o motivo de algaliação - em nenhum foi registado (0%)

Registado o volume de água do balão - em nenhum foi registado (0%)

Sinais/suspeita de infeção (características da urina) - 3 registados (14%)

Gráfico 1: Número de Pessoas internadas no Serviço de Cirurgia e de Especialidades Cirúrgicas segundo o Sexo

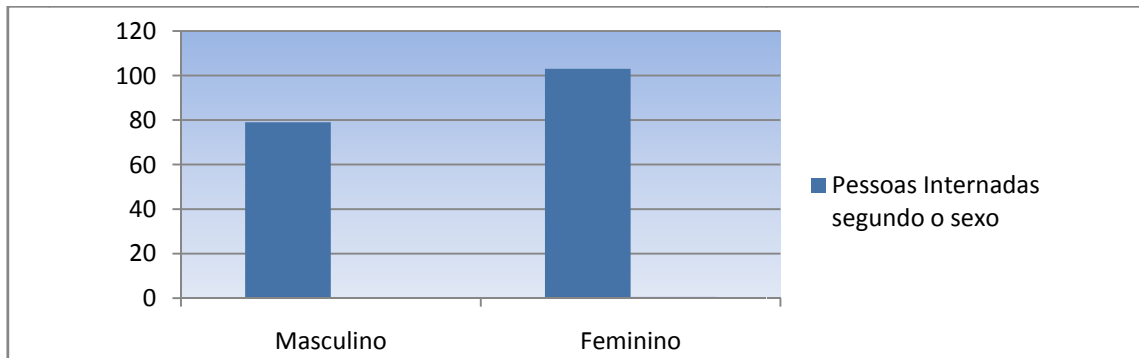


Gráfico 2: Número de Pessoas internadas no Serviço de Cirurgia e de Especialidades Cirúrgicas segundo o Sexo e a Faixa Etária

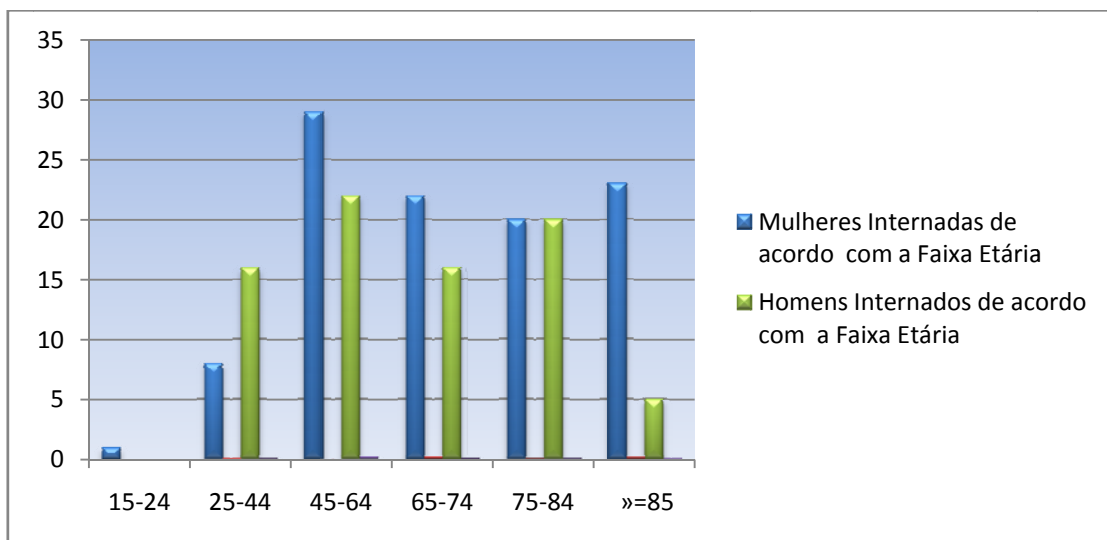


Gráfico 3: Uroculturas Realizadas

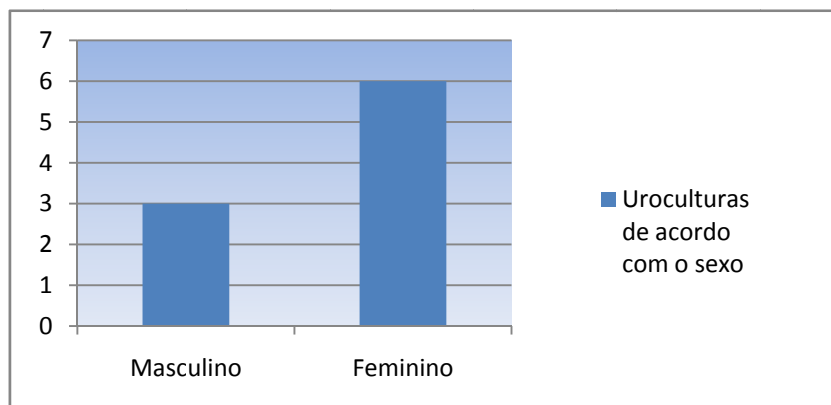


Gráfico 4: Distribuição de Infecções do Trato Urinário de acordo com o Sexo e a Faixa Etária

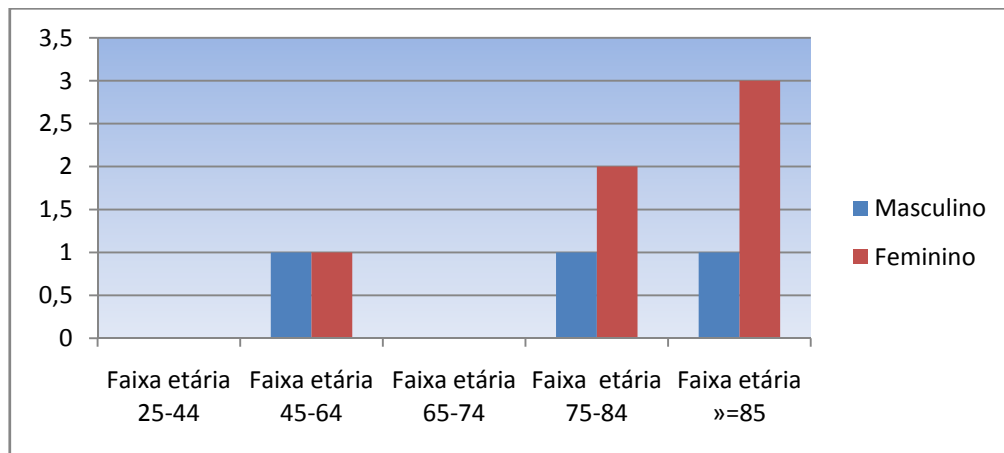


Gráfico 5: Microrganismos identificados nas 9 uroculturas realizadas

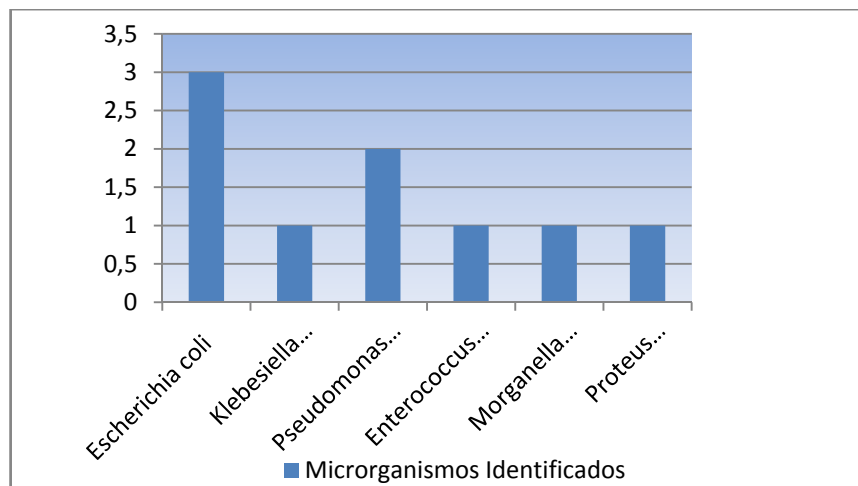


Gráfico 6: Presença de Drenagem Vesical

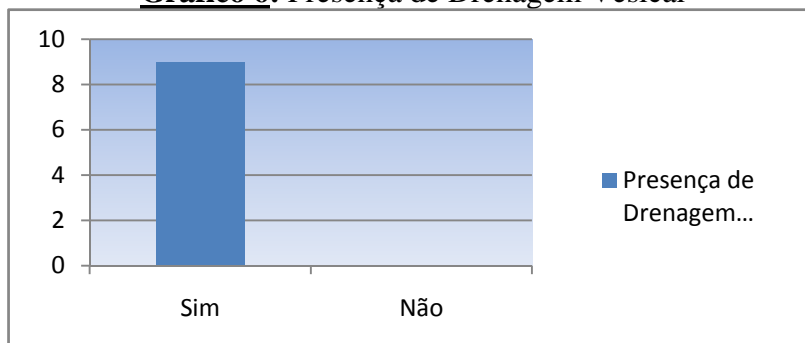


Gráfico 7: Observação/ Referências dos Enfermeiros do Registo no Processo Clínico da Algáliação

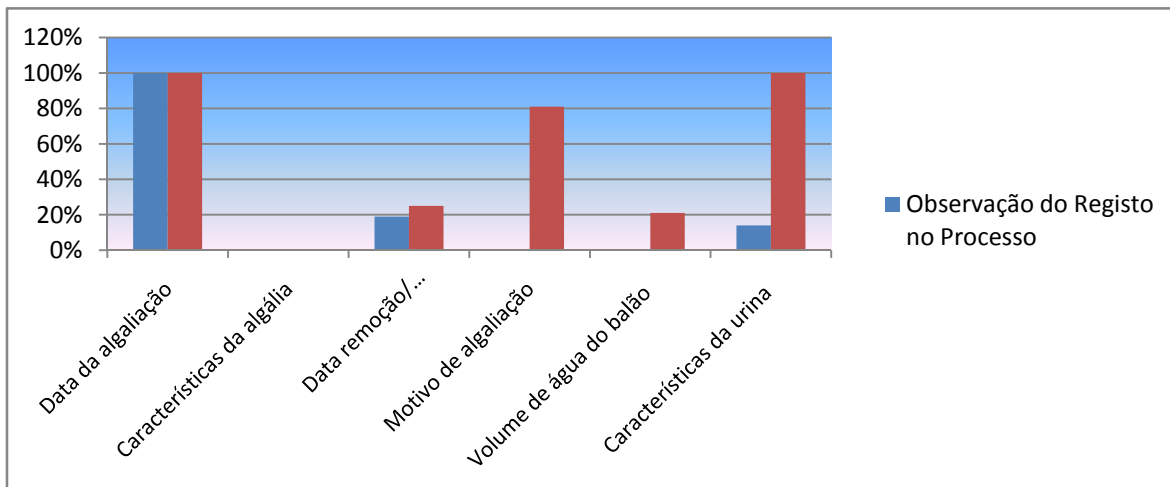


Gráfico 8: Remoção da Algália Segundo a Categoria Profissional

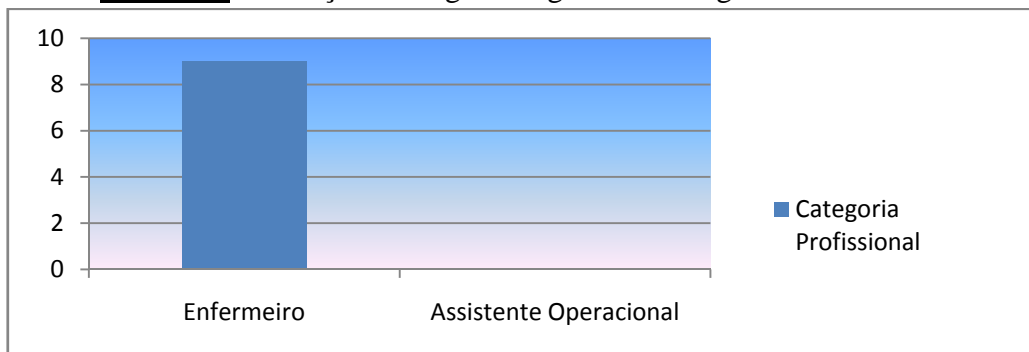


Gráfico 9: Adesão à Higiene/ Descontaminação das Mãos Antes da Remoção da Algália

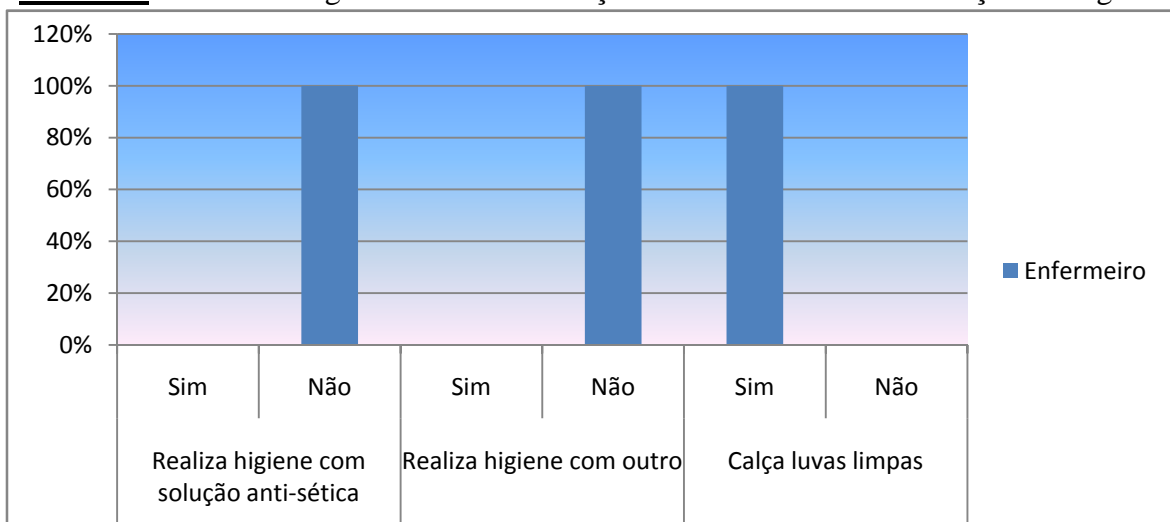


Gráfico 10: Prática Observada/ Referências dos Enfermeiros da Higiene do Meato Urinário e da Região Peri-uretral Antes e Após a Desalgiação

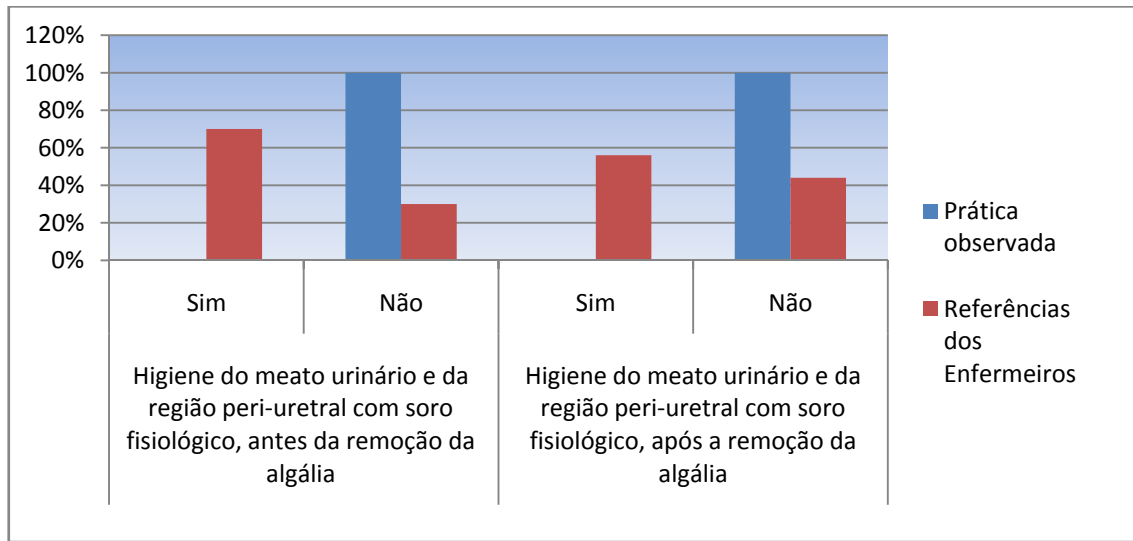


Gráfico 11: Desinsuflação do Balão

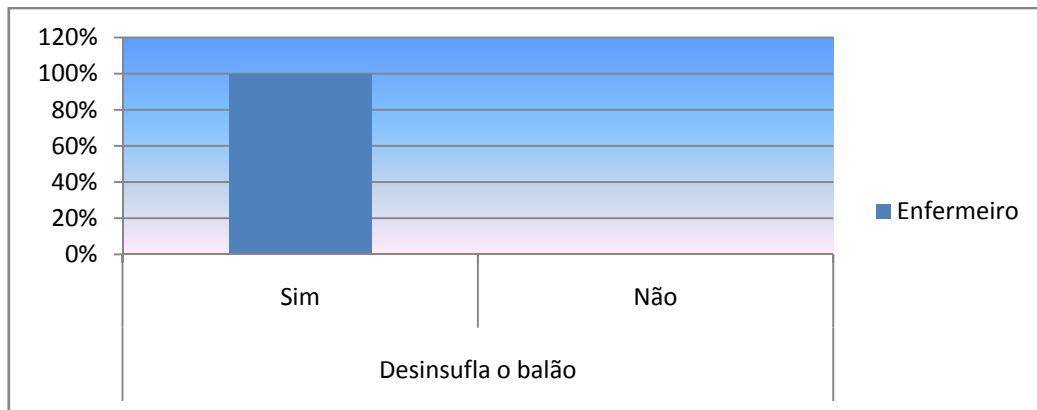


Gráfico 12: Remoção da Algália de forma atraumática

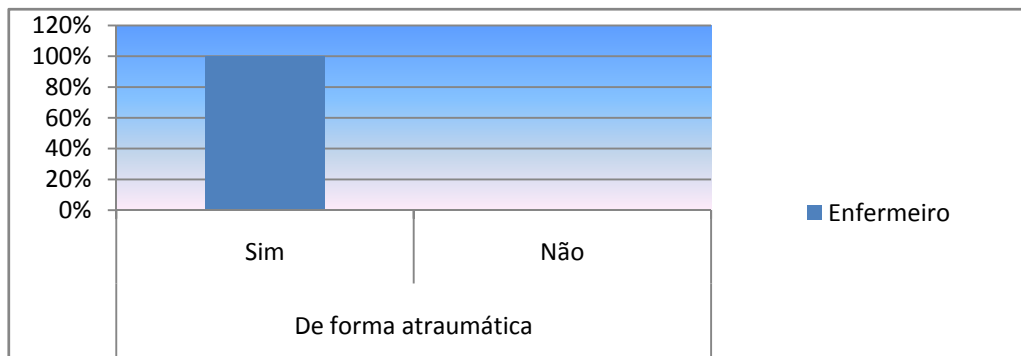


Gráfico 13: Observação Segundo a Categoria Profissional

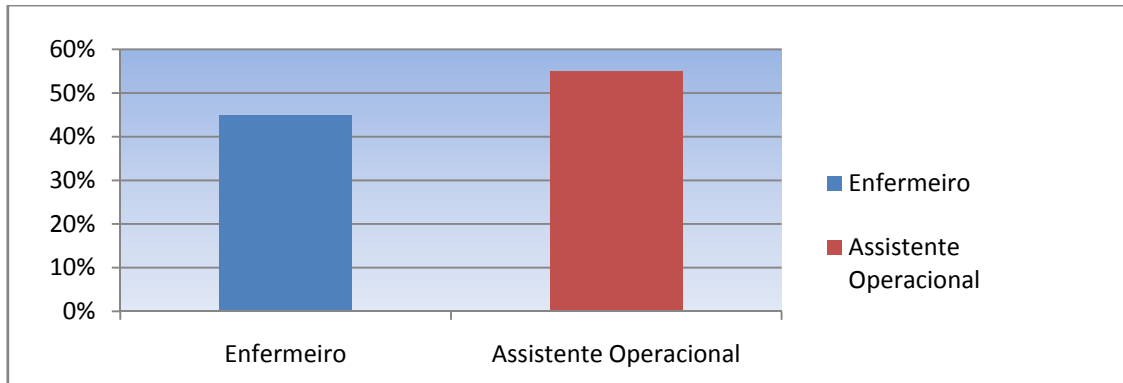


Gráfico 14: Higiene/Descontaminação das Mãos

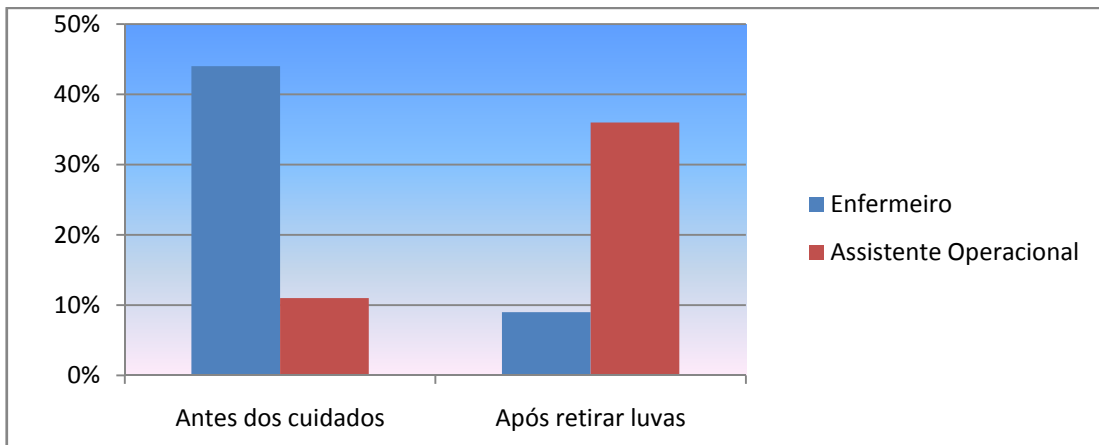


Gráfico 15: Muda de Dispositivo de Higienização

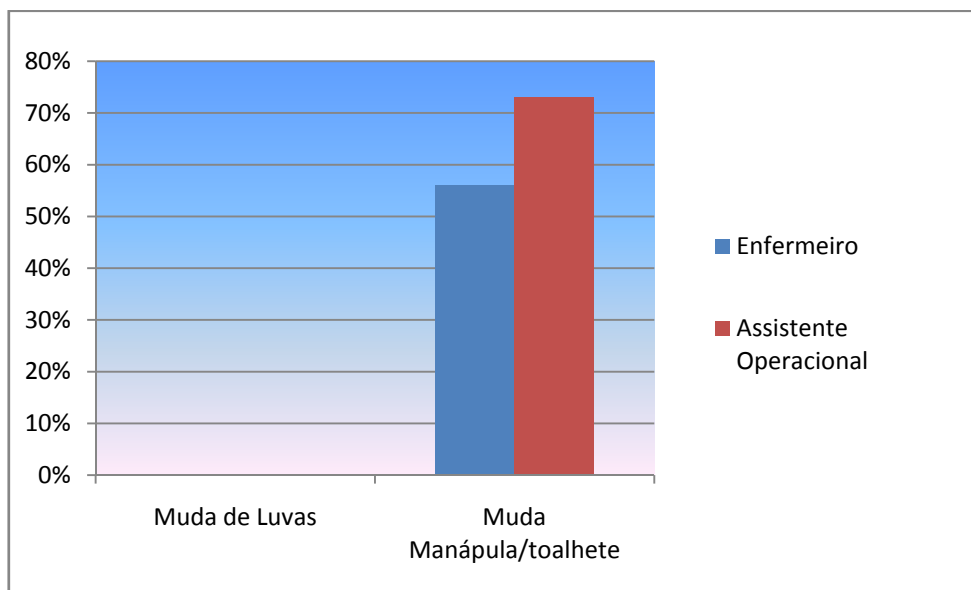


Gráfico 16: Produto utilizado na Higiene genital segundo categoria profissional

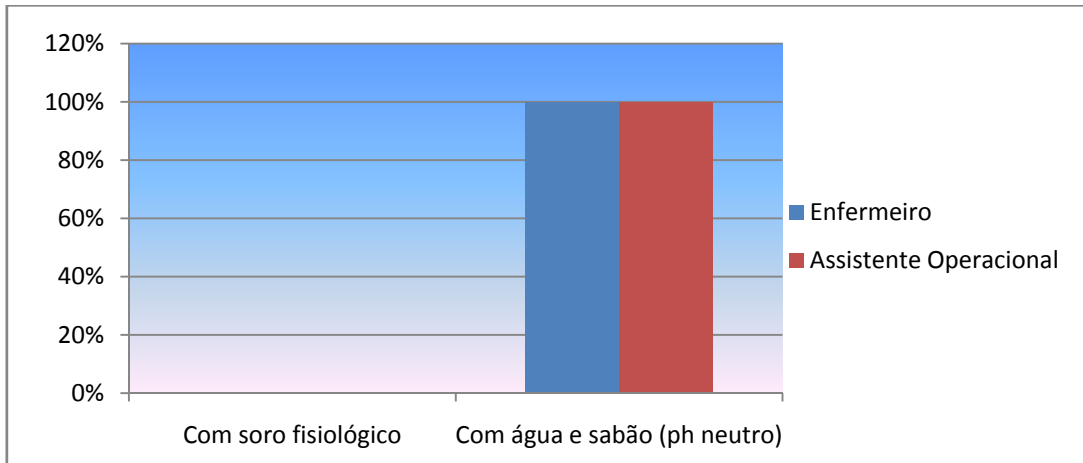


Gráfico 17: Realização de Higiene Perineal

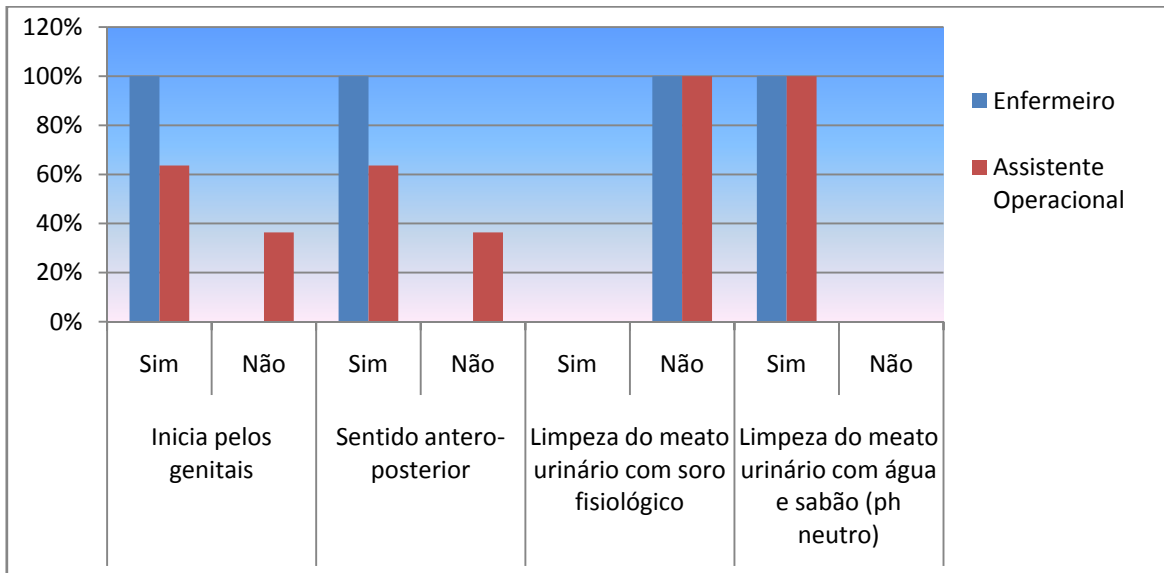


Gráfico 18: Limpeza do Catéter Urinário

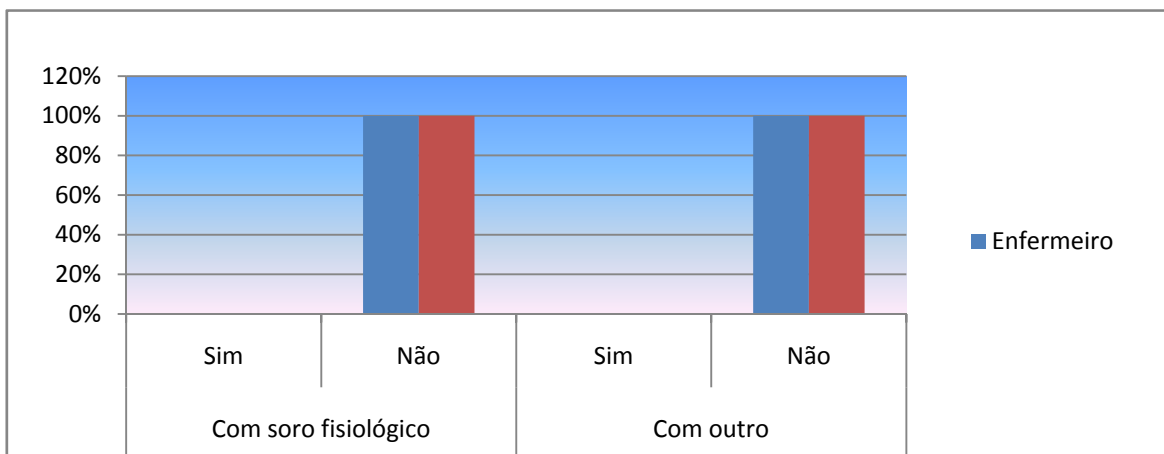


Gráfico 19: Informação considerada pertinente transmitir ao Enfermeiro pelo A.O relativamente à pessoa dependente na eliminação vesical

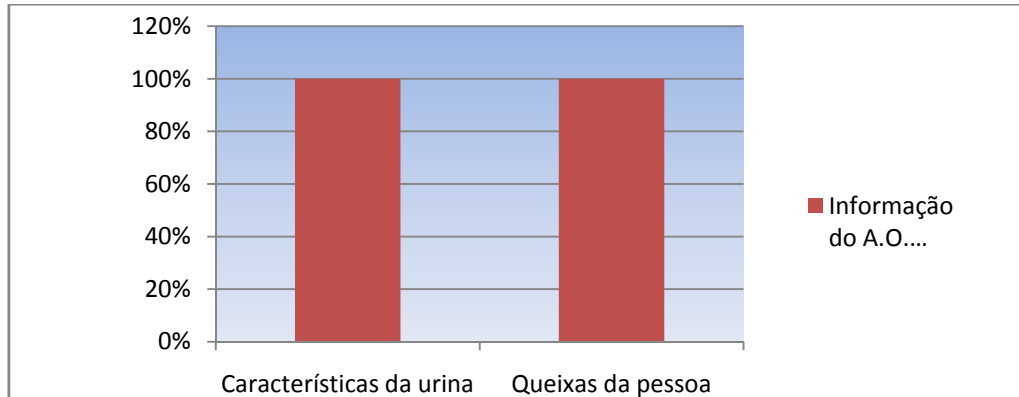


Gráfico 20: Características da urina consideradas pertinentes transmitir ao Enfermeiro pelo A.O.

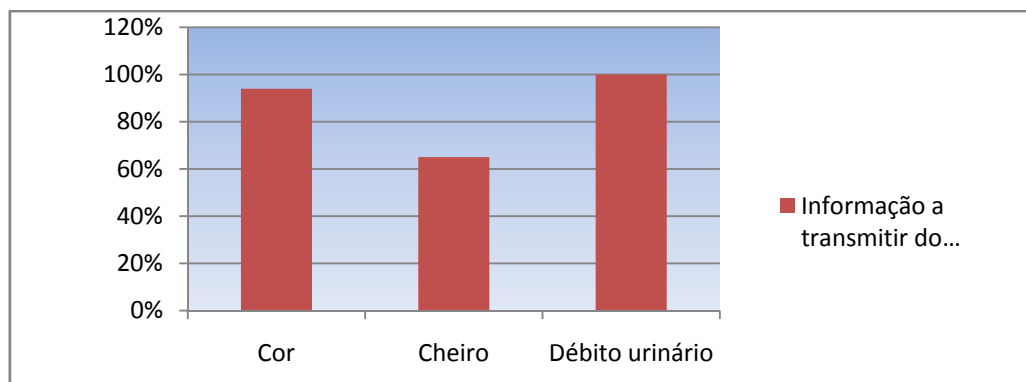


Gráfico 21: Queixas da Pessoa consideradas pertinentes transmitir ao Enfermeiro pelo A.O.

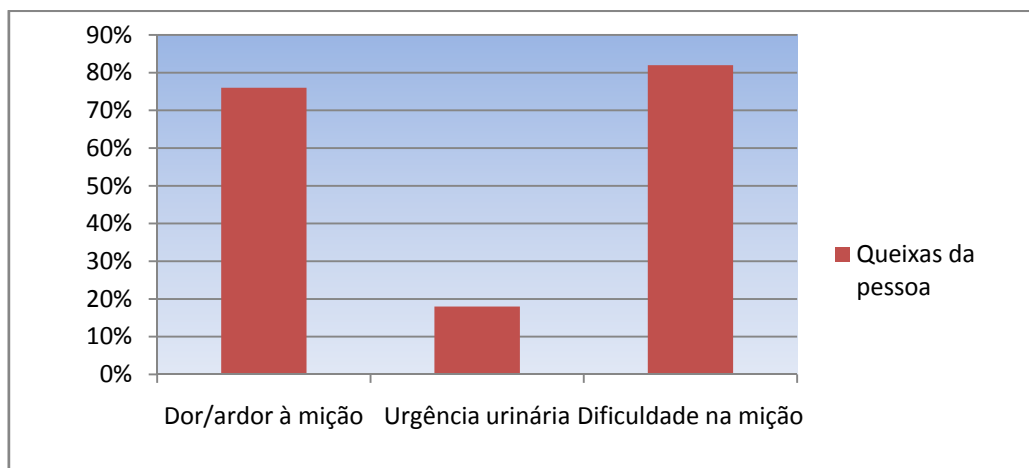


Gráfico 22: Momentos referidos oportunos pelos Enfermeiros e A.O para realizar a higiene perineal à pessoa

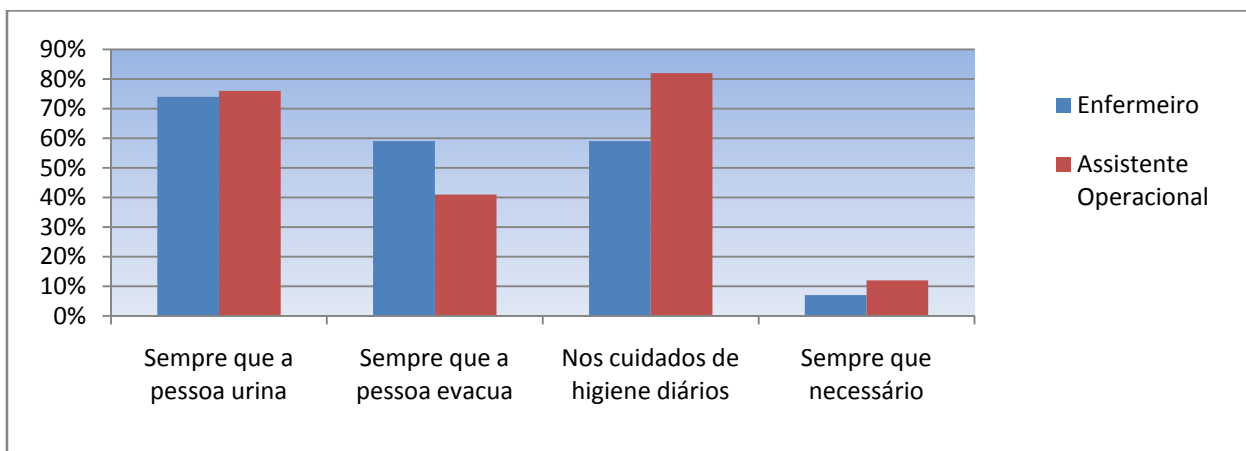


Gráfico 23: Referências de Enfermeiros e A.O dos produtos para realizar a higiene perineal à pessoa com algália

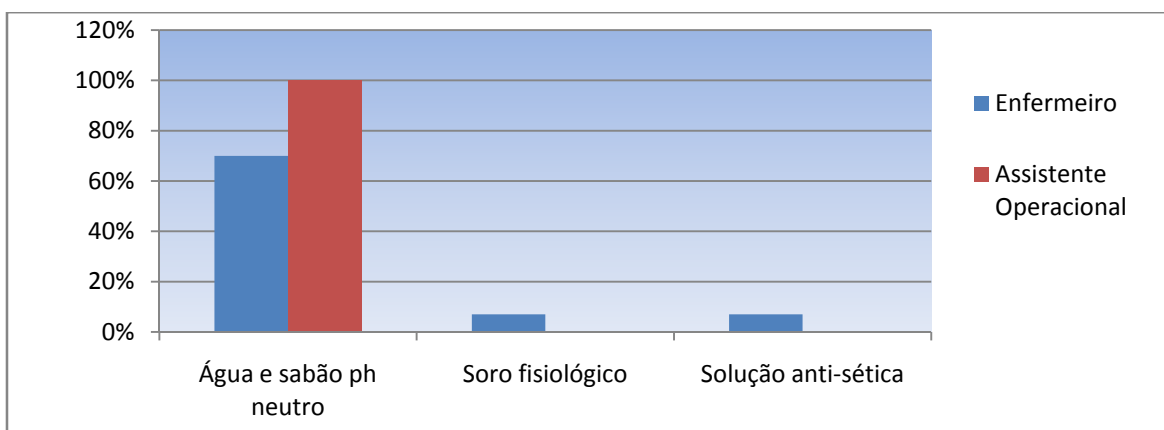


Gráfico 24: Produto referido pelos Enfermeiros e A.O. para realizar a higiene do meato urinário à pessoa com algália

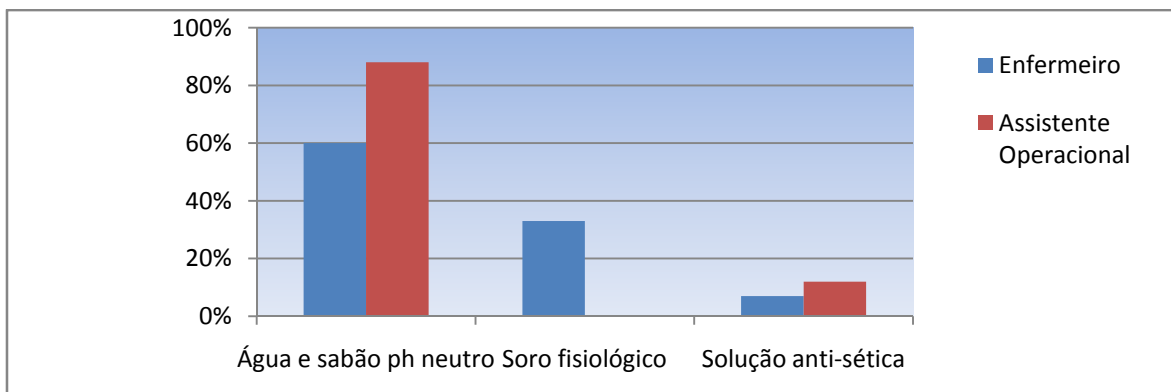


Gráfico 25: Referências dos Enfermeiros/A.O quanto à Aquisição de Conhecimentos sobre a Prevenção e Controlo de I.T.U. à pessoa com algália

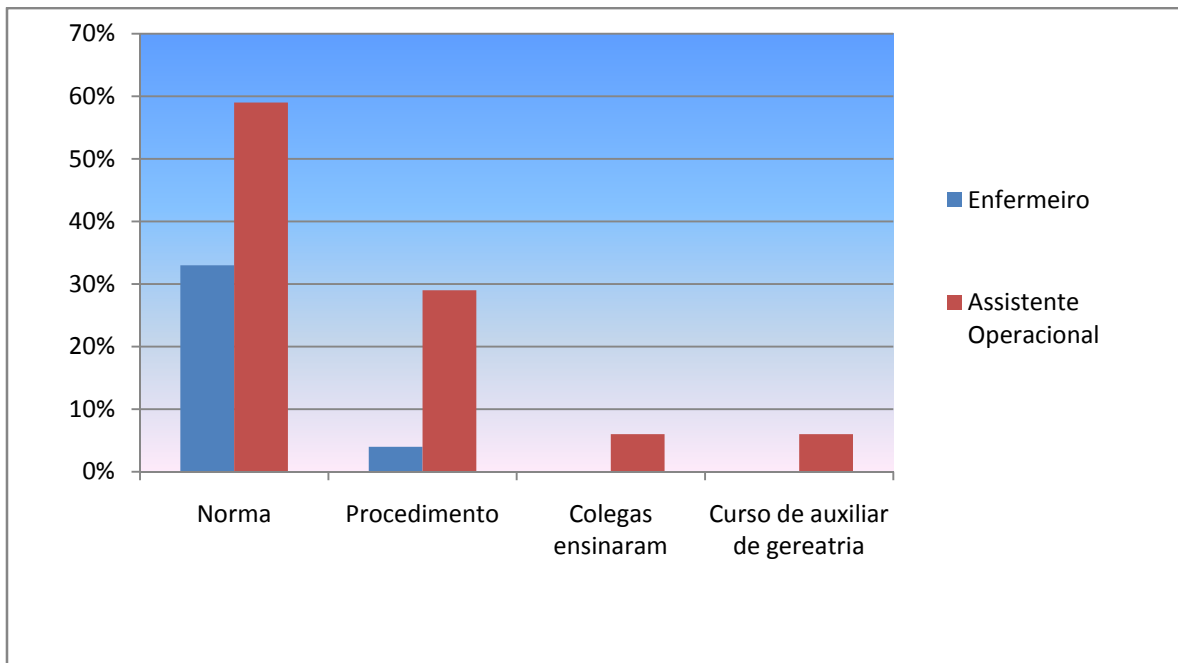


Gráfico 26: Referências dos Enfermeiros relativamente ao Conhecimento de Documentos da Instituição para Prevenção de I.T.U. à pessoa com catéter de curta duração

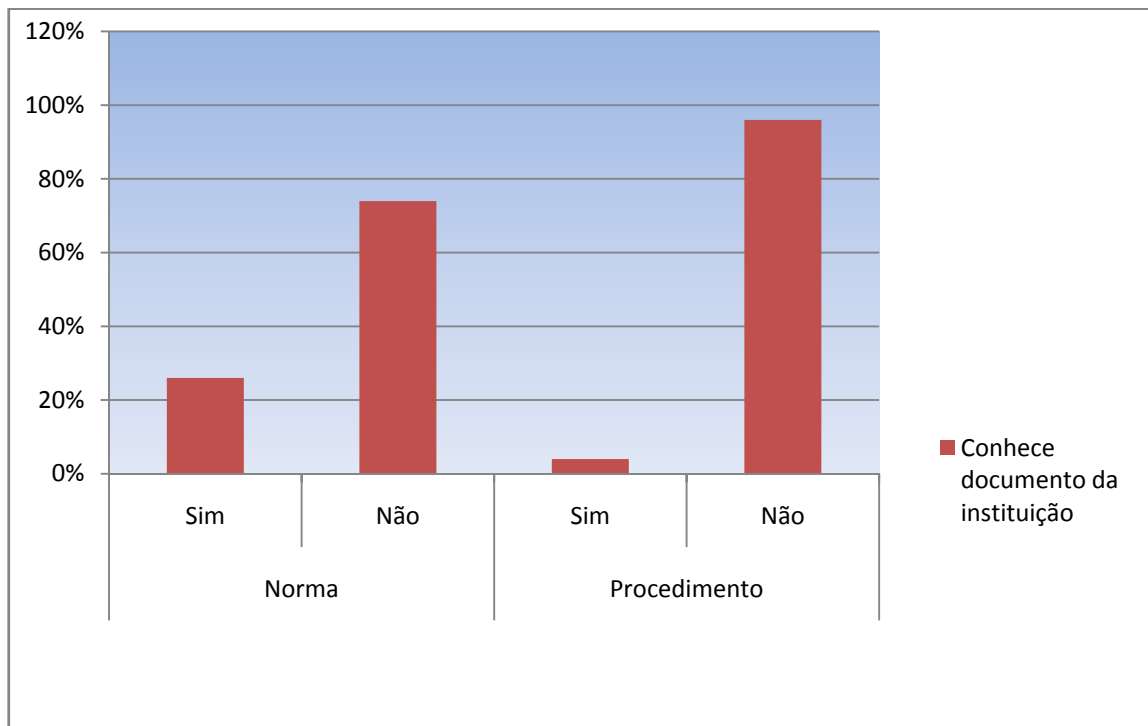


Gráfico 27: Observação dos Cuidados de Manutenção do Saco de Drenagem

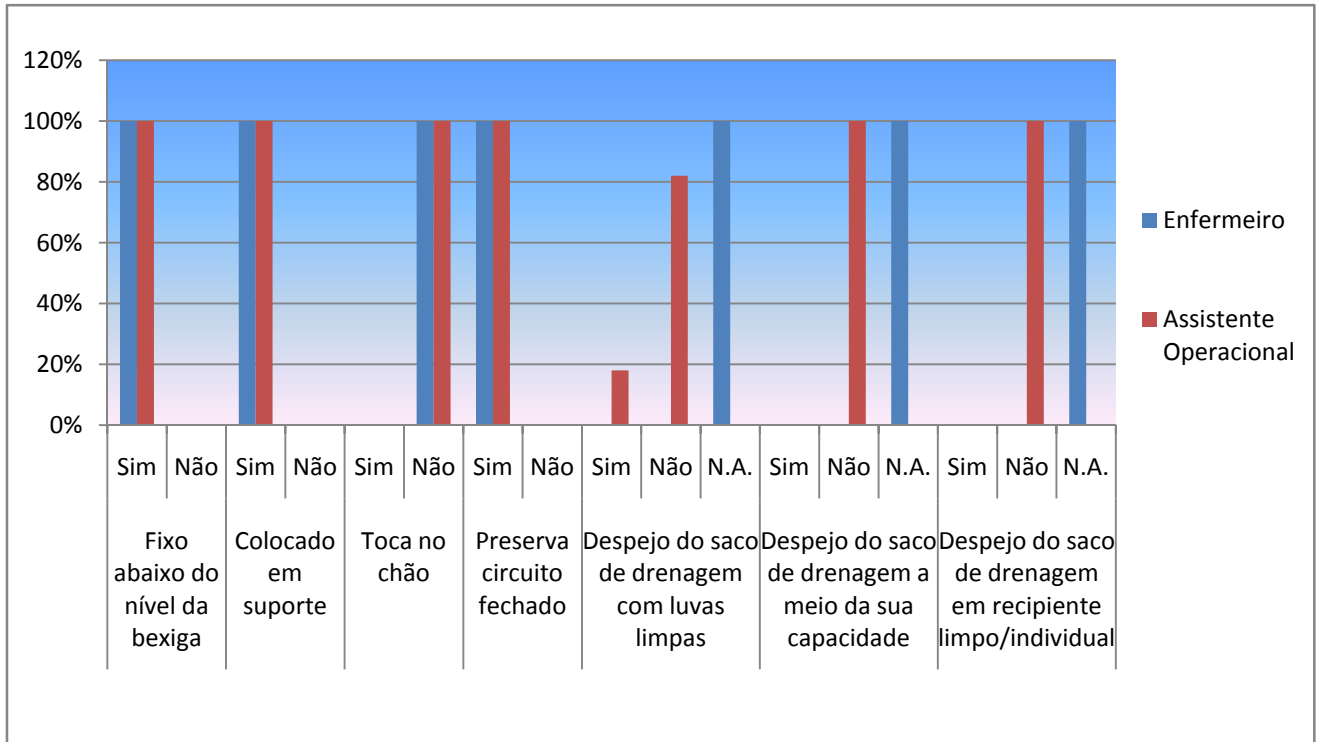


Gráfico 28: Referências dos A.O relativamente ao Despejo do Saco de Drenagem

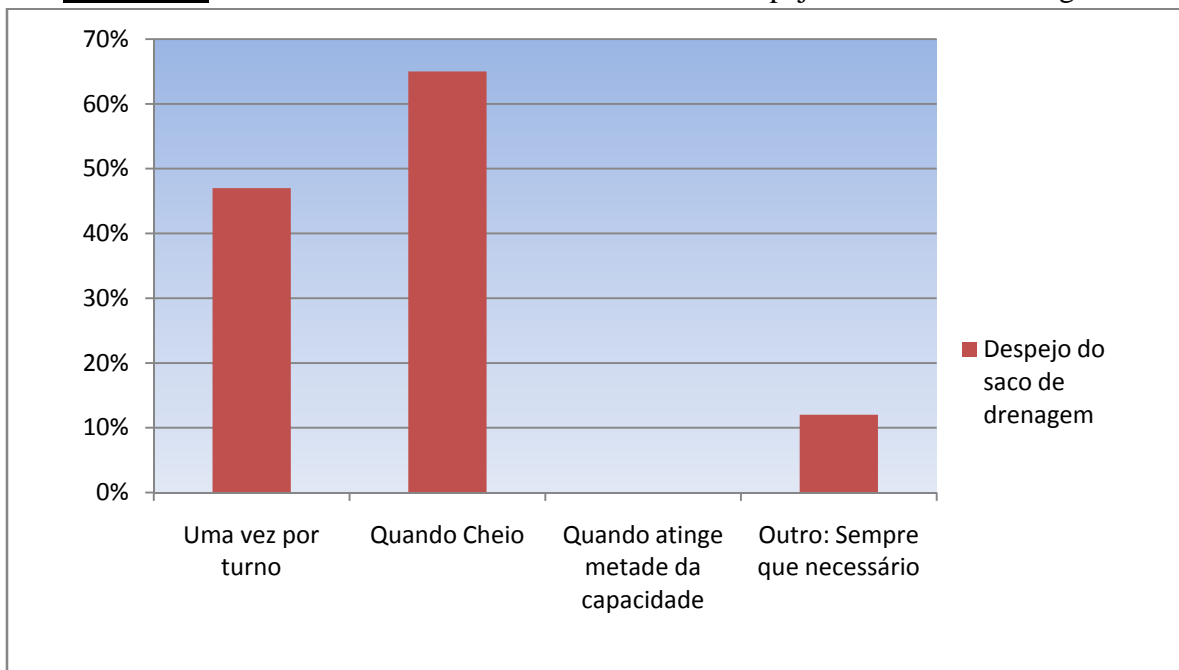


Gráfico 29: Referências dos A.O tendo em conta a sua Prática relativamente ao Saco de Drenagem com Presença de Urina

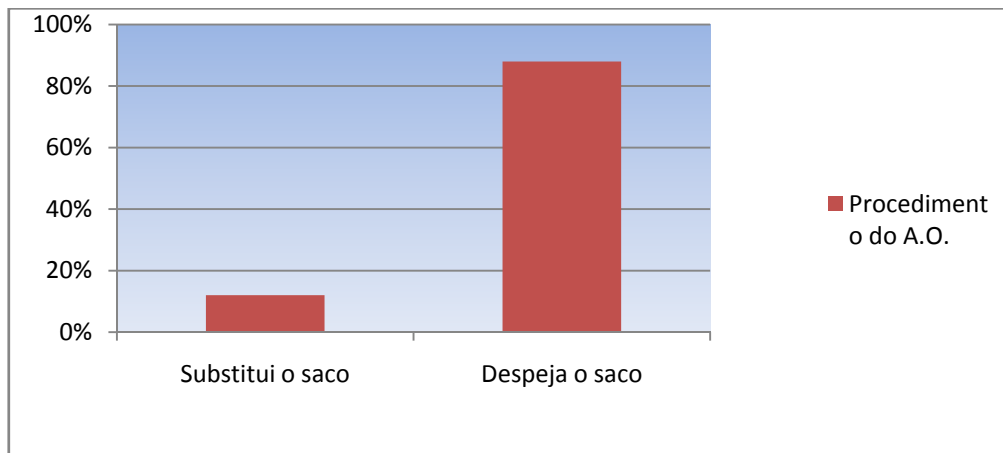


Gráfico 30: Referências dos A. O dos Cuidados com o Saco de Drenagem

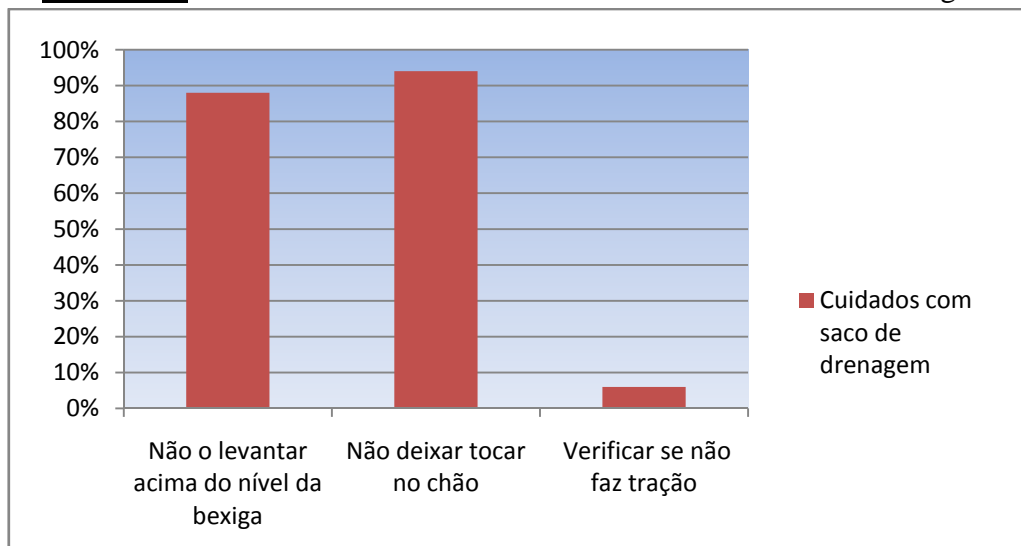


Gráfico 31: Referências dos Enfermeiros quanto à Substituição do Saco de Drenagem

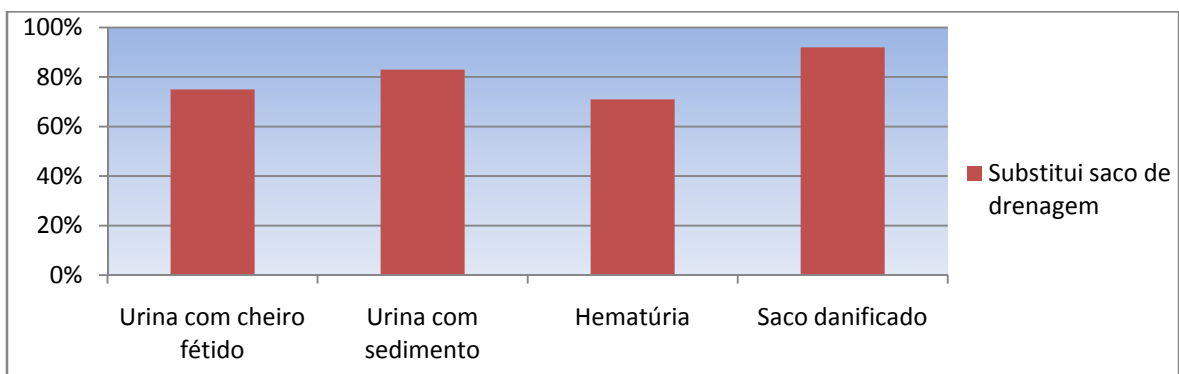


Gráfico 32: Referências dos Enfermeiros quanto aos Cuidados com o Saco de Drenagem

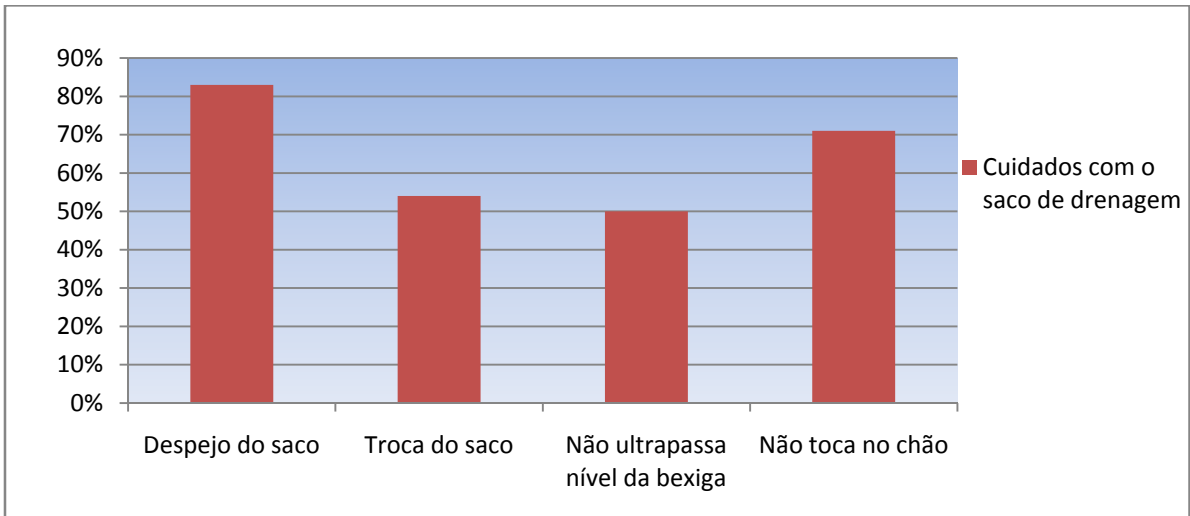


Gráfico 33: Prática Observada/ Referências dos Enfermeiros da Fixação da Algália

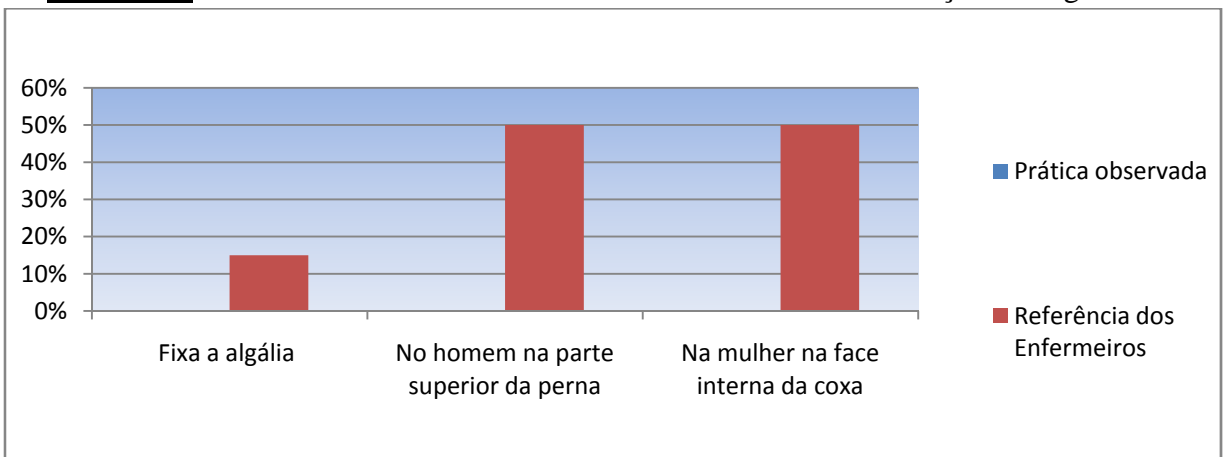


Gráfico 34: Critérios referidos pelos Enfermeiros para Diagnóstico de I.T.U

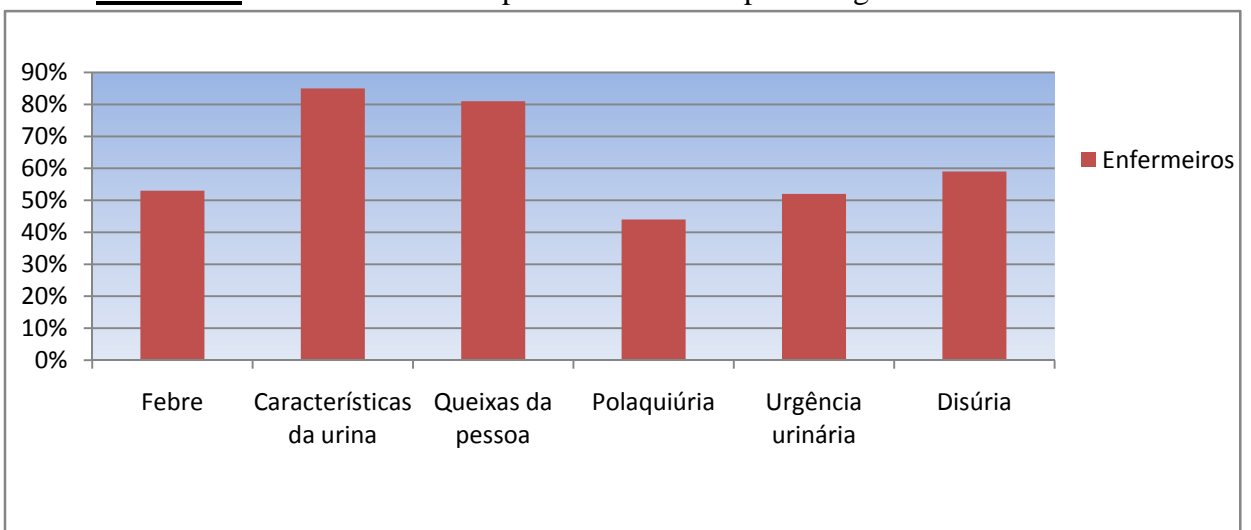


Gráfico 35: Referências dos Enfermeiros quanto aos Cuidados Antes da Colocação do Catéter Vesical à Pessoa

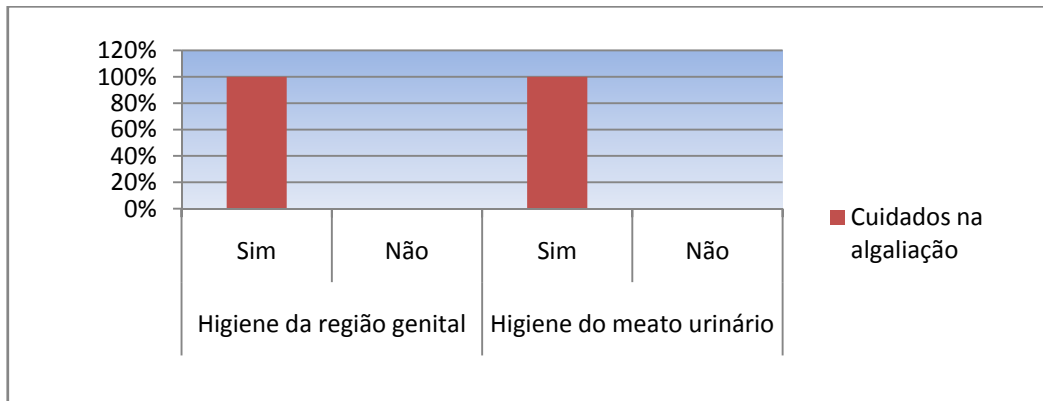


Gráfico 36: Referências do(s) produto(s) utilizado(s) pelos Enfermeiros na Higiene do Meato Urinário, Antes da Colocação do Catéter Vesical à Pessoa

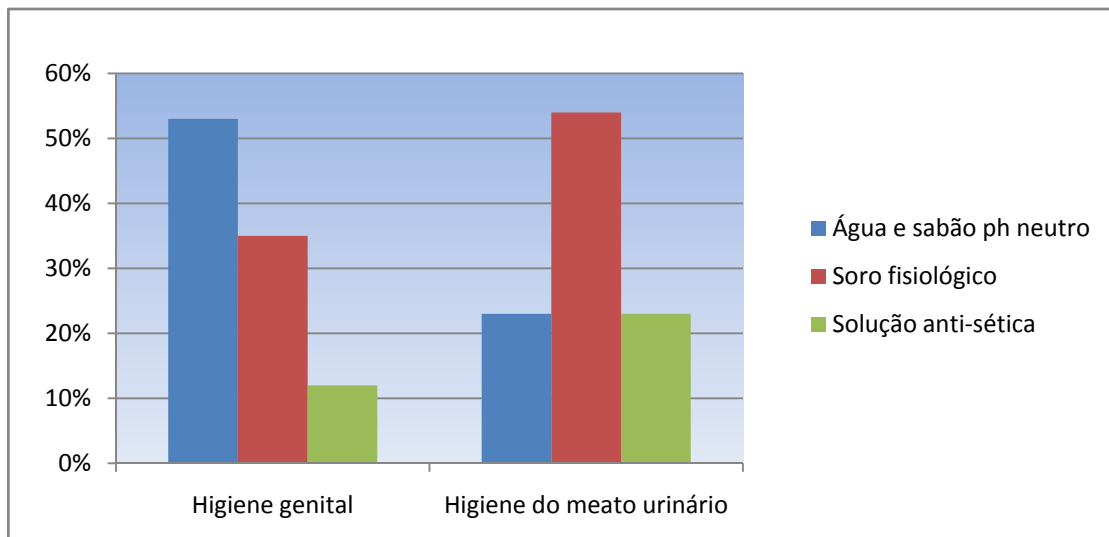
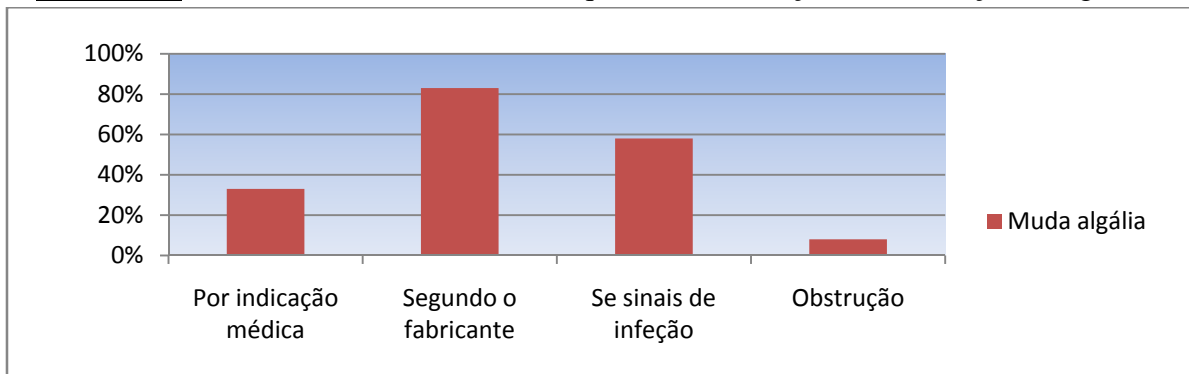


Gráfico 37: Referências dos Enfermeiros quanto à Realização da Mudança da Algália



Apêndice 14: Ficha de Planeamento do Projeto

Estudante: Sónia Rute da Silva Palmela	Docente Orientadora: Professora Doutora Alice Ruivo; Orientador: Enfermeiro Especialista responsável pela C.C.I- Fernando Faria.
Instituição: Hospital dos arredores de Lisboa	Serviço: C.C.I
Título do Projeto: Prevenção e Controle de Infecção do Trato Urinário em contexto hospitalar	
<p>Objetivos</p> <p><u>OBJETIVO GERAL</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Melhorar a qualidade da prestação de cuidados à pessoa com cateter urinário, no Serviço de Cirurgia e Especialidades Cirúrgicas. <p><u>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar formação à equipa de enfermagem sobre a Norma de Inserção e Manutenção do Catéter Urinário de Curta Duração e Remoção da Algália (Adulto) e do Procedimento- Infecção Urinária Associada ao Catéter Vesical de Curta Duração no serviço de cirurgia e Especialidades Ciúrgicas; ▪ Realizar formação à equipa de assistentes operacionais sobre a Norma de Manutenção do Catéter Urinário de Curta Duração (Adulto) e do Procedimento- Infecção Urinária Associada ao Catéter Vesical de Curta Duraçãono serviço de cirurgia e Especialidades Ciúrgicas. ▪ Planear a monitorização do processo com o coordenador do serviço. 	
<p>Identificação dos profissionais do serviço com quem vai articular a intervenção</p> <p>Enfermeiro responsável pela CCI; Enfermeiro Coordenador do Serviço de Cirurgia e Especialidades Cirúrgicas; Sra. Enfermeira Responsável pela Formação em Serviço, do Serviço de Cirurgia e Especialidades Cirúrgicas; Sra. Enfermeira Responsável pelo Gabinete de Indicadores de Qualidade;Equipa de Enfermagem do Serviço de Cirurgia e Especialidades Cirúrgicas; Equipa de Assistentes Operacionais do Serviço de Cirurgia e Especialidades Cirúrgicas.</p>	

Objetivos Específicos	Atividades/Estratégias a desenvolver	Recursos			Indicadores de Avaliação
		Humanos	Materiais	Tempo	
Realizar formação à equipa de enfermagem sobre a Norma sobre Inserção e Manutenção do Catéter Urinário de Curta Duração e Remoção da Algália (Adulto) e do Procedimento- Infecção Urinária Associada ao Catéter Vesical de Curta Duração no serviço de cirurgia e Especialidades Ciúrgicas;	Realização de pesquisa bibliográfica na área da formação em serviço;	Docente Orientadora; Enfermeiro Orientador.	Base de dados científicos: EBSCO, BORN; Biblioteca; Serviço da C.C.I; Computador; Internet; caneta e papel.	Abril 2013 (vide cronograma)	Apresenta material de suporte produzido para a apresentação da sessão.
	Elaboração dos conteúdos da sessão de formação a realizar à equipa de enfermagem do serviço de cirurgia e especialidades cirúrgicas;	Docente Orientadora; Enfermeiro Orientador.	Base de dados científicos: EBSCO, BORN; Normas da Instituição; Biblioteca; Serviço da C.C.I; Computador; Internet; Papel;	Abril 2013 (vide cronograma)	Apresenta resumo dos conteúdos da sessão de formação no enquadramento do projeto; Elabora um plano de sessão de formação.

	<p>Divulgação do dia da sessão de formação a realizar à equipa de enfermagem;</p>	<p>Enfermeiro Orientador; Enfermeiro Coordenador do serviço; Enfermeiros responsáveis do serviço; Chefes de equipa; Restantes elementos da Equipa de Enfermagem.</p>	<p>Caneta. Cartazes de divulgação da sessão de formação colocados em locais estratégicos (nas salas de trabalho de enfermagem, salas de pausa e no gabinete do enfermeiro coordenador de serviço); Computador.</p>	<p>Abril- Maio 2013 (vide cronograma)</p>	<p>Apresenta cartazes de divulgação</p>
	<p>Realização do plano de sessão de formação</p>	<p>Docente Orientadora; Enfermeiro Orientador; Enfermeiro Coordenador do serviço;</p>	<p>Computador; Data show, Power point; Quadro branco; Papel;</p>	<p>Maio 2013 (vide cronograma)</p>	<p>Apresenta resumo dos conteúdos da sessão de formação</p>

	<p>Avaliação da sessão de formação realizada à equipa de enfermagem.</p> <p>Elaboração dos conteúdos da sessão de formação a realizar à de assistentes operacionais do serviço de cirurgia e especialidades cirúrgicas;</p>	<p>Equipa de Enfermagem.</p> <p>Docente Orientadora; Enfermeiro Orientador; Enfermeiro Coordenador do serviço; Equipa de Enfermagem.</p> <p>Docente Orientadora; Enfermeiro Orientador;</p>	<p>Caneta.</p> <p>Papel e Caneta.</p> <p>Base de dados científicos: EBSCO, BORN; Normas da Instituição; Biblioteca; Serviço da C.C.I; Computador;</p>	<p>Maio 2013 (vide cronograma)</p> <p>Abril- maio 2013 (vide cronograma)</p>	<p>Abranger 75% dos enfermeiros do serviço</p> <p>Apresenta resumo dos conteúdos da sessão de formação no enquadramento do projeto;</p> <p>Elabora um plano de sessão de formação.</p>
--	---	---	---	--	--

<p>Realizar formação à equipa de assistentes operacionais sobre a Norma de Manutenção do Catéter Urinário de Curta Duração (Adulto) e do Procedimento-Infecção Urinária Associada ao Catéter Vesical de Curta Duração; no serviço de cirurgia e Especialidades Ciúrgicas.</p>	<p>Divulgação do dia da sessão de formação a realizar à equipa de assistentes operacionais;</p> <p>Realização do plano de sessão de</p>	<p>Enfermeiro Orientador; Enfermeiro Coordenador do serviço; Enfermeiros responsáveis do serviço; Chefes de equipa; Equipa de assistentes operacionais.</p> <p>Docente Orientadora;</p>	<p>Internet.</p> <p>Cartazes de divulgação da sessão de formação colocados em locais estratégicos (no refeitório onde se realiza passagem de ocorrências no período da manhã, nas salas de trabalho de enfermagem, salas de pausa e no gabinete do enfermeiro coordenador de serviço); Computador.</p> <p>Computador;</p>	<p>Abril- Maio 2013 (vide cronograma)</p> <p>Maio 2013</p>	<p>Apresenta cartazes de divulgação</p> <p>Apresenta resumo dos conteúdos da</p>
---	---	---	---	---	--

<p>Planear monitorização do processo com o Coordenador do serviço</p>	<p>formação</p> <p>Avaliação da sessão de formação realizada à equipa de assistentes operacionais.</p> <p>Realização de auditorias internas no serviço em estudo, através do serviço da CCI, para saber se a incidência de ITU associadas ao cateter urinário no serviço em questão se encontra a diminuir.</p>	<p>Enfermeiro Orientador; Enfermeiro Coordenador do serviço; Equipa de Assistentes Operacionais.</p> <p>Docente Orientadora; Enfermeiro Orientador; Enfermeiro Coordenador do serviço; Equipa de Enfermagem.</p> <p>Enfermeiro Orientador; Enfermeiro Coordenador do serviço.</p>	<p>Data show Power point; Papel/Quadro branco; Canetas.</p> <p>Papel e Caneta.</p> <p>Papel e Caneta.</p>	<p>(vide cronograma)</p> <p>Maio 2013 (vide cronograma)</p> <p>Junho 2013 (vide cronograma)</p>	<p>sessão de formação</p> <p>Apresenta plano de sessão de formação.</p> <p>Abanger 75% dos Assistentes operacionais do serviço.</p> <p>Apresenta plano de monitorização do processo.</p>
---	---	---	---	--	--

Cronograma: (APÊNDICE 15).

Recursos Humanos: Enfermeiro Orientador responsável pela C.C.I; Enfermeiro Coordenador do serviço de Cirurgia e Especialidades-Cirúrgicas *Equipa* de Enfermagem e Equipa de Assistentes Operacionais do serviço de Cirurgia e Especialidades-Cirúrgicas e Docente Orientadora; uma vez que necessito de articular todos os recursos, para que o projeto esteja de acordo com o objetivo do mesmo e para que execute os requisitos da ESS/IPS. Preciso também de articular para conseguir obter os contributos científicos e profissionais que possam contribuir para a construção de um projeto exequível e válido, a nível científico e profissional.

Recursos Materiais: Os recursos materiais associados são um computador pessoal com ligação à internet e VPN do IPS para a pesquisa bibliográfica, para a orientação do projeto e para o envio dos documentos finais; software de edição de texto e análise estatística (Microsoft Office e Excell) para a construção de documentos escritos; impressora com papel e tinteiros para a impressão de todos os documentos escritos indispensáveis ao projeto. Torna-se também necessário um computador disponível na CCI e no Serviço de Cirurgia e Especialidades-Cirúrgicas com acesso à intranet para que seja possível aceder à documentação do hospital (Normas e Procedimentos de Orientação Clínica). É também necessário papel e caneta para fazer todos os apontamentos fundamentais. A existência de data show, para o projeção das sessões de formação.

Previsão dos constrangimentos e forma de os ultrapassar:

Férias da Equipa de Enfermagem e de Assistentes Operacionais, muitos enfermeiros em acumulação de funções noutras instituições de saúde, rotatividade do pessoal de enfermagem por precaridade de contratos, pouca adesão da equipa de assistentes operacionais uma vez que houve pouca adesão da mesma ao preenchimento dos questionários, o que concerne menos disponibilidade para a implementação de mudanças, tempo restrito.

Os constrangimentos previstos e as estratégias para os ultrapassar são:

- Falta de adesão/interesse por parte da equipa de enfermagem e de assistentes operacionais à formação, como estratégias para a ultrapassar, optamos por realizar entrevistas não estruturadas com a equipa de enfermagem e equipa de assistentes operacionais durante a passagem de ocorrências no turno da manhã, sobre a importância do envolvimento da equipa, a importância da sua presença na sessão de formação, para a melhoria da qualidade

de cuidados, entrevistas não estruturadas, mas mais dirigidas com os chefes de equipa e responsáveis de turno a fim de serem elementos cruciais na sensibilização da equipa de Enfermagem para a adesão à sessão de formação; e por programar a replicação das sessões de formação dentro do horário laboral, apesar de termos consciência que o tempo cronológico indispensável para a sua execução sofreria um acréscimo, mas é essencial de modo a formarmos o maior número de profissionais.

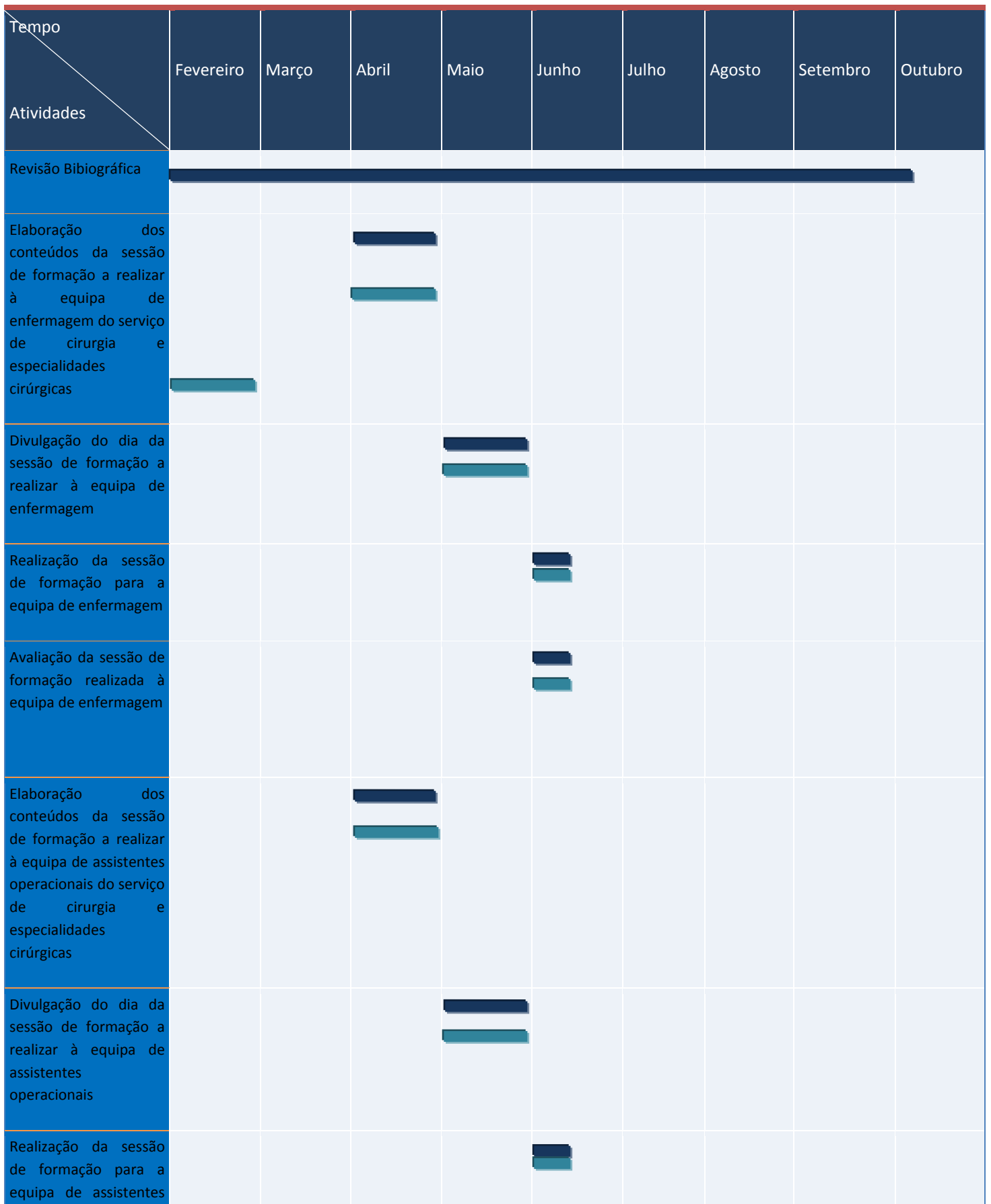
- Falta de tempo para cumprir a calendarização conforme previsto, como estratégia para a ultrapassar, optamos por organizar um cronograma das atividades rigoroso, adaptado às necessidades daquela realidade e do serviço, de acordo com o tempo cronológico do calendário escolar, de modo a atingir os objetivos traçados.

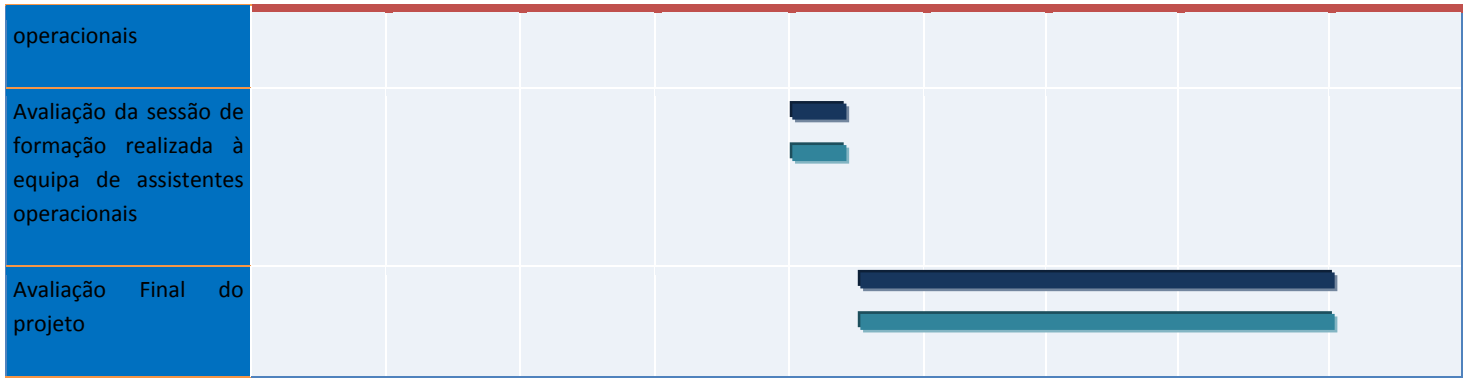
Data: 03/02/2013

Nome: Sónia Rute da Silva Palmela


Apêndice 15: Cronograma de Planeamento do Projeto

Cronograma de Planeamento do Projeto





Legenda:

 - Tempo previsto

 - Tempo Real

Apêndice 16: PIS – Trabalho de Formação

PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO
SERVIÇO DE CIRURGIA E DE ESPECIALIDADES CIRÚRGICAS DE UM
HOSPITAL DOS ARREDORES DE LISBOA
FORMAÇÃO EM SERVIÇO

Ano: 2º ano **Semestre:** 3º semestre

Unidade Curricular: Unidade Curricular Enfermagem Médico-Cirúrgica II

Discente: Sónia Palmela

Nº 11*****

Docente: Professora Doutora Alice Ruivo

Orientador: Enfermeiro Especialista F F

Siglas

CCI – Comissão de Controlo Hospitalar

IAC- Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

IACS - Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

Índice

0-INTRODUÇÃO

1 - OBJETIVOS DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

1.1 - OBJETIVO GERAL

1.2 - OBJETIVOS ESPECÍFICOS

2 - PLANIFICAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

2.1 - POPULAÇÃO ALVO

2.2 - LOCALIZAÇÃO

2.3 - DURAÇÃO DA SESSÃO

2.4 - ESTRATÉGIAS UTILIZADAS

2.4.1 - MÉTODOS PEDAGÓGICOS

2.4.2 - MEIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO

3 - CONTEÚDOS

4 - AVALIAÇÃO DA SESSÃO

5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

6 – REFERÊNCIAS

7- APÊNDICES

Apêndice I – Plano de Formação, Equipa de Enfermagem do Serviço de Cirurgia e Especialidades Cirúrgicas de um Hospital dos Arredores de Lisboa

Apêndice II – Apresentação do PowerPoint da Sessão de Formação destinada à Equipa de Enfermagem do Serviço de Cirurgia e de Especialidades Cirúrgicas de um Hospital nos arredores de Lisboa

Apêndice III – Plano de Formação, Equipa de Assistentes Operacionais do Serviço de Cirurgia e Especialidades Cirúrgicas de um Hospital dos Arredores de Lisboa

Apêndice I V – Apresentação do PowerPoint da Sessão de Formação destinada à Equipa de Enfermagem do Serviço de Cirurgia e de Especialidades Cirúrgicas de um Hospital dos arredores de Lisboa

0 - INTRODUÇÃO

No decorrer da fase de Diagnóstico de Situação e de Planeamento do Projeto de Intervenção em Serviço, desenvolvida no âmbito da Unidade Curricular de Enfermagem Médico-Cirúrgica II – Estágio de Adequação e Estágio II, 2º semestre do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, identificou-se a formação como sendo uma necessidade prioritária e de extrema relevância à implementação do mesmo.

Tendo em conta que uma formação cuidada, permite aos profissionais, não só uma maior responsabilização, como também uma capacidade de resposta superior, quando expostos a problemas que se desenrolem na sua praxis diária. É de salientar que uma formação deficiente pode originar comportamentos e práticas não recomendadas às situações, originando riscos não só para a pessoa como também em simultâneo para os profissionais.

Durante o diagnóstico de situação, verificamos que no serviço onde foram desenvolvidas as observações, os enfermeiros não valorizavam, nem desenvolvam algumas práticas recomendadas para a prevenção de infeção urinária em contexto hospitalar na sua prática diária, enquanto promotores de prevenção de infeção e diminuição do risco da mesma. Deste modo, identificamos como problema:

- A não realização de boas práticas de cuidados à pessoa com cateter vesical.

As possíveis causas que podem estar na origem do problema são:

- Deficit de sensibilização, a equipa embora alertada para as normas e procedimentos institucionais, parece não valorizar a importância do cumprimento das mesmas, de modo a privilegiar as boas práticas, a qualidade e a segurança da pessoa;
- Desconhecimento de alguns conceitos;
- Deficit no preenchimento de registos de enfermagem no processo clínico da pessoa com cateter vesical.

Serão realizados dois períodos de formação distintos, um será destinado à equipa de enfermagem e outro à equipa de assistentes operacionais. Optámos por esta estratégia, uma vez que nos referimos a dois grupos com grau de conhecimento distinto tendo em consideração o tema. Deste modo a equipa de enfermagem terá muitos ganhos em refletir sobre a sua

responsabilidade, uma vez que supervisiona e delega nos assistentes operacionais cuidados que direta ou indiretamente são da sua responsabilidade, e cabe à equipa de enfermagem, formar e educar por assim dizer, a equipa de assistente operacionais. Enquanto a equipa de assistentes operacionais está pouco familiarizada com as normas e procedimentos institucionais e precisará de um tempo diferente para explorar esta área.

As sessões a realizar às duas equipas de profissionais, serão de carácter expositivo, de modo a que as próprias equipas reconheçam o que poderão melhorar no futuro de acordo com o que está preconizado, a fim de se atingir uma melhoria contínua da qualidade de cuidados.

1- OBJETIVOS DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Posteriormente à identificação do problema e às possíveis causas do mesmo, traçamos os objetivos que explanamos de seguida, para ambas as sessões de formação.

1.1 – OBJETIVO GERAL

- **Que a equipa realize as práticas recomendadas para a prevenção de infeção urinária, (associadas à algaliação) em contexto hospitalar, privilegiando a qualidade e a segurança da pessoa, de modo a diminuir o número de infeções urinárias no serviço.**

1.2 – OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Clarificar alguns conceitos sobre a temática em questão;
- Divulgar dados e recomendações nacionais e internacionais;
- Divulgar os dados obtidos após a observação dos registos e das práticas de cuidados, no âmbito do projeto desenvolvido;
- Enumerar os Fatores de risco para a incidência de Infeção Urinária no serviço;
- Identificar medidas de prevenção para a diminuição ou terminus de Infeções Urinárias Associadas à Algaliação no serviço;

2 – PLANIFICAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

A formação para que seja eficaz e tenha sucesso deve ser bem planeada. É importante e facilitador que o formador tenha um conhecimento prévio do grupo de formandos a quem se dirige a formação, para que decida quais as estratégias e os meios a que deverá recorrer.

2.1 – POPULAÇÃO ALVO

Os destinatários desta sessão de formação são todos os elementos da Equipa de Enfermagem e Equipa de Assistentes Operacionais do Serviço de Cirurgia e de Especialidades Cirúrgicas, de um hospital dos arredores de Lisboa. Conseguir circunscrever a maior parte da equipa deterá vantagens, uma vez que a maioria terá acesso ao mesmo nível de conhecimentos e que poderá espelhá-los sempre durante a prestação de cuidados, geradores de boas práticas e de exemplo para os seus pares.

2.2 – LOCALIZAÇÃO

A formação irá proceder na sala de Reuniões do serviço de Cirurgia e de Especialidades Cirúrgicas. É uma sala relativamente ampla, bem iluminada com luz natural. Possui uma tela de projeção fixa na parede e meios audiovisuais disponíveis.

No centro existe uma mesa (onde se encontram cerca de 14 cadeiras). Todos os formandos têm a possibilidade de ficar de frente para a tela onde serão projetados os conteúdos da formação.

2.3 – DURAÇÃO DA SESSÃO

Pensamos que o tempo de cada sessão será de 45 minutos, a decorrer no turno da manhã, das 15h às 15:45h, uma vez que é o período que menos interfere com a prestação de cuidados e menos prejudica a dinâmica do serviço. Pensamos ser o tempo indicado para que se possam atingir os objetivos traçados.

2.4 – ESTRATÉGIAS UTILIZADAS

Inicialmente pensamos realizar apenas um sessão de formação à equipa de Enfermeiros e uma à Equipa de Assistentes Operacionais, mas para que pudéssemos contornar o absentismo à sessão de formação, pensamos realizar mais sessões, até conseguirmos abranger no mínimo, 75% dos enfermeiros e 75% dos assistentes operacionais. Uma vez que a equipa tanto de Enfermeiros como de Assistentes Operacionais é um pouco extensa, tivemos necessidade de aumentar o número de sessões. Pensamos que 2 sessões para a equipa de assistentes operacionais e 6 para a equipa de enfermagem serão suficientes. As sessões terão um carácter repetitivo ao longo de 3 semanas, com o intuito de abranger o máximo de elementos possível.

O horário das sessões de formação como explicitamos anteriormente, em conformidade com a gestão dos cuidados, e de acordo com o Coordenador do serviço, prende-se com o final do turno da manhã e início do turno da tarde, para que seja possível a presença de mais formandos.

2.4.1 – Métodos Pedagógicos

O método pedagógico que pretendemos utilizar é essencialmente o expositivo, uma vez que pretendemos através da sessão de formação dar a conhecer os dados encontrados, o que se pretende melhorar e fazer uma reflexão sobre a prestação de cuidados.

No início da sessão será exposto o plano da mesma, de modo a que todos os formandos percebam desde o início quais as etapas que se irão seguir durante todo o desenrolar da sessão.

No final da sessão, cada formando irá receber um impresso sobre a avaliação da sessão que devolverá antes de sair da sala.

2.4.2 – Meios Auxiliares de Ensino

Os meios auxiliares de ensino que pretendemos utilizar, serão o computador e o data-show, quadro branco, canetas e folhas de papel.

3 – CONTEÚDOS

Através da realização desta sessão de formação, ambicionamos fazer um enquadramento explícito e simplificado da problemática do controlo da infeção durante a prestação dos cuidados à pessoa, de modo a privilegiar as boas práticas, a qualidade e a segurança da pessoa. Pretendemos em simultâneo dar conhecimento de dados nacionais e internacionais.

Ambicionamos que a equipa reflita sobre a sua responsabilidade profissional, dando a conhecer ou clarificar alguns conceitos teóricos básicos sobre as IACS e serão apresentados dados nacionais e internacionais sobre as principais IACS.

Irão ser divulgados os dados obtidos na observação dos registos e das práticas de cuidados, relembrando e divulgando medidas de prevenção de Infeções Urinárias Associadas à Algália, tais como: A importância da higienização das mãos, a Norma sobre a Inserção e Manutenção do Cateter Urinário de Curta duração e a Norma sobre a Remoção da Algália e sobre o Procedimento - Infeção Urinária Associada ao Cateter Vesical de Curta Duração.

De seguida os formandos terão oportunidade de esclarecer as suas dúvidas de modo a que possam clarificar os conteúdos da sessão.

4- AVALIAÇÃO DA SESSÃO

No final da sessão será entregue a cada formando um Impresso da Avaliação da Satisfação da Ação de Formação (Formando), no qual lhes é solicitado: que avaliem o impacto da sessão de formação no seu contexto geral, tendo em conta os objetivos, os conteúdos, a utilidade e a recomendação; que avaliem a eficácia do formador e por fim a preparação e organização da ação.

Os impressos deterão um carácter anónimo e de preenchimento facultativo mas, os resultados auferidos através do seu preenchimento serão terminantes quanto ao impacto que a sessão exerceu sobre os formandos.

5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

A equipa de saúde tem a responsabilidade de se questionar sobre a qualidade dos cuidados que presta à pessoa. O controlo de infeção, é uma área que nos permite discutir, refletir e promover boas práticas. Torna-se essencial refletirmos a nível individual e coletivo, desenvolvermos e prestarmos cuidados de saúde de excelência, com rigor e qualidade.

A formação não deve ser só considerada como uma mais-valia para o enriquecimento curricular. A formação deve ser encarada como uma peça fundamental para o enriquecimento do próprio, dignificando deste modo a profissão e funcionando como um excelente contributo para a melhoria da qualidade.

Estamos convictos que o promovermos a reflexão sobre as questões da importância do controlo de infeção, através do envolvimento da equipa de enfermagem e da equipa de assistentes operacionais no decurso deste processo, irá contribuir para essa melhoria.

O objetivo de formar o maior número possível de profissionais prende-se com o cerne do projeto que é no fundo a formação, apesar de estarmos plenamente conscientes que iremos empregar demasiado tempo com a formação, para conseguirmos circunscrever a maioria de ambas as equipas profissionais.

Através da execução destas sessões de formação, consideramos que os objetivos propostos serão atingidos.

Apêndices

Apêndice I – Plano de Formação, Equipa de Enfermagem do Serviço de Cirurgia e Especialidades Cirúrgicas de um Hospital dos Arredores de Lisboa

PIS- Comissão de Controlo de Infecção

Plano de Formação – Equipa de Assistentes Operacionais

Tema: Prevenção e Controlo de Infecção Urinária em Contexto Hospitalar

Objetivo Geral: **Diminuir o número de Infecções Urinárias Associadas à Algaliação no serviço**

	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	CONCEITO/ CONTEÚDOS	ESTRATÉGIAS		
			Métodos	M.A.E.	Tempo
INTRODUÇÃO	Apresentar o tema e os objetivos da sessão	1. Enquadramento do tempo 2. Apresentação da metodologia a apresentar	Expositivo	Computador PowerPoint Data-show	5 min
DESENVOLVIMENTO	Clarificar alguns conceitos utilizados Divulgar dados e recomendações nacionais e internacionais Divulgar os dados obtidos após a observação dos registos e das práticas de cuidados, no âmbito do projeto desenvolvido Enumerar os Fatores	3. Definição de toda a terminologia utilizada 4. Apresentar alguns resultados de estudos nacionais e internacionais. 5. Informar sobre as recomendações nacionais e internacionais. 6. Apresentar os resultados obtidos Observação/Referência da prática de cuidados 7. Referenciar fatores de risco decorrentes da prática	Expositivo	Computador PowerPoint Data-show	30 min

	<p>de risco para a incidência de Infecção Urinária no serviço</p> <p>Identificar medidas de prevenção para a diminuição ou terminus de Infecções Urinárias Associadas à Algália no serviço.</p>	<p>8. Apresentar medidas de prevenção de ITU associadas à algália</p> <p>9. Relembrar os momentos da Higienização das mãos</p> <p>10. Referenciar a Norma sobre Inserção e Manutenção do Catéter Urinário de Curta Duração e Remoção da Algália</p> <p>11. Referenciar o Procedimento-Infecção Urinária Associada ao Catéter Vesical de Curta Duração</p>			
CONCLUSÃO	Esclarecer dúvidas relativas ao tema apresentado	1. Esclarecimento de dúvidas.	Expositivo	Computador PowerPoint	5 min
AVALIAÇÃO	Avaliar a sessão	<p>1. Entrega de Impresso da Avaliação da Satisfação da Ação de Formação (Formando)</p> <p>2. Avaliar o impacto da formação na equipa.</p>	<p>Expositivo</p> <p>Retorno dos impressos da Avaliação da Satisfação da Ação de Formação (Formando)</p>	<p>Impresso da Avaliação da Satisfação da Ação de Formação (Formando)</p>	5 min
Total					45 min

**Apêndice II – Apresentação do PowerPoint da Sessão de Formação destinada à
Equipa de Enfermagem do Serviço de Cirurgia e de Especialidades Cirúrgicas de um
Hospital nos arredores de Lisboa**



Projeto de Intervenção em Serviço:

Prevenção e Controle de Infecção Urinária em contexto hospitalar

ESS/IPS

2º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Estágio III

Unidade Curricular: Enfermagem Médico-Cirúrgica II

Discente: Sónia Palmela

Docente: Professora Doutora Alice Ruivo

Orientador: Enfermeiro Especialista FF

OBJECTIVO GERAL:

Que a equipa realize cuidados de qualidade à pessoa com cateter urinário

Objetivos Específicos

- Clarificar alguns conceitos;
- Divulgar dados nacionais e internacionais;
- Divulgar os dados obtidos após a observação dos registos e das práticas de cuidados, no âmbito do projeto desenvolvido;
- Enumerar os Fatores de risco para a incidência de Infecção Urinária no serviço;
- Identificar medidas de prevenção, para reduzir o risco de Infecção Urinária Associada ao cateterismo vesical no serviço.

Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS)

“É uma infecção 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”.

(PNPC, 2007:4)

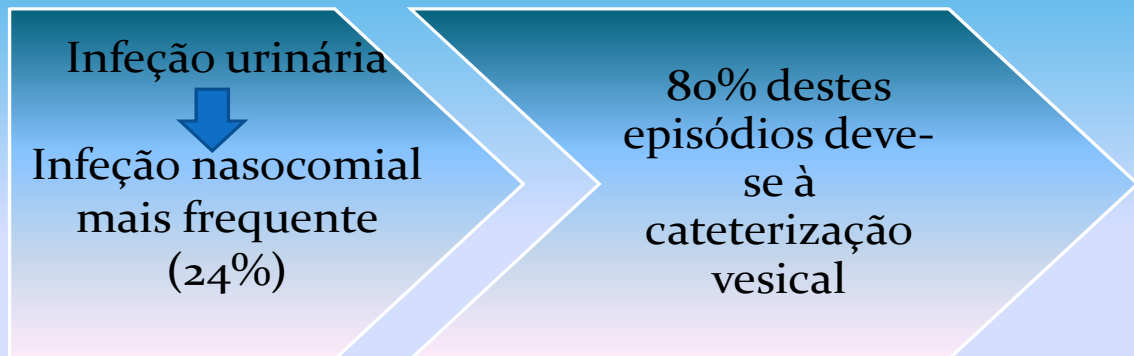
IACS

“A cada momento, mais de 1,4 milhões de pessoas em todo o mundo sofrem de complicações infecciosas adquiridas no hospital”.

“As mais frequentes são as infecções da ferida cirúrgica, as infecções das vias urinárias e as infecções das vias respiratórias inferiores (...) a prevalência das infecções nosocomiais é mais elevada em unidades de cuidados intensivos e em serviços cirúrgicos e ortopédicos”.

(PNCI, 2002:8)

Estudo Nacional de Prevalência de 2009



(Pina et al. 2010)

Alguns Fatores de risco de infecção do trato urinário em pessoas com cateter vesical

Manutenção do
circuito de
drenagem fechado

Despejo do saco de
drenagem

Prevenção da Infecção Urinária

Aplicando as medidas de controlo de infeção adequadas:

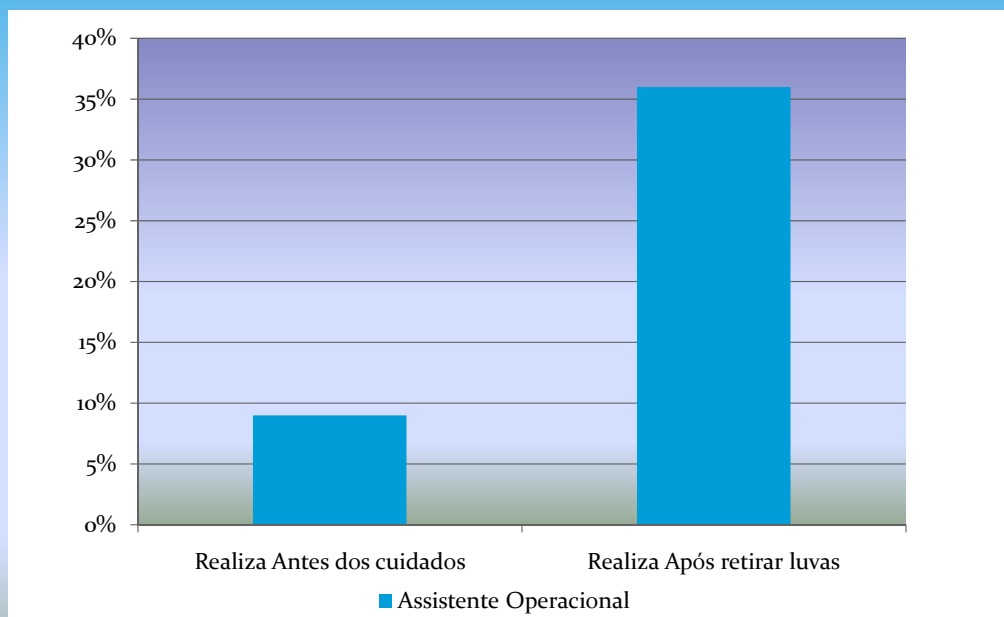
- Podem evitar-se por ano entre 17% a 69 % das infeções urinárias -» 380.000 infeções e 9.000 óbitos.

(Gould et all, 2009: 29)

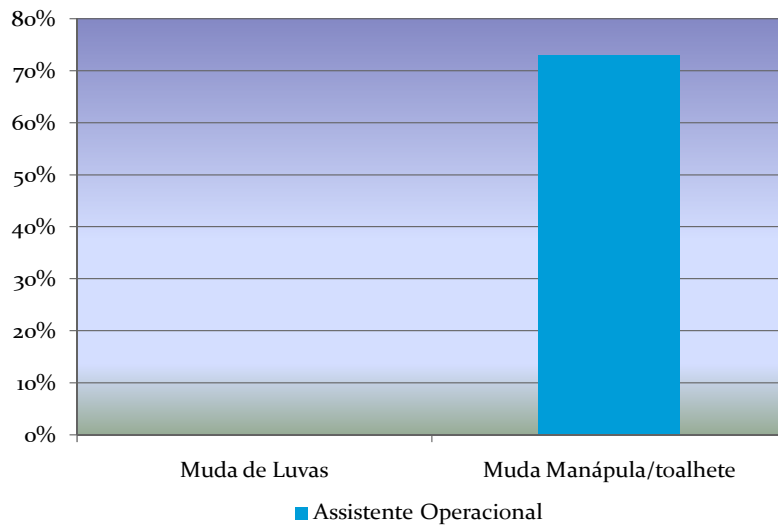
Projeto - Seleção dos Participantes

- Equipa de enfermagem - 38 elementos.
- Equipa de assistentes operacionais - 29 elementos.
- **Amostra:** os enfermeiros e assistentes operacionais que prestaram cuidados de higiene na cama à pessoa com cateter urinário (amostra aleatória), de 7 a 10 de Dezembro de 2012.
 - Observados 20 profissionais: 9 enfermeiros e 11 assistentes operacionais (de 7 a 10 de Dezembro de 2012).
- Aplicados questionários a todos os enfermeiros e assistentes operacionais:
 - Taxas de resposta: 71% de enfermeiros (27 enfermeiros)
 - 59% de assistentes operacionais (17 assistentes operacionais).

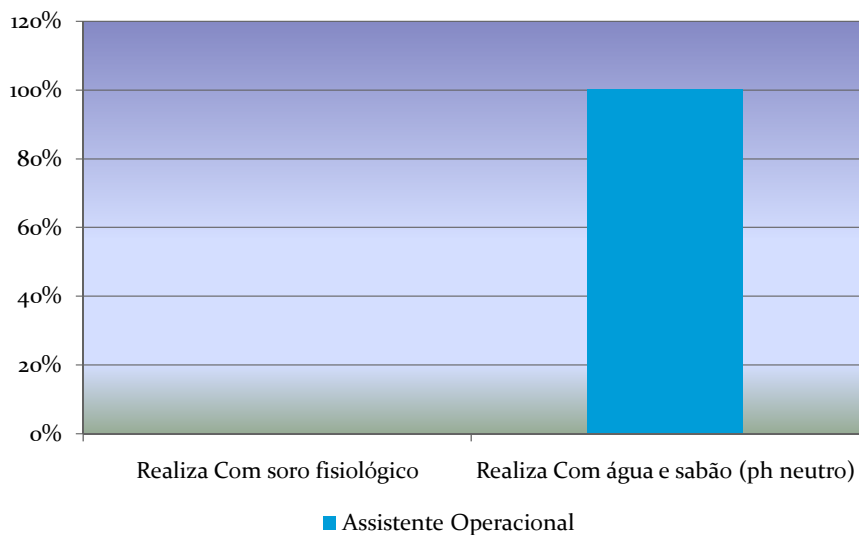
Higienização das Mãos antes dos cuidados de higiene na cama à pessoa com cateter urinário



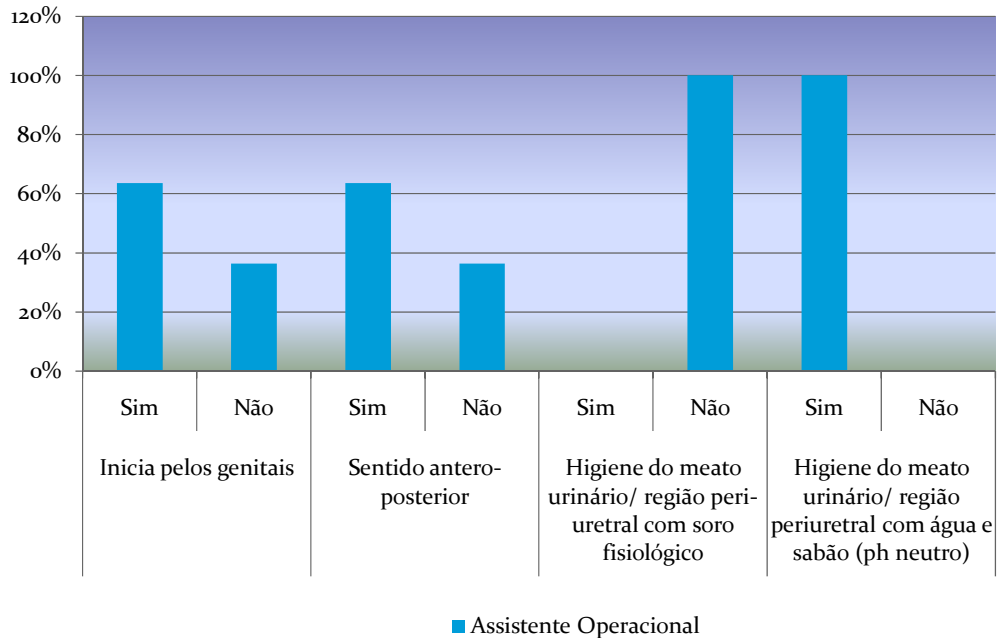
Muda de Dispositivo de Higienização



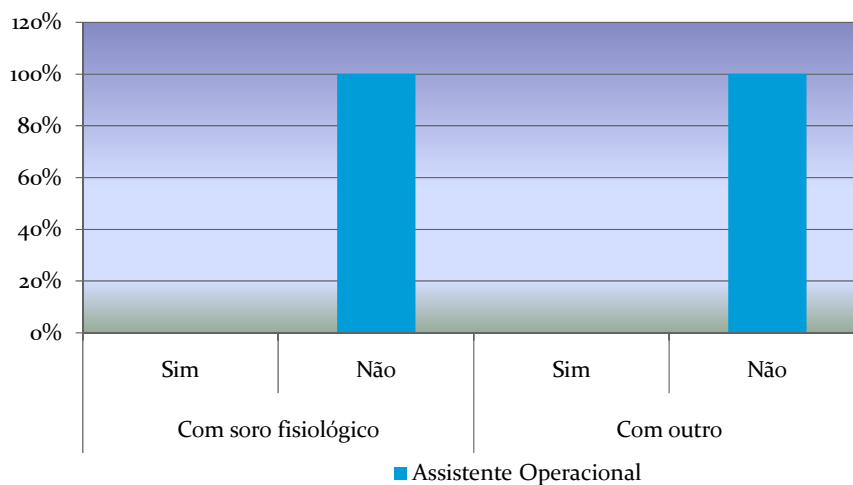
Produto utilizado na higiene perineal e do meato urinário à pessoa com algália



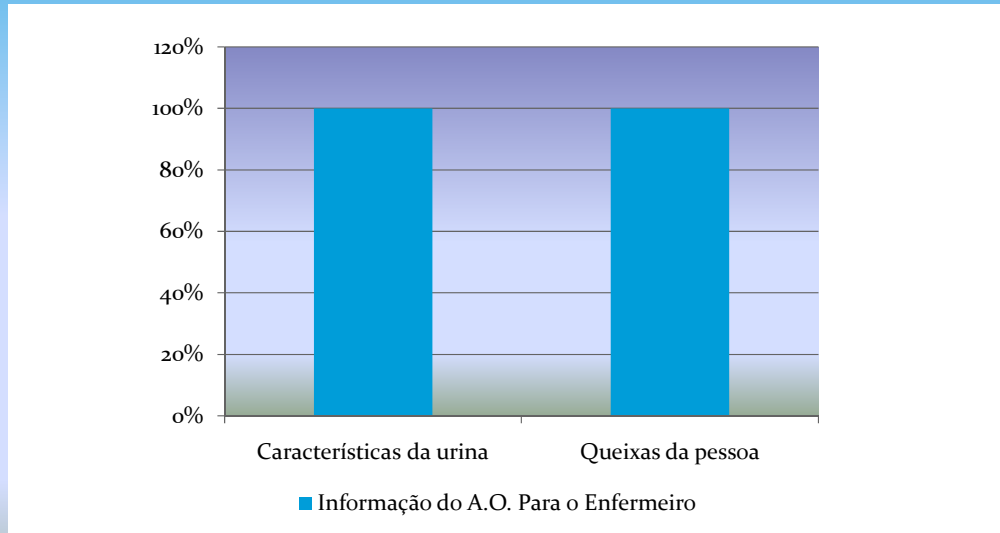
Observação da Realização da Higiene Perineal



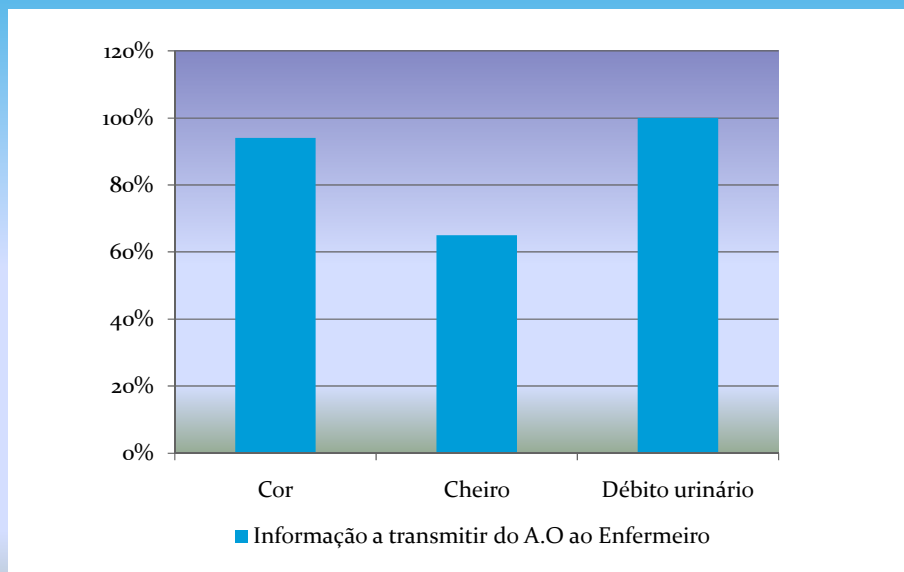
Limpeza do Cateter Urinário



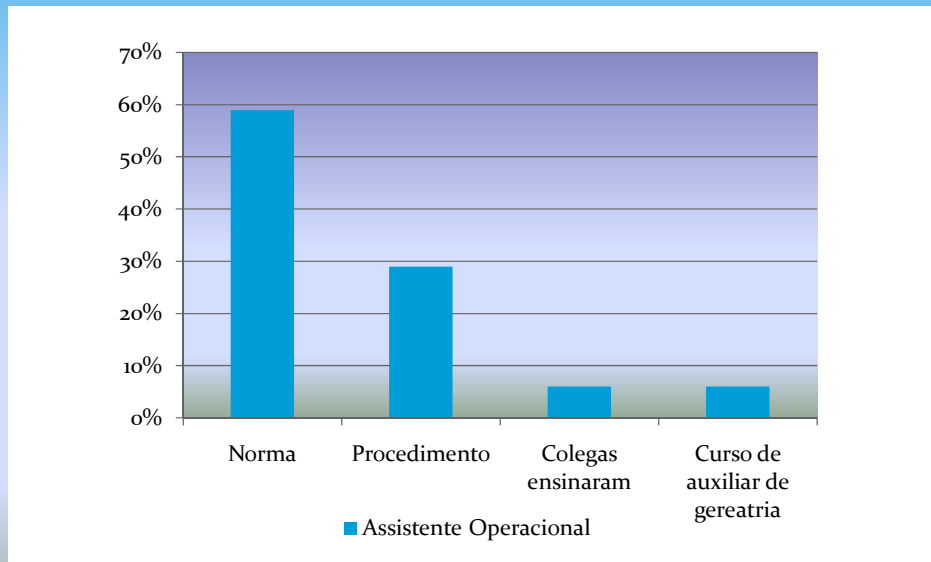
Informação do A.O a transmitir ao Enfermeiro relativamente à pessoa dependente na eliminação vesical



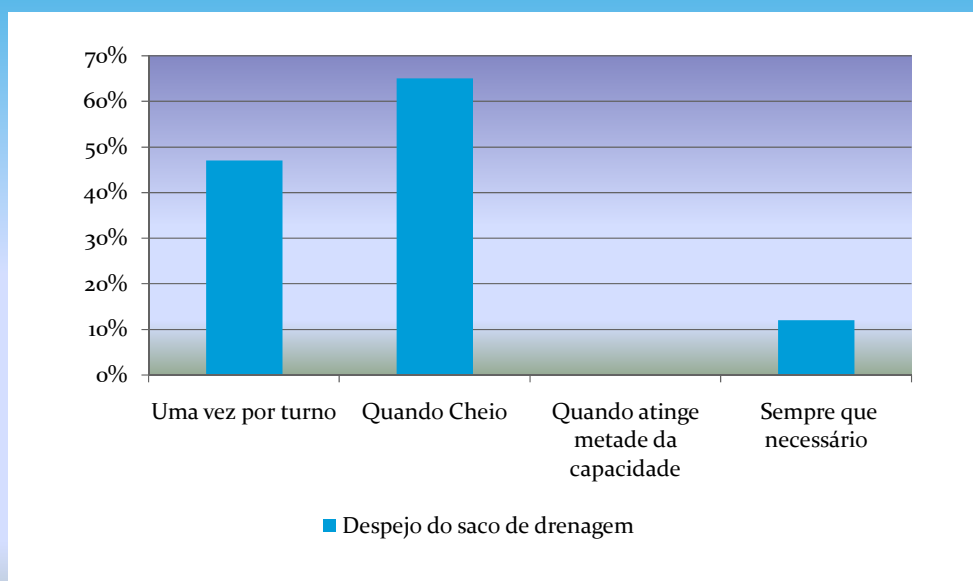
Caraterísticas da urina a transmitir pelo A.O ao Enfermeiro



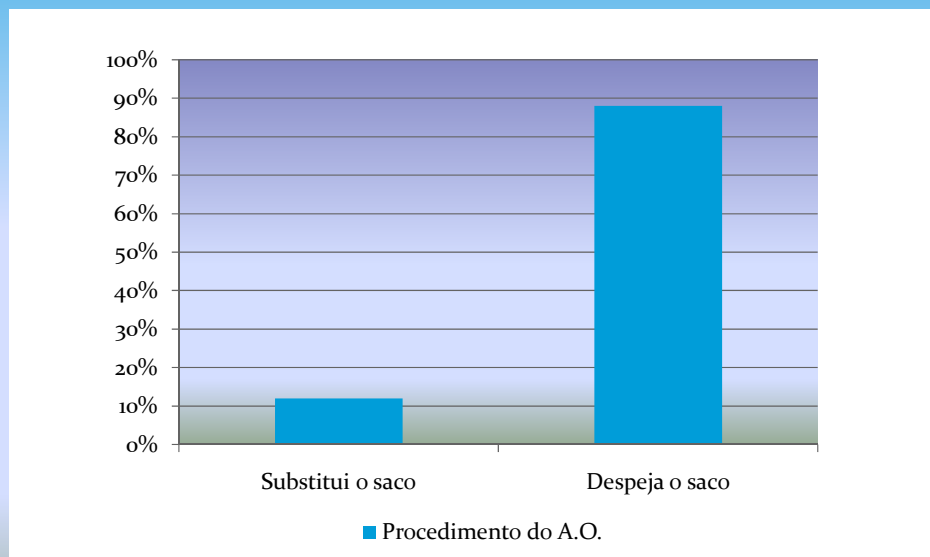
Referências dos A.O quanto à Aquisição de Conhecimentos sobre a Prevenção e Controlo de Infecção Urinária à pessoa com algália



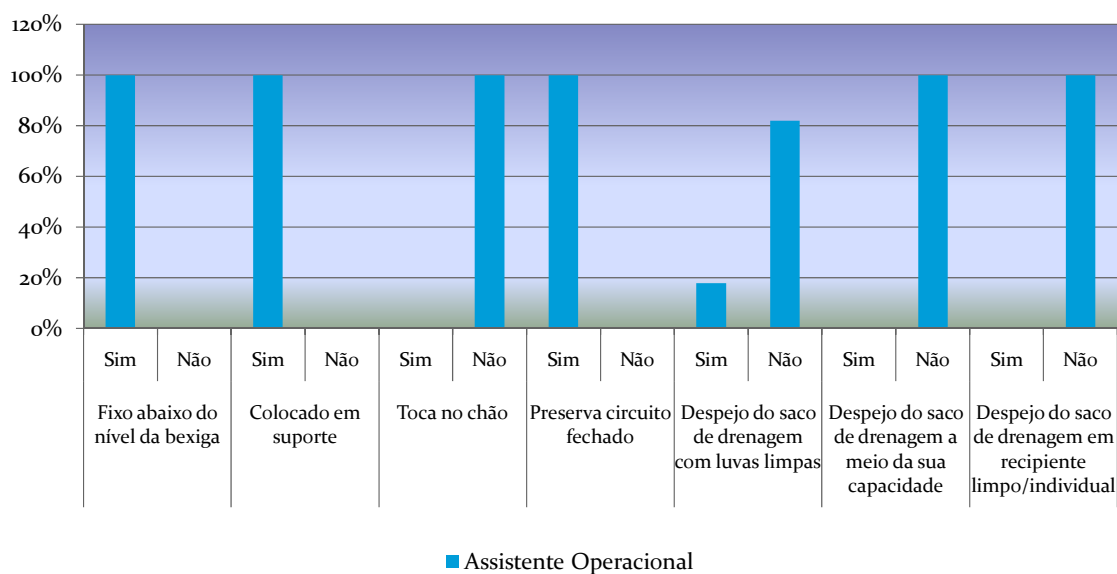
Referências dos A.O relativamente ao Despejo do Saco de Drenagem



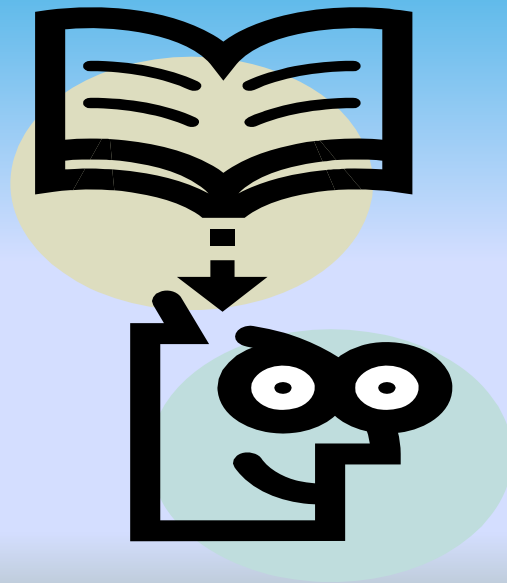
Referências dos A.O - Prática relativamente ao Saco de Drenagem com Presença de Urina



Observação dos Cuidados de Manutenção do Saco de Drenagem



Fatores de risco para a incidência de ITU no serviço:



Conclusão do Estudo

Fatores de risco para a incidência de ITU no serviço:

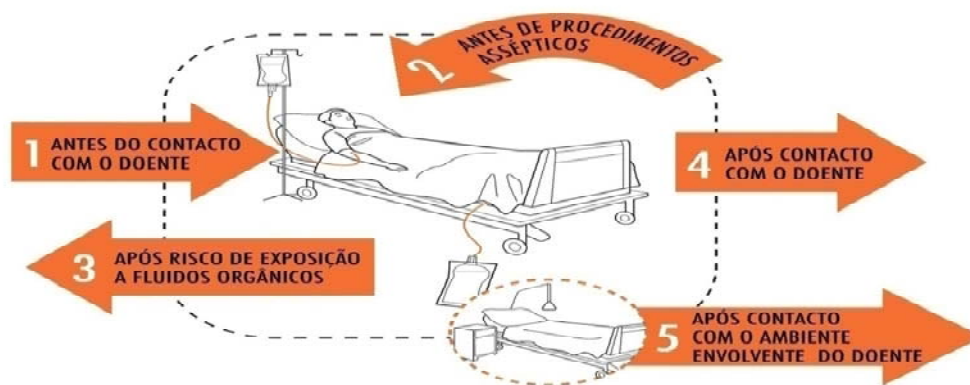
- Fraca adesão à higienização das mãos pelos profissionais;
- Fraca adesão à implementação da Norma sobre Inserção e Manutenção do Cateter Urinário de Curta Duração e Remoção da Algália (Adulto) e do Procedimento - Infecção Urinária Associada ao Cateter Vesical de Curta Duração;
- Cuidados de saúde que não privilegiam as boas práticas, a qualidade e a segurança da pessoa.

Higienização das mãos

Em que momentos?



Higienização das mãos



Promove cuidados de qualidade.
Diminui as Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde.
Cada contacto é uma fonte potencial de contaminação das mãos dos profissionais!

Norma sobre Inserção e Manutenção do Cateter Urinário de Curta Duração e Remoção da Algália

 HPP HOSPITAL DE CASCAIS DR. JOSÉ DE ALMEIDA	HOSPITAL DE CASCAIS DR. JOSÉ DE ALMEIDA Norma Inserção e Manutenção do Cateter Urinário	PCI 7 PCI 11 CCI 22 Pág. 1 / 8
--	--	---

1. DESIGNAÇÃO

Norma sobre Inserção e Manutenção do Cateter Urinário de Curta Duração (Adulto)

2. META / PADRÃO

PCI 7 – A instituição identifica os procedimentos e processos associados ao risco de infeção e implementa estratégias para reduzir esse risco

PCI 11 – A instituição fornece educação sobre práticas de prevenção e controlo da infeção aos profissionais, médicos, pacientes e aos familiares e a outros prestadores de cuidados, quando indicado pelo seu envolvimento no cuidado.

3. OBJECTIVO

- Uniformizar a prática clínica
- Reduzir risco de infeção urinária associada ao Cateter Urinário
- Reduzir a incidência de complicações, com ênfase nas infeções associadas ao cateter urinário

4. DESTINATÁRIOS

Todos os profissionais do HPP Hospital de Cascais que procedem à inserção, manutenção, vigilância e optimização de cateter urinário do paciente adulto.

5. DEFINIÇÕES

Cateter Urinário (CU) – dispositivo médico de uso único, usado para facilitar a saída da urina contida na bexiga

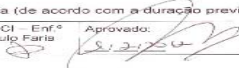
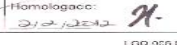
6. PROCEDIMENTO

Nota: Os procedimentos abaixo descrevem a transcrição das recomendações de 2004 do Plano nacional de Controlo de Infeção.

As recomendações para a prevenção da ITU no doente algaliado devem abranger os seguintes cinco níveis de intervenção:

1. Avaliação da necessidade de algália (com base na avaliação de risco individual do doente)

2. Seleção do tipo de algália (de acordo com a duração prevista da algaliação)

Revisão n.º 1	Elaborado: CCI – Enf.º Fernando Paulo Faria 18/01/2012	Aprovado: 	Homologado:  H
---------------	--	---	--

1.GQ.056.00

Procedimento - Infeção Urinária Associada ao Cateter Vesical de Curta Duração

 HPP HOSPITAL DE CASCAIS DR. JOSÉ DE ALMEIDA	HOSPITAL DE CASCAIS DR. JOSÉ DE ALMEIDA Procedimento – Infeção Urinária Associada ao Cateter Vesical de Curta Duração	PCI 7 CCI 11 Pág. 1 / 8
--	---	-------------------------------

1. DESIGNAÇÃO

Redução da Infeção Associada ao Cateter Urinário de Curta Duração

2. META / PADRÃO

PCI 7 – A instituição identifica os procedimentos e processos associados a riscos de infeção e implementa estratégias para redução dos riscos de infeção.

3. OBJECTIVO

1. Reduzir o risco de infeção associada ao cateterismo vesical
2. Aumentar segurança do paciente

4. DESTINATÁRIOS

Todos os profissionais do HPP Hospital de Cascais

5. DEFINIÇÕES

Colonização – presença de um ou mais microrganismos, no trato urinário, mas sem manifestações clínicas

Infeção do trato urinário (ITU) – invasão dos tecidos por um ou mais microrganismos, provocando uma resposta inflamatória, bem como sinais e sintomas cuja natureza e intensidade variam de acordo com o terreno.

6. PROCEDIMENTO

A presença do cateter vesical constitui o maior risco para o desenvolvimento de uma infeção urinária. As alterações ao trânsito vesical, com a constituição de um resíduo mínimo permanente favorecem o desenvolvimento da bacteriúria. O aparecimento de um biofilme bacteriano ao longo da superfície do cateter protege as bactérias do sistema imunitário e dos antibióticos.

As múltiplas manipulações pelo pessoal de saúde e paciente constituem igualmente um factor de risco associado ao cateterismo vesical.

Revisão n.º 1	Elaborado: CCI – Enf.º Fernando Paulo Faria 18/01/2012	Aprovado: 	Homologado:  H
---------------	--	--	---

1.GQ.056.00

Bibliografia

- GOULD, C. et all. Guideline for Prevention of Catheter – Associated Urinary Tract Infections. HealthCare Infection Control - Practices Advisory Control Committee. 2009. Disponível em <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/cath/cathguidelinesfinal.pdf> [Consultado a 22/02/2013].
- HELBERG. Abordagem diagnóstica e terapêutica na infecção do trato urinário – ITU. *Revista da Associação Médica Brasileira*. Volume 49, Nº1 (Janeiro-Março 2003). Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-42302003000100043&script=sci_arttext [Consultado a 20/01/2012].
- PINA, E. et all, – Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. *Revista portuguesa de saúde pública*. Volume 10 (Setembro 2010). Disponível em <http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2010/pdf/volume-tematico-seguranca-do-doente/4-Infecoes%20associadas%20aos%20cuidados%20de%20saude%20e%20seguranca%20do%20doente.pdf> [Consultado a 18/02/2013].
- Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde - *Inquérito de Prevalência de Infecção: Protocolo 2009*. Disponível em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i010691.pdf> [Consultado a 17/12/2012].
- Programa Nacional de Controlo Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde - *Prevenção de Infecções Adquiridas no hospital: Um Guia Prático*. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. 2ª Edição. 2002. Disponível em http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd49/man_oms.pdf [Consultado a 15/12/2012].
- Programa Nacional de Controlo de Infecção - *Recomendações para a Prevenção da Infecção do Trato Urinário – Aligação de Curta Duração*. 2004. Disponível em <http://www.umcci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/RecPrevInfTratoUrinario.pdf> [Consultado a 15/12/2012].
- SOUZA, N. et all. Infecção do Trato Urinário Relacionada com a Utilização de Catéter Vesical de Demora: Resultados da Bacteriúria e da Microbiota Estudadas 2007. *Revista Coluna Brasileira*. Volume 35. Nº1 (Janeiro-Feveiro 2008). Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v35n1/v35n1a08.pdf> [Consultado a 05/03/2012].

Obrigada pela vossa
atenção!

Apêndice III – Plano de Formação, Equipa de Assistentes Operacionais do Serviço de Cirurgia e Especialidades Cirúrgicas de um Hospital dos Arredores de Lisboa

PIS- Comissão de Controlo de Infecção

Plano de Formação – Equipa de Enfermagem

Tema: Prevenção e Controlo de Infecção Urinária em Contexto Hospitalar

Objetivo Geral: **Diminuir o número de Infecções Urinárias Associadas à Algiação no serviço**

	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	CONCEITO/ CONTEÚDOS	ESTRATÉGIAS		
			Métodos	M.A.E.	Tempo
INTRODUÇÃO	Apresentar o tema e os objetivos da sessão	12. Enquadramento do tempo 13. Apresentação da metodologia a apresentar	Expositivo	Computador PowerPoint Data-show	5 min
DESENVOLVIMENTO	Clarificar alguns conceitos utilizados Divulgar dados e recomendações nacionais e internacionais Divulgar os dados obtidos após a observação dos registos e das práticas de cuidados, no âmbito do projeto desenvolvido Enumerar os Fatores de risco para a incidência de	14. Definição de toda a terminologia utilizada 15. Apresentar alguns resultados de estudos nacionais e internacionais. 16. Informar sobre as recomendações nacionais e internacionais. 17. Apresentar os resultados obtidos Observação/Referência da prática de cuidados 18. Referenciar fatores de risco decorrentes da prática	Expositivo	Computador PowerPoint Data-show	30 min

	<p>Infeção Urinária no serviço</p> <p>Identificar medidas de prevenção para a diminuição ou terminus de Infeções Urinárias Associadas à Algáliação no serviço.</p>	<p>19. Apresentar medidas de prevenção de ITU associadas à algáliação</p> <p>20. Relembrar os momentos da Higienização das mãos</p> <p>21. Referenciar a Norma sobre Inserção e Manutenção do Catéter Urinário de Curta Duração e Remoção da Algália</p> <p>22. Referenciar o Procedimento-Infeção Urinária Associada ao Catéter Vesical de Curta Duração</p>			
CONCLUSÃO	Esclarecer dúvidas relativas ao tema apresentado	2. Esclarecimento de dúvidas.	Expositivo	Computador PowerPoint	5 min
AVALIAÇÃO	Avaliar a sessão	<p>3. Entrega de Impresso da Avaliação da Satisfação da Ação de Formação (Formando)</p> <p>4. Avaliar o impacto da formação na equipa.</p>	<p>Expositivo</p> <p>Retorno dos impressos da Avaliação da Satisfação da Ação de Formação (Formando)</p>	Impresso da Avaliação da Satisfação da Ação de Formação (Formando)	5 min
Total					45 min

**Apêndice IV – Apresentação do PowerPoint da Sessão de Formação destinada à
Equipa de Enfermagem do Serviço de Cirurgia e de Especialidades Cirúrgicas de um
Hospital dos arredores de Lisboa**



Projeto de Intervenção em Serviço: Prevenção e Controle de Infecção Urinária em contexto hospitalar

ESS/IPS
2º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Estágio III
Unidade Curricular: Enfermagem Médico-Cirúrgica II
Discente: Sónia Palmela
Docente: Professora Doutora Alice Ruivo
Orientador: Enfermeiro Especialista FF

OBJECTIVO GERAL:

Que a equipa realize cuidados de
qualidade à pessoa com cateter
urinário

Objetivos Específicos

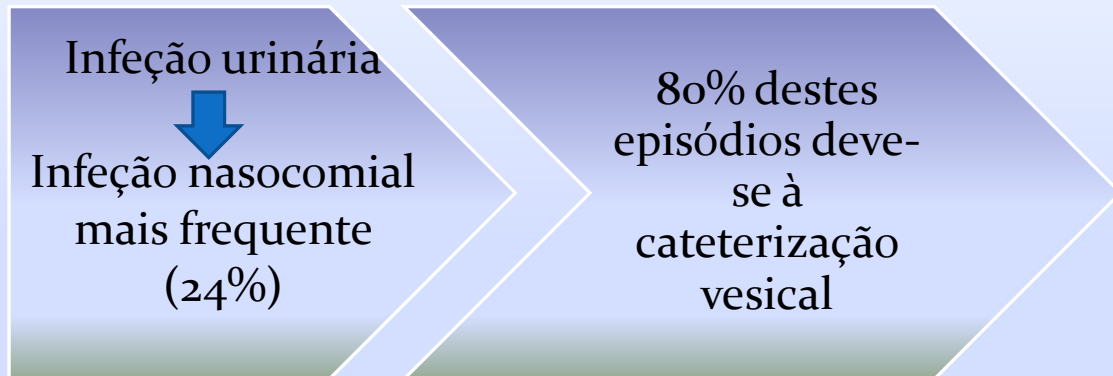
- Clarificar alguns conceitos;
- Divulgar dados nacionais e internacionais;
- Divulgar os dados obtidos após a observação dos registos e das práticas de cuidados, no âmbito do projeto desenvolvido;
- Enumerar os Fatores de risco para a incidência de Infecção Urinária no serviço;
- Identificar medidas de prevenção, para reduzir o risco de Infecção Urinária Associada ao cateterismo vesical no serviço.

Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS)

“É uma infecção 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”.

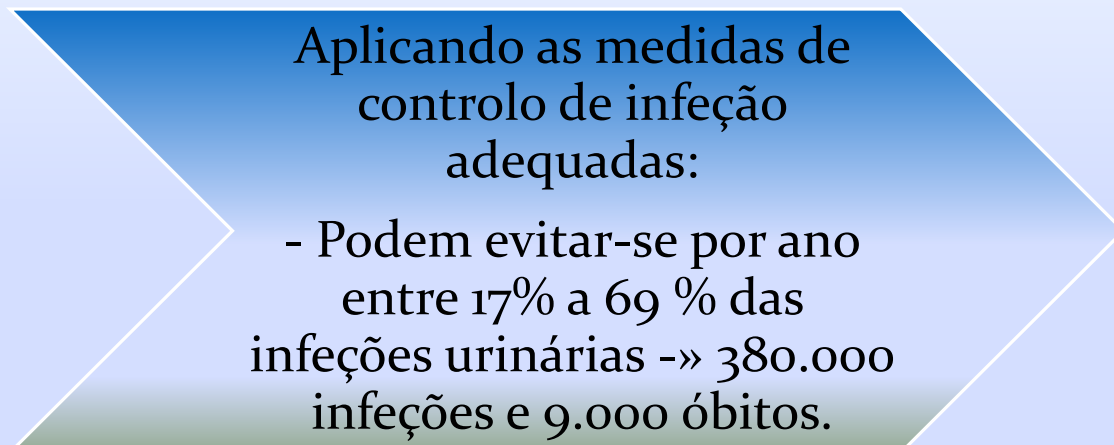
(PNPC, 2007:4)

Estudo Nacional de Prevalência de 2009



(Pina et al. 2010)

Prevenção

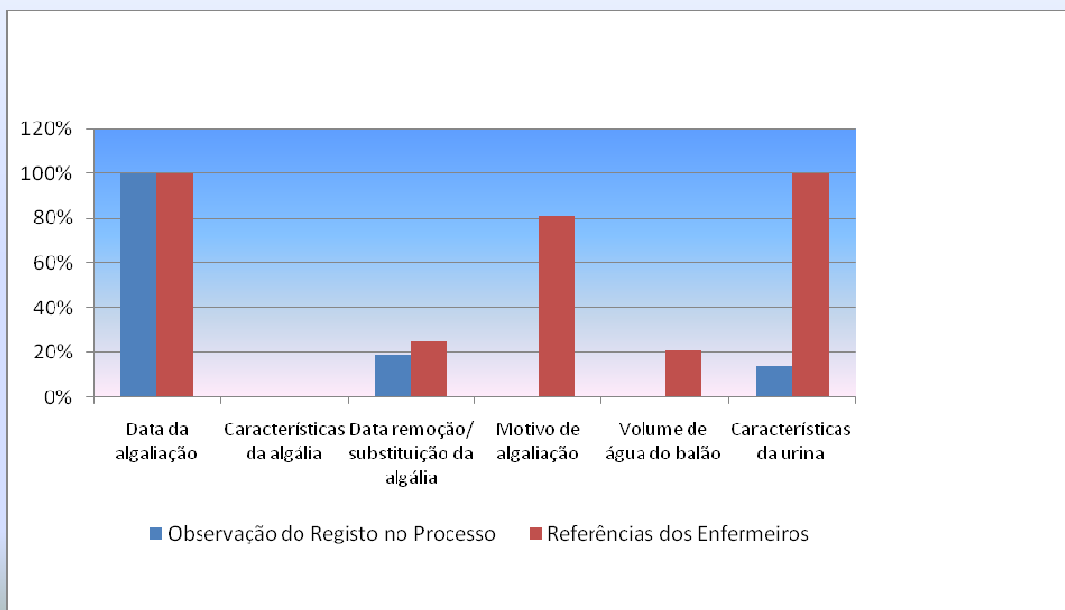


(Gould et al., 2009)

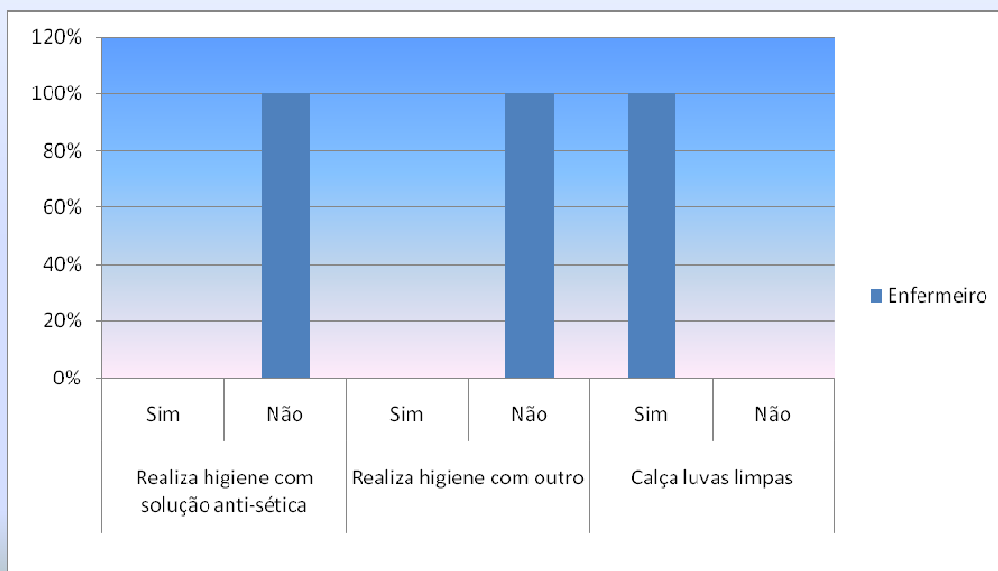
Projeto - Seleção dos Participantes

- Equipa de enfermagem - 38 elementos.
- Equipa de assistentes operacionais - 29 elementos.
- Observações todos os registos de enfermagem nos processos clínicos das pessoas algaliadas, acerca do procedimento da algaliação (de 26 a 29 de Novembro de 2012).
- **Amostra:** enfermeiros e assistentes operacionais que prestaram cuidados de higiene na cama à pessoa com cateter urinário (amostra aleatória).
 - Observados 20 profissionais: 9 enfermeiros e 11 assistentes operacionais (de 7 a 10 de Dezembro de 2012)).
- Remoção da algália - Observados 9 enfermeiros (de 7 a 10 de Dezembro de 2012)
- Aplicados questionários a todos os enfermeiros e assistentes operacionais: Taxas de resposta: 71% de enfermeiros e 59% de assistentes (27 enfermeiros e 17 assistentes operacionais).

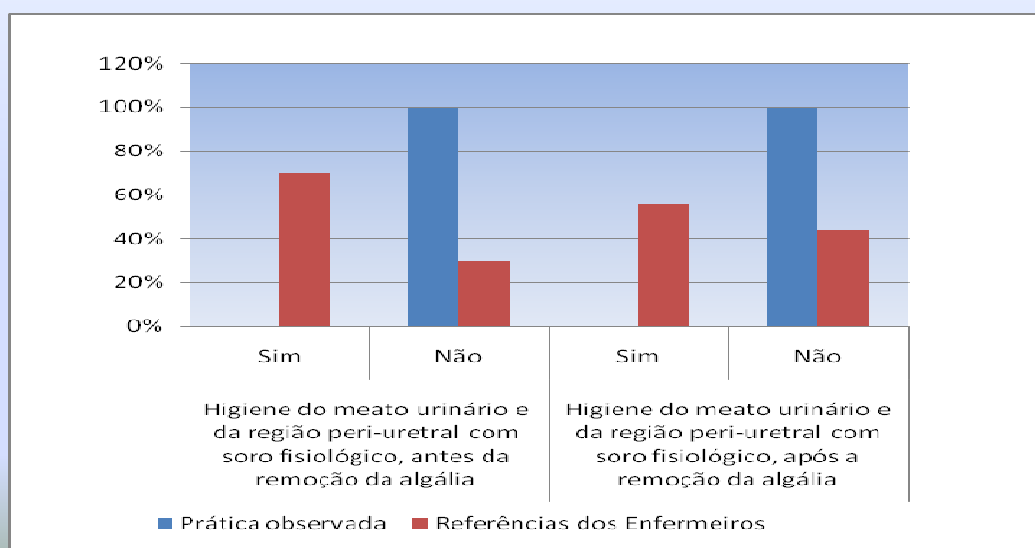
Observação/ Referências dos Enfermeiros do Registo no Processo Clínico da Algaliação



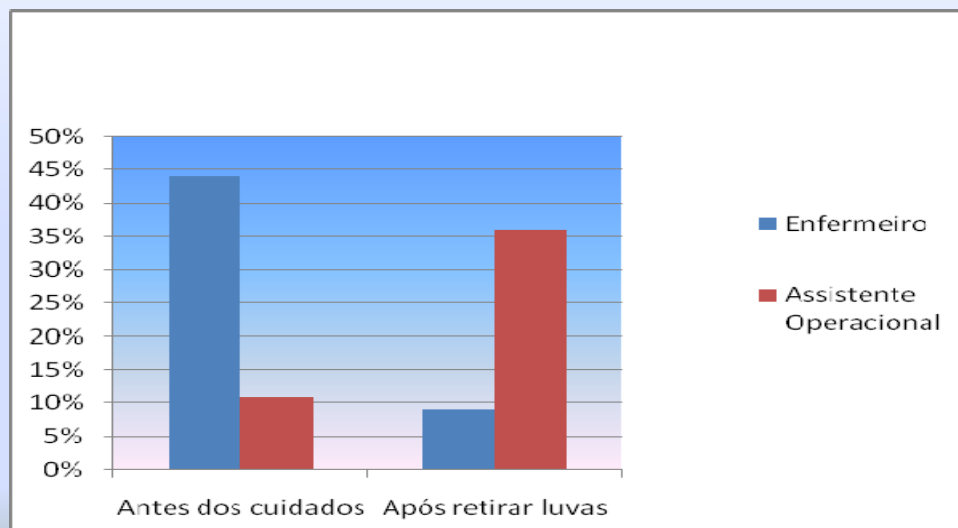
Adesão à Higiene/ Descontaminação das Mãos Antes da Remoção da Algália



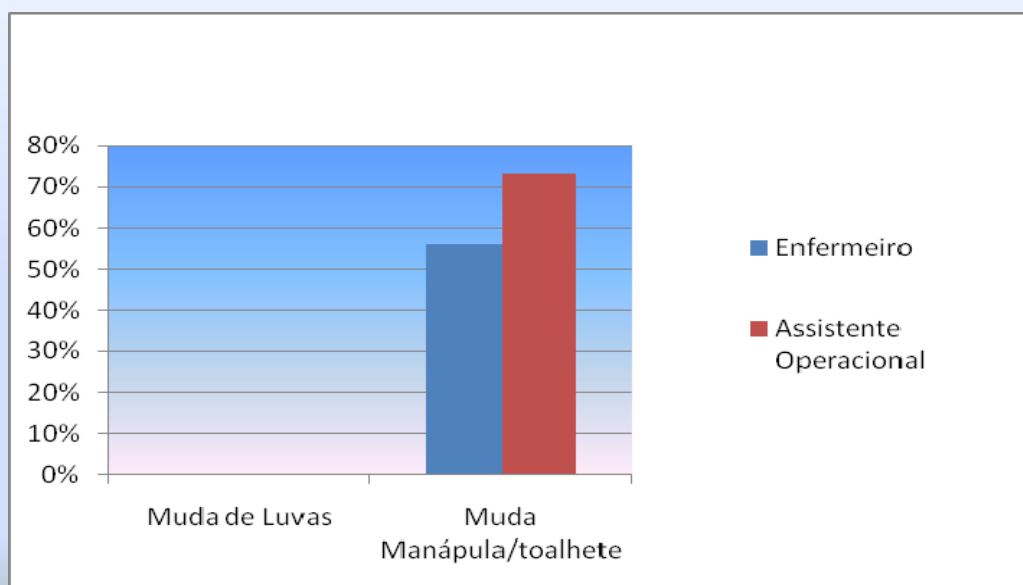
Higiene do Meato Urinário e da Região Peri-uretral (Antes e Após a Desalgaliação)



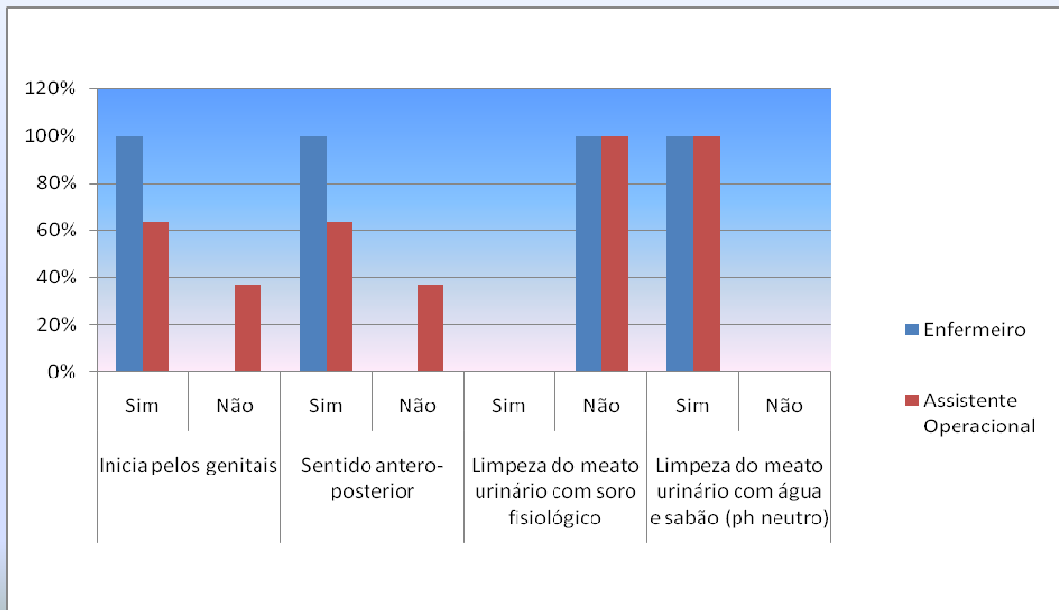
Higienização das Mãos antes dos cuidados de higiene na cama à pessoa com drenagem vesical



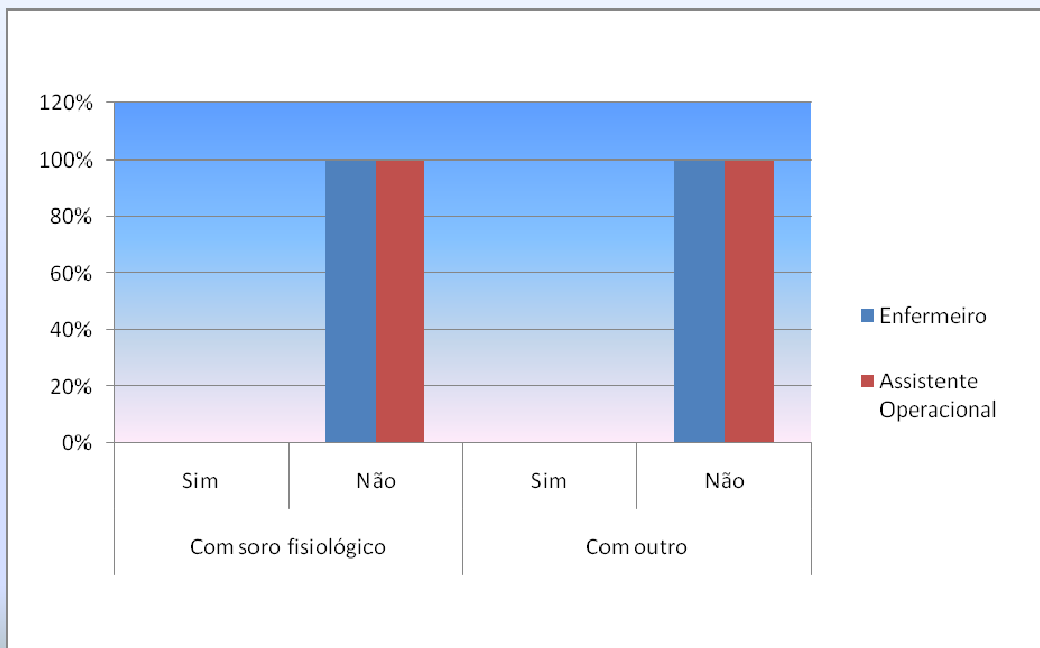
Muda de Dispositivo de Higienização



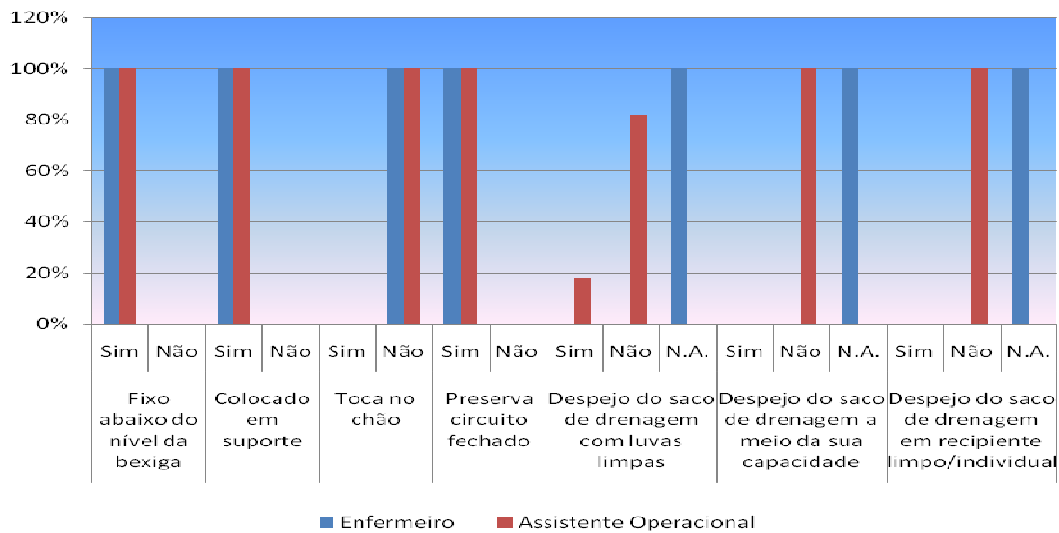
Realização de Higiene Perineal



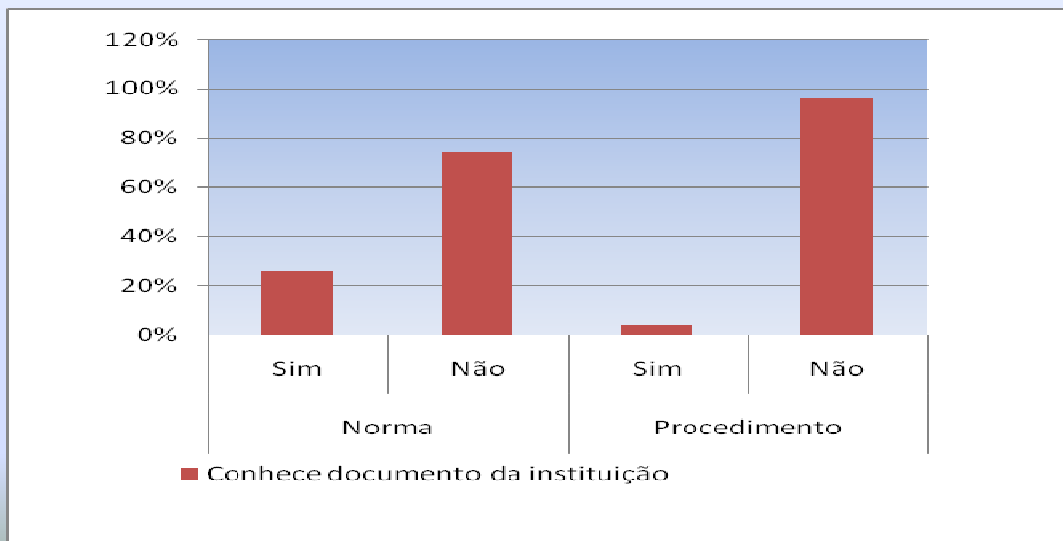
Limpeza do Cateter Urinário



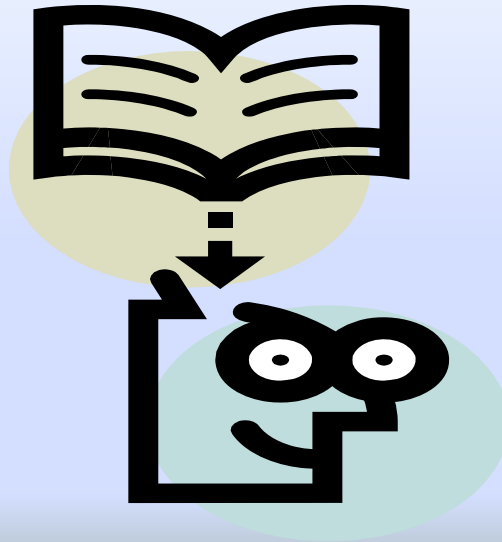
Observação dos Cuidados de Manutenção do Saco de Drenagem



Conhecimento dos Enfermeiros de Documentos da Instituição para Prevenção de ITU à pessoa com cateter de curta duração



Fatores de risco para a incidência de ITU no serviço:

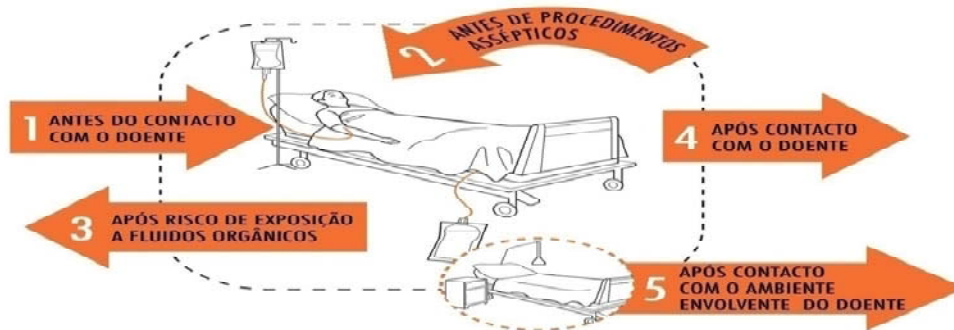


Conclusão do Estudo

Fatores de risco para a incidência de ITU no serviço:

- Registos de enfermagem incompletos sobre o procedimento da algáliação à pessoa;
- Fraca adesão à higienização das mãos pelos profissionais;
- Fraca adesão à implementação da Norma sobre Inserção e Manutenção do Cateter Urinário de Curta Duração e Remoção da Algália (Adulto) e do Procedimento - Infecção Urinária Associada ao Cateter Vesical de Curta Duração;
- Cuidados de saúde que não privilegiam as boas práticas, a qualidade e a segurança da pessoa.

Higienização das mãos



Promove cuidados de qualidade.
Diminui as IACS.
Cada contacto é uma fonte potencial de contaminação das mãos dos profissionais!

Norma sobre Inserção e Manutenção do Cateter Urinário de Curta Duração e Remoção da Algália

 HPP HOSPITAL DE CASCAIS DR. JOSÉ DE ALMEIDA	HOSPITAL DE CASCAIS DR. JOSÉ DE ALMEIDA Norma Inserção e Manutenção do Cateter Urinário	PCI 7 PCI 11 CCI 22 Pág. 1 / 5
---	---	---

1. DESIGNAÇÃO

Norma sobre Inserção e Manutenção do Cateter Urinário de Curta Duração (Adulto)

2. META / PADRÃO

PCI. 7 – A instituição identifica os procedimentos e processos associados ao risco de infecção e implementa estratégias para reduzir esse risco

PCI. 11 – A instituição fornece educação sobre práticas de prevenção e controlo da infecção aos profissionais, médicos, pacientes e aos familiares e a outros prestadores de cuidados, quando indicado pelo seu envolvimento no cuidado.

3. OBJECTIVO

- Uniformizar a prática clínica
- Reduzir risco de infecção urinária associada ao Cateter Urinário
- Reduzir a incidência de complicações, com ênfase nas infecções associadas ao cateter urinário

4. DESTINATÁRIOS

Todos os profissionais do HPP Hospital de Cascais que procedem à inserção, manutenção, vigilância e optimização de cateter urinário do paciente adulto.

5. DEFINIÇÕES

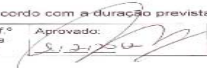
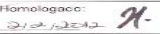
Cateter Urinário (CU) – dispositivo médico de uso único, usado para facilitar a saída da urina contida na bexiga

6. PROCEDIMENTO

Nota: Os procedimentos abaixo descritos constituem a transcrição das recomendações de 2004 do Plano nacional de Controlo de Infecção.

As recomendações para a prevenção da ITU no doente algaliado devem abranger os seguintes cinco níveis de intervenção:

1. Avaliação da necessidade de algaliação (com base na avaliação de risco individual do doente)
2. Seleção do tipo de algália (de acordo com a duração prevista da algaliação)

Revisão n.º 1	Elaborado: CCI – Enf.º Fernando Paulo Faria 18/01/2012	Aprovado: 	Homologação: 
---------------	--	--	--

L.04.006.00

Procedimento - Infecção Urinária Associada ao Cateter Vesical de Curta Duração

 HPP HOSPITAL DE CASCAIS DR. JOSÉ DE ALMEIDA	HOSPITAL DE CASCAIS DR. JOSÉ DE ALMEIDA Procedimento – Infecção Urinária Associada ao Cateter Vesical de Curta Duração	PCI 7 CCI.11 Pág. 1 / 6
---	---	-------------------------------

1. DESIGNAÇÃO

Redução da Infecção Associada ao Cateter Urinário de Curta Duração

2. META / PADRÃO

PCI. 7 – A instituição identifica os procedimentos e processos associados a riscos de infecção e implementa estratégias para redução dos riscos de infecção.

3. OBJECTIVO

1. Reduzir o risco de infecção associada ao cateterismo vesical
2. Aumentar segurança do paciente

4. DESTINATÁRIOS

Todos os profissionais do HPP Hospital de Cascais

5. DEFINIÇÕES



Colonização – presença de um ou mais microrganismos, no trato urinário, mas sem manifestações clínicas

Infecção do trato urinário (ITU) – invasão dos tecidos por um ou mais microrganismos, provocando uma resposta inflamatória, bem como sinais e sintomas cuja natureza e intensidade variam de acordo com o terreno.

6. PROCEDIMENTO

A presença do cateter vesical constitui o maior risco para o desenvolvimento de uma infecção urinária. As alterações ao trânsito vesical, com a constituição de um resíduo mínimo permanente favorecem o desenvolvimento da bacteriúria. O aparecimento de um biofilme bacteriano ao longo da superfície do cateter protege as bactérias do sistema imunitário e dos antibióticos.


As múltiplas manipulações pelo pessoal de saúde e paciente constituem igualmente um factor de risco associado ao cateterismo vesical.

Revisão n.º 1	Elaborado: CCI – Enf.º Fernando Paulo Faria 18/01/2012	Aprovado: 	Hemologado: 2-12-2012 
---------------	--	---	--

1.50.025.00

Bibliografia

- GOULD, C. et al. Guideline for Prevention of Catheter – Associated Urinary Tract Infections. HealthCare Infection Control – Practices Advisory Control Committee. 2009. Disponível em <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/cauti/cautiguide2009final.pdf> [Consultado a 22/02/2013].
- HELBERG. Abordagem diagnóstica e terapêutica na infecção do trato urinário – ITU. *Revista da Associação Médica Brasileira*. Volume 49, Nº1 (Janeiro-Março 2003). Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302003000100043&script=sci_arttext [Consultado a 20/01/2012].
- PINA, E. et al.,- Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. *Revista portuguesa de saúde pública*. Volume 10 (Setembro 2010). Disponível em <http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2010/pdf/volume-tematico-seguranca-do-doente/4-Infecoes%20associadas%20aos%20cuidados%20de%20saude%20e%20seguranca%20do%20doente.pdf> [Consultado a 18/02/2013].
- Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde - *Inquérito de Prevalência de Infecção: Protocolo 2009*. Disponível em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/1010691.pdf> [Consultado a 17/12/2012].
- Programa Nacional de Controlo Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde - *Prevenção de Infecções Adquiridas no hospital: Um Guia Prático*. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. 2ª Edição. 2002. Disponível em http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd49/man_oms.pdf [Consultado a 15/12/2012].
- Programa Nacional de Controlo de Infecção - *Recomendações para a Prevenção da Infecção do Trato Urinário – Algaliação de Curta Duração*. 2004. Disponível em <http://www.umcci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/RecPrevInfTratoUrinario.pdf> [Consultado a 15/12/2012].
- SOUZA, N. et al. Infecção do Trato Urinário Relacionada com a Utilização de Catéter Vesical de Demora: Resultados da Bacteriúria e da Microbiota Estudadas 2007. *Revista Coluna Brasileira*. Volume 35, Nº1 (Janeiro-Fevereiro 2008). Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v35n1/v35n1a08.pdf> [Consultado a 05/03/2012].



Obrigada pela vossa
atenção!

Apêndice 17 – Resultados das Observações dos Registos de Enfermagem no Processo Clínico da Pessoa Algaliada e das Observações dos Cuidados de Higiene na cama à Pessoa com Cateter Urinário

Grelha de Observação dos Registos de Enfermagem nos Processos Clínicos da Pessoa

algaliada: Observados 10 registos no total.

Data de Algaliação	Total	%
Sim	10	100%
Não	0	0%
Data prevista para remoção/substituição da algália	Total	%
Sim	4	40%
Não	6	60%
Motivo de algaliação	Total	%
Sim	0	0%
Não	10	100%
Volume de água do balão	Total	%
Sim	0	0%
Não	10	100%
Sinais/suspeita de infeção (caraterísticas da urina)	Total	%
Sim	5	50%
Não	0	0%

Grelha de Observação das Práticas de Cuidados de Higiene na cama à Pessoa com Cateter Urinário: Realizadas 10 observações no total (5 enfermeiros e 5 assistentes operacionais)

Categoria profissional	Assistentes Operacionais	Enfermeiros
	Total: 5	Total: 5
Higiene/Descontaminação das Mãos	%	%
Antes dos cuidados	40%	60%
Após retirar luvas	40%	60%
Não realiza	60%	40%
Muda de dispositivo de higienização	Total: 5	Total: 5
Luvas	50%	60%
Manápula/Toalhete	50%	60%
Não realiza	50%	40%
Realiza Higiene Genital	Total: 5	Total: 5
Com soro fisiológico	20%	30%
Com água e sabão (ph neutro)	80%	70%
Não realiza	0%	0%
Higiene perineal	Total: 5	Total: 5
Inicia pelos genitais	100%	100%
Sentido antero-posterior	100%	100%
Limpeza do meato urinário/região peri-uretral com soro fisiológico	20%	30%
Limpeza do meato urinário/região peri-uretral com outro	80%	70%
Não realiza	0%	0%

Cateter urinário	Total: 5	Total: 5
Limpeza do cateter urinário/algália:		
-Com soro fisiológico	20%	30%
-Outro	80%	70%
Não realiza	0%	0%
Saco de drenagem/Algália	Total: 5	Total: 5
Saco Fixo Abaixo do nível da bexiga	100%	100%
Saco Colocado em suporte	100%	100%
Saco Toca no chão	0%	0%
Despejo do saco de drenagem:	Não observado	Não observado
-Usa luvas limpas	Não observado	Não observado
-Esvazia a meio da sua capacidade	Não observado	Não observado
-Esvazia em recipiente limpo/ individual	Não observado	Não observado
-Preserva circuito fechado	Não observado	Não observado
Algália M. fixa: na face interna da coxa	0%	0%
Algália H. fixa: na parte superior da perna	0%	0%
Não aplicável		

Grelha de Observação de Remoção do Cateter Urinário

Categoria profissional	Total	%
Enfermeiro	2	100%
Higiene/ Descontaminação das Mãos	Total	%
Antes da remoção da algália:		
-Realiza com solução antisséptica alcoólica	2	100%
-Realiza com outro	0	0%
-Calça luvas limpas	2	100%
Não realiza	0	0%
Higiene meato urinário antes da desalgiação	Total	%
Com soro fisiológico	2	100%
Outro	0	0%
Não realiza	0	0%
Higiene peri-uretral antes da desalgiação	Total	%
Com soro fisiológico	2	100%
Outro	0	0%
Não realiza	0	0%
Desinsuflação do balão	Total	%
Desinsufla o balão	2	100%
Não realiza	0	0%

Retira a algália	Total	%
De forma atraumática	2	100%
Higiene meato urinário após desalgaliação	Total	%
Com soro fisiológico	2	100%
Outro	0	0%
Não realiza	0	0%
Higiene peri-uretral após desalgaliação	Total	%
Com soro fisiológico	2	100%
Outro	0	0%
Não realiza	0	0%


Apêndice 18 - Cronograma do PAC

Tempo	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro
Atividades							
Revisão Bibliográfica							
Prevenção e Controlo de Infeção							
Realização das sessões de formação à equipa de enfermagem do serviço de cirurgia e especialidades cirúrgicas							
Realização das sessões de formação à equipa de assistentes operacionais do serviço de cirurgia e especialidades cirúrgicas							
Observação das práticas de cuidados a fim de avaliar mudança de comportamentos pós formação no serviço de cirurgia e especialidades cirúrgicas							
Maximiza a resposta a catástrofe e/ou Emergência Multivitima							
Identificar de que forma o serviço de urgência está preparado para a catástrofe e/ou Emergência Multivitima							
Elaboração dos conteúdos da sessão de formação a realizar à equipa de enfermagem do serviço de urgência							
Elaboração: Kits de Catástrofe; Folhas de Tarefas; Poster Algoritmo do Plano de Catástrofe							
Divulgação dos dias das sessões de formação a							

realizar à equipa de enfermagem									
Realização das sessões de formação para a equipa de enfermagem									
Cuida da Pessoa em Situação de Crise									
Prestar cuidados à Pessoa na Triagem, no Balcão/Sala de Tratamentos e Serviço de Observação									

Legenda:

Tempo previsto: 

Tempo Real: 

Período de Férias escolar: 

Apêndice 19: PAC - Documentos Elaborados



Escola Superior de Saúde | Instituto Politécnico de Setúbal
2º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

ESTÁGIO III

PAC - SERVIÇO DE URGÊNCIA DE UM HOSPITAL DOS ARREDORES DE LISBOA

PLANO DE CATÁSTROFE EXTERNA - Documentos Elaborados

Ano: 2º ano **Semestre:** 3º semestre

Unidade Curricular: Unidade Curricular Enfermagem Médico-Cirúrgica II

Discente: Sónia Palmela

Nº 11*****

Docente: Professora Doutora Alice Ruivo

Orientador: Enfermeiro Especialista J F

Siglas e Abreviaturas

h - horas

m - minutos

PAC - Projeto de Aprendizagem Clínica

SO – Serviço de Observação

Sr. – Senhor

Eng. – Engenheiro

Índice

Apêndice I - Kits de Catástrofe - constituição

Apêndice II – Cartões de Identificação dos Profissionais de Acordo com as Zonas/cartões de Tarefa

Apêndice III - Folhas de presença dos profissionais de acordo com as zonas/alertas

Apêndice IV – Poster do Algoritmo do Plano de Catástrofe Externa

Apêndice V – Plano de Formação, Equipa de Enfermagem do Serviço de Urgência de um Hospital dos Arredores de Lisboa

Apêndice VI – Apresentação do PowerPoint da Sessão de Formação destinada à Equipa de Enfermagem do Serviço de Urgência

Apêndice I- Kits de Catástrofe- Constituição

KITS CATÁSTROFE

- ▶ Pulseiras coloridas de encaminhamento;
- ▶ 10 etiquetas numeradas;
- ▶ Saco para espólio;
- ▶ Requisição de Pedido Transfusional (Serviço de Imuno-Hemoterapia);
- ▶ Requisição de Exames Urgentes (Serviço de Radiologia);
- ▶ Requisição de Exames Analíticos Urgentes;
- ▶ Requisição de Exames Cardiológicos;
- ▶ Tubos: 2 Hemograma + 1 Bioquímica + 1 Coagulação;
- ▶ Folha de Catástrofe.

Apêndice II – Cartões de Identificação dos Profissionais de Acordo com as Zonas/cartões de Tarefa

ZONA VERMELHA

COORDENADOR

ZONA VERMELHA

MÉDICO

ZONA VERMELHA

ENFERMEIRO

ZONA VERMELHA

ASSISTENTE

ZONA VERMELHA

ZONA AMARELA

COORDENADOR

ZONA AMARELA

MÉDICO

ZONA AMARELA

ENFERMEIRO

ZONA AMARELA

ASSISTENTE

ZONA AMARELA

ZONA VERDE

COORDENADOR

ZONA VERDE

MÉDICO

ZONA VERDE

ENFERMEIRO

ZONA VERDE

ASSISTENTE

ZONA VERDE

ZONA PRETA

COORDENADOR

ZONA PRETA

MÉDICO

ZONA PRETA

ENFERMEIRO

ZONA PRETA

ASSISTENTE

ZONA PRETA

Apêndice III - Folhas de presença dos profissionais de acordo com as zonas/alertas

RECURSOS HUMANOS

AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

HORÁRIO	COORDENADOR	CATEGORIA PROFISSIONAL		
		Médico	Enfermeiro	A. O
8:00H - 20:00H				
20:00H - 8:00H				

RECURSOS HUMANOS

ZONA VERDE

ALERTA VERDE

HORÁRIO	COORDENADOR	CATEGORIA PROFISSIONAL		
		Médico	Enfermeiro	A. O
8:00H - 20:00H				
20:00H - 8:00H				

RECURSOS HUMANOS

ZONA VERDE

ALERTA AMARELO

HORÁRIO	COORDENADOR	CATEGORIA PROFISSIONAL		
		Médico	Enfermeiro	O
8:00H -				
20:00H				
20:00H -				
8:00H				

RECURSOS HUMANOS

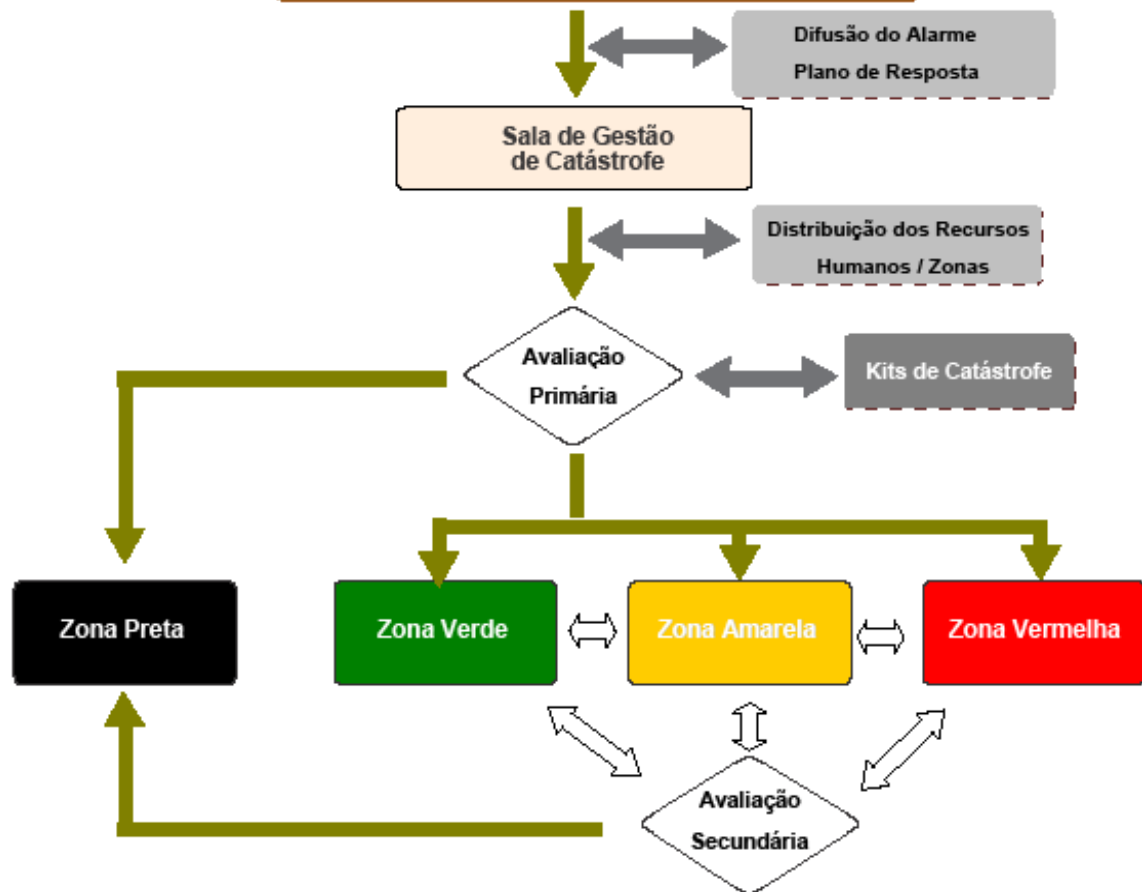
ZONA PRETA

HORÁRIO	COORDENADOR	CATEGORIA PROFISSIONAL		
		Médico	Enfermeiro	A. O
8:00H - 20:00H				
20:00H - 8:00H				

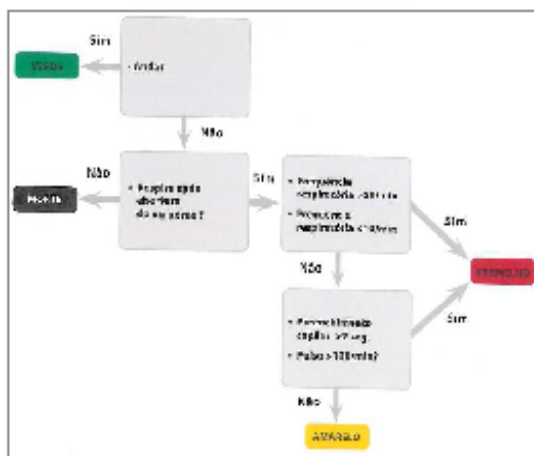
Apêndice IV – Poster PCE

Plano de Catástrofe Externa

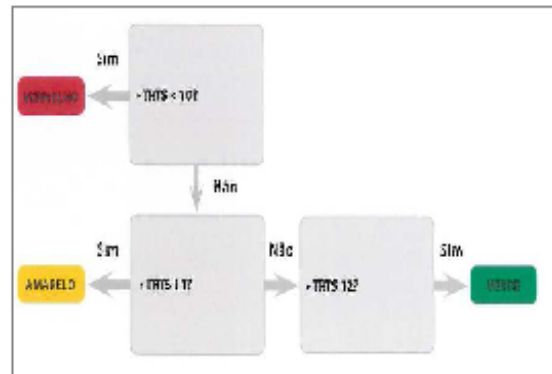
ATIVAÇÃO DO PLANO DE CATÁSTROFE



Metodologia de Avaliação Primária



Metodologia de Avaliação Secundária



Apêndice V – Plano de Formação, Equipa de Enfermagem do Serviço de Urgência de um Hospital dos Arredores de Lisboa

PAC- Plano de Catástrofe Externa

Plano de Formação – Equipa de Enfermeiros

Tema: Plano de Catástrofe Externa – Kits de Catástrofe

Objetivo Geral: Que a equipe responda de forma adequada sempre que ocorra uma situação de catástrofe externa.

	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	CONCEITO/ CONTEÚDOS	ESTRATÉGIAS		
			Métodos	M.A.E.	Tempo
INTRODUÇÃO	Apresentar o tema e os objetivos da sessão	Enquadramento do tempo Apresentação da metodologia a apresentar	Expositivo	Computador PowerPoint Data-show	3 min
DESENVOLVIMENTO	Clarificar quais os níveis de resposta a catástrofes externas; Sumarizar as responsabilidades e funções em situação de catástrofes externas; Expor como é ativado, difundido e comandado o plano de catástrofe externa;	Apresentar os diferentes níveis de resposta a catástrofes externas, de acordo com o alerta verde, amarelo e vermelho Informar sobre as responsabilidades e funções em situação de catástrofes externas, nomeadamente do Coordenador Médico e do Enfermeiro Coordenador. Apresentar como é ativado o PCE, por quem é ativado, como é difundido, e quem é responsável pelo comando do PCE. Explicitar quais os recursos humanos e materiais de acordo com as zonas de	Expositivo	Computador PowerPoint Data-show	20 min

	<p>Enunciar os recursos humanos e materiais de acordo com as zonas de atendimento;</p> <p>Descrever quais as prioridades de atendimento/ atendimento por zonas;</p> <p>Apresentar os Kits de Catástrofe.</p>	<p>atendimento (verde, amarela, vermelha e preta);</p> <p>Apresentar quais as prioridades de atendimento de acordo com a Triagem de Manchester /Atendimento por Zonas (zona verde, amarela, vermelha e preta);</p> <p>Mostrar como são constituídos os Kits de Catástrofe.</p>			
CONCLUSÃO	Esclarecer dúvidas relativas ao tema apresentado	Esclarecimento de dúvidas.	Expositivo	Computador PowerPoint	3 min
AVALIAÇÃO	Avaliar a sessão	<p>Entrega de Impresso da Avaliação da Satisfação da Ação de Formação (Formando)</p> <p>Avaliar o impacto da formação na equipa.</p>	<p>Expositivo</p> <p>Retorno dos impressos da Avaliação da Satisfação da Ação de Formação (Formando)</p>	Impresso da Avaliação da Satisfação da Ação de Formação (Formando)	4 min
Total					30 min

**Apêndice VI – Apresentação do PowerPoint da Sessão de Formação destinada à
Equipa de Enfermagem do Serviço de Urgência**



Projeto de Aprendizagem Clínica

PLANO DE CATÁSTROFE EXTERNA



ESS/IPS

2º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Estágio III

Unidade Curricular: Enfermagem Médico-Cirúrgica II

Discente: Sónia Palmela

Docente: Professora Doutora Alice Ruivo

Orientador: Enfermeiro Especialista JF

Objetivo Geral:

- ▶ Sistematizar conhecimentos sobre o Plano de Catástrofe Externa.

Objetivos Específicos:

- ▶ Clarificar quais os níveis de resposta a catástrofes externas;
- ▶ Sumarizar as responsabilidades e funções em situação de catástrofes externas;
- ▶ Expor como é ativado, difundido e comandado o plano de catástrofe externa;
- ▶ Enunciar os recursos humanos e materiais de acordo com as zonas de atendimento;
- ▶ Descrever quais as prioridades de atendimento/ atendimento por zonas;
- ▶ Apresentar os Kits de Catástrofe.

Plano de Catástrofe Externa

OBJETIVO:

Responder à necessidade de mobilização e rentabilização dos recursos, internos e externos, no contexto de uma ocorrência inesperada com afluência extraordinária e significativa de doentes ao Serviço de Urgência, na situação de um evento com múltiplas vítimas.

(De acordo com a Lei de Bases da Proteção Civil, Lei nº27/2006, de 3 de Julho)

Ativação do Plano de Catástrofe Externa

Receção do alarme: comunicado pelo INEM, através do CÔDU, ao SU do Hospital



Informado Diretor do Departamento de Urgência, Emergência e Trauma e Enfermeiro Coordenador



Comunicação do alarme: Diretor do Departamento de Urgência, Emergência e Trauma e Enfermeiro Coordenador (ou substitutos)

Ativam **PLANO DE RESPOSTA NÍVEL 1 - ALERTA VERDE**

Níveis de Resposta a Catástrofes Externas

Plano de resposta	Nº de múltiplas vítimas	Nº politraumatizados/ doentes críticos
Nível 1 – Alerta verde	Até 25	Até 5
Nível 2 – Alerta amarelo	Entre 25-60	Entre 5-10
Nível 3 – Alerta vermelho	Entre 61-100	Sem resposta

Difusão do Alarme

Telefonista

▶ **PLANO DE RESPOSTA NÍVEL 1 - ALERTA VERDE**

Realizada a chamada de elementos a trabalhar nesse momento no Hospital, que se deslocarão para o SU

▶ **PLANO DE RESPOSTA NÍVEL 2 - ALERTA AMARELO**

Realizada a chamada de elementos que **NÃO** estão a trabalhar nesse momento no Hospital, e que deverão deslocar-se para o Hospital, para o SU

Se necessário : Central de Segurança – megafonia (public adress)

Coordenação e Comando

Plano de resposta nível 1 – alerta verde:

D.D.UET e o Enf. Coordenador – gestores da emergência

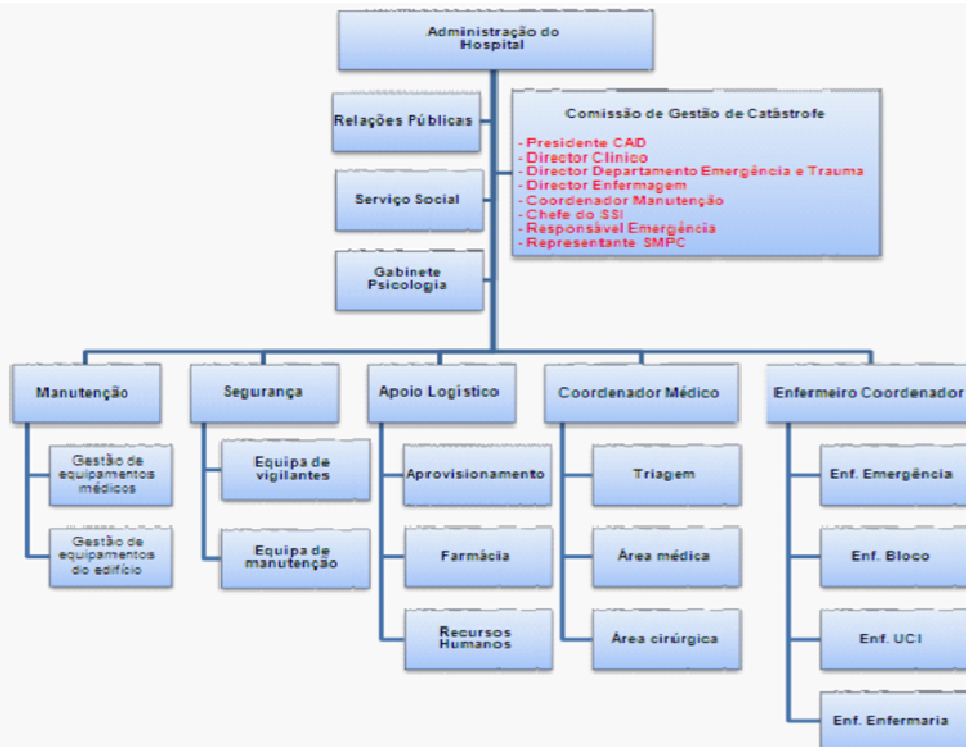
Plano de resposta nível 2 – alerta amarelo:

Comissão de Gestão e Catástrofe – gestora da emergência (recursos disponíveis no alerta verde insuficientes)

Plano de resposta nível 3 – alerta vermelho:

Comissão de Gestão e Catástrofe – gestora da emergência (comunicado ao CODU – esgotamento da capacidade de atendimento e internamento do Hospital)

Estrutura Organizacional do PCE



Responsabilidades e Funções

- ▶ Administração do Hospital;
- ▶ Comissão de Gestão de Catástrofe;
- ▶ Relações Públicas;
- ▶ Serviço Social;
- ▶ Gabinete de Psicologia;
- ▶ Manutenção;
- ▶ Segurança;
- ▶ Apoio Logístico;
- ▶ **Coordenador Médico;**
- ▶ **Enfermeiro Coordenador.**

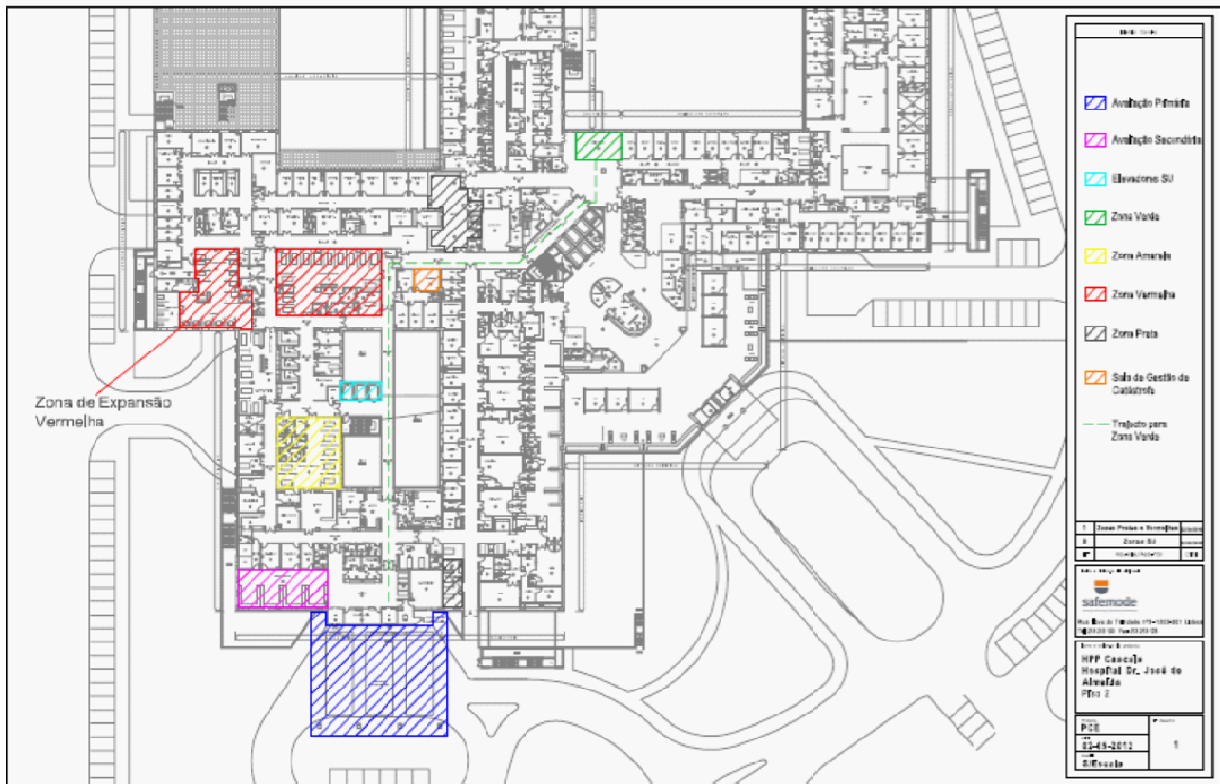
Sala de Gestão de Catástrofe

Localizada no SU – compartimento 02- 38- 068

- ▶ Cópia do PCE;
- ▶ Cópia do PEI;
- ▶ Cópia do Projeto das Instalações;
- ▶ Cartões de Tarefa;
- ▶ Lista de contactos de todos os colaboradores do HDJA;
- ▶ Lista de contactos internos dos intervenientes do PEI e dos Meios de Socorro Externos;
- ▶ **Equipamentos:** Rádios transmissores; Computadores com acesso ao sistema informático do HDJA; Televisão; Telefones;
- ▶ **Kits de Catástrofe** - armário existente na sala.

Nota: chave do armário, na posse do Chefe de Equipa de Enfermagem conjuntamente com a chave dos estupefacientes.

Planta – Piso 2



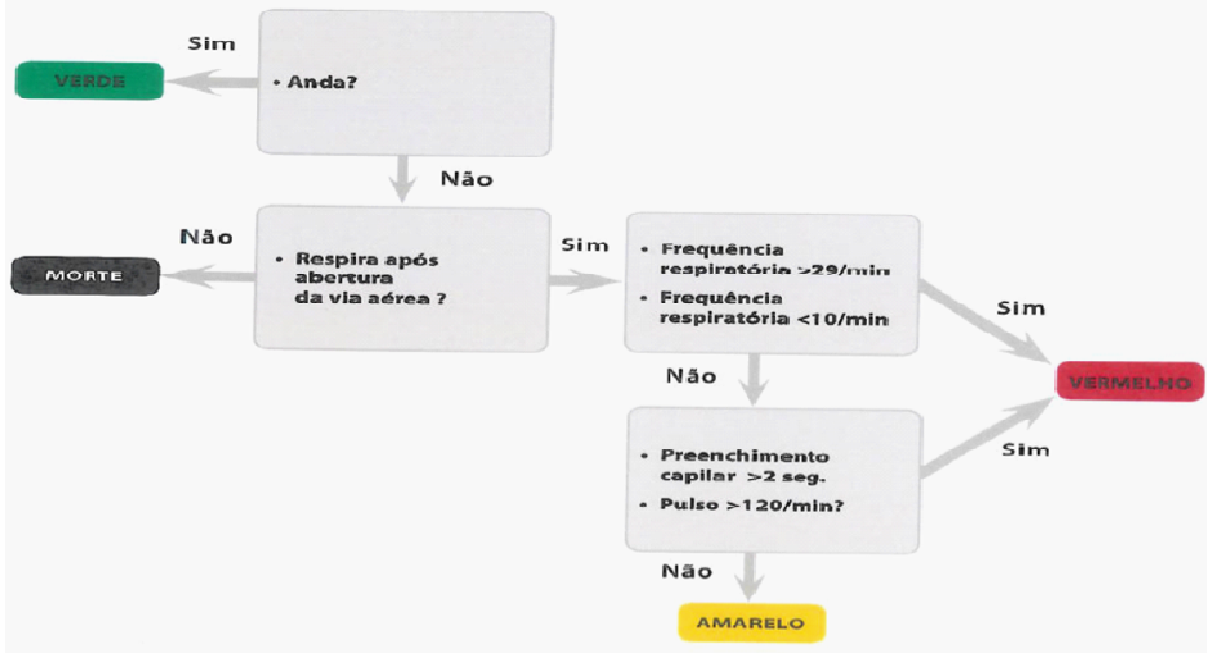
Recursos Humanos e Materiais Avaliação Primária


RECURSOS MÍNIMOS	
Recursos Humanos	1 Médico 1 Enfermeiro 1 Assistente Operacional
Recursos Materiais	Kits de Catástrofe



Método de Triagem de Manchester


Metodologia de Avaliação Primária





Grupo Português de Triagem

Folha de Catástrofe



HPP HOSPITAL DE CASCAIS
DR. JOSÉ DE ALMEIDA

1- Avaliação Primária

Anda Sim → Verde

Respira após abertura da via aérea Não → Preto

Freq. Resp. > 29
Freq. Resp. < 10 Sim → Vermelho

Preenchimento capilar > 2
Pulso > 120 Sim → Vermelho

Amarelo Não → Amarelo

Nº mec. _____

2- Avaliação Secundária

Caso nº _____
Data ___/___/___ Hora _____

Hora	Av		TRTS		Av		TRTS		Av		TRTS		Av		TRTS	
Freq. Resp.																
P.A. Sist.																
Glasgow																
Cor																
Prioridade																
Nº Mec.																

Escola de comas de Glasgow

Abertura de olhos	Esponânea	4
	Voz	3
	Dor	2
	S/ Resposta	1
Resposta verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Inapropriada	3
	Imperceptível	2
	S/ Resposta	1
Resposta motora	Ordem	6
	Localiza	5
	Fuga	4
	Flexão	3
	Extensão	2
	S/ Resposta	1

Escola TRTS

Freq. Resp.	10 a 29	4
	>29	3
	6 a 9	2
	1 a 5	1
Pressão Arterial Sistólica	>90	4
	76 a 89	3
	50 a 75	2
	1 a 49	1
Escola De Comas De Glasgow	13 a 15	4
	9 a 12	3
	6 a 8	2
	4 a 5	1

Prioridades TRTS

1 a 10	0
Vermelho	Vermelho
Amarelo	Amarelo
Verde	Verde
Preto	Preto

Observações:

© Grupo Português de Triagem

Prioridades de Atendimento

- ▶ **Avaliação Primária:** Registo, identificação e recolha dos bens mediante a utilização de **Kits de catástrofe**.

- Triagem de acordo com o método de Manchester.

Encaminhamento por **Zonas:**



- ▶ **Zona Vermelha: Atendimento imediato** – pessoas com risco de vida imediato e terão evolução favorável se iniciados cuidados médicos de imediato.
- ▶ **Zona Amarela: Atendimento urgente** – pessoas que necessitam de algum atendimento médico mas sem risco de vida imediato.
- ▶ **Zona Verde: Atendimento não urgente** – pessoas sem risco de vida, com pequenas lesões, geralmente sentadas ou que podem deslocar-se andando, podem ser avaliadas ambulatoriamente.
- ▶ **Zona Preta: Vítimas irreversíveis.**

Recursos Humanos e Materiais Zona Vermelha

RECURSOS MÍNIMOS	POR CADA DOENTE
Recursos Humanos	1 Médicos 2 Enfermeiros 1 Assistente Operacional
Recursos Materiais	Monitorização própria

Recursos Humanos e Materiais

Zona Amarela

RECURSOS MÍNIMOS	POR CADA 4 DOENTES
Recursos Humanos	1 Médicos 1 Enfermeiros 1 Assistente Operacional
Recursos Materiais	Monitores com oximetria, ECG, PNI

Recursos Humanos e Materiais

Zona Verde

RECURSOS MÍNIMOS	ALERTA VERDE (ATÉ 25 DOENTES)	ALERTA AMARELO (ENTRE 25 E 60 DOENTES)
Recursos Humanos	1 Médico 2 Enfermeiros 1 Assistente Operacional	2 Médicos 4 Enfermeiros 2 Assistentes Operacionais
Recursos Materiais	Monitorização não evasiva Oxigénio + Aspiração	Monitorização não evasiva Oxigénio + Aspiração

Recursos Humanos e Materiais

Zona Preta – Vítimas orientadas para a casa mortuária

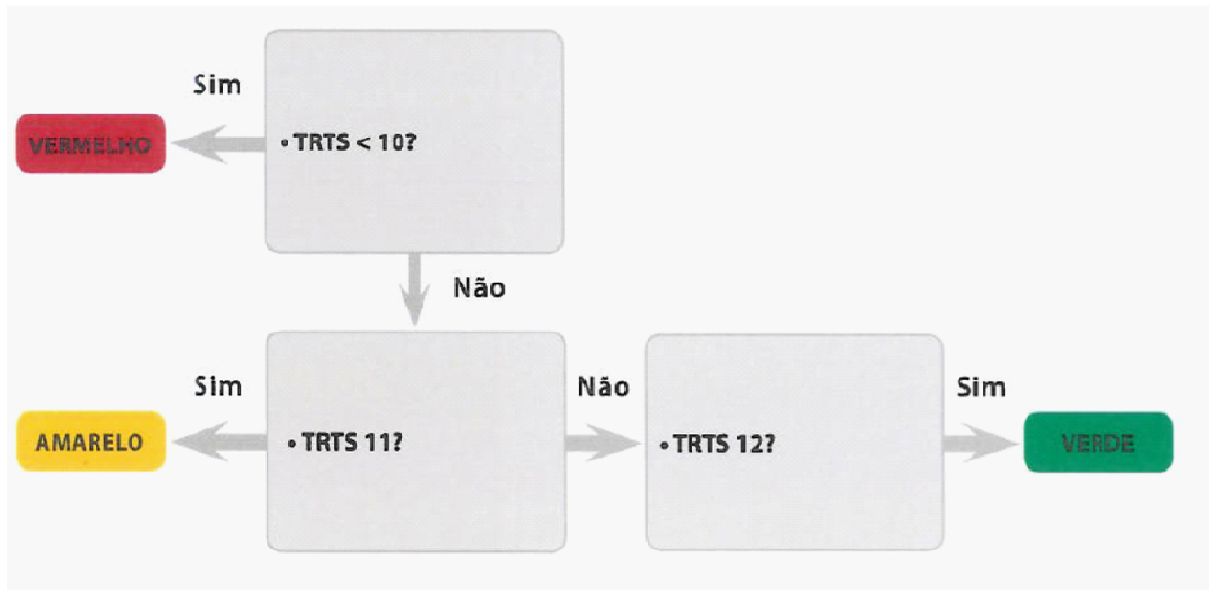
RECURSOS MÍNIMOS	
Recursos Humanos	1 Médico 1 Enfermeiro 1 Assistente Operacional
Recursos Materiais	1 Monitor

Kits de Catástrofe

- ▶ Pulseiras coloridas de encaminhamento;
- ▶ 10 etiquetas numeradas;
- ▶ Saco para espólio;
- ▶ Requisição de Pedido Transfusional (Serviço de Imuno- Hemoterapia);
- ▶ Requisição de Exames Urgentes (Serviço de Radiologia);
- ▶ Requisição de Exames Analíticos Urgentes;
- ▶ Requisição de Exames Cardiológicos;
- ▶ Tubos: **2** Hemograma + **1** Bioquímica + **1** Coagulação;
- ▶ Folha de Catástrofe.

Método de Triagem de Manchester

Metodologia de Avaliação Secundária



TRTS

VER TAMBÉM	NOTAS DO QUADRO										
Avaliação secundária	O fluxograma para a triagem secundária na catástrofes é usado para rapidamente proceder à reavaliação de um grande número de doentes, já inicialmente observados na triagem primária.										
	O TRTS (Triage Revised Trauma Score) é uma maneira adequada para triar um grande número de feridos. É baseado na codificação de três variáveis: o estado de consciência, a frequência respiratória e a pressão arterial sistólica.										
	Segundo o TRTS, as prioridades são atribuídas da seguinte forma: Pontuação 1-10 = Prioridade 1 11 = Prioridade 2 12 = Prioridade 3 0 = Prioridade 4										
DISCRIMINADORES ESPECÍFICOS	EXPLICAÇÃO										
Frequência respiratória	<table border="0"> <tr><td>10-29</td><td>4</td></tr> <tr><td>> 29</td><td>3</td></tr> <tr><td>6-9</td><td>2</td></tr> <tr><td>1-5</td><td>1</td></tr> <tr><td>0</td><td>0</td></tr> </table>	10-29	4	> 29	3	6-9	2	1-5	1	0	0
10-29	4										
> 29	3										
6-9	2										
1-5	1										
0	0										
Pressão arterial sistólica	<table border="0"> <tr><td>≥ 90</td><td>4</td></tr> <tr><td>76-89</td><td>3</td></tr> <tr><td>50-75</td><td>2</td></tr> <tr><td>1-49</td><td>1</td></tr> <tr><td>0</td><td>0</td></tr> </table>	≥ 90	4	76-89	3	50-75	2	1-49	1	0	0
≥ 90	4										
76-89	3										
50-75	2										
1-49	1										
0	0										
Escala de Coma de Glasgow	<table border="0"> <tr><td>13-15</td><td>4</td></tr> <tr><td>9-12</td><td>3</td></tr> <tr><td>6-8</td><td>2</td></tr> <tr><td>4-5</td><td>1</td></tr> <tr><td>3</td><td>0</td></tr> </table>	13-15	4	9-12	3	6-8	2	4-5	1	3	0
13-15	4										
9-12	3										
6-8	2										
4-5	1										
3	0										
TRTS	A pontuação do TRTS calcula-se utilizando a codificação da frequência respiratória (0-4), a pressão arterial sistólica (0-4) e da Escala de Coma de Glasgow (0-4) para se obter uma pontuação total de 0-12. Este sistema de pontuação aparece em muitas das etiquetas de triagem disponíveis no mercado.										

Bibliografia

- ▶ Plano de Catástrofe Externa, HPP Hospital de Cascais (Abril 2012);
- ▶ Lei de Bases da Proteção Civil, Lei n.º 27/2006, de 3 de Julho.

