



Isabel das Neves
Ferreira

Relatório de Trabalho de Projeto

Boas Práticas associadas ao uso de Cateter
Venoso Central

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 das Srs.^ª Prof.^ª Dr.^ª Alice Ruivo e Prof.^ª Dr.^ª Lurdes Martins.

Novembro, 2016

Dedico este trabalho aos clientes e famílias que cuido diariamente por continuarem a ser um desafio, promovendo o meu crescimento profissional e pessoal.

Aos meus colegas de equipa por toda a disponibilidade, compreensão, incentivo e partilha ao longo deste percurso.

Aos meus amigos que não deixaram de acreditar e me incentivar neste desafio.

À família que está sempre presente e muito me apoia.

Agradeço à Prof.^a Dr.^a Alice Ruivo por todas as orientações na fase inicial deste projeto.

Agradeço à Prof.^a Dr.^a Lurdes Martins pela sua disponibilidade, orientação apoio e conselhos que possibilitaram a conclusão deste trabalho.

Agradeço à Sr.^a Enf.^a Isabel Aragoa pela orientação e disponibilidade durante o estágio.

Agradeço aos meus colegas de trabalho por serem quem são e fazerem de mim o que sou profissionalmente.

Agradeço à família, sem o vosso apoio, disponibilidade e compreensão seria mais difícil.

A experiência é uma lanterna que ilumina o caminho a percorrer.

Confúcio

RESUMO

A realização deste relatório desenvolve-se no âmbito do Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica do Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde.

As competências de mestre revelam a capacidade que temos para gerir todo o conhecimento, competências e recursos disponíveis ao nosso alcance. No sentido de garantir uma prestação de cuidados seguros e com o máximo de qualidade possível. Reflete a capacidade de mobilizar o capital humano e recursos disponíveis em prol do bem mais valioso do ser humano, a saúde.

A formação contínua permite a atualização e aquisição de conhecimentos, fomentando a consolidação de competências que facilitam a resposta às solicitações atuais. A aprendizagem é orientada em função das necessidades sentidas por cada um. Esta busca de conhecimento assenta na reflexão, pois permite avaliar o desempenho, as atitudes e as práticas. O estágio foi realizado num serviço de um hospital privado de Lisboa que devido á extrema abrangência na área da enfermagem médico-cirúrgica, proporciona momentos únicos de aprendizagem, consolidação, aplicação e desenvolvimento de novos conhecimentos e competências.

A Metodologia de Projeto possibilita um entrosamento dos aportes teóricos com a realidade laboral. O projeto de intervenção no serviço concretiza-se no âmbito do uso de cateteres venosos centrais, uma prática indispensável e cada vez mais frequente, no entanto não está isenta de riscos e complicações. É um fator que contribui para o aumento do risco de infeção da corrente sanguínea, muitas vezes associada à sua manipulação. A prevenção implica a adoção de um conjunto de medidas preventivas, na inserção, manipulação, manutenção e remoção do cateter central. Este conjunto de ações e recomendações que coadjuvem a prevenção e o controlo das IACS, são definidas como *Care Bundle*.

Palavras-Chave: Enfermagem, Metodologia de Projeto, Cateter Venoso Central, Infeção Nosocomial da Corrente Sanguínea, *Care Bundle*

ABSTRACT

The master's degree in medical-surgical nursing, from the polytechnic institute of Setubal (Health School), required the realization of this report.

The master skills reveal the capacity to manage all the knowledge, abilities, faculties and the available resources in our reach, to ensure a safe and high quality care to the patients. A master should be able to mobilize the human and material resources in favor of the most valuable human asset, the health. The continuous apprenticeship allows the update, acquisition and consolidation of the knowledge which will lead to a better response to current health problems.

The learning process is guided regarding the necessity of each professional. This process is based on reflection, allowing the evaluation of the performance, attitude and work practices. The internship was accomplished in a private hospital service, in Lisbon, which due to extreme coverage in the medical-surgical nursing area provides unique learning moments. It allows as well, the consolidation and application of new knowledge and abilities. The project's methodology creates a connection between the theoretical program and work reality.

The intervention project methodology in the service as materialized in the usage of central venous catheters. An indispensable and increasingly procedure, however it isn't free of risks and complications.

The usage of the catheters raises the risk of blood flow infection. These infections are often associated to the handling of these catheters. The prevention of this kind of situations implies the adoption of preventive measures regarding the insertion, handling, maintenance and removal of the central catheter. This set of actions and recommendations, which helps the prevention and control of healthcare-associated infections are defined as "*Care Bundle*".

Key – Words: Nursing, Project Methodology, central venous catheter, nosocomial infection of the bloodstream, Care Bundle.

ÍNDICE SIGLAS E ABREVIATURAS

AP – Alimentação Parentérica
CCI – Comissão Controlo Infeção
CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CVC – Cateter Venoso Central
DGS – Direção Geral Saúde
ESS – Escola Saúde de Setúbal
Enf^a – Enfermeira
IACS – Infeção Associada aos Cuidados de Saúde
ICN – Concelho Internacional de Enfermeiros
IHI – Institute for Healthcare Improvement
ILC – Infeção Local Cirúrgico
INCS – Infeção Nosocomial da Corrente Sanguínea
IPS – Instituto Politécnico de Setúbal
MEMC – Mestrado em Enfermagem Médico - Cirúrgica
MMR – Microrganismos Multirresistentes
NOC – Norma de Orientação Clínica
OE – Ordem dos Enfermeiros
OMS – Organização Mundial de Saúde
PGMC – Pós Graduação em Enfermagem Médico - Cirúrgica
PIS – Projeto Intervenção no Serviço
PNCI – Plano Nacional Controlo Infeção
REPE – Regulamento do Exercício da Profissão de Enfermagem
SABA – Solução Antissética de Base Alcoólica
UTI – Infeção do Trato Urinário
VAP – Pneumonia Associada ao Ventilador
VE – Vigilância Epidemiológica

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Sequência realização do Penso CVC.....	37
---	----

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Adesão à higienização das mãos nos Quartos Piso 1 por indicação e categoria profissional.....	41
Quadro 2 - Unidades de regista das respostas à entrevista realizada à equipa de peritas.....	42
Quadro 3 – Stream Analysis de Diagnostico	44
Quadro 4 – Planeamento Projeto Intervenção em Serviço	47
Quadro 5 – Stream Analysis de Planeamento	48

ÍNDICE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Número de Clientes com CVC	31
Gráfico 2 - Número de Dias de Internamento	31
Gráfico 4 - Número de dias de Internamento de 01/01/11 a 31/07/11	31
Gráfico 3 - Número de Clientes com CVC de 01/01/11 a 31/7/11	31
Gráfico 5 - Número de Infecções por Serviço do Hospital.....	32
Gráfico 6 - Quantidade mínima de Sterillium® para realizar a correta higienização das mãos.....	34
Gráfico 7 - Cinco Momentos de Higienização dos Mãos	34
Gráfico 8 - Equipamento de Proteção Individual colaboração na colocação de CVC.....	35
Gráfico 9 - Solução adequada para a desinfecção cutânea do local de inserção do CVC..	35
Gráfico 10 - Local anatómico de inserção do CVC com menor risco de infeção	36
Gráfico 11 - Frequência de realização do penso do local de inserção, se este for tipo Mepore®.....	36
Gráfico 12 - Frequência de realização do penso do local de inserção, se este for tipo Tegaderm®.....	36
Gráfico 13 - Penso mais aconselhável a aplicar no local de inserção do CVC.....	37
Gráfico 14 - Periodicidade de mudança dos sistemas de perfusão de soroterapia	38
Gráfico 15 - Periodicidade de mudança dos sistemas de perfusão de Alimentação Parentérica	38
Gráfico 16 - Desinfecção das vias e conexões antes da sua manipulação	38
Gráfico 17 - Heparinização dos lúmenes do CVC para manter a permeabilidade.....	39
Gráfico 18 - Clampagem dos lúmenes do CVC que não estão a ser utilizados.....	39
Gráfico 19 - Frequência de Permeabilização dos lúmenes do CVC que não estão a ser utilizados.....	40
Gráfico 20 - Consumo de SABA em 2011	40
Gráfico 21 - Adesão à higienização das mãos em Dezembro de 2011	41

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	12
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL E TEÓRICO	15
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM	15
2. PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO	21
2.1. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO	22
2.1.1. Breve Caracterização Local de Estágio: Hospital Privado Grande Lisboa	23
2.1.2. O Problema	25
2.1.3. Instrumentos de Diagnóstico	30
2.2. DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS	45
2.3. PLANEAMENTO	45
2.4. EXECUÇÃO E AVALIAÇÃO	49
2.5. DIVULGAÇÃO DE RESULTADOS	49
3. REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ..	50
3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	53
3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA	64
4. ANÁLISE COMPETÊNCIAS PERFIL DE MESTRE EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA	78
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	83
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	87
ANEXOS	93
ANEXO I	94

Resumo Recolha de Número de Clientes com Cateter Venoso Central	94
ANEXO II.....	96
Organigrama Departamento Enfermagem Quartos Particulares Piso 1	96
ANEXO III.....	98
Primeiro Questionário Construído.....	98
ANEXO IV	104
Questionário com as alterações sugeridas pela Equipa de Peritas	104
ANEXO V	110
Carta pedido Autorização Sr ^o Enf ^o Diretor e Sr ^a Enf ^a Chefe de Serviço.....	110
ANEXO VI	113
Respostas do Questionário – Apresentação Gráfica.....	113
ANEXO VII.....	117
Guião da Entrevista.....	117
ANEXO VIII.....	119
Cronograma Projeto de Intervenção no Serviço.....	119
ANEXO IX	121
Norma Orientação Clínica	121
APÊNDICES	156
APÊNDICE I	157
Artigo Científico.....	157

INTRODUÇÃO

A realização deste relatório desenvolve-se no âmbito da Unidade Curricular Enfermagem Médico-Cirúrgica II, no módulo de Estágio III, do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde de Setúbal – Instituto Politécnico de Setúbal de acordo com as equivalências concedidas pelo Conselho Técnico-Científico para os alunos que frequentaram da 2ª Pós Graduação em Enfermagem Médico – Cirúrgica (60 ECTS).

A realização do estágio tem como finalidade proporcionar um espaço de aprendizagem e desenvolvimento de boas práticas em contexto laboral, proporcionando a aquisição de competências especializadas no âmbito da avaliação, planeamento, intervenção e investigação em processos associados à Enfermagem Médico-Cirúrgica Nunes, Ruivo e Lopes (2011/2012).

Este estágio desenvolveu-se no nosso contexto laboral, num serviço de internamento médico-cirúrgico de um hospital privado da grande Lisboa. No sentido de ampliar a experiência e a aprendizagem 1/3 dos turnos previstos foram realizados na Comissão de Controlo de Infeção da referida instituição.

O estágio é o meio privilegiado para a formação, porque permite desenvolver a identidade profissional, apreender o próprio modo de aprendizagem e solidificar as bases do conhecimento profissional. É um momento de aprendizagem, consolidação de conhecimentos adquiridos nas unidades curriculares e desenvolvimento de competências. Possibilita a compreensão, consubstanciação e aplicação dos conhecimentos teóricos e teórico-práticos adquiridos Abreu (2007).

O desenvolvimento e aquisição de competências dependem-se de um processo multidimensional que resulta da intersecção da dimensão individual com a dimensão coletiva num determinado contexto de ação, Malglaive (1995).

Para Alarcão (2001) competência é um conjunto de conhecimentos, capacidades, comportamentos, intenções, motivos e atitudes e reflete-se no nível de desempenho adequado às circunstâncias. Não se manifesta apenas num aspeto específico. Reconhece-se pela presença de um conjunto de relações que estão na base de um exercício competente da profissão. É a capacidade global da pessoa manifestada na ação

e na situação.

Rua (2009) entende o conceito de competência como uma construção social que se reveste de significados cultural e socialmente construídos. No âmbito da enfermagem o desenvolvimento de competências é um processo resultante da constante interação entre o enfermeiro, o cliente e o meio envolvente e não apenas de um conjunto de saberes acumulados, pela prática ou pela formação. O desenvolvimento das competências é uma constante no decurso da experiência profissional, advêm do confronto com os outros, da imprevisibilidade e complexidade de cada situação.

A imprevisibilidade e a complexidade associadas aos cuidados que prestamos foram a engrenagem para a realização de um projeto de intervenção no serviço. A aplicação da metodologia de projeto permitiu mobilizar conhecimentos, consolidar competências e analisar reflexivamente todo o processo de aprendizagem.

Este relatório expõe a análise reflexiva do percurso realizado no decorrer do Mestrado, que se complementa com os contributos teóricos e práticos explorados durante a frequência do curso de Pós Graduação em Enfermagem Médico - Cirúrgica.

A reflexão direciona a crítica construtiva no sentido do aperfeiçoamento e aquisição de novos conhecimentos e competências, como referem Fernandes e Santos (2004). Os mesmos citando Pereira (1995, p.60) reforçam que “a reflexão sobre as práticas tem como objetivos aumentar a confiança de cada estudante no seu desempenho; melhorar a aptidão para fazer certo à primeira vez, da próxima vez; abordar a enfermagem de modo mais crítico, intencional e sistemático e obter conhecimentos adicionais a partir das experiências práticas”.

A reflexão é uma ação voluntária e intencional. Como processo dinâmico está aberto a mudanças, estas podem ser a nível de conhecimentos, crenças ou atitudes e valores pessoais. O auto – conhecimento e a auto-análise, permitem como refere Fernandes (2003) desenvolver a capacidade reflexiva acerca da ação, cujo benefício é a compreensão de si próprio e o desenvolvimento de auto – estima. É um assumir de si próprio, através da crítica daquilo que observa e protagoniza. As reflexões realizadas acerca de dada temática ou problema, permitem a compreensão da nossa forma de pensar e refletem coerência da articulação e consolidação dos nossos conhecimentos teóricos e práticos adquiridos ao longo do nosso percurso académico e profissional.

De acordo com Fernandes e Santos (2004, p.59) que citam Zeichner (1993) “a prática reflexiva é uma potencial situação de aprendizagem, pois permite que através desta o sujeito se torne sabedor daquilo que faz e de como o faz”.

Através da reflexão podemos avaliar o nosso desempenho, avaliar atitudes e práticas. É uma forma de abordarmos a enfermagem de um modo mais crítico, com a intenção de obter conhecimentos adicionais pela experiência profissional.

Como tal o presente relatório pretende de forma sucinta:

- Descrever o Projeto de Intervenção no Serviço, através da aplicação da metodologia de projeto, especificamente a fase de diagnóstico e planeamento (devido às equivalências concedidas a exigência programática determina que o PIS seja apenas desenvolvido até ao planeamento);
- Resumir o percurso de aprendizagens, aquisição e consolidação de competências realizadas no 1º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica e na 2ª Pós Graduação de Enfermagem Médico-Cirúrgica;
- Analisar as aprendizagens que potenciaram o desenvolvimento e consolidação de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica;
- Refletir acerca da aquisição das competências em Mestre em Enfermagem Médico- Cirúrgica.

Este relatório encontra-se dividido em cinco partes, a primeira parte é composta pelo enquadramento conceptual. A segunda parte pela apresentação da metodologia de projeto aplicada no âmbito da resolução de um problema/necessidade do serviço onde decorreu o estágio. Salvaguardamos que a exigência académica compreendia apenas da fase de diagnóstico ao planeamento. A terceira parte integra a reflexão crítica da aquisição de competências do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica. A quarta parte discute as competências do perfil de Mestre em Enfermagem Médico – Cirúrgica. Por fim na quinta e última parte, as considerações finais, onde realizamos uma análise do percurso realizado, o impacto do projeto e as dificuldades sentidas.

A realização deste relatório assenta numa pesquisa bibliográfica exploratória através da consulta de informação disponível na biblioteca da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e na Escola de Saúde de Setúbal e em bases de dados nomeadamente da Ordem dos Enfermeiros, Scielo, Medscape, PubMed e DGS. As referências bibliográficas foram elaboradas segundo a norma APA 6ª-Edição.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL E TEÓRICO

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM

O cuidar é contextual, relacional, existencial, portanto é construído entre o ser que cuida e o ser que é cuidado. A enfermagem é uma profissão em que as pessoas, enfermeiros, prestam cuidados a outras pessoas, é importante a qualidade da relação interpessoal e intencional entre o enfermeiro e o cliente, inerente ao ato de cuidar Batoca e Silva (2002).

Cuidar é o ideal moral da enfermagem cujo fim é a proteção, a promoção e a preservação da dignidade humana. Este ideal moral é uma atitude, um desejo, mas acima de tudo um compromisso que se manifesta em atos concretos - atos de cuidar Cestari (2003).

A evolução das teorias de enfermagem tem sido uma procura constante da essência na nossa profissão. A teoria ajuda o enfermeiro a organizar, compreender, analisar os dados do cliente, tomar decisões sobre intervenções de enfermagem, planear ações, prever o seu resultado e avaliar Alligood e Tomey (2002).

A história da enfermagem profissional inicia-se com Florence Nightingale, atravessou várias fases, desenvolveu-se como profissão e disciplina académica, no entanto a prática de enfermagem continuou a refletir o seu carácter vocacional e não a visão profissional Amendoeira (2000).

A evolução da enfermagem tem ocorrido em vários contextos de mudanças socioculturais, filosóficas, económicas, políticas e tecnológicas. Para Silva (2002) que cita Henderson (1969) a procura da especificidade da enfermagem possui duas vertentes essenciais, uma relacionada com a necessidade de um conhecimento técnico e científico e a outra relacionada com a exigência de competências relacionais.

A necessidade dos enfermeiros em clarificar a especificidade dos serviços que prestam à comunidade, tem motivado os teóricos de enfermagem a elaborar modelos conceptuais para a nossa profissão Kérouac (1996) citado por Silva (2002).

Os modelos conceptuais orientam a prática de enfermagem, proporcionando uma descrição da prática profissional, mas também servem de guia para a formação, investigação e gestão dos cuidados de enfermagem. Para Alligood e Tomey (2002) os

paradigmas são um modelo conceptual, são uma imagem mental, uma forma de representar a realidade. São estruturas que fornecem um amplo quadro de referência para as abordagens sistémicas aos fenómenos com os quais a disciplina está relacionada.

Os modelos servem para precisar os elementos essenciais da formação dos enfermeiros, os fenómenos de interesse para a investigação em enfermagem, assim como as atividades de cuidados e as consequências destas na gestão dos mesmos Alligood e Tomey (2002).

As mesmas autoras definem metaparadigma como um nível mais abstrato do conhecimento, que determinam os principais conceitos que envolvem o conteúdo e o âmbito da disciplina. Pessoa, ambiente, saúde e enfermagem foram propostos como fenómenos de enfermagem e primeiros conceitos metaparadigmáticos, que continuam a ter a sua utilidade como conceitos.

Nos Anos 80 com os desenvolvimentos na teoria de enfermagem deu-se uma transição entre o período pré-paradigma para o período paradigma.

Alligood e Tomey (2002) dizem que os paradigmas fornecem perspetivas para a prática, a administração, ensino e investigação assim como para o desenvolvimento da teoria de enfermagem. A classificação dos modelos de enfermagem como paradigmas que relacionam o metaparadigma com o conceito de pessoa, ambiente, saúde e enfermagem culmina do desenvolvimento do conhecimento e no crescimento da enfermagem como ciência.

Alligood e Tomey (2002) resumem sucintamente a evolução do desenvolvimento da teoria de enfermagem da seguinte forma, inicialmente Nightingale desenvolveu uma filosofia para a enfermagem, após esta emanciparam-se as teorias de enfermagem iniciais de Peplau, Orlando, Travelbee, Barnard e Mercer com realce nas relações interpessoais. Posteriormente aparecem as teorias baseadas na arte de enfermagem de Hederson, Wiedenbach e Hall reforçadas por Abdallah que foca os aspectos científicos da enfermagem. Estas filosofias tiveram como discípulos os modelos conceptuais que reflectem a adaptação, teorias do campo comportamental, abordagem a sistemas e ênfase na ciência, Johnson, Neuman, Rogers, King, Orem, Roy, Levine e Roper, Logan e Tierney. A teoria de enfermagem baseada nas filosofias primárias e nos modelos de enfermagem é desenvolvida por Parse, Newman e Adamuz. Leininger introduz a multiculturalidade dos cuidados, fundando uma teoria de enfermagem transcultural. No início dos anos 90 surge uma combinação entre a teoria e a filosofia no intuito de criar

uma perspetiva humanista na prática de enfermagem, as suas propulsoras são Watson, Parse e Benner. Recentemente surgiram as teorias de médio alcance de Mishel e Kolcaba.

Devido a todas as premissas que envolvem a realização deste relatório consideramos que a teoria que melhor o corrobora é o Modelo de Conservação de Levine porque fornece uma visão holística e congruente da pessoa Schaefer (2002).

Tem como principal pressuposto uma abordagem holística do cuidar. Levine define enfermagem como uma interação humana, como enfermeiros participamos ativamente no ambiente de cada cliente afim de facilitar a sua adaptação à situação de crise, que é a doença. “A intervenção de enfermagem influencia favoravelmente a adaptação, promove-a no sentido de manter a totalidade” Schaefer (2002, p.242).

“O trabalho de Levine pretendeu fornecer uma estrutura organizativa para o ensino da enfermagem médico-cirúrgica” Schaefer (2002, p.243). Do seu trabalho sobressaem quatro postulados principais, apesar de não terem sido definidos abertamente como tal. Considera que “a intervenção de enfermagem baseia-se na conservação da energia, da integridade estrutural, pessoal e social do doente individual” Schaefer (2002, p.243).

Levine define pessoa como um ser holístico, a totalidade é integridade. O processo de vida é uma constante mudança, no qual a pessoa tem liberdade de escolha e movimentos. “As pessoas experimentam a vida enquanto mudança através da adaptação com o objetivo de conservação” Schaefer (2002, p.242).

Dado este metaparadigma, Levine, como explica a autora supracitada, esclarece que a saúde é definida pela capacidade de funcionar dentro da normalidade. A saúde é o regresso ao ser, os indivíduos são capazes de perseguir os seus interesses tendo em conta os seus recursos. A definição de saúde sofre alterações ao longo do tempo, logo é socialmente e culturalmente influenciada Schaefer (2002).

O ambiente é visto como o cenário onde vivemos as nossas vidas, somos considerados participantes ativos. Salienta a pessoa e a forma como esta se relaciona com o ambiente. “A capacidade para o individuo se adaptar às condições do ambiente é denominada de resposta do organismo. Pode ser dividida em quatro níveis de integração: luta ou fuga; resposta inflamatória; resposta ao stress e consciência perceptual. As intervenções centram-se na gestão destas respostas à indisposição e à doença” Schaefer (2002, p.240). A adaptação favorável ao processo doença e ao ambiente que envolve o cliente visa manter o equilíbrio, logo a conservação, tendo em conta a pessoa e tudo o que a envolve. A teoria de conservação reflete a intervenção de enfermagem baseada em

conhecimentos científicos afim de auxiliar os clientes a adaptarem-se ao processo de doença, bem como controlar e prevenir qualquer alteração que possa advir do ambiente em que está inserido. Esta díade de equilíbrio ambiente – doença é a engrenagem da Teoria e reflete os padrões de qualidade do exercício profissional. Estes são uma diretriz que clarifica o papel do enfermeiro junto do cliente, dos outros profissionais, do público e dos políticos. É uma representação dos cuidados de enfermagem que deve ser conhecida por todos.

Neste sentido a OE (2001) definiu seis categorias de enunciados descritivos dos padrões de qualidade: satisfação do cliente; promoção da saúde; prevenção de complicações; o bem-estar e autocuidado, readaptação funcional e organização dos cuidados de enfermagem.

Resumidamente e de acordo com o autor supracitado a satisfação do cliente é procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro persegue os mais elevados níveis de satisfação dos doentes. É importante o respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos da natureza individual do cliente, uma procura constante da empatia na relação terapêutica, no sentido de estabelecer parcerias no planeamento dos cuidados, motivando o envolvimento dos conviventes significativos. Todo este esforço procura minimizar o impacto negativo das mudanças o ambiente devido à necessidade de apoio na saúde.

A promoção da saúde procura a excelência no exercício profissional, o enfermeiro ajuda os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde. Baseia-se na promoção da saúde através da identificação da situação de saúde da população e dos recursos do cliente / família e comunidade; aproveitamento destes e fomentar adoção de estilos de vida saudável através da capacitação do cliente em usar o seu potencial para se adaptar aos processos inerentes ao ciclo vital baseada na informação recebida.

Para Cabrita e Custodio (2002) a educação para a saúde é uma mudança que envolve educação/formação relativa a aspetos cívicos e éticos. Educar é conduzir, orientar para um fim, a sua finalidade é essencialmente positiva, educar no sentido do bem-estar.

Segundo Nardiz (1989), citado por Cabrita e Custodio (2002, p.55) “a educação para a saúde é a transmissão de conhecimentos relativos à saúde individual e coletiva tendo como objetivo fazer o sujeito ativo e responsável em todos os processos de promoção, prevenção, recuperação, reabilitação e reinserção, relacionados tanto com a saúde como com a família e comunidade”.

A promoção da saúde pode ser designada como as ações que visam o melhoramento do bem-estar de um indivíduo, família ou comunidade. Os esforços relacionados com a promoção da saúde orientam-se para a auto atualização e interação entre indivíduos, famílias e comunidade Bolander (1998).

Na prevenção de complicações, o enfermeiro prevê as complicações para a saúde dos clientes. É importante uma identificação rápida dos problemas potenciais do cliente, sobre os quais o enfermeiro autonomamente pode minimizando os seus efeitos, recorrendo à prescrição de intervenções de enfermagem, aplicadas com rigor técnico e científico. Sem esquecer a importância de mobilizar a equipa multidisciplinar de acordo com o seu envolvimento no processo OE (2001).

Stanhope e Lencaster (1999) definem a prevenção da doença como um conjunto de atividades que têm como objetivo proteger as populações dos efeitos das doenças e de atuais ou potenciais ameaças à saúde.

A prevenção engloba três níveis, primária, secundária e terciária. Para Stanhope e Lencaster (1999) a prevenção primária tem por objetivo diminuir a incidência da doença, reduzir a probabilidade de ocorrência de uma doença específica, incluindo proteção ativa contra ameaças ou fatores de tensão desnecessários. A prevenção secundária é o diagnóstico precoce e tratamento imediato, inclui as intervenções para a prevenção da doença. A prevenção terciária consiste no tratamento, cuidados e reabilitação no sentido de prevenir a progressão da doença.

O enfermeiro maximiza o bem-estar e o de auto-cuidado dos clientes e suplementa ou complementa as atividades de vida relativamente às quais o doente é dependente, OE (2001). É importante a identificação dos problemas do cliente, sobre os quais temos capacidade para intervir e nas quais o doente é dependente, prescrever, implementar e avaliar as intervenções de enfermagem.

A readaptação funcional é um momento em que o enfermeiro conjuntamente com o cliente desenvolve processos eficazes de adaptação aos problemas de saúde, que visem a continuidade dos cuidados de enfermagem, incluem o planeamento da alta tendo em conta as necessidades dos clientes e os recursos da comunidade OE (2001).

O enfermeiro ao alicerçar o cuidar neste quadro de referências para o exercício profissional de enfermagem caminha no sentido do avanço contínuo da qualidade OE (2001). O desenvolvimento pessoal e a formação contínua tendem à melhoria da qualidade de cuidados. As interceções destas premissas dependem da capacidade de apropriação de cada um, do empenho, das motivações, das expetativas e dos objetivos

personais traçados.

2. PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO

No módulo Estágio III pretende-se que seja identificada e fundamentada uma problemática do âmbito da enfermagem médico-cirúrgica existente no contexto onde realizamos o estágio. E desenvolvermos uma reflexão à luz do enquadramento teórico e propor soluções através da aplicação da metodologia de projeto.

O projeto consiste numa ação de projeção, partindo de algo muito próprio, um desejo, que se transporta para o exterior, possibilitando a sua concretização através da ação Pires (1999).

Segundo Mendonça (2002) projeto, etimologicamente a sua raiz é latina, significa lançar para diante, *projectare*, devido à influência grega também integra a noção de problema, *ballein*.

O projeto caracteriza-se pela capacidade pessoal através da qual eu concretizo o meu pensamento, as minhas intenções através do plano apropriado. Veicula uma conceção de aprendizagem que se relaciona com a nossa aptidão para organizar o conhecimento Mendonça (2002).

A metodologia de projeto é um conjunto de operações explícitas que permitem produzir uma representação antecipada de um processo de transformação, é uma previsão de mudança Guerra (1994). Apela à organização, é um processo contínuo e interativo que exige uma adaptação permanente ao quotidiano do trabalho, por ser uma técnica de mudança e inovação.

É uma metodologia que se baseia numa investigação centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução e promove a prática fundamentada e baseada na evidência Ruivo, Ferrito e Nunes (2010). Esta metodologia tem por base a resolução de problemas, através da intersecção da teoria com a prática, traduzido num conjunto de ações que permite a visualização da resolução do problema. Esta metodologia permite flexibilidade, porque é um processo dinâmico que se vai adaptando e reorientando ao longo do seu desenvolvimento, tendo em conta as necessidades ou dificuldades.

Ruivo, Ferrito e Nunes (2010) resumem que a metodologia de projeto assume

características fundamentais, nomeadamente o fato de se ser uma atividade intencional baseia-se num objetivo; pressupõe iniciativa e autonomia; autenticidade; envolve complexidade e incerteza e é prolongado e faseado ao longo de um período de tempo. É uma metodologia constituída por cinco etapas: diagnóstico de situação, definição de objetivos, planeamento, execução e avaliação e por fim divulgação dos resultados.

Esta metodologia surge do conceito *learning by doing* de John Dewey, que se emancipa do movimento de educação progressista do séc. XX nos EUA. A educação é vista como uma experiência, traduz-se numa pedagogia aberta, na qual o aluno é o principal agente dinamizador. Devido a todas estas particularidades esta metodologia promove uma maior motivação dos seus intervenientes, porque utiliza todas as suas potencialidades Ruivo, Ferrito e Nunes (2010).

Guerra (1994) sintetiza as várias etapas da metodologia de projeto da seguinte forma:

1ª Etapa: Identificação dos problemas e diagnóstico de situação – definem-se os problemas, estabelecem-se as prioridades e selecionam-se os recursos.

2ª Etapa: Definição de objetivos – a formulação de objetivos deverá ser precisa, sem ambiguidades e deverá partir do conhecimento da realidade.

3ª Etapa: Seleção de estratégias - a seleção de estratégias deverá partir da articulação entre os objetivos e os recursos e potencialidades do meio de intervenção.

4ª Etapa: Programação das atividades - relacionadas com os objetivos, meios e estratégias que deverão obedecer a critérios de prioridades e importância.

5ª Etapa: Avaliação do trabalho - define-se o tipo de avaliação, os indicadores de avaliação e os métodos e momentos de avaliação.

6ª Etapa - Divulgação dos resultados.

A metodologia de projeto é uma realidade cada vez mais evidente nos cuidados de enfermagem, é uma constante em todos os procedimentos e processos, porque toda a ação pressupõe o planeamento para atingir determinados objetivos ou resolver problemas.

2.1. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

O diagnóstico de situação é a primeira fase da metodologia de projeto, caracteriza-se pela construção da descrição da situação ou problema sobre o qual se pretende atuar Ruivo, Ferrito e Nunes (2010). Sendo o projeto na área da saúde preconiza-se o

aproveitamento dos recursos disponíveis, assim como estimular o trabalho em equipa para promover a motivação e autonomia. Com a mobilização dos recursos humanos necessários para a implementação do projeto, os seus benefícios perduram no tempo e simultaneamente para além de promover o espírito de equipa, os intervenientes ficam mais predispostos para a resolução de outros problemas através de iniciativas dinâmicas Brissos (2004).

O diagnóstico de situação pode ser centrado num problema ou numa necessidade, deve ser claro, sucinto, aprofundado e rápido. Esta etapa é caracterizada pela recolha de informação objetiva, qualitativa e quantitativa Ruivo, Ferrito e Nunes (2010).

Na primeira etapa da metodologia de projeto caracteriza-se o problema, estabelecem-se prioridades ou seja dirige-se um olhar sobre a realidade para adequar as respostas às necessidades.

Para iniciar a fase de diagnóstico de situação consideramos importante realizar uma breve caracterização da instituição e do serviço onde realizamos o Estágio III. Como referido anteriormente o estágio foi realizado em contexto laboral, num piso de internamento de um hospital privado de Lisboa

2.1.1. Breve Caracterização Local de Estágio: Hospital Privado Grande Lisboa

O hospital localiza-se no centro de Lisboa, foi inaugurado na década de 40, e desde aí tem vindo a desenvolver-se e a melhorar os cuidados de saúde prestados, tendo por base os seguintes valores: respeito pela dignidade da pessoa, desenvolvimento humano, competência e inovação tecnológica.

Esta unidade hospitalar surge porque o fundador de uma união fabril, tinha espírito empreendedor e uma preocupação com os seus funcionários. Marcou a história da indústria portuguesa com a criação de serviços de apoio e assistência na área da saúde para os seus operários, com o objetivo de reduzir a incapacidade para o trabalho subsequente dos acidentes laborais.

Atualmente esta instituição assim como outras dispersas pela cidade de Lisboa e noutras cidades do país, como Porto, Braga, Vila Franca de Xira, Viseu, Santarém e Torres Vedras estão sob a gestão deste grupo privado. Têm como missão promover a prestação de serviços de saúde com os mais elevados níveis de conhecimento, respeitando a vida e o ambiente, através do desenvolvimento do capital intelectual das organizações, numa busca permanente da melhoria continua.

O Hospital apresenta os seus serviços distribuídos por vários pisos:

Piso - 2: GammaKnife, Angiografia, Economato, Eletromedicina, Central de limpezas, Vestiários.

Piso -1: Cafetaria, Refeitório, Capela, Rouparia, Centro de Gastreenterologia, Centro de Cardiologia, Exames de Neurofisiologia – Eletromiogramas, Farmácia, Medicina Física e Reabilitação, Centro de Senologia.

Piso 0: Consultas, Imagiologia, Ecografias, Raio X, Ressonância Magnética, TAC, Internamento - Quartos Particulares 0, Laboratório de Análises Clínicas, Receção Norte, Receção Oeste, Receção Principal, Atendimento Permanente, Recursos Humanos, Faturação, CCI, Gestão de Risco.

Piso 1: Hemodiálise, Hospital de Dia, Internamento - Enfermarias Ala A e B, Internamento - Quartos Particulares 1.

Piso 2: Bloco Operatório 2, Internamento - Quartos Particulares 2, Unidade de Cuidados Paliativos; Unidade de Litotricia

Piso 3: Bloco Operatório 1, Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes (UCIP)

Piso 4: Administração, Direção Clínica, Direção de Enfermagem.

A Academia de Desenvolvimento de Enfermagem funciona no edifício de consultas situado numa rua contígua à do edifício do hospital.

O serviço de internamento do Hospital possui 133 camas, das quais 94 estão em quartos particulares e 39 em enfermaria. Este serviço recebe clientes com diferentes patologias da área da medicina e internamentos por cirurgia de várias especialidades. Tem as seguintes valências: Medicina, Cardiologia, Pneumologia, Nefrologia, Cirurgia Ginecológica, Cirurgia Torácica, Cirurgia Vasculosa, Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Cirurgia Plástica, Otorrinolaringologia, Oftalmologia, Ortopedia, Urologia, Hematologia e Cuidados Paliativos. De forma abrangente, toda a área da Médico – Cirúrgica.

Os Quartos Particulares estão divididos por três pisos, todos muito semelhantes com as mesmas áreas e infra-estruturas de apoio.

No Piso 1, nomeadamente onde desempenho funções existem 36 quartos distribuídos por três alas, A, B e C. A equipa de enfermagem é composta por 24 elementos, excluindo a Enf^a Chefe e a Enf.^a Adjunta, a média de idades é 28 anos. Dos elementos constituintes da equipa, três encontram-se em licença de maternidade, dois em fase pós integração.

A ala A é formada por 8 quartos individuais, sala de trabalho de enfermagem, copa, sala de sujios, arrumos. Esta ala em todos os turnos fica ao cuidado de 1 enfermeiro e 1

assistente operacional.

A ala B e C possuem cada uma 14 quartos individuais com as mesmas áreas de apoio referidas, mas partilham a mesma copa. No turno da manhã e da tarde estão escalados 2 enfermeiros e 2 assistentes operacionais para cada uma das alas, à noite é o mesmo rácio que na ala A.

O horário das visitas aos clientes internados nos Quartos Particulares é das 11h00 às 20h30, nas Enfermarias podem ser efetuadas das 15h00 às 20h00. Em ambos os casos há flexibilidade de horário permitida pelos enfermeiros, se benéfica para o cliente. No que diz respeito ao serviço de Quartos Particulares, ainda há a possibilidade de permanência, durante todo o dia, de um familiar ou acompanhante podendo até mesmo pernoitar.

2.1.2. O Problema

A caracterização do problema é o início da elaboração do projeto, é um olhar sobre a realidade e garante a adequabilidade das respostas às necessidades locais, pois permite definir intervenções que atinjam as causas e não as manifestações dos fenómenos.

A metodologia de projeto desenvolve-se no sentido de implementar estratégias e ações eficazes para a resolução de um problema, promovendo a prática baseada na evidência. Neste sentido consideramos pertinente desenvolver o projeto na área da prevenção e controle da infeção, visando a segurança do cliente tendo em conta os riscos associados à hospitalização.

As Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) para além de aumentarem a morbidade e mortalidade comportam custos económicos avultados, porque estão relacionadas com procedimentos cirúrgicos, presença de dispositivos invasivos e presença de microrganismos multirresistentes.

“Os hospitais eram considerados insalubres e restringiam-se à prestação de cuidados com uma abordagem mais humanitária do que propriamente científica. Com os trabalhos pioneiros de Semmelweiss, Lister e Florence Nightingale, foram desenvolvidos os primeiros contornos da prevenção e controlo da infeção hospitalar, fundamentais ao pensamento moderno sobre a prestação de cuidados “PNCI (2007, p.5).

Em 1930 fazem-se as primeiras referências ao controlo da infeção no nosso país pela direção geral de saúde. PNCI (2007). O referido programa reforça ainda que devido

aos avanços tecnológicos e conseqüentemente ao aumento da infeção nosocomial foram desenvolvidas iniciativas com o objetivo de minimizar o risco e controlar a infeção.

Em 1993, a Circular Normativa N.º4/93 de 10/2/93, da Direcção-Geral dos Hospitais, difundiu a necessidade da institucionalização de comissões de controlo da infeção nas unidades de saúde públicas e privadas. Surge assim a criação das Comissões de Controlo da Infeção (CCI), integradas na rede nacional de prestação de cuidados de saúde, através do Despacho do Diretor-Geral da Saúde de 23/10/96 PNCI (2007).

Em 1999 foi criado o Programa Nacional de Controlo da Infeção (PNCI), com o objetivo de dar a conhecer a verdadeira dimensão do problema e promover as medidas necessárias para a prevenção da infeção através da identificação e modificação das práticas de risco. Substituindo o Projeto de Controlo de Infeção (1988-1998).

O PNCI tem como objetivo a melhoria da qualidade dos cuidados e a promoção da segurança dos utilizadores e profissionais das unidades de saúde PNCI (2007).

A Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) é uma infeção adquirida pelos clientes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e também pode afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade.

O aumento do risco de infeção está associado ao aumento da esperança de vida, ao uso de tecnologias avançadas e invasivas, ao uso de terapêutica imunossupressora. De acordo com o PNCI (2007, p.4) “estudos internacionais revelam que cerca de um terço das infeções adquiridas no decurso da prestação de cuidados são seguramente evitáveis. Revela também que a prevalência das IACS varia ente os 5 e os 10% nos países da Europa”.

Num inquérito de prevalência realizado pela OMS em 55 hospitais de 14 países, apurou-se que 8,7% dos clientes internados têm possibilidade de adquirir uma IACS. O último inquérito nacional de prevalência, realizado em Maio de 2003, envolvendo 67 hospitais e 16373 clientes, identificou uma prevalência de 8,4% de clientes com IACS PNCI (2007).

Pina (2010) enuncia que no inquérito Nacional de Prevalência de Infeção realizado em Março de 2009 pelo Programa Nacional de Controlo de Infeção (PNCI) no âmbito da campanha da OMS “Práticas que Salvam Vidas” foram estudados 21 459 clientes de 144 hospitais e foi observada uma prevalência de 11,03% de IACS em 9,8% dos clientes hospitalizados. O mesmo autor extrapola que cinco em cada cem clientes poderão adquirir uma infeção em consequência do internamento.

Com o objetivo de minimizar esta calamidade deve ser reforçada a importância de precauções básicas como a higiene das mãos, o uso de equipamento de proteção individual, a adoção de medidas de isolamento sempre que necessário, são medidas de controlo de infeção básicas que transparecem o cumprimento de boas práticas Pina (2010).

As IACS são muitas vezes subdivididas em cinco categorias de acordo com o seu risco, Pneumonia associada ao ventilador (VAP); Infeção nosocomial da corrente sanguínea (INCS); Infeção do trato urinário (UTI); Infeção local cirúrgico (ILC); Infeção por microrganismos multirresistentes (MMR). As UTI são as mais frequentes, no entanto as INCS e VAP têm maiores custos associados assim como uma maior taxa de mortalidade Pina (2010).

A maioria das INCS adquiridas no hospital, estão associadas ao uso de cateteres venosos centrais Silva (2009.)

De acordo com o PNCI (2006) os resultados da vigilância epidemiológica das infeções nosocomiais da corrente sanguínea no ano de 2002, realizado em 39 hospitais com 299 637 clientes correspondendo a 1 936 713 dias de internamento, identificaram-se 2 131 episódios de INCS. Ocorreram 7,1 INCS por mil clientes admitidos sendo a incidência de 1,1 por mil dias de internamento. Das origens prováveis de INCS 77,8% foram consideradas primárias, das quais 19,3 % relacionadas com a presença de cateter venoso central. Os resultados nacionais confirmaram a elevada morbidade e custos dos clientes que adquirem uma INCS, sendo a demora média destes clientes de 35,3 dias de internamento contrastando com demora média global dos clientes em estudo que foi de 8,9 dias.

O referido programa enuncia que os resultados da vigilância epidemiológica das infeções nosocomiais da corrente sanguínea revelam que microrganismos isolados mais frequentemente nas INCS foram: *Staphylococcus aureus* (23,4%), *Staphylococcus coagulase negativo* (18,2%), *Escherichia coli* (12,7%) e *Pseudomonas aeruginosa* (9,6%), no entanto cerca de metade dos *Staphylococcus aureus* eram resistentes à metilina.

Esta situação, como refere PNCI (2006, p. 5) reflete o fato de mais de metade das INCS terem como provável origem os dispositivos invasivos, são consideradas infeções evitáveis, já que representam vias de transmissão exógenas. É por isso necessário continuar a investir na revisão e implementação de boas práticas de prevenção relacionadas com as principais portas de entrada (CVC, algáliação, ventilação mecânica).

Silva (2009, p.127) “expõe que as infeções relacionadas com o cateter têm origem

multifatorial e complexa. As potenciais fontes de contaminação dos dispositivos intravasculares são: mãos dos profissionais, microflora da pele do cliente, ponta do cateter contaminada durante a inserção, a colonização das conexões do cateter, fluidos contaminados e a via hematogénea”.

O mesmo autor reforça que os fatores de risco associados ao aumento de INCS são: hospitalização prolongada, a duração da cateterização; a colonização do local de inserção e da porta de entrada do cateter; cateterização da veia jugular; neutropenia; nutrição parentérica total e imunodepressão.

A Infecção Nosocomial da Corrente Sanguínea (INCS) está associada à presença de dispositivos invasivos, nomeadamente Cateteres Venosos Centrais (CVC) que aumentam o risco de infeção local ou sistémica. A incidência de INCS depende de diversos fatores, nomeadamente tipo de cateter, a frequência de manipulação pelos profissionais, local de inserção e a gravidade da situação clínica do cliente Silva (2009).

Apenas uma abordagem abrangente que passa pela adoção de estratégias de prevenção das INCS pode proporcionar a segurança do cliente, garantida pela prestação de cuidados de qualidade. Neste sentido devem adotar-se estratégias de prevenção que sejam do conhecimento de toda a equipa de profissionais, a divulgação destas possibilita a apropriação e aplicação das mesmas proporcionando cuidados de enfermagem de qualidade e segurança ao cliente.

Pina (2010) considera fundamental que em todos os momentos de prestação de cuidados ao cliente existam ações de prevenção e controlo da infeção, sobretudo da infeção cruzada.

Atualmente a investigação orienta para uma intervenção multimodal alicerçada no conceito de *Care Bundles*, esta prática é defendida pelo Institute for Healthcare Improvement IHI (2008). A *bundle* é uma associação de duas a cinco intervenções, o sucesso depende da formação e envolvimento dos profissionais.

Andrade (2010, p.58) cita Pronovost, que refere uma “redução de 66% na taxa de infeção associada a cateter com a implementação de um conjunto de cinco medidas consideradas como aquelas que têm um maior impacto na redução da taxa de infeção e menos obstáculos à sua implementação”.

O conceito *Bundle* é traduzido como “pacote”, é um conjunto de intervenções relacionadas com a prestação de cuidados, que quando executadas em conjunto são mais eficazes do que quando aplicadas de forma individual IHI (2008).

O sucesso apontado ao conceito de *Bundle* assenta sobretudo numa estratégia

que implica trabalho em equipa multidisciplinar, numa comunicação eficaz. Implica uma gestão integrada das intervenções e dos objetivos, que a equipa conhece e partilha Pina 2010).

As evidências científicas corroboram que as intervenções que constituem a *bundle* são consideradas como cuidado padrão (IHI, 2008).

A *Bundle* do CVC é constituída por cinco componentes que o IHI (2008) e Andrade (2010) enunciam como:

1. Higienização das Mãos;
2. Precauções Máximas de Barreira;
3. Antissepsia do local de Inserção;
4. Otimizar o local de Inserção (preferencialmente a veia subclávia);
5. Rever diariamente a necessidade de manter o cateter, removendo-o precocemente.

Os autores referidos anteriormente emanam orientações baseadas na evidência, alicerçadas na investigação que estão relacionadas com as Recomendações para a Prevenção da Infecção associada aos Dispositivos Intravasculares de 2006 e ao PNCI de 2007.

Por forma, a tornar a *Bundle* o mais abrangente possível a sua construção foi baseada nas orientações referidas anteriormente, incluindo assim os cuidados de enfermagem prestados durante a colaboração na colocação, manipulação e manutenção do CVC. Com o fim de implementar estratégias de prevenção da infeção e simultaneamente uniformizar a prestação de cuidados, proporcionando segurança e melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Somos dos profissionais de saúde que mais tempo despendem com o cliente e temos um papel preponderante na vigilância da sua segurança. Sendo assim fundamental prestar cuidados de qualidade ao cliente com CVC, para garantir o seu correto funcionamento evitando possíveis complicações decorrentes do risco de infeção Silva (2009). A interceção do conhecimento produzido pelos autores anteriores permitiu-nos a elaboração de uma Norma de Orientação Clínica (NOC). Ferrito (2010) define NOC como um conjunto de recomendações clínicas desenvolvidas de forma sistematizada, que melhora a prestação dos cuidados, aumenta a acessibilidade e disponibilidade do conhecimento, promovendo a excelência da prática. Neste sentido a NOC desenvolvida inclui *Care Bundle* do CVC que se resume ao seguinte:

1. Higienização das Mãos;

2. Precauções Máximas de Barreira;
3. Preparação do Local de Inserção (desinfeção da pele e otimização local de inserção);
4. Manipulação e Manutenção do CVC;
5. Remoção Precoce do CVC.

No sentido de justificar a pertinência deste projeto e identificar as necessidades sentidas pela equipa de enfermagem no esforço comum que realizam para melhorar os cuidados de enfermagem prestados aos clientes com CVC foram realizados questionários, entrevistas semi-estruturadas, pesquisa de dados referentes ao número de clientes com CVC no ano de 2011 e a aplicação de um método de análise de situação, especificamente a *Stream Analysis*.

Todos estes instrumentos de diagnóstico permitem validar a necessidade de intervenção, uma vez que evidenciam os problemas sobre os quais se vai atuar Ruivo, Ferrito e Nunes (2010).

2.1.3. Instrumentos de Diagnóstico

O diagnóstico de situação é a primeira etapa na realização da metodologia de projeto, na qual se pressupõe a identificação do problema, através do uso e otimização da utilização de instrumentos de colheita e análise da informação, sendo que a escolha do instrumento de avaliação a utilizar dependerá do contexto em si e da população Ruivo, Ferrito e Nunes (2010, p.15).

Nesta fase inicial foi decisivo reunir com a Enf^a Chefe de Serviço para perceber se o projeto vai ao encontro das necessidades do serviço. Efetivamente esta é uma área de intervenção definida para os objetivos de serviço de 2012, uma vez que era pretendida a uniformização de cuidados no sentido de garantir as boas práticas, a qualidade e a segurança.

Para justificar a pertinência do projeto e caracterizar o problema, foram reunidos dados referentes ao número de clientes com CVC. Esta colheita de dados refere-se ao serviço Quartos Particulares Piso 1. Durante o decorrer do estágio, mais especificamente num espaço de tempo pré estabelecido (1/11/11 a 30/11/11) registou-se o número de clientes com CVC e números de dias de cateter, que se pode visualizar no **Anexo I**. Este registo permitiu apurar que durante o mês de Novembro os 228 clientes internados, 11 tinham CVC. Também foi possível avaliar que 106 foi o número de dias com CVC num

total de 789 dias de internamento, como demonstram os gráficos 1 e 2.



Gráfico 1 - Número de Clientes com CVC

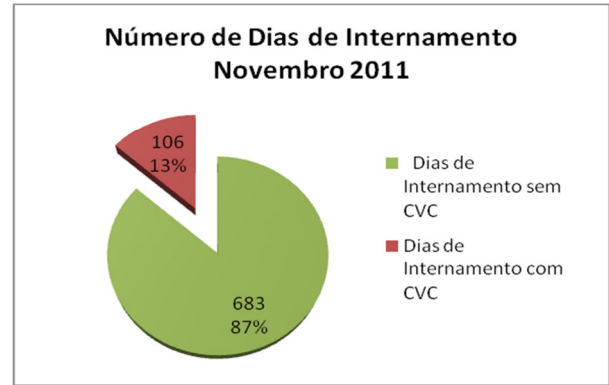


Gráfico 2 - Número de Dias de Internamento

Através da consulta de dados disponibilizados pelo programa de apoio informático, CPC, foi possível descortinar que nos primeiros 7 meses do ano de 2011 estiveram internados 1449 clientes dos quais 168 com cateter venoso central. O total de dias de internamento de todos os clientes no período de 1/01/11 a 31/07/11 foi de 5848 dias, dos quais 1687 foram dias de internamento com CVC, gráficos 3 e 4.

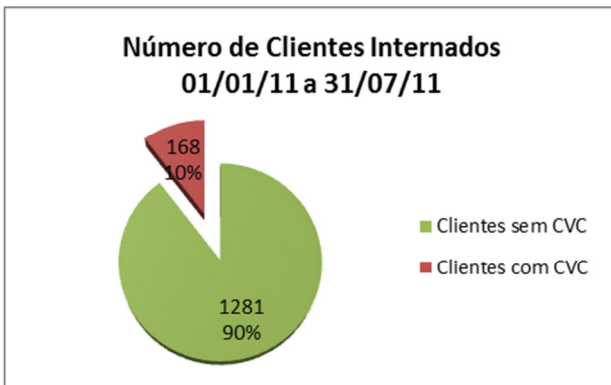


Gráfico 4 - Número de Clientes com CVC de 01/01/11 a 31/7/11

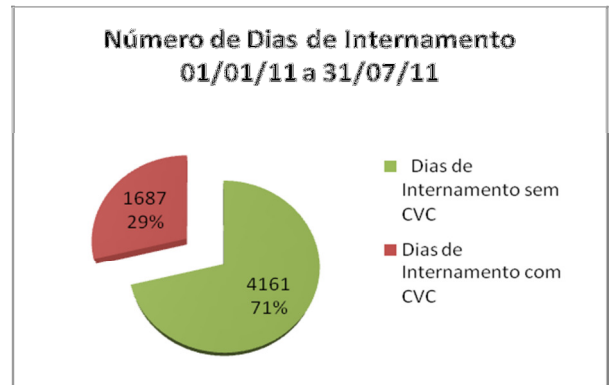


Gráfico 3 - Número de dias de Internamento de 01/01/11 a 31/07/11

Outra variável importante nesta caracterização seria o número de infeções relacionadas com a presença de CVC, no entanto não é possível, porque o envio da ponta do CVC para análise microbiológica fica ao critério do médico e raramente se realiza. Face a esta lacuna e ao aumento do número de clientes em isolamento, durante longos períodos de tempo devido a microrganismos multirresistentes, nomeadamente MRSA e Pseudomonas Aeroginosa. Consideramos importante a visualização do número de infeções identificadas por serviço, dados disponibilizados pela CCI, gráfico 5.

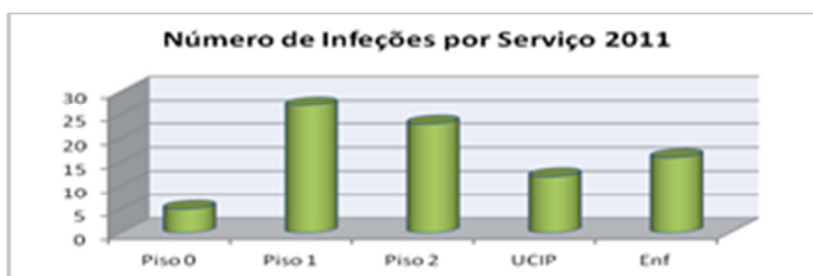


Gráfico 5 - Número de Infeções por Serviço do Hospital

Devido a estes dados é possível inferir que o risco de infeção no cliente com CVC aumenta, logo devem ser realizados esforços no sentido da prevenção. É necessário perceber se a equipa de enfermagem conhece todas as medidas que devem ser adotadas no sentido da prevenção do risco de infeção associado ao CVC.

Para realizar a referida caracterização recorreu-se a um instrumento de colheita de dados nomeadamente o questionário, que tem como objetivo a recolha de informação fatural sobre acontecimentos ou situações conhecidas Fortin (2009, p.380). A mesma autora explica que podem aplicar-se questionários já existentes ou então construir um questionário adequado às necessidades específicas. A construção de um questionário obedece a uma sequência de etapas como especifica Fortin (2009):

- Determinar qual a informação a recolher
- Constituir um banco de questões
- Formular as questões
- Ordenar as questões
- Submeter o esboço do questionário à revisão
- Pré – testar o questionário
- Redigir a introdução e as diretrizes.

Dada a especificidade do problema em si, decidimos construir um questionário que obedecesse à sequência da *Care Bundle* do CVC, para averiguar as dificuldades da equipa de enfermagem relacionadas com a colaboração na colocação e manipulação de CVC's e assim identificar as oportunidades de melhoria. O questionário é constituído por perguntas fechadas, pois são simples de utilizar, permitem uma codificação fácil, análise rápida e tratamento estatístico Hill e Hill (2002). Fortin (2009) reforça que as questões fechadas têm respostas mais uniformes e aumentam a fiabilidade dos dados.

O esboço do questionário foi submetido à apreciação e validação de uma equipa de peritas previamente definida. Esta equipa é constituída por quatro elementos de

referência do serviço. São elementos com experiência profissional que varia num intervalo de 6 a 22 anos, das quais um elemento é Enf^a Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e integra o Sistema de Gestão de Qualidade; outra Mestre em Enfermagem em Pessoa Oncológica que integra a equipa de Auditorias da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem; a adjunta do Serviço que é o elo de ligação com a Gestão de Risco, pertence ao grupo de Melhorias Contínuas e ao grupo das Auditorias da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem e é Mestranda em Enfermagem na Área de Especialização de Gestão em Enfermagem; por fim uma Chefe de Equipa, responsável pela integração de novos elementos, orientação de alunos de enfermagem em ensino clínico e elemento integrante do Sistema de Gestão de Qualidade. Organigrama do departamento de enfermagem Quartos Piso 1 disponível no **Anexo II**.

A equipa de peritas foi unânime quanto às necessidades de alterações no questionário, maioritariamente a nível da clarificação da construção frásica e explicitação dos nomes comerciais e materiais referidos nas questões. No **Anexo III** disponibilizo o primeiro questionário construído e no **Anexo IV**, o final com as alterações sugeridas após apreciação da equipa de peritas. Foi realizado o pré-teste a 7 elementos da equipa, estes fazem parte dos 17 que constituíam a equipa no início de Dezembro de 2011, excluindo-nos a nós, à Chefe de Serviço e à Equipa de Peritas. Este pré- teste, nada alterou à formulação do questionário. As instruções de preenchimento revelaram-se precisas e esclarecedoras, logo foram considerados válidos na recolha efetiva da informação. Para Hill e Hill (2002) o layout do questionário claro e atraente aumenta a cooperação por parte dos indivíduos que constituem a amostra.

Antes de iniciar a colheita de informação foram tomadas diligências preliminares, nomeadamente realizar os pedidos de autorização para aplicação do questionário ao Sr. Enf^o Diretor e Sr^a Enf^a Chefe, dos quais obtive parecer positivo. **Anexo V**.

O questionário construído é composto por 24 questões fechadas e pretende aferir as dificuldades da Equipa de Enfermagem relacionados com a colaboração na colocação e manipulação de CVC. Sendo assim destaco algumas respostas que coagem à necessidade de intervenção no sentido de sistematizar as boas práticas inerentes à presença de CVC.

Especificamente a resposta à questão 6 acerca da quantidade mínima de Sterillium® para realizar a correta higienização das mãos, apenas 6% da equipa respondeu acertadamente, ou seja apenas um elemento, como se pode ver no gráfico 6.

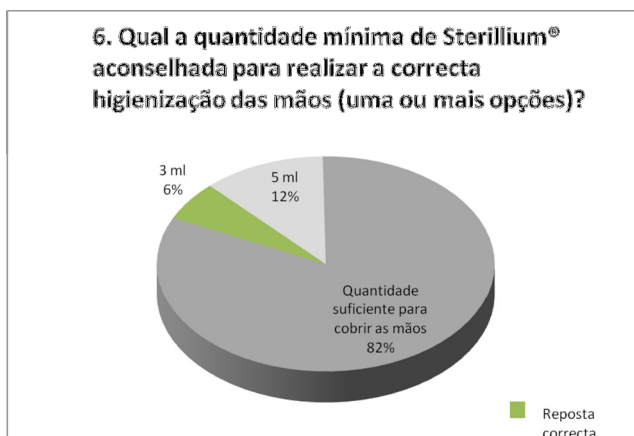


Gráfico 6 - Quantidade mínima de Sterillium® para realizar a correta higienização das mãos

A questão 7 pedia a identificação dos cinco momentos de higienização das mãos, face à opção de resposta não se verifica uma massiva uniformidade da escolha dos cinco momentos correctos, nenhum desses momentos foi identificado por todos os elementos da amostra. No entanto 10 elementos identificaram os cinco momentos, que se encontram explicitos na sinalectica colocada junto dos lavatórios das salas de trabalho, dispensadores de Sterillium existentes nos quartos dos clientes e em acrilicos nas portas dos quartos.

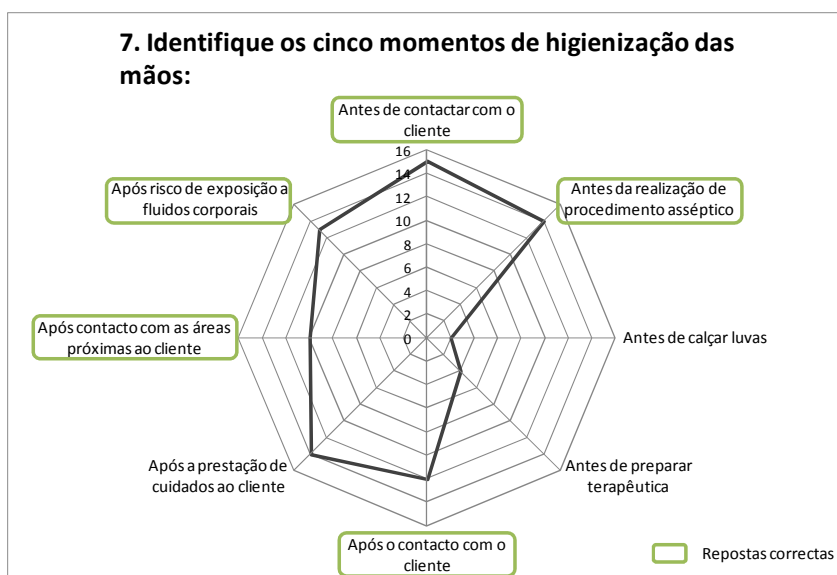


Gráfico 7 - Cinco Momentos de Higienização dos Mãos

A questão 8 refere-se ao equipamento que deve ser utilizado quando se colabora na colocação do CVC, apenas 18% dos elementos respondeu acertadamente, sendo que 76% utiliza luvas não esterilizadas, apenas 24% usam bata a mesma percentagem usa

máscara.

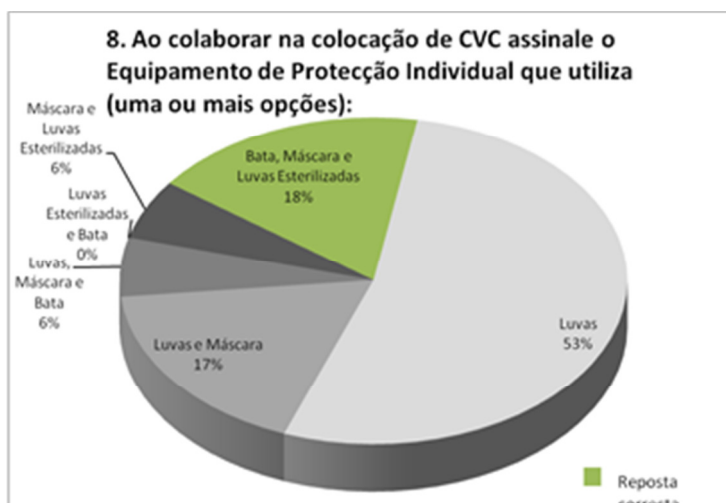


Gráfico 8 - Equipamento de Proteção Individual colaboração na colocação de CVC

Quanto à preparação cutânea do local de inserção do CVC, a desinfecção da pele deve ser realizada com uma solução de base alcoólica, neste caso específico Cutasept® Colorido como identificado por 65% dos elementos, mas é de salientar que cerca de 35% escolheu outras opções dos quais 29% a Solução de Iodopovidona.

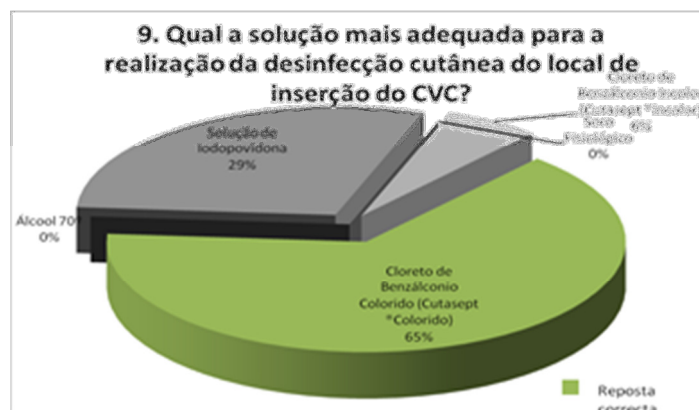


Gráfico 9 - Solução adequada para a desinfecção cutânea do local de inserção do CVC

Quando questionados acerca do local anatómico para inserção do CVC com menor risco de infeção os elementos da equipa evidenciam uma adesão de 37% para a hipótese de resposta todos têm o mesmo risco, como podemos observar no gráfico 10.



Gráfico 10 - Local anatómico de inserção do CVC com menor risco de infecção

A questão referente à frequência de realização do penso do local de inserção do CVC se este é com adesivo hipoalérgico e compressa não permeável e transpirável, tipo Mepore® apenas 18% identifica o período de mudança aconselhável e 32% quando está deteriorado ou repassado.

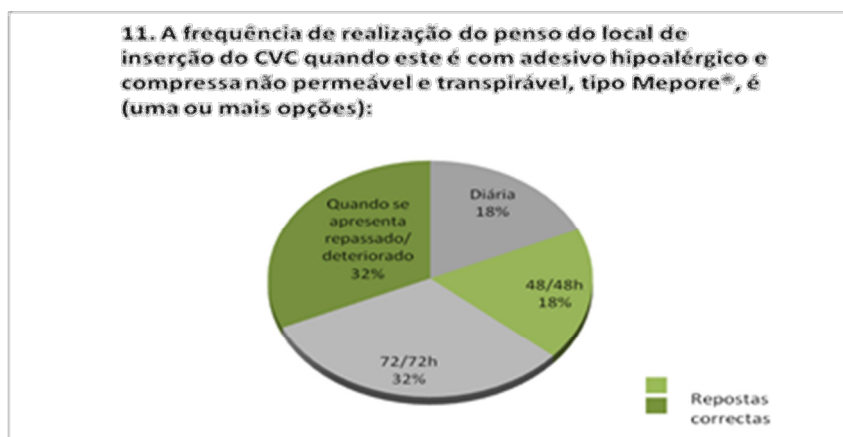


Gráfico 11 - Frequência de realização do penso do local de inserção, se este for tipo Mepore®

No entanto se o penso do local de inserção do CVC for transparente permeável, tipo Tegaderm® a sua realização deve ser a cada 7 dias e quando está repassado ou deteriorado, apenas 4% dos elementos identificam o intervalo certo e 31% refere quando o penso se apresenta repassado ou deteriorado.



Gráfico 12 - Frequência de realização do penso do local de inserção, se este for tipo Tegaderm®

Quando questionados acerca de qual o penso mais aconselhável para o local de inserção do CVC, apenas 11% responde o IV 3000® 1-HAND

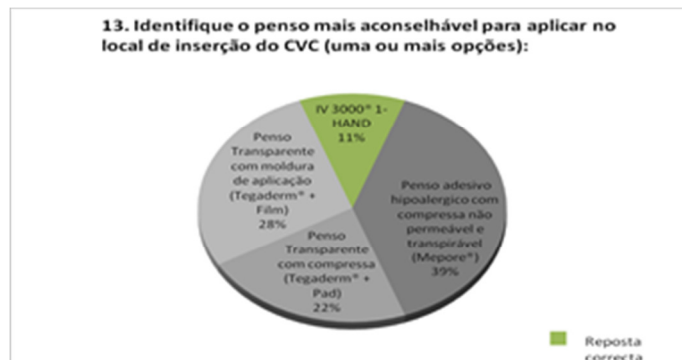


Gráfico 13 - Penso mais aconselhável a aplicar no local de inserção do CVC

A questão 14 sugeria a enumeração de um conjunto de hipóteses de acordo com a realização do penso do local de inserção do CVC, a percentagem de identificação dos passos na posição correcta decai exponencialmente e apenas 6% da equipa enumerou a sequência correcta, ou seja um elemento.



Figura 1 – Sequência realização do Penso CVC

Relativamente à mudança dos sistemas de perfusão de fluidos 47% indicam intervalos de tempo incorretos. Apenas 6% opta pela resposta certa acerca da periodicidade de mudança do sistema de perfusão de Alimentação Parentérica (AP).



Gráfico 14 - Periodicidade de mudança dos sistemas de perfusão de soroterapia

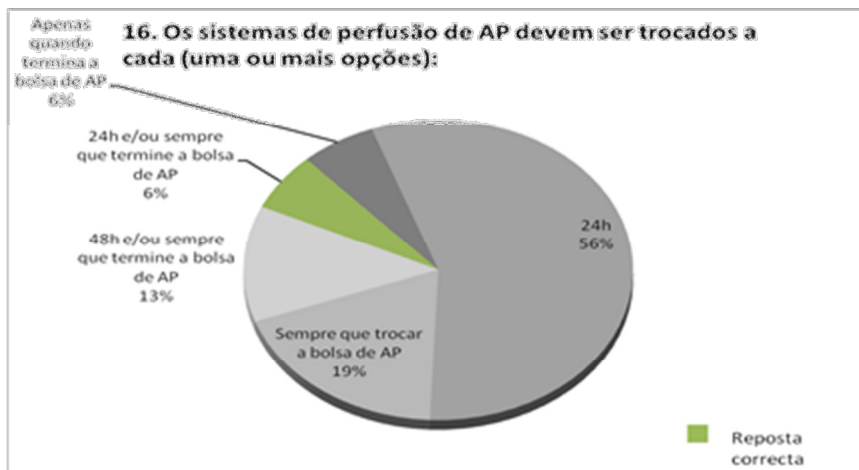


Gráfico 15 - Periodicidade de mudança dos sistemas de perfusão de Alimentação Parentérica

Uma das formas de prevenir o risco de infeção é a realização da desinfeção das vias e conexões antes da sua manipulação, apenas 41% dos elementos da equipa respondeu que realiza a desinfeção.



Gráfico 16 - Desinfeção das vias e conexões antes da sua manipulação

A questão 20 aborda a controvérsia da heparinização do CVC para manter a sua permeabilidade, 65% dos elementos responde que se deve recorrer ao uso de heparina apesar de todos os riscos associados e mesmo que existam referências que a permeabilização através de flush de solução salina seja igualmente eficaz (IHI, 2008).

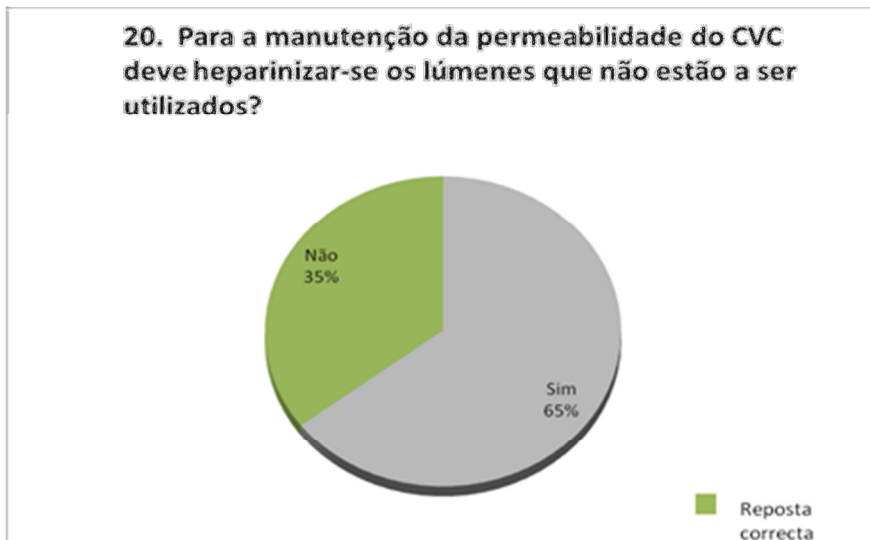


Gráfico 17 - Heparinização dos lúmenes do CVC para manter a permeabilidade

A questão 21 refere-se à clampagem dos lúmenes que não estão a ser utilizados, 41% da equipa refere que estes quando obturados devem ser clampados, o que aumenta a pressão negativa provocando o refluxo e conseqüentemente a obstrução do lúmen Schallam e Shomo (2011).

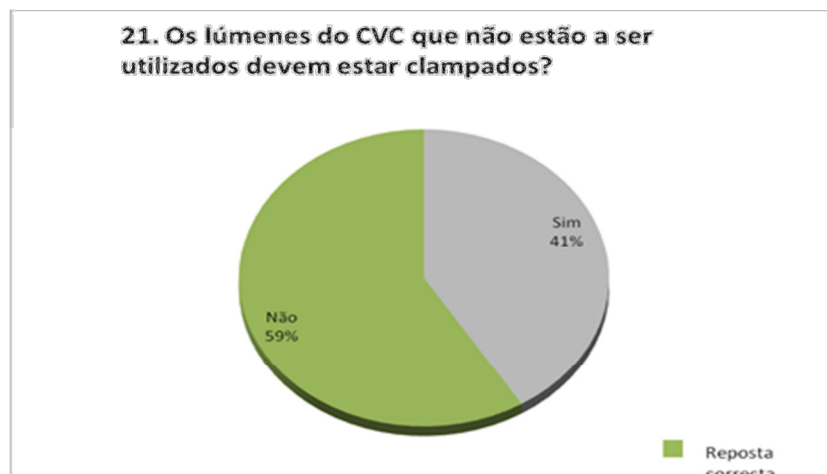


Gráfico 18 - Clampagem dos lúmenes do CVC que não estão a ser utilizados

Apenas 10% da equipa quando abordada face à periodicidade de permeabilização dos lúmenes do CVC que não estão a ser utilizados escolhe a opção correcta e 35% referem na presença de sangue no lúmen. Contudo nenhum elemento escolheu a opção de resposta correcta, que estão assinaladas a verde no seguinte gráfico.

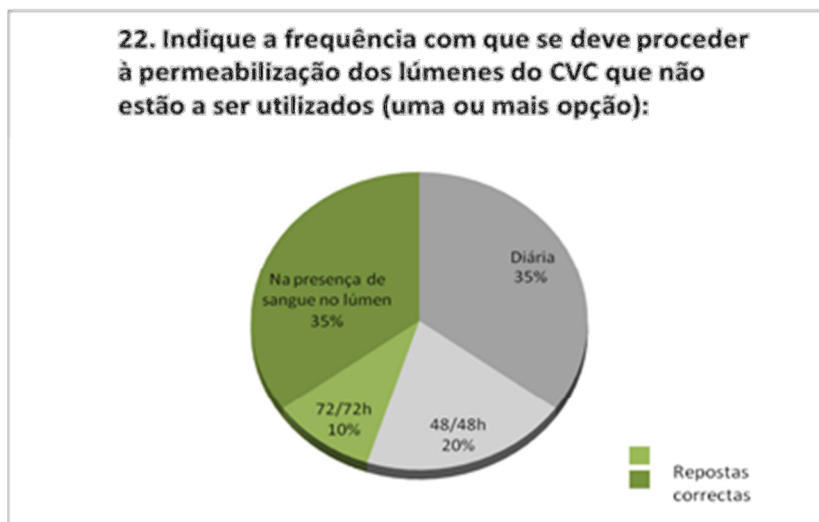


Gráfico 19 - Frequência de Permeabilização dos lúmenes do CVC que não estão a ser utilizados

A título consultivo todas as respostas do questionário estão apresentadas sob a forma gráfica no **Anexo VI**.

Outra forma de avaliar a correta higienização das mãos é através do consumo de Sterillium® no serviço por ano. A CCI disponibilizou os dados referentes ao consumo de 2011, estes representam apenas 14,7% do consumo considerado ideal numa taxa de adesão de 100%, ou seja consumimos 225L/ano quando o ideal seria 1527L /ano. De acordo com a tabela de cálculo de consumo de SABA, os Quartos Piso 1 evidenciam uma taxa de adesão à higienização das mãos situada num intervalo de 15 a 20%. Estes cálculos foram realizados tendo em conta as fórmulas de cálculo definidas pela DGS (s.d.) através da Campanha de Higiene das Mãos - Material de implementação da Campanha – Anexos Avaliação de custos de SABA.

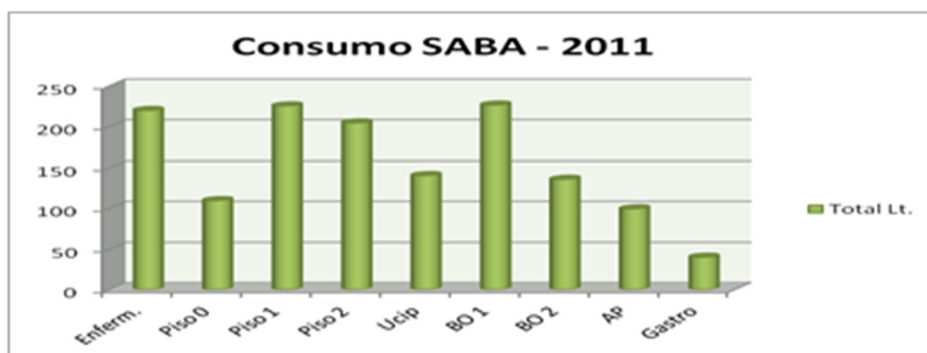


Gráfico 20 - Consumo de SABA em 2011

De seis em seis meses a CCI realiza uma observação das práticas de higienização das mãos. Em Dezembro de 2011 foram observadas 2049 oportunidades de higienização das mãos, nos serviços de internamento, atendimento permanente, serviço de gastroenterologia e bloco operatório. A taxa de adesão global foi de 58%, ligeiramente mais alta que a de 2010 (55.6%), os Quartos Particulares evidenciaram uma taxa de adesão de 64,3% no entanto mais baixa que o valor a nível nacional 66.3%.



Gráfico 21 - Adesão à higienização das mãos em Dezembro de 2011

O gráfico 21 evidencia a adesão por serviços e o quadro 1 a adesão face aos cinco momentos de higienização das mãos e categoria profissional.

Taxa de Adesão	64.3%
Adesão por Indicação	
Antes do contacto com o cliente	56,34%
Antes de um procedimento asséptico	63,64%
Depois do risco de exposição a sangue e fluidos orgânicos	46,43%
Depois do contacto com o cliente	84,38%
Depois do contacto com o ambiente envolvente do cliente	59,65%
Adesão por Categoria Profissional	
Enfermeiro	90,28%
Auxiliar de Ação Médica	67,14%
Médico	31,25%
Outros Profissionais de Saúde	42,55%

Quadro 1 - Adesão à higienização das mãos nos Quartos Piso 1 por indicação e categoria profissional

Foi realizada uma entrevista dirigida à equipa de peritas que validou o questionário, com o objetivo de reunir o maior número de informação possível que evidencie a necessidade de intervenção no sentido de uniformizar práticas e adotar medidas de prevenção da infeção associada ao CVC.

A entrevista é um meio utilizado na recolha de dados, neste caso a entrevista é dirigida porque o guião da entrevista foi construído previamente, esta desenrola-se da mesma forma para todos os entrevistados. As questões são semi-estruturadas porque apresentam perguntas fechadas e abertas. Este tipo de entrevista permite a comparação de dados entre os respondentes Fortin (2009). Guião da Entrevista no **Anexo VII**. Através da análise de conteúdo, transforma-se o material qualitativo em quantitativo, para que sejam significativos e válidos Fortin (2009). A informação recolhida é codificada, este processo é uma transformação por recorte, agregação e enumeração que permite uma representação do conteúdo. Depois de definido o recorte, ou seja as unidades de registo, realiza-se a sua contagem Bardin (2009).

Unidades de Registo	Contagem
Uniformização dos Cuidados de Enfermagem	III
Diminuição das Infeções Nosocomiais	III
Promoção da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem/ Boas Práticas	III
Promoção da Segurança do Cliente	II
Orientação/integração dos novos elementos	III
Esquematização de um procedimento	III
Acesso a informação atualizada	II

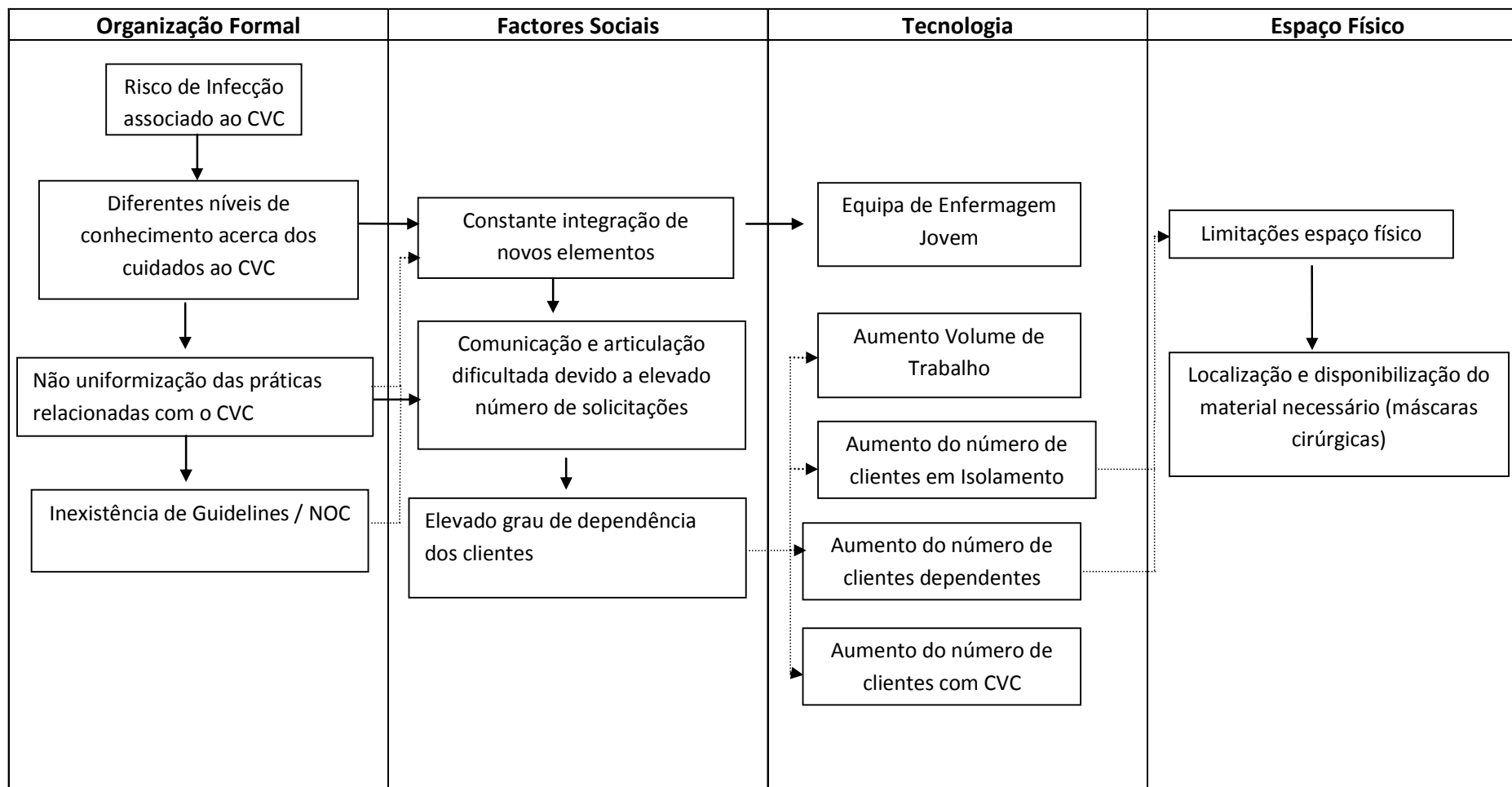
Quadro 2 - Unidades de registo das respostas à entrevista realizada à equipa de peritas

Para perceber as complexidades do projeto foi elaborada uma Stream Analysis de diagnóstico (**Quadro 3**), para visualizar os problemas e as relações entre eles. Através desta é possível visualizar a realidade envolvente e os possíveis obstáculos à implementação do projeto, ou seja mapeia e gere o processo de mudança Ruivo, Ferrito e Nunes (2010).

Através da leitura da *Stream Analysis* inferimos que existe um risco de infeção associada ao uso de CVC que advêm dos diferentes níveis de conhecimento da equipa devido à constante integração de novos elementos. Deve-se também à não uniformização das práticas, pois não existe nenhuma norma ou protocolo que defina a atuação nos

cuidados ao CVC. Outras limitações encontradas foram aumento do volume de trabalho, mais clientes em isolamento, mais clientes com grandes dependências e cada vez mais com CVC. Esta realidade gera muitas solicitações o que diminui o tempo para a equipa de enfermagem se articular e comunicar entre si. Para além destas condicionantes ainda existe a limitação física, os clientes em isolamento ficam no mesmo quarto apenas é colocado um dispositivo com o equipamento de proteção individual adequado ao tipo de isolamento. Se o cliente estiver em isolamento as máscaras estão acessíveis, caso contrário encontram-se na sala de arrumos. Logo não se potencia o seu uso quando se manipulam os cateteres.

Stream Analysis de Diagnóstico – Boas Práticas associadas ao uso de Cateteres Venosos Centrais



Quadro 3 – Stream Analysis de Diagnostico

2.2. DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS

Os objetivos são fins que se pretendem atingir, algo que se deseja alcançar. Estes devem ser exequíveis e adaptados à realidade de intervenção.

A definição dos objetivos efetiva-se após a identificação do problema e procura evidenciar a intervenção que se pretende realizar com a implementação do projeto Ruivo, Ferrito e Nunes (2010).

As mesmas autoras reforçam que estes devem ser definidos de uma forma clara, precisa, devem ser realizáveis e mensuráveis.

O objetivo geral é a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem associados ao CVC.

Através da implementação de boas práticas associadas ao uso de CVC pretende-se alcançar os seguintes objetivos específicos:

- Uniformizar Práticas,
- Otimizar o uso de CVC
- Adotar medidas de prevenção e controlo de infeção associada ao CVC
- Disponibilizar informação acerca dos Cuidados ao CVC
- Proporcionar segurança ao cliente

Uma vez identificado o problema e definidos os objetivos da intervenção, deve delinear-se o plano de ação, ou seja realizar uma planificação tendo em conta as ações para alcançar os objetivos e os recursos necessários.

2.3. PLANEAMENTO

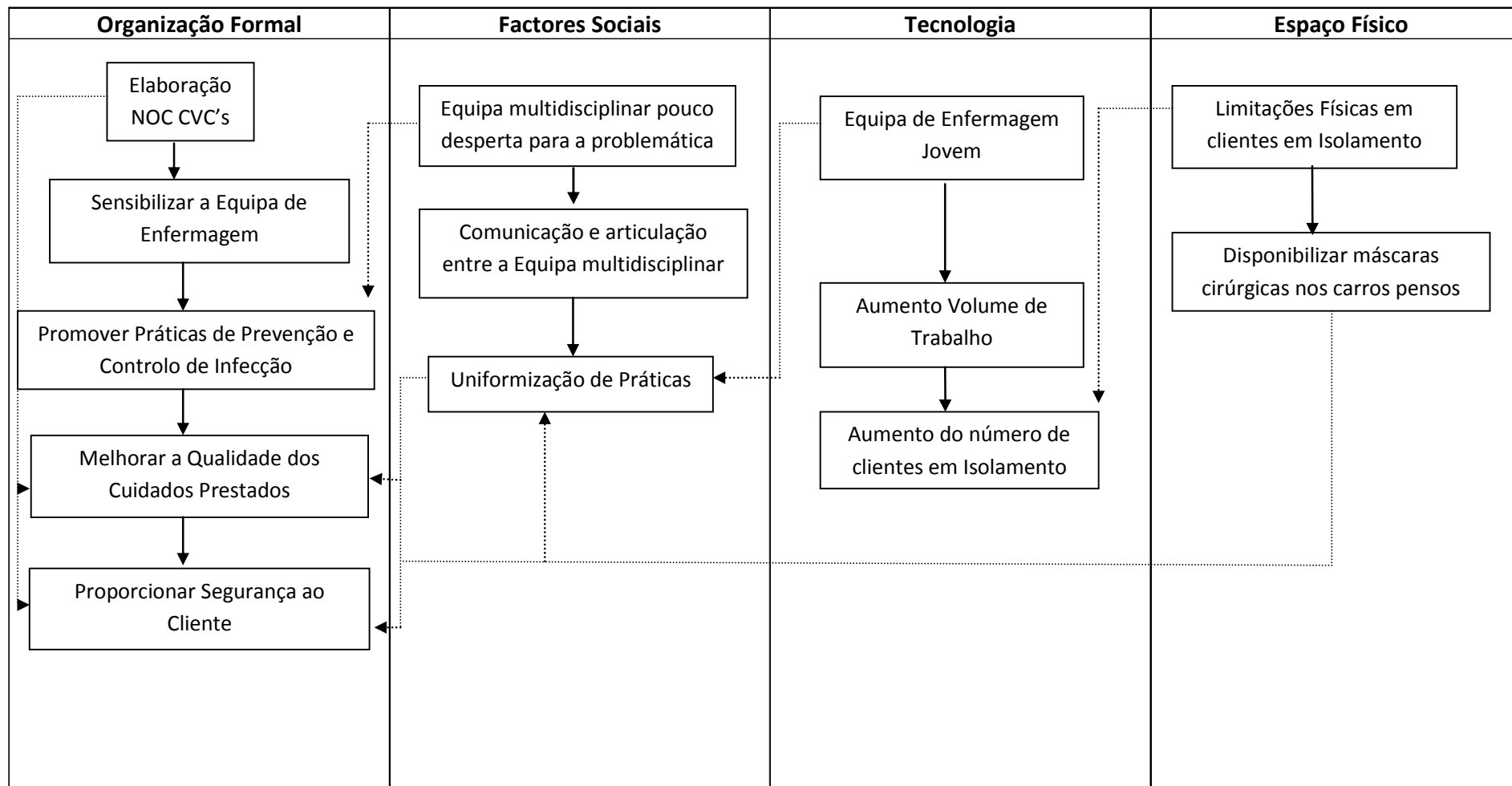
O planeamento é a terceira fase do projeto, o momento crucial onde é elaborado um plano detalhado da intervenção que se pretende realizar. São definidas as estratégias e atividades, assim como os recursos necessários. Miguel (2006) enuncia que a realização de um cronograma possibilita uma visualização gráfica da calendarização estabelecida para a execução das atividades. **Anexo VIII** O mesmo autor reforça que as escolhas das estratégias e atividades correlacionam-se com os objetivos previamente definidos. O **Quadro 4** resume de forma circunscrita o planeamento realizado para a implementação desde projeto. Também foi construída uma *Stream Analysis* de planeamento (**Quadro 5**) para otimizar as estratégias e atividades definidas. Um dos

obstáculos a ultrapassar é a eventual falta de sensibilização para a problemática, devido ao volume de trabalho e grande dependência dos clientes. O fato da equipa ser jovem também leva a que esta área não seja uma preocupação de imediato, uma vez que os jovens elementos ainda estão no processo de apropriação e consolidação da integração. Em termos de espaço físico a única limitação passível de ser alterada imediatamente é a disponibilização de máscaras nos carros de pensos.

Tema	Problema	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Estratégias	Atividades	Indicadores de avaliação
Boas Práticas associadas ao uso de CVC	<p>Risco de infeção associada à presença de CVC</p> <p>Conhecimento comprometido/ diminuído na área da colaboração na colocação e manipulação do CVC</p> <p>Não uniformização das práticas relacionadas com o CVC</p>	Melhoria da qualidade dos Cuidados de Enfermagem associados ao CVC	<p>Uniformizar Práticas</p> <p>Otimizar do uso de CVC</p> <p>Adotar medidas de prevenção e controlo de infeção associada ao CVC</p> <p>Disponibilizar informação acerca dos cuidados ao CVC</p> <p>Proporcionar segurança ao cliente</p>	<p>Sintetizar a informação recolhida acerca dos cuidados ao cliente com CVC</p> <p>Promover ação de formação acerca dos Cuidados a prestar ao cliente com CVC</p> <p>Selecionar fonte de divulgação acessível aos enfermeiros</p> <p>Reduzir iatrogenia</p>	<p>Realização de pesquisa bibliográfica acerca do tema Estruturação e construção da NOC segundo a Care Bundle</p> <p>Validação da NOC com a Equipa QP1</p> <p>Reestruturação de acordo com as sugestões</p> <p>Validação da NOC com a CCI</p> <p>Reestruturação caso seja necessário</p> <p>Validação da NOC com Enf^a Chefe e Adjunta</p> <p>Apresentação da versão final</p> <p>Elaboração de ação de formação sobre os cuidados ao CVC</p> <p>Reunião informal durante as passagens de turno para promover a adesão e práticas seguras e de qualidade</p> <p>Disponibilização da NOC do CVC em suporte de papel na biblioteca do serviço e em suporte informático</p> <p>Divulgação da NOC CVC via email para a Equipa de Enfermagem QP1</p>	<p>NOC</p> <p>Planeamento da ação de formação</p> <p>Realização do Questionário de diagnóstico para aferir os benefícios da intervenção</p>

Quadro 4 – Planeamento Projeto Intervenção em Serviço

Stream Analysis de Planeamento – Boas Práticas associadas ao uso de Cateteres Venosos Centrais



Quadro 5 – Stream Analysis de Planeamento

2.4. EXECUÇÃO E AVALIAÇÃO

Esta etapa materializa o planeamento realizado, podem ser necessários reajustes para que os objetivos definidos sejam alcançados. É uma fase que permite o desenvolvimento de competências e capacidade para a resolução de problemas Ruivo, Ferrito e Nunes (2010).

Devido às necessidades por parte do serviço face à problemática detetada foram realizados esforços no sentido da implementação do mesmo, visível no **Anexo VIII**, apesar de academicamente estar definido terminar o PIS no planeamento.

Os indicadores de avaliação da aplicação do projeto são definidos em simultâneo com os objetivos, estes devem ser observáveis e mensuráveis. A avaliação é uma constante contínua no tempo porque permite adequações.

Para avaliar o impacto do PIS após a divulgação da NOC (**Anexo IX**) que foi realizada através da plataforma informática e em momentos de formação informal durante a passagem de turno, seria desafiante aplicar novamente os questionários de diagnóstico. A comparação dos dados permitiria avaliar o impacto do projeto e a apropriação dos conhecimentos disponibilizados.

2.5. DIVULGAÇÃO DE RESULTADOS

A divulgação dos resultados possibilita demonstrar a importância da realização do projeto de intervenção. É uma partilha que pode ser útil noutras situações ou contextos, a divulgação pode ser efetuada de diversas formas. O importante é que a equipa envolvida compreenda a necessidade da implementação destas medidas e as vantagens que refletem nas boas práticas. Neste caso em concreto os dados de diagnóstico foram apresentados à equipa durante as sessões informais no momento da passagem de turno.

3. REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Como diz Aristóteles *"a dúvida é o princípio da sabedoria"* e George Polya completa *" a melhor forma de aprender qualquer coisa é descobrindo-a por si próprio, deixa-os aprender adivinhando, deixa-os aprender provando. Não reveles todo o teu segredo de uma vez. Deixa-os adivinhar antes de o revelares. Deixa-os descobrir por si próprios tanto quanto seja possível!"*

A formação contínua possibilita a atualização ou aquisição de conhecimentos e permite a consolidação de capacidades e competências que facilitam a resposta às solicitações atuais Carvalho (2007). A aprendizagem é orientada em função das necessidades sentidas por cada um. Esta busca de conhecimento assenta na reflexão, pois permite avaliar o desempenho, as atitudes e práticas. É uma forma de abordar a enfermagem de um modo mais crítico, com a intenção de obter conhecimentos adicionais pela experiência prática.

Para Fernandes e Santos (2004) a reflexão é uma ação voluntária e intencional do sujeito que se propõe a refletir, mantendo em aberto a possibilidade de mudar os conhecimentos, as crenças e as atitudes. A reflexão e interiorização destes conceitos possibilitam o desenvolvimento de competências e conhecimentos.

A reflexão direciona a crítica construtiva no sentido do aperfeiçoamento e aquisição de novos conhecimentos e competências, como referem Fernandes e Santos (2004).

Segundo Pereira (1995) que é citado por Fernandes e Santos (2004, p.60) *"a reflexão sobre as práticas tem como objetivos aumentar a confiança de cada estudante no seu desempenho; melhorar a aptidão para fazer certo à primeira vez, da próxima vez; abordar a enfermagem de modo mais crítico, intencional e sistemático e obter conhecimentos adicionais a partir das experiências práticas"*.

A reflexão é uma ação voluntária e intencional. Como processo dinâmico está aberto a mudanças, estas podem ser em termos de conhecimentos, crenças ou atitudes e valores pessoais. O auto – conhecimento e a auto-análise, permite como refere Fernandes (2003) desenvolver a capacidade reflexiva acerca da ação, cujo benefício é a compreensão de si próprio e o desenvolvimento de auto – estima. É um assumir de si próprio, através da crítica daquilo que observa e protagoniza. As reflexões realizadas acerca de dada temática ou problema, permitem a compreensão da nossa forma de

pensar e refletem coerência da articulação e consolidação dos nossos conhecimentos teóricos e práticos adquiridos ao longo do nosso percurso académico e profissional.

De acordo com Fernandes e Santos (2004, p.59) que citam Zeichner (1993) a prática reflexiva é uma potencial situação de aprendizagem, pois permite que através desta o sujeito se torne sabedor daquilo que faz e de como o faz”.

Através da reflexão podemos avaliar o nosso desempenho, avaliar atitudes e práticas. É uma forma de abordarmos a enfermagem de um modo mais crítico, com a intenção de obter conhecimentos adicionais pela experiência profissional.

A enfermagem é a profissão que presta cuidados ao ser humano ao longo do ciclo de vida no sentido de melhorar, manter ou recuperar a saúde Repe (2005). A essência do Cuidar é sensível a todos os conhecimentos que permitam melhorar, enriquecer, individualizar e emancipar em holismo as atitudes terapêuticas. Saraiva (2008) reforça que cuidar é uma arte que combina elementos de conhecimento, destreza, intuição e saber ser que permitem ajudar a pessoa em situação singular, que é a doença.

Benner na sua teoria defende que os enfermeiros desenvolvem capacidades e habilidades ao longo do tempo, que são baseadas nos conhecimentos, na formação e na experiência profissional (Nunes, 2010).

Para além de enfatizar a experiência Benner procurou descrever o conhecimento existente na prática de enfermagem, ou seja o conhecimento que advém dessa prática, ou seja todo o Know-how desenvolvido pela experiência baseado na procura premente de formação e conhecimento científico (Alligood e Tomey, 2002). Baseada no Modelo de Aquisição e Desenvolvimento de Competências de Dreyfus, define cinco níveis de desenvolvimento de competências: Principiante, Principiante – Avançado, Competente; Proficiente e Perito.

“Benner evidencia que a prática de enfermagem vai para além da aplicação rígida de regras e teorias e baseia-se no comportamento razoável que responde às exigências de uma dada situação” Alligood e Tomey (2002, p.188). São as competências e a consciência perceptível que levam os enfermeiros a despistar as intuições no sentido da procura de etiologias para as mudanças subtis dos clientes. Com a experiência o conhecimento é uma diluição da teoria e da prática. Alligood e Tomey (2002, p.190) explicam que para Benner competência e a prática competente, significam implementar intervenções de enfermagem competentes e competências de juízos clínicos em situações clínicas reais.

A interceção do conhecimento com a formação e a experiência refletem-se no

desenvolvimento contínuo de capacidades e competências. Esta rede de complexidade evidencia que as aprendizagens ocorrem a nível cognitivo, psicomotor e efetivo, como aquisição constante ao longo da vida. O Modelo de Desenvolvimento Profissional, especificado pela OE (2007) permite demonstrar a aquisição e o desenvolvimento de competências, nomeadamente as do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica que se dividem em competências comuns e competências específicas.

O Enfermeiro Especialista é definido pela OE (2007) como um enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico da Enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde. Demonstra níveis elevados de julgamento clínico, tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção especializado.

Resumidamente as competências comuns, enumeradas no Regulamento n.º 122/201, são compostas por quatro domínios: responsabilidade profissional ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados, desenvolvimento das aprendizagens profissionais. As competências específicas envolvem o cuidar em situações complexas como doença crónica e ou falência orgânica; a atuação em situações de catástrofe ou emergência e a prevenção e controle de infeção.

O Estágio III foi realizado em contexto laboral, no mesmo local onde foram realizados os estágios da PG – MC. Um serviço que abrange todas as áreas da enfermagem médico - cirúrgica o que proporciona a aquisição e desenvolvimento de conhecimentos ajustados às necessidades da sociedade e evolução tecnológica/científica no âmbito dos cuidados de enfermagem na área da cirurgia, urgência, oncologia, pessoa idosa, controlo da dor e cuidados paliativos.

A especificidade do serviço proporciona momentos únicos de aprendizagem, consolidação, aplicação e desenvolvimento de novos conhecimentos e competências, devido à extrema abrangência na área da enfermagem médico-cirúrgica. Os cuidados direcionam-se para o ser humano ao longo de todo o seu ciclo vital, centrados nas necessidades do cliente, família e pessoa significativa em constante readaptação. Mobilizando assim todos os recursos sejam conhecimentos, competências, apoios internos e externos. Com a frequência do Mestrado em Enfermagem Médico - Cirúrgica esta mobilização coaduna-se com o desenvolvimento/ consolidação das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica de acordo com o Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro.

3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Independentemente da área da especialidade, todas elas partilham um grupo de domínios que são consideradas as competências comuns. A atuação do enfermeiro especialista inclui competências aplicáveis em ambientes de cuidados de saúde primários, secundários e terciários, em todos os contextos de prestação de cuidados. Envolve as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança e investigação no sentido de melhorar a prática de enfermagem Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro.

O artigo 3.º do referido regulamento define competências comuns, como as competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria. A unidade de competência é um conjunto de elementos que representam uma realização concreta. Os critérios de avaliação são uma lista integrada dos aspetos de desempenho e expressam as características dos resultados.

A - Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

Na sociedade atualmente em constante mudança social e tecnológica, é natural a emergência de preocupações éticas em vários domínios. Em saúde, esta problemática assume um lugar de destaque, dado que a crescente afirmação da autonomia e da auto-realização de cada ser humano tornou-se um princípio ético fundamental da dignidade humana.

A ética orienta o ser humano para o agir e baseia-se em quatro princípios fundamentais: princípio da beneficência, princípio da não maleficência, princípio da autonomia e o princípio da justiça Pires (2007). Estes princípios devem ser aplicados de acordo com a especificidade de cada situação, tendo em conta os valores implícitos em cada um deles e o respeito pela dignidade da pessoa humana e pela sua autonomia.

O princípio da beneficência e o princípio da não maleficência pretendem, assegurar que a ação do profissional visa o bem do cliente, e nunca o mal. O outro princípio é o da justiça que, analisado de uma forma simples, significa, dar a cada pessoa aquilo que lhe é devido de acordo com as suas circunstâncias. No domínio da justiça enquadram-se os cuidados de saúde, porque está intimamente ligada à alocação, distribuição e rentabilização dos recursos, igual acessibilidade a todos os cidadãos de acordo com as

suas necessidades. Outro aspeto crucial na relação enfermeiro-cliente é tratar o cliente como pessoa detentor de plenos direitos e autonomia.

A enfermagem fundamenta a sua prática no agir que envolve o melhor bem para a pessoa cuidada, respeitando os direitos humanos nas relações interpessoais que estabelece Pires (2007).

A prestação de cuidados em enfermagem é um processo complexo, que requer a articulação das várias áreas do saber Pires (2007) é importante intersetar todos os conhecimentos científicos, éticos, morais e jurídicos.

A ética como refere Nunes (2009, p.6) “é uma disciplina da filosofia, é a reflexão filosófica sobre o agir humano. O agir humano é sempre no sentido da procura de uma vida boa tendo em conta o meio em que se está inserido é esta a ideia que a autora referida bebe em Paul Ricoeur que resume a ética à finalidade de uma vida boa, com e para com os outros em instituições justas. Esta conceção de vida boa é reforçada por Hannah Arendt no sentido de banir a violência nas relações interpessoais que são fortemente caracterizadas pelos sistemas jurídicos e organização política da sociedade em nos inserimos”. A ética nasce da necessidade de fazer o bem, volta-se para o agir consciente, livre e responsável Fernandes e Freitas (2006).

Para Fernandes (2006, p.24) “a ética como é vista e aplicada hoje teve origem em Platão e Aristóteles. Em toda a história da humanidade as preocupações com as relações humanas e o modo de agir do homem apareceram no pensamento filosófico. O agir ético comporta muitas indagações, limites, possibilidades, bem como valores e liberdade de escolha”.

A ética é uma disciplina da filosofia que se intersecta com a política, com o direito com a deontologia, com a bioética e com a moral. Sendo com esta última uma associação indiscriminada que por vezes transparece a ideia de significância semelhante, no entanto são bem distintas. A ética refere-se ao agir e a moral envolve as normas, os costumes e as regras Nunes (2009). A moral trata da obrigação, do dever, salvaguardando que o dever moral é do tipo deontológico Pires (2007).

O direito, como define Nunes (2009, p.27) “é um conjunto de normas formuladas pelos homens destinadas a conferir ordem à vida em sociedade, são um conjunto de normas de conduta destinadas a regular as relações sociais. Pode ser definido como a ciência das regras que presidem às relações humanas e ordenam juridicamente a vida em sociedade.

“A deontologia pode ser definida como um conjunto de normas referentes a uma

determinada profissão alicerçadas no direito e na moral no sentido das boas práticas”, Nunes, Amaral e Gonçalves (2005, p.16). Refere-se ao conhecimento como apropriado, intersetando a moral e o direito tendo em conta as características da profissão Nunes (2009, p.30). É a procura de aspetos éticos ligados a uma atividade profissional Neves (2004).

A prática de enfermagem tem por base a ética, a deontologia e o direito, fundamentando assim as opções realizadas, evidenciando a responsabilidade ética e legal no campo de intervenção. No dia-a-dia desenvolve-se uma prática profissional e ética (A1) demonstrada na tomada de decisão ética (A1.1) porque as estratégias delineadas para a resolução de problemas são construídas com o cliente (A1.1.1) baseadas sempre nas hipóteses de escolha possíveis (A1.1.2), sendo a vontade do cliente a que prevalece pois este é o principal responsável pela gestão do seu processo de doença (A1.1.3). Em situações mais complexas e delicadas a tomada de decisão acerca da forma de agir ou as opções que se podem proporcionar ao cliente e família são discutidas em equipa multidisciplinar, proporcionando assim uma tomada de decisão informada (A1.1.1, A1.1.5). Todas as decisões e opções terapêuticas são suportadas nas normas deontológicas, emanadas pelo Código deontológico dos enfermeiros que confina um conjunto de deveres relativos ao exercício profissional do enfermeiro em resultado do mandato social que recebeu (A1.2). O respeito pela liberdade e autonomia do cliente e do profissional perante uma situação complexa é um desafio. Devido aos aportes teóricos da primeiro semestre do mestrado evidencia-se uma maior facilidade em tomar posição e liderar o processo de decisão de forma mais efetiva assim como avaliar o processo de tomada de decisão e os respetivos resultados (A1.3). A discussão de determinadas situações complexas com a equipa multidisciplinar leva a uma partilha importante de conhecimentos assim como à consolidação das atitudes corretas e alienação das opções menos eficazes (A1.4), esta foi uma prática evidente quando se sugerem algumas mudanças à equipa médica no caso de uma cliente que está internada para tratamento de úlceras de pressão. Indicando o aumento de aporte calórico e proteico para promover a cicatrização e em simultâneo iniciar o uso de um apósito que potencia a epitelização e consequente cicatrização, para além de controlar o exsudato.

O desempenho das nossas funções envolvem o outro em todo o seu ser, com direitos e deveres, logo a nossa prática de cuidados deve respeitar os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (A2). O respeito pelo outro promove acima de tudo a proteção dos direitos humanos (A2.1) tal como está descrito no código deontológico

(A2.1.1) neste sentido foi promovido o respeito pelo acesso à informação (A2.1.2) garantida a confidencialidade e a segurança da informação oral e escrita (A2.1.3). É promovido o direito à privacidade (A2.1.4) e respeitada a escolha e autodeterminação do cliente (A2.1.5). Esta privacidade e confidencialidade foram garantidas na realização da colheita de dados para o PIS, uma vez que os questionários eram anónimos e por serem constituídos por perguntas fechadas, dificilmente seriam identificados. Salva-se que os participantes responderam de forma voluntária e informada.

Como seres humanos únicos temos o direito ao respeito pelos valores, costumes e crenças religiosas e espirituais, a nossa atuação evidencia a valorização desta consideração (A2.1.6). A espiritualidade é intrínseca à natureza humana, é um conceito plural que inclui valores, transcendência sobre o material, mistério e as opções fundamentais de vida, possibilitando a sua unificação e dando-lhe sentido e o significado existencial que os seres humanos procuram Sampaio (2006). Num sentido lato engloba o conceito de religião mas, apenas se identifica com ela quando os valores e opções e a dimensão espiritual convergem para uma crença religiosa. O respeito pela multiculturalidade revela-se como uma mais-valia no processo de adesão e valorização dos cuidados de enfermagem, proporcionando bem-estar e sentimento de individualidade, aceitam-se os direitos dos outros (A2.1.7) mesmo que os valores sejam diferentes (A2.1.8). Devemos respeitar as crenças de cada um e sempre que possível colaboramos no sentido de garantir a paz espiritual, tanto para o cliente como para a família. Seja através de chamar o sacerdote ou o ministro da comunhão, voluntário sempre disponível no hospital. Ou levar uma cliente em cadeira de rodas com bala de oxigénio à capela do hospital.

Dadas as vivências e a troca de experiências proporcionadas pela formação contínua consegue-se mais facilmente detetar e gerir com a equipa situações que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente (A2.2) promovendo uma intervenção rápida identificando as práticas de risco (A2.2.1) e adotando as medidas apropriadas (A2.2.2) até porque a capacidade de antecipação (A2.2.3) é uma necessidade na realidade em que desempenhamos funções porque proporciona satisfação cliente e evidencia uma prática de qualidade e especializada. Devido a algumas situações vividas muito específicas, foi promovida a segurança das ações (A2.2.4) através da definição das atitudes a desenvolver em situações similares (A2.2.5) promovendo a prevenção de incidentes e reincidências (A2.2.6). Esta atuação está relacionada com o PIS desenvolvido, uma vez que pretende melhorar a qualidade e a

segurança dos cuidados relacionados com o CVC e minimizar o risco de infeção associado ao CVC.

B – Domínio da Melhoria da Qualidade

A qualidade deixou de ser uma preocupação das empresas industriais e passou constituir-se como uma prioridade para todas as organizações. A qualidade deixou de ser uma opção e passou a ser uma obrigação e uma necessidade em todas as organizações devido à competitividade do mercado e às exigências do consumidor Mezomo (2001). O mesmo autor refere que a qualidade é um conjunto de características de um serviço que o tornam adequado à missão de uma organização concebida para dar resposta às necessidades e expectativas dos clientes. A qualidade pode ser designada como um conjunto integrado de atividades planeadas, baseado na definição de metas explícitas e na avaliação do desempenho, tendo como objetivo a melhoria contínua da qualidade dos cuidados Biscaia (2000).

Os enfermeiros têm a missão complexa de ajudar o outro perante uma alteração súbita ou não da sua saúde, esta missão é o cerne da prática de cuidados e o que define a qualidade Ascensão (2010). A qualidade é medida através de indicadores, estes podem ser de estrutura, processo e resultados. A interceção destes indicadores possibilita a aplicação de programas de melhoria contínua da qualidade.

“A qualidade é hoje um atributo, uma dimensão incontornável na saúde e na prestação dos cuidados e é proactiva de modo a prevenir e a dar resposta, não servindo de pretexto para a procura de novas oportunidades de mercado. Reúne como adjetivos a efetividade, eficiência, aceitabilidade e a equidade, e não a exigência única da aceitabilidade”, como defende Ascensão (2010, p.24).

A arte de cuidar baseia-se em conhecimentos e na capacidade em harmonizar os diferentes elementos que constituem uma determinada situação Hesbeen (2001). O esforço no sentido de mobilizar conhecimentos e competências para harmonizar a situação vivida pelo cliente constitui o cerne da prática de cuidados de enfermagem e decreta a sua qualidade.

Intrínseca à qualidade está a segurança, como reforça Nunes (2006, p.5) de acordo com o ICN, a segurança é essencial à qualidade na saúde e nos cuidados de enfermagem. O desenvolvimento da segurança envolve um conjunto de medidas, com largo espectro de ação, como o recrutamento, a integração e a fixação dos profissionais, a melhoria do desempenho, as medidas de segurança ambiental e a gestão de risco.

A Segurança e a Gestão do Risco são áreas emergentes na prática de

enfermagem e referem-se naturalmente ao domínio da melhoria da qualidade.

A gestão de risco define as ações necessárias para reduzir ou para evitar o risco no seu sentido absoluto e probabilístico Nunes (2006).

A gestão de risco tem como principais objetivos: identificar o risco, reduzir e eliminar o risco, reduzir as consequências e custos associados ao risco, proteger o hospital e os prestadores de cuidados Oliveira (2005). A gestão de risco pode ser realizada através da implementação de guidelines e protocolos de atuação explícitos na formação e desenvolvimento de competências no sentido do despiste precoce de eventos adversos ou potenciais complicações.

Nunes (2006) refere que de acordo com o ICN existe evidência correlacional entre os eventos adversos e o rácio enfermeiro/cliente. A escassez de recursos e um desempenho pobre devido à baixa motivação ou por défice de habilidades técnicas também são determinantes importantes da segurança e consequentemente da qualidade.

As competências comuns do Enfermeiro Especialista refletem a aplicação dos aportes teóricos abordados nas unidades curriculares do 1º semestre do 1º MEMC mais especificamente com as unidades temáticas: formação contínua aplicada à enfermagem, segurança e gestão de risco nos cuidados de enfermagem; psicossociologia das organizações, capacitação de saúde global, economia e políticas de saúde; estratégias de melhoria contínua da qualidade; liderança de equipas; gestão de cuidados de enfermagem; epistemologia, ética, direito, humanidades e culturas.

A atuação do enfermeiro é regida pelo Código Deontológico, pelo REPE sem esquecer os princípios Éticos, numa dinâmica de melhoria contínua da qualidade, especificada pela OE (2001) quando emanou os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, refletida também no domínio da competência comum anteriormente analisada (A1, A2).

Logo, como profissão na área da saúde, a enfermagem tem como objetivo prestar cuidados ao ser humano, são ou doente, ao longo do seu ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem ou recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível Repe (2005). Sendo a saúde uma atividade de alto risco, deve ter-se uma atitude proactiva em relação à segurança e Gestão do Risco nos Cuidados de enfermagem, mantendo um ambiente seguro para profissionais e clientes, proporcionando a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados (B2, B3) de acordo com o Regulamento n.º 122/2011.

Como entidade de saúde privada somos sujeitos a auditorias periódicas tanto de processos como da qualidade dos cuidados de enfermagem. Os grupos de auditoria são compostos por equipas multidisciplinares. No entanto a auditoria da qualidade dos cuidados de enfermagem é realizada por enfermeiros, os indicadores de avaliação foram estipulados pelo grupo de trabalho e validados pelos pares. Os conhecimentos proporcionados pela frequência do mestrado fundamentaram a intervenção na proposta de alterações no sentido de colaborar para a construção de uma grelha de auditorias o mais completa possível (B1.1.3). Os resultados das auditorias espelham o esforço da equipa de trabalho e evidenciam a evolução teórica e técnica, daí ser fundamental impulsionar a participação e mobilização dos colegas na adesão aos projetos de qualidade da instituição (B1.1). Este papel dinamizador evidencia a colaboração na conceção e concretização dos projetos da instituição na área da qualidade (B1).

O grupo onde se insere a nossa instituição é constituído por várias entidades prestadoras de cuidados de saúde, existe um cruzamento de informação entre todas e é promovida uma troca ativa de experiências através da realização de reuniões, plenários ou formações nas várias instalações das instituições do grupo (B1.1.3, B1.1.4).

Para além da participação ativa nos projetos de melhoria já existentes também consideramos importante desenvolver projetos com os colegas, de quem somos chefe de equipa, promovendo a melhoria da qualidade dos cuidados (B1.2). Nomeadamente através da divulgação de informação (B1.2.1, B1.2.3) acerca dos cuidados de enfermagem em áreas específicas como drenagens torácicas, cuidados aos clientes submetidos a hemiclectomia, cuidados aos clientes com cateter subcutâneo implantado. Foram ações de formação realizadas no âmbito dos objetivos de equipa (B1.2.2) divulgando assim a informação reunida e as mais-valias adquiridas através da aplicação destas nos cuidados prestados.

A adesão e a colaboração nos programas de melhoria contínua da qualidade está impressa no dia-a-dia da prestação de cuidados, no entanto como elemento de referência a colaboração é mais efetiva nos dias que antecedem a realização das auditorias (B2). Estes momentos permitem realizar uma avaliação da qualidade dos cuidados na vertente de estrutura, processo e resultados (B2.1) assim como identificar oportunidades de melhoria (B2.2.1) estabelecendo prioridades (B2.2.2) selecionando estratégias (B2.2.3) no sentido da adesão às boas práticas. Esta orientação realiza-se através da elaboração de normas orientadoras (B2.2.4) que disponibilizam informação atualizada. Promovendo assim o planeamento de atitudes e ações que incrementem a qualidade dos cuidados que

prestamos (B2.2). Estas premissas refletem-se na norma orientação clínica para as boas práticas elabora no âmbito do PIS. **Anexo IX**

Os cuidados de enfermagem são fomentados pela comunicação, este instrumento básico é um mecanismo muito importante que nos permite adequar a nossa atuação às necessidades reais do cliente, porque permite a validação das suas queixas, angústias e medos, o que reduz a ansiedade do cliente porque o clima de empatia leva à construção de uma relação de ajuda solidificada na confiança e entreajuda que permite uma prestação de cuidados com qualidade, personalizados individualizados e de forma holística.

Como profissionais habilitamo-nos para desenvolver a facilidade de criar e manter um ambiente terapêutico seguro (B3), promovendo um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos e ou grupo (B.3.1.), através da mobilização dos recursos no sentido de respeitar a consciência cultural espiritual do cliente (B3.3.1, B3.1.2), envolver a família na satisfação desta necessidade (B3.1.3). A definição de ambiente seguro depende de indivíduo para indivíduo e da sua experiência pessoal. Proporcionar um ambiente seguro é conhecer e compreender o cliente, auxiliando a criar a segurança necessário para o momento que está a vivenciar (B3.1.4). Esta segurança advém não só do espaço físico como também das medidas ergonómicas que são adotadas na díade enfermeiro-cliente (B3.1.6). A Ergonomia pode contribuir para solucionar problemas relacionados com a saúde, segurança, conforto e eficiência. Quando consideradas as capacidades e limitações humanas, bem como o ambiente durante a realização do trabalho laboral, pode evitar-se inúmeros acidentes ocupacionais, reduzindo a ocorrência de ausências e incapacidade para o trabalho. A promoção do uso adequado do equipamento disponível para a prestação de cuidados, elevador, cadeiras sanitárias. Elevador sanitário nos clientes submetidos a PTA, promove-se assim a adesão à saúde e segurança ocupacional (B3.1.7). Um ambiente seguro também depende da segurança na administração de terapêutica (B3.1.5), neste sentido cultiva-se a troca de conhecimentos e em caso de dúvida numa prescrição é obrigatória a confirmação com o clínico responsável e\ou os serviços farmacêuticos. Para além destes que estão sempre disponíveis, inclusive permanece no serviço um farmacêutico cerca de 1h por dia, temos outros meios disponíveis como índices, prontuários terapêuticos e internet.

A gestão do risco que a nível institucional ou das unidades funcionais (B.3.2.) realiza-se através da mobilização de recursos adequados para a prestação de cuidados

seguros (B3.2.1) envolvendo a equipa nesta gestão (B3.2.2) e no reporte dos eventos adversos na plataforma online disponível. O que permite a articulação com a comissão de Gestão de Risco e assim incrementar todos os meios disponíveis no sentido de reduzir o erro humano (B3.2.5) Regulamento n.º 122/2011.

C- Domínio da Gestão do Cuidados

A prestação de cuidados seguros é promovida por profissionais que conhecem as suas funções, as suas responsabilidades e possuem competências essenciais para o trabalho em equipa multiprofissional, promovendo a gestão dos cuidados (C1). Só assim é possível garantir uma prestação de cuidados segura que evite ou minimize os riscos ou eventos adversos que possam prejudicar o processo de recuperação. Neste sentido devem ser promovidas todas as atitudes de aquisição de conhecimentos ou competências. Proporcionar meios que facilitem a formação traz resultados satisfatórios pois para além de melhor a qualidade dos cuidados prestados, garante segurança e promove a satisfação do profissional. Desta aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de competências surgem atitudes de otimização do processo de cuidados no sentido da tomada de decisão (C1.1) A otimização dos recursos na prestação de cuidados prende-se com a capacidade de gestão da equipa, com as decisões que toma (C1.1.2) perante as prioridades estabelecidas no processo de cuidar (C1.1.3). A gestão dos recursos envolvidos é mais eficaz quando as tarefas são delegadas, no entanto esta situação exige uma supervisão (C1.2). A delegação de tarefas permite a dedicação mais específica a determinada situação mais complexa, esta delegação deve ser orientada (C1.2.2, C1.2.3).

A otimização da qualidade dos cuidados pode ser conseguida através da liderança e gestão de recursos (C2), ou seja o trabalho de equipa é otimizado no sentido de adequar os recursos às necessidades de cuidados (C2.1) e está adaptado a um estilo de liderança que se coaduna com o clima organizacional (C2.2), promovendo processos de mudança que reflitam as inovações da prática especializada (C2.2.4) Regulamento n.º 122/2011.

A gestão de cuidados está relacionada com a gestão de tempo, de recursos e necessidades, uma forma de a evidenciar é o cronograma das atividades do Projeto de Intervenção no Serviço, **Anexo VIII**.

D - Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Devido às exigências cada vez maiores do meio em que prestamos cuidados, sentimo-nos impulsionados em apostar na formação, para garantir uma aprendizagem

continua no sentido de caminhar para um elevado nível de excelência do cuidar. E na investigação, porque a produção de conhecimento em enfermagem é um fator importante para o sucesso terapêutico, para a melhoria dos cuidados.

Para Ferrito (2007) a investigação visa a produção de uma base científica para orientar a prática e assegurar a credibilidade da profissão. Contribui para aumentar os conhecimentos, melhorar a qualidade, garantir eficácia e eficiência dos cuidados de enfermagem.

A enfermagem baseada na evidência é um instrumento fundamental na tomada de decisões acerca dos cuidados de enfermagem a prestar, baseia-se na assimilação dos resultados científicos resultantes da investigação, aplicáveis nas diferentes dimensões da prática de enfermagem. Torna-se emergente fundamentar a nossa prática em informação científica. Ferrito (2007, p.40) reforça que a enfermagem baseada na evidência é um meio de aplicar a melhor investigação clínica publicada, às práticas de enfermagem, facilitando assim a tomada de decisão acerca dos cuidados a prestar a cada cliente.

O autoconhecimento e a assertividade (D1) revelam-se através da consciência que temos de nós enquanto pessoas e enfermeiros (D1.1) muito importantes na relação com o cliente e com a equipa.

São as adaptações constantes às alterações que surgem, e a satisfação das necessidades básicas que levam a uma procura constante do equilíbrio num mundo em mudança. Subjacente a esta realidade está o stress, para Silva (2005) é uma relação entre o indivíduo e o meio, avaliada pelo sujeito como prejudicial ou como excedendo os seus recursos e ameaçando o seu bem-estar. Os mecanismos de adaptação ou coping são estratégias que têm como objetivo gerir o problema e moldar a resposta emocional ao problema. É um conjunto de esforços cognitivos e comportamentais do indivíduo e constituem um processo para lidar ou gerir solicitações específicas excessivas independentemente da sua eficácia Phipps (2003). Consideramos importante a frequência do mestrado, este muni-nos de ferramentas, conhecimentos e competências que facilitam a enaltecem a nossa atuação no dia-a-dia.

Neste sentido o enfermeiro especialista devido ao elevado nível de consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, desenvolveu capacidades para identificar fatores que podem interferir no relacionamento com o cliente ou equipa multidisciplinar (D1.1.1) gerindo as idiossincrasias na construção da relação de ajuda (D1.1.2) reconhecendo os recursos e os limites tanto pessoais como profissionais (D1.2.3) ou seja temos consciência da influência pessoal na nossa relação profissional (D1.1.4). Como

enfermeiros especialistas ficamos com mais habilitações para gerar respostas de elevada adaptabilidade individual e organizacional (D1.2) porque desenvolvemos a congruência entre auto e hetero-perceção (D1.2.1) gerimos os sentimentos e emoções no sentido de uma resposta eficiente (D1.2.2) atuando eficazmente sob pressão (D1.2.3) reconhecendo e antecipando situações de eventual conflitualidade (D1.2.4) mobilizando e utilizando adequadamente técnicas de resolução de conflitos (D1.2.4) Regulamento nº 122/2011.

As bases da praxis clínica devem estar apoiadas em sólidos e válidos padrões de conhecimento (D2), podendo assim facilitar a aprendizagem em contexto de trabalho, nomeadamente na área da especialidade (D2.1) atuando como formador oportuno no momento em que se considere adequada a intervenção e em situações formais, como o caso das formações em serviço (D2.1.1) desenvolvendo ações de formação (D2.1.4) após terem sido verificadas as necessidades de formação (D2.1.2) favorecendo a aprendizagem contínua e o desenvolvimento de competências dos pares (D2.1.4). E posteriormente avaliando o impacto da formação (D2.1.5). Neste sentido, são desenvolvidas várias ações de formação em serviço que procuraram proporcionar conhecimento, segurança e aumento da qualidade dos cuidados prestados. Em conjunto com a minha equipa de enfermagem desenvolvemos no ano anterior uma norma de orientação clínica para uniformizar as práticas no âmbito das intervenções de enfermagem na área da urologia. Com o objetivo de potenciar os ensinamentos realizados para a alta clínica evitando assim a repetição de esforços. A prática clínica é suportada na investigação e no conhecimento (D2.2) visto que dinamizamos a incorporação do conhecimento promovendo ganhos em saúde para os clientes (D2.2.1) divulgando assim conhecimentos provenientes da evidência que contribuem para o desenvolvimento dos cuidados de enfermagem (D2.2.4 D2.2.6). É importante ter uma base sólida de conhecimentos de enfermagem e de outras disciplinas (D2.3.1) que são aplicados na prática promovendo cuidados seguros (D2.3.2). Rentabilizando todas as oportunidades de aprendizagem, bem como de análise de situações clínicas complexas vivências pela equipa (D2.3.3). Possibilitando a apropriação de atitudes, ações ou sua correção. E até mesmo resolução de conflitos interiores provenientes de uma situação emocionalmente stressante. A fonte de conhecimento e informação pode ser proveniente das tecnologias de informação, como é o caso das bases de dados ou através da academia de formação da instituição que também disponibiliza informação previamente selecionada e relacionada com a nossa prática. A implementação de processos de formação no âmbito da prática da especialidade, é uma iniciativa que se demonstra através da pesquisa

bibliográfica realizada para a elaboração deste relatório, assim como no desenvolvimento do PIS (D2.3.5) Regulamento nº 122/2011.

3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total. Estes cuidados de enfermagem exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil. E se em situação crítica a avaliação diagnóstica e a monitorização constantes se reconhecem de importância máxima, cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica é uma competência das competências clínicas especializadas, considera-se igualmente a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação, bem como a maximização da intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação Regulamento n.º124/2011.

A Ordem dos Enfermeiros a 22 de Outubro de 2011 aprovou em assembleia geral extraordinária o regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em situação Crítica com o objetivo destes serem as linhas orientadoras da prestação de cuidados especializados na área da pessoa em situação crítica OE (2011).

As competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica estão divididas em três domínios: pessoa em situação de doença crítica e ou falência orgânica (K1); situação de catástrofe ou emergência multi-vítima (K2) e prevenção e controlo da infeção associado aos cuidados à pessoa em situação crítica (K3) Regulamento n.º124/2011 OE 2011.

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

A pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica Regulamento n.º124/2011, p.8656. Dada a complexidade das situações devemos agir em tempo útil, mobilizando assim os nossos conhecimentos, competências e habilidades, mantendo o humanismo e o holismo.

Enfermagem é cuidar uma arte que precede todas as outras, sem a qual não seria possível existir, está na origem de todos os conhecimentos e na matriz de todas as culturas, inserida na textura da vida quotidiana, esta arte permanece ainda tão irreconhecível que a variedade dos seus efeitos se mantém insuspeita. Indissociável do cuidar está o holismo, a fragrância de enfermagem, que integra as partes para obter a harmonia e rejeitar a fragmentação. O holismo implica, respeito pela pessoa alvo de cuidados, capacidade de reflexão e visão global Rocha e Oliveira (2004).

Considerando a complexidade das situações de saúde, seja um processo de doença súbito decorrente de uma situação aguda agravada, incidentes inesperados ou doença crónica, estamos perante uma pessoa em situação crítica, contudo existem situações de risco iminente de vida subconsequentes às referidas. A intersecção dos conhecimentos e competências adquiridas e consolidadas no âmbito da 2ª PG – MC e do 1º MEMC nomeadamente no âmbito das unidades temáticas: cuidados ao cliente e família em situação de crise; cuidados ao cliente com falência multiorgânica; cuidados ao cliente com múltiplos sintomas; intervenções de enfermagem ao cliente com dor; cuidados ao cliente com múltiplos sintomas; intervenções ao cliente com problemas oncológicos; espiritualidade e cuidados de enfermagem; cuidados ao cliente em fim de vida gestão de stress; espiritualidade e cuidados de enfermagem; relação de ajuda e aconselhamento, seminário de peritos e as sessões de supervisão clínica onde se refletiam situações complexas à luz dos aportes teóricos. Evidenciam-se no percurso como uma bagagem preciosa que melhoram a nossa atuação no sentido da prática especializada através da operacionalização das competências específicas em pessoa em situação crítica. Revelam-se instrumentos importantes para prestarmos cuidados à pessoa em situação emergente, numa antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica (K1.1.). Porque permitem rastrear e identificar focos de instabilidade (K1.1.1) reagindo perante os mesmos de forma pronta e antecipatória (K1.1.2) através da execução de técnicas que respondam às necessidades do cliente no momento crítico que vive (K1.1.3). Sendo por vezes necessária uma intervenção no sentido de manter as funções orgânicas e a vida

através da iniciação de manobras de suporte de vida (K1.1.4) Regulamento n.º124/2011.

As situações complexas por vezes implicam administração de medicação pouco habitual, perante esta condição é premente saber gerir a administração destes protocolos terapêuticos complexos (K1.2) prevenindo antecipadamente as complicações que daí podem advir (K1.2.1) preparando atempadamente as respostas adequadas perante uma situação efetiva de complicação (K1.2.2). A monitorização e a vigilância permitem despistar potenciais problemas e adequar as repostas caso estes surjam (K1.1.2.3); como é o caso de administração de citostáticos e pensos de vacuoterapia.

Uma situação de necessidade de instituição de terapêutica complexa é a dor, em algumas situações por ser aguda sem etiologia conhecida ou crónica sem intervenções cirúrgicas passíveis de alívio, sendo a intervenção reduzida à implementação de medidas farmacológicas e não farmacológicas de controlo da dor. Ou seja realizar a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, otimizando as respostas (K1.3) Regulamento n.º124/2011.

A dor é um sintoma que acompanha de forma transversal a maior parte das situações patológicas. Deve ser avaliada detalhadamente quanto à sua intensidade, duração, ritmo, fatores desencadeantes e atenuantes e ser valorizada como 5º sinal vital. Em qualquer situação, a dor é a que o cliente refere e descreve, jamais confundida com o que o enfermeiro imagina que este sente. A dor é uma perceção com características específicas: aumento de sensação corporal desconfortável, referência subjetiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tónus muscular, comportamento de autoproteção, limitação do foco de atenção, alteração da perceção do tempo, fuga de contacto social, compromisso de processo de pensamento, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite CIPE versão.1.0 (2005)

A dor é tradicionalmente negligenciada na nossa sociedade tem sido subdiagnosticada e subtratada nos serviços de saúde. Nos últimos anos, a investigação tem contribuído para uma grande mudança dos comportamentos e atitudes na sociedade em geral e nos profissionais de saúde em particular. Controlar e aliviar a dor é um direito humano básico para todos os grupos etários. Não tratar a dor ou tratá-la insuficientemente, é um ato desumano.

Muitas vezes os clientes têm dificuldade em distinguir dor, e o que a dor significa ou seja sofrimento. Porque a dor pode resultar de múltiplas causas e pode apresentar vários aspetos. A dor é multidimensional e variável, daí a tolerância à dor variar de pessoa para pessoa. O facto de os clientes reagirem à dor de forma diferente está relacionado

com a sua perceção da dor e o significado que lhe atribuem, noções intrínsecas às suas convicções. É importante desenvolver capacidades que possibilitem a avaliação multidimensional da dor. Para que esta seja o mais eficaz possível devemos estar despertos para as características implícitas na relação como cliente. Isto porque a perceção e expressão da dor é única em cada ser humano, indissociável das suas características individuais, história de vida, processo saúde doença e ambiente em que se encontra OE(2008).

Uma boa avaliação da dor possibilita o seu melhor controlo, neste sentido deve usar-se instrumentos de avaliação da dor, sem esquecer que o cliente é o único que melhor define a sua dor. No controlo da dor devemos envolver toda a equipa multidisciplinar, o cliente e família, para que o processo de tomada de decisão seja o mais adequado e eficaz no controlo da dor.

Para que estas premissas sejam exequíveis devemos ter conhecimento acerca da fisiopatologia da dor, dos tipos de dor, dos mecanismos geradores de dor e as boas práticas para o controlo da dor definidas pela OE (2008).

Gerir a dor de forma diferenciada proporciona bem-estar na pessoa em situação crítica ou falência orgânica, por vezes a intervenção depende da interpretação dada às evidências fisiológicas de mal-estar (K1.1.3.1). Esta interpretação foi aprofundada na unidade temática de Intervenção de Enfermagem ao Cliente com Dor, através da consolidação dos conhecimentos sobre o bem-estar físico, psico-social e espiritual (K1.3.2) possibilitando o desenvolvimento de intervenções que podem ser medidas farmacológicas ou não farmacológicas (K1.3.3 K1.3.4) Regulamento n.º124/2011.

As medidas farmacológicas são intervenções interdependentes, contudo cabe-nos a nós a gestão correta e adequada da prescrição terapêutica e adjuvâ-las com intervenções não farmacológicas. Como enfermeiros estamos capacitados para intervir no sentido de promover alívio não farmacológico da dor. Nos casos de dor intensa, uma combinação de medidas farmacológicas e não-farmacológicas podem alterar a transmissão da dor, modificar a resposta à dor ou o estímulo que a causa Phipps et al. (2003). Para que estas intervenções sejam eficazes é importante proporcionar um ambiente calmo, sensação de conforto geral e posição confortável. Assim como, desenvolver uma boa relação terapêutica baseada na comunicação no sentido de promover autoconfiança, a fim de introduzir técnicas que podem causar distração ou modificação do comportamento face à dor. Estas envolvem tratamentos aplicados diretamente no local da dor (frio/calor, massagem) e técnicas cognitivas que englobam a

distração, o relaxamento e o conforto.

Cuidar da pessoa em situação crítica de saúde/ doença e ou falência orgânica exige de nós estarmos preparados para lidar com as perturbações emocionais daí decorrentes, tanto da família como do cliente (K1.4) possuir e empregar conhecimentos que adjuvem a gestão dos medos e ansiedades (K1.4.1) para além de facilitar a vivência da situação de crise permite também evidenciar as habilidades que facilitam a dignificação da morte e o processo de luto (K1.4.2) Regulamento n.º124/2011.

Todos sabemos que somos mortais, que um dia vamos morrer, assim como todos os que amamos, porque ligada à vida está a morte, e esta é inevitável. Que ideia assustadora! Porque associada à morte está a ideia de sofrimento. A angústia, a revolta e a dor são um misto de sentimentos que revelam a nossa impotência como seres humanos. Nestes momentos sentimos que nada mais há a fazer, mas ainda temos muito, difícil é saber por onde começa.

A morte seja ela decorrente de uma situação crítica ou falência orgânica, é acompanhada por diversos sentimentos e emoções, num contexto de fragilidade, como raiva, revolta, negação, tristeza e negociação. A morte é uma realidade em que confluem sentimentos, atitudes e reações numa amálgama, em que as vivências de cada um são determinantes, e em que frequentemente as emoções se sobrepõem à razão Saraiva (2007). O luto é entendido como uma reação natural perante a perda de uma pessoa, objeto ou evento significativo Lima e Simões (2007). É um processo dinâmico de transição através do qual se assimila a realidade da perda e se desenvolvem estratégias para aprender a viver sem a presença física da pessoa. O luto e uma reação universal afeta a pessoa nas suas diversas dimensões, física, psicológica, sociocultural e espiritual.

Perante uma situação tão específica como a perda de alguém, devemos compreender o processo de luto, providenciar o apoio e mobilizar os recursos ao nosso alcance para facilitar o início deste processo e se possível preparar a família para a eminência de ocorrer morte. A nossa intervenção permite despistar possíveis situações de luto patológico e respetiva referenciação. O nosso envolvimento com o cliente e família nesta fase delicada permite-nos identificar as necessidades específicas de cada um, dignificando assim a morte e o início do processo de luto.

As situações delicadas são momentos cruciais nos quais gerimos a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/ família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde (K1.5) Regulamento n.º124/2011.

Comunicar é uma realidade com a qual os enfermeiros se deparam ao longo da

sua vida profissional, daí a importância de dominar uma estratégia sólida e coerente de intervenção. Comunicar faz parte do dia-a-dia de todos nós. Daí a importância de demonstrar conhecimentos aprofundados em técnicas de comunicação perante a pessoa/família em situação crítica (K1.5.1). A comunicação interpessoal é chave de todo o nosso trabalho e envolve a necessidade de sermos bons comunicadores Fernandes (2001).

Comunicação segundo CIPE V1.0 (2005, p.41) é um comportamento interativo com as características específicas: dar ou trocar informações, mensagens, sentimentos e ou pensamentos entre indivíduos ou grupos, usando comportamentos verbais e não-verbais, conversação face a face ou por meios de comunicação remota como o correio eletrónico e telefone.

A comunicação é uma atividade muito complexa de interação que envolve os outros assim como o próprio Fernandes (2001). Comunicar é uma troca de mensagens carregadas de significados Alves (2006).

Para Fernandes (2001) a comunicação é um processo dinâmico verbal e não verbal que permite que, as pessoas se tornem acessíveis umas às outras, que consigam por em comum sentimentos, opiniões, experiências e informações. A comunicação verbal usa a palavra para comunicar mensagens, pode ser através da escrita ou da linguagem, ou Braille ou Linguagem Gestual, num código comum ao emissor e ao recetor Drucker (1998).

Para Pereira (2008) as mensagens não-verbais são determinantes nas relações interpessoais, podendo facilitar ou dificultar todo o processo de comunicação. O contacto físico e o toque são aspetos da comunicação não-verbal corporal, que podem introduzir maior proximidade na interação, transmitindo ao doente a ideia de empatia. O toque é a mais básica das respostas humanas Neto (2006). Fernandes (2001) reforça que o toque é um aspeto muito importante na construção da harmonia e no estabelecimento de relações. O toque também tem o potencial de exprimir afeto, cuidado e conforto.

A pessoa em situação crítica apresenta diversas barreiras à comunicação, devemos estar preparados e possuir conhecimentos de estratégias que sejam facilitadoras da mesma (K1.5.2).

Segundo Garcia (2002) torna-se imprescindível que os enfermeiros conheçam o seu lugar no processo de comunicação, saibam ocupar esse lugar e dominem técnicas que permitam estabelecer uma comunicação efetiva, terapêutica, que tem por base a alternância de papéis de emissor e recetor.

Nesta troca de papéis o enfermeiro deve estar atento porque os clientes necessitam de um feed-back.

Garcia (2002) reforça que para uma comunicação assertiva são necessários os seguintes pressupostos: desenvolver e melhorar o autoconceito; demonstrar empatia, respeito e compreensão; utilizar a confrontação, a franqueza e coerência; ser objetivo, concreto e imediato; o estar atento, adequando a maior ou menor proximidade pessoal e intensificando os laços relacionais já existentes.

A atitude de disponibilidade constante, traduzida pela oferta da possibilidade de falar ou simplesmente estar com o cliente, deve ser acompanhada por um diálogo aberto, no qual devemos participar ativamente, utilizando expressões que demonstrem interesse e incentive a comunicação, e assim criar laços indispensáveis à própria relação terapêutica.

Existem barreiras que se interpõem á comunicação, estas podem surgir por parte do enfermeiro ou do cliente. Da nossa parte existem ruídos que afetam, prejudicam ou impedem um bom ato de comunicar, podem ser resistência a valores, a opiniões, crenças preconcebidas e estereótipos Alves (2006). A mesma autora identifica as seguintes barreiras:

Barreiras sociais: apesar do aumento da esperança média de vida, por vezes ainda sentimos um embaraço natural perante um cliente em situação crítica e sua família, criando uma barreira de defesa.

Barreira do valor dado à cura: atualmente dá-se muita ênfase à prevenção, à cura. Contudo em determinadas situações é irrealista o que pode conduzir à nossa desmotivação.

Barreira da atividade: a enfermagem dá ênfase à atividade física, fazendo uso de habilidades práticas de acordo com conhecimentos e aplicação de métodos científicos.

Barreira do sigilo profissional: vivemos situações difíceis quando sabemos que o cliente não foi informado acerca do seu prognóstico. Questionamo-nos se devemos dizer ou não, ponderando o como e quanto podemos dizer.

Barreira de hierarquia: todos temos consciência da hierarquia dentro da instituição e equipa de saúde. Uma boa comunicação dentro da equipa de saúde reflete-se na efetivação dos cuidados. A hierarquização não deve interferir nos cuidados prestados ao cliente e sua família.

Estas são as barreiras presentes do nosso lado, no entanto existem condições, barreiras por parte do cliente que impedem uma boa comunicação. Segundo Roper

(1995) citado por Alves (2006) as condições físicas provocam limitações que impedem muitos doentes de comunicarem dentro dos parâmetros considerados normais, nomeadamente:

- Problemas relacionados com a cognição, clientes psiquiátricos, indivíduos que sofreram lesões cerebrais, e logo, não possuam capacidade intelectual para comunicar verbalmente;
- Problemas relacionados com o discurso, como, distorção da voz causada por uma variedade de distorções físicas (diminuição de fluidos, infeções, alimentação entérica, afasia).
- Problemas relacionados com a audição, por vezes a surdez pode surgir no início da vida, ou ter origem em infeções. A linguagem gestual é desconhecida pela maioria da população e equipa de saúde, pelo que se torna, verdadeiramente, difícil e complexa a comunicação com pessoas com estas dificuldades.
- Problemas relacionados com a visão, cegueira congénita, cegueira súbita, ou perda parcial da visão. Os factos referidos requerem adaptação por parte dos clientes e planos de ação por parte dos profissionais de enfermagem.
- Problemas relacionados com a sensibilidade corporal, a diminuição da sensibilidade pode colocar em risco a vida e o bem-estar de uma pessoa, logo, perde-se um componente vital da comunicação.
- O grande período de tempo sujeito a intervenções, a prestação de cuidados suscita nos clientes stress, e mecanismos de defesa o que afeta a comunicação devido ao estado emocional do cliente estar alterado.
- O ambiente social é fulcral para qualquer indivíduo, necessitando este de interação social. É igualmente importante o contacto com familiares próximos, amabilidade e sensibilidade por parte dos profissionais de saúde, o cliente encontra-se desorientado, encontrando-se fora do seu mundo, fora da sua realidade.

Perante tais situações, as nossas ações devem ser eficazes, encorajando a utilização de todos os sentidos por parte do cliente, caso este não possua capacidades para expressar o que sente ou pensa. Num cliente inconsciente, não existe qualquer tipo de comunicação, mas um toque suave e palavras animadoras, um estímulo de voz familiar podem, eventualmente, conduzir a uma resposta e ajudar a restabelecer a actividade de comunicação. Existem determinadas atitudes e comportamentos que devemos desenvolver no processo de cuidar, pois são reflexos positivos e facilitadores da comunicação. Para Esteves (1999) esses aspetos são: conforto, aceitação, compreensão

e empatia. O **conforto** é a capacidade de lidar com assuntos emotivos, geralmente tido como embaraçosos, sem se sentir ou manifestar inconfortável. O desenvolvimento desta habilidade, é facilitado pela aquisição de um vocabulário variado, o que promove a discussão de assuntos embaraçosos com alguma versatilidade. **Aceitação** é a capacidade de tolerar os sentimentos e atitudes manifestadas pelos clientes e família em relação à doença e por vezes em relação a nós. **Compreensão** é a capacidade de reconhecer e reagir às mensagens que o cliente nos quer passar, está relacionada com a capacidade de observação e escuta **Empatia** é a resposta positiva aos sentimentos experienciados pela outra pessoa Esteves (1999).

A comunicação, como instrumento básico da enfermagem é um mecanismo muito importante que nos permite adequar a nossa atuação às necessidades reais do doente, porque permite-nos validação das suas queixas, angústias e medos, o que reduz a ansiedade do doente porque o clima de empatia leva à construção de uma relação de ajuda solidificada na confiança e entreajuda que permite uma prestação de cuidados com qualidade, personalizados individualizados e de forma holística.

O conhecimento tanto das estratégias facilitadoras como das barreiras da comunicação (K1.5.2) permite a adaptação da comunicação à complexidade do estado de saúde da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica (K1.5.3) Regulamento n.º124/2011.

A capacidade de mobilizar e ultrapassar as dificuldades de comunicação permite o desenvolvimento da relação terapêutica (K1.6.1), que tem um impacto considerável na pessoa em situação crítica (K1.6.2) pois através da seleção adequada das habilidades que possuímos no sentido de desenvolver a relação de ajuda (K1.6.3) podemos avaliar e readaptar este processo sempre que necessário (K1.6.4).

O cuidar é realizado com serenidade de modo a estabelecer uma relação de ajuda. Para Rogers (1985) a relação ajuda é uma relação na qual pelo menos uma das partes procura promover na outra o crescimento, o desenvolvimento, a maturidade, o melhor funcionamento e maior capacidade de enfrentar a vida. Segundo Lazure (1994) o objetivo da relação de ajuda é dar à pessoa a possibilidade de identificar, sentir, saber, escolher e decidir se deve mudar.

Segundo Parracho (2005, p.66) a relação de ajuda é a essência dos cuidados de enfermagem e a personalização dos mesmos, sendo vista sob uma perspectiva holística e humanista. A relação de ajuda permite, em enfermagem efetuar um acompanhamento mais contínuo ao indivíduo, permitindo conhecer o meio social e familiar, através do

estabelecimento de uma relação de confiança e disponibilidade centrada na promoção do conforto e bem-estar e onde possa existir uma participação ativa de ambas as partes.

O objetivo fundamental da relação de ajuda, não é conduzir a pessoa que pede ajuda em função daquilo que consideramos ser o melhor para o outro, mas antes, ajudá-la a abrir as portas dentro de si, de modo a encontrar a resposta, que naquele momento é possível e coerente com a situação. Neste sentido e como reforça Lazure (1994) o enfermeiro numa relação de ajuda dá tempo, competência, saber, interesse, capacidade de escuta e compreensão.

Escutar é uma capacidade essencial na relação de ajuda. Trata-se de um ato intencional e ativo que implica um elevado nível de concentração, de forma a perceber os sons, bem como o silêncio Querido (2004). O silêncio é uma técnica do escutar, significa a integração, nunca é sinónimo de vazio ou de ausência de relação.

A evidência de todos estes pressupostos, demonstram a gestão e o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e ou falência orgânica (K1.6) Regulamento n.º124/2011

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

Com o desenvolvimento desta competência pretendem-se a aquisição de conhecimentos que possibilitem melhorar a resposta face a ocorrências de situações graves, como catástrofes, emergências e acidentes graves tanto internamente como externamente à instituição onde desempenhamos funções.

São vários os fatores naturais que promovem etiologicamente a ocorrência de uma situação de emergência, catástrofe ou acidente grave, como sismos, vulcões tremores de terra, acidentes de viação, epidemias. A gravidade de ocorrência dum destas calamidades é potenciada pela vulnerabilidade que esta causa. Sendo assim os esforços devem ser concentrados no sentido de desenvolver ações que permitam uma intervenção precoce e eficaz Andrade (2010).

Catástrofe é um acidente grave ou uma série de acidentes graves, suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais, eventualmente vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido sócio-económico em áreas ou na totalidade do território nacional Lei nº 27/2006.

Emergência é uma situação resultante da agressão sofrida que pode origina a perda de saúde, brusca e violenta acompanhada por risco de vida Andrade (2010).

O Regulamento n.º124/2011 enuncia como descritivo desta competência a

intervenção na conceção dos planos institucionais e na liderança da resposta a situações de catástrofe e multi-vítima. Perante a complexidade decorrente da existência de múltiplas vítimas em simultâneo em situação crítica e ou risco de falência orgânica, gere equipas, de forma sistematizada, no sentido da eficácia e evidência da resposta pronta. Para tal concebe, em articulação com o nível estratégico, os planos de catástrofe ou emergência (K2.1) demonstrando assim conhecimentos acerca do Plano Distrital e Nacional para catástrofe e emergência (K2.1.1) colaborando na elaboração do plano de emergência e catástrofe da Instituição/Serviço (K2.1.2). Planeia a resposta concreta ante as pessoas em situação de emergência multi-vítima ou catástrofe (K2.2), conhecendo os planos e princípios de atuação em situações de catástrofe (K2.2.1) identificando os vários tipos de catástrofe e as implicações para a saúde (K2.2.2) atribuindo os graus de urgência e respetiva sequencia de atuação (K2.2.3) sistematizando assim as ações a desenvolver perante uma situação de catástrofe e emergência (K2.2.4). A gestão dos cuidados em situações de emergência e ou catástrofe (K2.3) evidencia-se pela atribuição de papéis aos membros da equipa (K2.3.1) pela avaliação continua da articulação e eficácia da equipa (K2.3.2) e pela deteção e correção de inconformidades de atuação (K2.3.3).

O Plano de Emergência Hospitalar é um conjunto de medidas a realizar de forma ordenada para dar resposta a uma situação catastrófica que envolva o hospital. Pode ser uma ocorrência tanto no interior como nas áreas externas envolventes do hospital, como tal existe o Plano de Emergência interno e o Plano de Emergência Externo Andrade (2010).

Apesar do curto período de estágio, tive oportunidade de conhecer o Plano de Emergência Interno adequado às especificidades de cada serviço, assim como o método de evacuação de clientes de acordo com situações de Emergência do Tipo 0 ou 1 e Tipo 2; e as funções dos respetivos intervenientes neste processo. Fiquei ciente de qual o papel definido para o enfermeiro responsável de turno que numa situação destas substitui o enfermeiro gestor ou o seu substituto. O que vai ao encontro do contemplado nesta unidade de competência específica do enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica. Planear a resposta concreta ante as pessoas em situação de emergência multi-vítima ou catástrofe (K.2.2.) e gerir os cuidados em situações de Emergência ou Catástrofe (K.2.3.). No entanto a apesar do método de evacuação dos clientes estar afixado no serviço, considero que seria benéfico realizar sessões de informação a toda a equipa, pois assim todos os intervenientes numa situação de emergência conhecem qual o papel que devem desempenhar e as medidas que se devem adotar.

A identificação dos clientes com pulseiras de cores que permitam definir facilmente o tipo de ajuda que estes necessitam. Pulseiras verdes para os clientes independentes, pulseiras amarelas para os clientes com necessidade de ajuda parcial na mobilização e pulseiras vermelhas para os clientes totalmente dependentes. Bem como elaborar cartões de ação que especifiquem as atitudes que cada interveniente deve tomar de acordo com a situação emergente, estes devem ser colocados num local de fácil acesso e a sua informação deve ser precisa e clara.

A eficácia do plano de emergência depende do conhecimento do mesmo por parte da equipa multidisciplinar da instituição assim como da realização de simulações que se aproximem do contexto real afim de proporcionar treino e adoção de medidas mais eficazes se for o caso Andrade (2010).

A instituição proporciona formações com os bombeiros no sentido de esclarecer a atuação numa situação de incêndio, sismo ou evacuação. Esta é realizada no quartel não nas instalações do hospital. Em termos futuros pode ser uma sugestão a propor à Comissão de Risco a realização de ações de formação para informar os colaboradores do Plano de Emergência e pelo menos uma simulação anual.

K3 – Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

O risco de infeção está iminente em todos os contextos de atuação, devido à complexidade das situações e à diferenciação dos cuidados é necessário ter medidas de prevenção e controlo de infeção (Regulamento n.º124/2011). A sensibilidade dos nossos cuidados à importância do controlo de infeção reflete-se através da existência de um plano de prevenção e controlo de infeção tendo em contas as necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e ou falência orgânica (K3.1), para tal é importante ter conhecimento do Plano Nacional de Controlo de infeção e as diretivas das comissões de controlo de infeção. Parte das horas deste estágio foram realizadas na CCI da nossa instituição, com o objetivo de compreender o seu funcionamento e colaborar em áreas sensíveis à sua atuação. E mais facilmente diagnosticar as necessidades do serviço em matéria de prevenção e controlo de infeção (K3.1.2) e estabelecer estratégias que visem a supressão dessas necessidades promovendo a prevenção e controlo de infeção (K3.1.3) e se for o caso propor a atualização do plano de prevenção e Controlo de infeção do serviço, baseado na evidência (K3.1.4) Regulamento n.º124/2011.

A realização do PIS permitiu desenvolver esta competência. Assim como o estágio

de observação realizado na CCI que permitiu verificar “*in loco*” a importância da vigilância epidemiológica. Geada e Pedro (2010) referem que a VE das infeções associadas aos cuidados de saúde são essenciais para a sua prevenção e controlo, consiste na recolha, registo e análise de informações sobre os clientes e infeções, no sentido de implementar medidas de prevenção. A CCI da instituição, para além de realizar VE de acordo com PNCI, fornece recomendações de boas práticas na área do controlo e prevenção da infeção e monitoriza a implementação das mesmas.

No sentido de promover as boas práticas a realização do PIS incidiu sobre melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem associados ao CVC (K3.1.2 e K3.1.3), proporcionando a prevenção e controlo do risco de infeção. A identificação deste problema também permitiu definir estratégias de ação que são comuns aos objetivos da CCI e da VE, especificamente melhorar a qualidade dos cuidados de saúde; implementar estratégias de prevenção dos eventos adversos, reduzir as taxas de infeção associada aos cuidados de saúde e reduzir os custos, como corroboram Geada e Pedro (2010).

A CCI divulga normas de boas práticas para a prevenção e Controlo das IACS e promoção da segurança do cliente nas vertentes mais significativas da prestação de cuidados de acordo com o proposto no PNCI, daí a importância da elaboração de uma NOC que evidencie as boas práticas associadas ao uso do CVC (K3.1.4).

Todo o processo envolvido na elaboração da referida NOC permitiu o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das IACS nas pessoas em situação crítica e ou falência orgânica (K3.2). Um cliente em situação crítica e ou falência orgânica apresenta-se mais debilitado que qualquer outro tendo necessidade de cuidados e técnicas tanto de tratamento como de diagnóstico mais invasivas, agressivas e debilitantes, que aumentam a sua vulnerabilidade e exponencialmente o risco de infeção. A equipa deve trabalhar em uníssono para a prevenção e controlo de infeção, sendo importante transmitir de forma informal toda a informação específica da área da higiene hospitalar, como higiene das mãos, dos materiais e superfícies, formas de interrupção da cadeia de transmissão (K3.2.1). Sempre que necessário são adotadas medidas e procedimentos para o controlo das vias transmissão (K3.2.2), como medidas de isolamento, acondicionamento e circuito dos lixos, roupas e tabuleiros retirados dos isolamentos. A eficácia destas medidas depende da adesão por parte nos intervenientes no circuito do cliente, todos devem estar informados dos benefícios do isolamento evitando assim o estigma negativo associado a estas situações, promovendo o cumprimento dos procedimentos estabelecidos (K3.2.3).

Tão importante como a implementação das medidas preventivas é a monitorização das mesmas, no sentido de identificar eventuais incumprimentos e ou necessidade de introdução de alterações que as mantenham (K3.2.4). A qualidade dos cuidados de saúde e as boas práticas evidencia-se pela baixa taxa de IACS e estas podem depender fortemente do uso de precauções básicas como a higiene das mãos, o uso de equipamento de proteção individual, a adoção de medidas de isolamento sempre que necessário Pina (2010).

4. ANÁLISE COMPETÊNCIAS PERFIL DE MESTRE EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Devido às exigências cada vez maiores do meio em que prestamos cuidados, sentimo-nos impulsionados em apostar na formação, para garantir uma aprendizagem contínua no sentido de caminhar para um elevado nível de excelência no cuidar. E na investigação porque o conhecimento em enfermagem é um fator importante para o sucesso terapêutico e para a melhoria dos cuidados.

A procura da melhoria contínua dos cuidados que prestamos leva-nos a um aprofundamento dos conhecimentos e aquisição de competências no domínio específico em que desenvolvemos a nossa profissão. Esta demanda permite-nos uma melhor compreensão da pessoa e dos processos de saúde/doença a que está exposta bem como as possíveis intervenções adequadas às situações específicas e necessidades do indivíduo Leite (2006).

Com a frequência do Mestrado em Enfermagem pretende-se o desenvolvimento e aquisição de conhecimentos aprofundados num domínio especializado da enfermagem, nomeadamente na área da Médico-Cirúrgica, que evidenciam elevadas capacidades e competências de julgamento clínico e de tomada de decisão, alicerçados na evidência.

O perfil de mestre inclui desenvolvimento de **competências clínicas específicas na conceção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem**, nomeadamente realizar avaliações exaustivas do indivíduo e família em situações complexas o que facilita a análise crítica das situações no sentido de uma tomada de decisão segura e adequada. Quando possuímos informação precisa acerca da pessoa podemos diagnosticar e gerir mais facilmente os problemas que se apresentam, bem como as condições de saúde, alicerçando a opção das intervenções mais adequadas. A relação terapêutica para além de permitir esta avaliação profunda, garante a prescrição das intervenções de enfermagem necessárias de imediato, assim como promover a educação do cliente e família para as mudanças que possam advir deste processo de doença e prevenir potenciais complicações e ou doenças.

A troca de informações na tríade cliente, família e enfermeiro assegura a

continuidade de cuidados. Todas estas ações estão amplamente relacionadas com a competência específica K1, cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica. Cuidar implica responsabilidade profissional, ética e legal no sentido de proporcionar serviços equitativos e de qualidade, ou seja que demonstrem uma tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada (A1.1) suportando a decisão em princípios, valores e normas deontológicas (A1.2). As competências comum do domínio Gestão de Cuidados, nomeadamente a (C1) e (C2) evidenciam a capacidade dos recursos e otimização dos mesmos Regulamento n.º124/2011.

O **desenvolvimento de conhecimentos e competências preconiza-se autónomo e de forma complementar**, ajustado às necessidades de formação de acordo com o projeto pessoal e profissional. Este desenvolvimento assenta em grande parte na auto-formação que se realiza de forma autónoma e ao ritmo do discente dentro das linhas orientadoras do docente. Esta competência está relacionada com a competência comum, domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (D1) nomeadamente auto-conhecimento e assertividade (D1) bem como alicerçar a prática em validos e sólidos padrões de conhecimento (D2) Regulamento n.º124/2011.

A formação contínua também designada formação para adultos possibilita a atualização, aquisição de conhecimentos permitindo a consolidação de capacidades e competências que facilitam a resposta às solicitações atuais (Carvalho, 2007). A educação do adulto é um processo de transformação no qual o sujeito participa ativamente Nóvoa (1999) citado por Carvalho (2007, p.74). A autonomia do adulto no processo de aprendizagem para garantir o crescimento pessoal e profissional é definida por Knowles como andragogia.

“A andragogia segundo Knowles (1975) referido por Carvalho (2007, p.79) é um processo em que o adulto manifesta espontaneamente a necessidade de aprender, assume responsabilidade pelas decisões que toma no contexto da aprendizagem, sentindo necessidade de vencer as dificuldades. A experiência é uma referência, pois proporciona associações, a aprendizagem torna-se significativa e integradora”.

A aprendizagem no adulto é orientada em função da sua situação atual, é o próprio que a gere e direciona. Logo é auto-formação, neste sentido o professor está disponível para a discussão e visa uma orientação estratégica adequada aos objetivos da aprendizagem. Este processo assenta na reflexão, pois permite avaliar o nosso desempenho, avaliar atitudes e práticas. É uma forma de abordar a enfermagem de um

modo mais crítico, com a intenção de obter conhecimentos adicionais pela experiência prática.

Integra equipas de desenvolvimento multidisciplinar de forma proactiva, esta competência é comum ao domínio da gestão dos cuidados (C) designadamente gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional (C1) e adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade de cuidados (C2) Regulamento n.º124/2011. Mobilizamos todos os nossos conhecimentos proporcionando a resolução de problemas específicos, quer do cliente quer do contexto. Dada a forma crítica como vivenciamos a enfermagem, todos os conhecimentos que advêm da experiência são sustentados nos conceitos, fundamentos e teorias fortemente difundidos pela formação que tendencialmente indagamos e aprofundamos com a frequência do Mestrado e da Pós-Graduação. Funcionamos como veículos deste conhecimento disponibilizando-o aos nossos pares, particularmente quando adequado e ou em situações passíveis de melhorar a qualidade dos cuidados que prestamos. Como enuncia a competência comum (B) que se refere ao domínio da melhoria da qualidade (B2) e promoção de um ambiente terapêutico seguro (B3).

Na competência específica, dinamiza a resposta em situações de catástrofe ou emergência (K2) e maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção (K3) está iminente a integração de equipas responsáveis pela segurança e melhoria da qualidade de cuidados, Gestão de Risco e CCI. Logo, todas as ações desenvolvidas com o intuito de trabalhar os défices nesta área, evidenciam a preocupação emergente nos cuidados especializados.

Esta articulação emerge o **desenvolvimento da tomada de decisão e raciocínio conducentes à construção e aplicação de argumentos rigorosos**, ou seja resolver determinado problema de forma fundamentada através da mobilização de meios e estratégias adequados e disponíveis. Encontrar soluções para situação através da metodologia de intervenção com o objetivo de obter ganhos na saúde. Através da aplicação da metodologia de projeto foi possível desenvolver esta competência, porque fundamentada na evidência foram mobilizados meios para melhorar a segurança e a qualidade dos cuidados prestados. Que neste caso particular também está relacionada com a competência específica (K3) na área da prevenção e controlo de infeção.

Qualquer intervenção para a mudança deve ser ponderada e executada no sentido dos resultados baseada no saber ético e deontológico, respeitando todos os

intervenientes no processo. A ação é realizada de forma responsável, ética e legal, como descreve a competência comum (A).

Sentimo-nos impulsionados em apostar na formação e na investigação, porque a produção de conhecimento em enfermagem é um fator importante para o sucesso terapêutico e para a melhoria da qualidade dos cuidados, declaradamente **promove-mos a prática de enfermagem baseada na evidência, sustentada pela investigação.**

Para Ferrito (2007) a investigação visa a produção de uma base científica para orientar a prática e assegurar a credibilidade da profissão. Contribui para aumentar os conhecimentos, melhorar a qualidade, garantir eficácia e eficiência dos cuidados de enfermagem.

A enfermagem baseada na evidência é um instrumento fundamental na tomada de decisões acerca dos cuidados de enfermagem a prestar, baseia-se na assimilação dos resultados científicos resultantes da investigação, aplicáveis nas diferentes dimensões da prática de enfermagem. Torna-se emergente fundamentar a nossa prática em informação científica. Ferrito (2007, p.40) reforça que “a enfermagem baseada na evidência é um meio de aplicar a melhor investigação clínica publicada, às práticas de enfermagem, facilitando assim a tomada de decisão acerca dos cuidados a prestar a cada cliente”.

A aplicação da metodologia de projeto emancipa esta competência, pois as alterações propostas baseiam-se na evidência e está relacionada com áreas sensíveis ao cuidado especializado, melhoria da qualidade de cuidados, competência comum (B) e controlo e prevenção da infeção, competência específica (K3).

As intervenções realizadas no sentido de promover a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, está relacionada com a última aliena do perfil de competências do grau de Mestre, **realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e colaboradores**, mobilizando todos os conhecimentos adquiridos durante a frequência do mestrado na área da formação, investigação, políticas de saúde e gestão em saúde no seu sentido lato e em particular na enfermagem. A intersecção de todas as vertentes referidas refletem qualidade, esta como reforça Ribeiro (2008) deve ser entendida como o produto final de uma cadeia. A prática baseada na evidência resulta da conjugação da experiência individual com a atualização dos conhecimentos científicos, provenientes da procura de atualização constante. Esta competência do grau de mestre é uma intersecção com a competência comum (C) e (D) mais especificamente (D2).

Como adjuvante para o uso efetivo deste manancial de conhecimentos e

competências adquiridas no MEMC, temos o atual contexto sócio-económico em que a adoção de medidas que permitam a redução de custos não é de descurar, aliás é mandatária, especialmente quando essas medidas são acompanhadas da eficiência do uso de recursos e da melhoria dos cuidados prestados. A realização do artigo científico que explana o projeto intervenção em serviço. Que evidencia a análise diagnóstica, o planeamento, a intervenção e a avaliação (**Apêndice I**).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estágio é um momento privilegiado para a formação pois é o contexto da ação por excelência. Permite uma interseção entre a personalidade profissional e a necessidade de desenvolver competências e adquirir conhecimentos numa determinada área de intervenção, Médico-Cirúrgica.

A reflexão acerca da forma como mobilizamos os conhecimentos que já possuímos incorre numa necessidade de adquirir mais conhecimentos e competências. A natureza deste ciclo justifica a importância da Enfermagem enquanto ciência perante a sociedade.

O foco dos cuidados de Enfermagem é a promoção dos projetos de saúde de cada pessoa, tendo em conta os recursos da comunidade nesta área.

A experiência da prática diária e a necessidade de prestar cuidados de excelência impulsiona-nos para a formação, que por sua vez leva ao desenvolvimento do conhecimento e consequentemente a produção científica que remete para a prática baseada na evidência. Como reforçado nos padrões de qualidade a formação contínua norteia para o desenvolvimento profissional e para a qualidade dos cuidados que prestamos.

Intimamente relacionada com a prática diária está a prática reflexiva e a análise crítica. Amplamente fomentadas nas aulas teóricas, a fim de incrementar o juízo diagnóstico, a capacidade de planeamento, tomada de decisão e mobilização de recursos disponíveis de forma eficiente.

A Metodologia de Projeto é uma forma de evidenciar a mobilização a que nos referimos anteriormente. Pois é uma metodologia que reflete um conjunto de ações explícitas que permitem produzir uma representação antecipada de um processo de transformação. É um processo dinâmico e flexível e centra-se num problema ou necessidade. Concretamente o projeto que desenvolvi é na área da prevenção e controlo da infeção, visando a segurança do cliente tendo em conta os riscos associados à hospitalização. São precauções básicas como a higiene das mãos, o uso de equipamento de proteção individual, a adoção de medidas de isolamento quando necessário, que transparecem as boas praticas no âmbito do controlo de infeção.

Associada às IACS está uma elevada mortalidade e morbidade, assim como avultados custos económicos. Sendo que a maioria das INCS adquiridas no hospital estão associadas ao uso de CVC. Logo é fundamental que existam ações de prevenção e controlo da infeção. A associação das intervenções leva ao aparecimento de *Care Bundles*. A junção de um conjunto de ações demonstra-se mais eficaz em simultâneo que cada uma individualmente.

O conjunto de ações que compõe a *Care Bundle* do CVC são, Higienização das Mãos; Precauções Máximas de Barreira; Preparação do Local de inserção; Manipulação e Manutenção do CVC e Remoção Precoce. A agregação deste conjunto de ações permite desenvolver práticas mais seguras, pois diminuem o risco de infeção associada ao uso de CVC.

Para efetivar e justificar a necessidade de intervenção nesta área recorreu-se ao uso de ferramentas da gestão e assim justificar a pertinência e necessidade de intervenção. Através da aplicação de questionários, entrevista e *Stream Analysis* foi possível clarificar as dificuldades da equipa nesta área e validar o projeto de intervenção. A realização do questionário tendo por base a *Care Bundle* expôs as dúvidas e dificuldades dos enfermeiros relativamente à colocação, manutenção e manipulação de CVC's.

A exposição das necessidades permite delinear os objetivos que se pretendem atingir com a intervenção. Nomeadamente uniformizar práticas, otimizar o uso de CVC, adotar medidas de prevenção e controlo de infeção associada ao uso de CVC, disponibilizar informação e proporcionar qualidade e segurança ao cliente. A escolha das estratégias e atividades estão intimamente ligadas com os objetivos previamente definidos.

Os conhecimentos mobilizados e adquiridos durante a implementação da metodologia de projeto evidência a importância e a necessidade premente de formação.

A formação contínua possibilita a atualização ou aquisição de conhecimentos e permite a consolidação de capacidades e competências que facilitam a resposta às solicitações atuais. A aprendizagem é orientada em função das necessidades sentidas. A reflexão é uma ação voluntária e intencional que facilita a interiorização de conceitos, desenvolvimento de competências e conhecimentos. O desenvolvimento de competências, requer formação, experiência e conhecimento, como defende Benner (2001).

A teoria é um instrumento que torna a prática mais eficaz e eficiente. Devido à

complexidade que envolve a prática de enfermagem é imperativa a busca de conhecimento e a consolidação de competências na área específica em que se desenvolve a prestação de cuidados.

O Enfermeiro Especialista possui conhecimento aprofundado no domínio específico da Enfermagem, traduzidas num conjunto de competências clínicas especializadas.

Estas competências são compostas por dois grupos, as comuns a todos os enfermeiros especialistas, são partilhadas por diferentes especialidades. Estas são do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; da melhoria contínua de qualidade, da gestão de cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Inerentes às competências comuns estão as específicas de cada especialidade. Os cuidados específicos de cada especialidade. Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados e prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato.

As competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Situação Crítica estão divididas em três domínios: pessoa em situação de doença crítica e ou falência orgânica; situação de catástrofe ou emergência multivítima e prevenção e controlo de infeção associada aos cuidados em pessoa em situação crítica. Esta última está intimamente ligada com o projeto de intervenção delineado.

Devido às exigências cada vez maiores predomina a procura constante de saber, neste sentido o mestrado permite desenvolver e evidenciar elevadas capacidades e competências de julgamento clínico e tomada de decisão alicerçados na evidência. Pois permite o desenvolvimento de capacidades na área da conceção e gestão dos cuidados de enfermagem, fomenta a proatividade, a autonomia para a aprendizagem e o raciocínio lógico e argumentativo tendo em conta a prática baseada na evidência.

As competências de mestre revelam a capacidade que temos para gerir todo o conhecimento, capacidades, competências e recursos disponíveis ao nosso alcance, no sentido de garantir uma prestação de cuidados seguros e com o máximo de qualidade possível. Reflete a capacidade de mobilizar o capital humano e recursos disponíveis em prol do bem mais valioso do ser humano, a saúde.

Mas nem sempre este trajeto é tão linear como aparenta, existem obstáculos, dificuldades que têm de ser contornados. As dificuldades que senti prendem-se essencialmente com o facto de ter realizado o estágio no meu local de trabalho, pois facilitando por um lado, existiram momentos em que foi difícil assumir o papel de aluna.

Toda a experiência é uma mais-valia, as vivências pessoais, a formação, a cultura,

e os valores humanizam a nossa prestação de cuidados. Para cuidar é fundamental ter conhecimentos, competências e atitudes que mobilizem todos os meios que temos disponíveis. Só assim se revela a essência do cuidar ao seu mais alto nível de excelência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu, W. (2007) - Formação e Aprendizagem em Contexto Clínico. Fundamentos, Teorias e Considerações Didáticas. Coimbra: Formasau

Alarcão, I. (2001) - Formação Reflexiva. Referência. Vol. 6, p. 54 – 59.

Alligood, M.R., Tomey, A. M. (2002) – Teóricas de Enfermagem e a sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem. 5ªed. Loures: Lusociência.

Alves, E. (2006) – Comunicação em Enfermagem. Revista Sinais Vitais nº 69. p. 23 - 28.

Alves, F. (2010) – Controlando a Infecção – Responsabilidade Profissional em Enfermagem – Revista Percursos Nº 17. p. 10 – 13. Recuperado em web.ess.ips.pt.

Amendoeira, J. (2000) - O Cuidado Enfermagem. Que Sentido? Lisboa. Departamento de Recursos Humanos de Saúde.

Andrade, A. (2010) – Prevenção da Bacteriemia associada a Cateter Venoso Central – Revista Portuguesa Medicina Interna Vol. 17 Nº1. Recuperado em: <http://www.spci.pt> .

Andrade, L. (2010) - Plano de Emergência Externa do Hospital Espírito Santo de Angra do Heroísmo, Ilha Terceira – Contributos para a Urgência Hospitalar da Região Autónoma dos Açores. (Dissertação de Mestrado) Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto. Recuperado em <http://repositorio-aberto.up.pt/>.

Ascensão, H. S. S. (2010) – Da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem à Satisfação das Necessidades dos Utentes. (Dissertação de Mestrado) Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto. Recuperado em <http://repositorio-aberto.up.pt/>.

Bardin, L. (2009) – Análise de Conteúdo. Lisboa Edições 70.

Biscaia, J. (2000) - Qualidade em Saúde uma Perspetiva Conceptual. Revista Qualidade em Saúde Pública. p. 6-10. Recuperado em <https://www.ensp.unl.pt>.

Batoca, E. M.; SILVA, D. M. (2002) – O Conhecimento Científico e a Enfermagem. Revista Millenium On-line nº 27. Recuperado em: <http://www.ipv.pt/millenium.htm>.

Benner, P. (2001) – De Iniciado a Perito. Coimbra. Quarteto Editora.

Bolander, V. B. (1998) – Enfermagem Fundamental: Abordagem Psicofisiológica. Lisboa: Lusodidacta.

Brissos, M.A. (2004) – Planeamento no Contexto da Imprevisibilidade: Algumas Reflexões

relativas ao Setor da Saúde. Revista Portuguesa de Saúde Publica. Vol.22. Nº1.

Cabrita M.F., Custódio, J. A. (2002) – Educação para a Saúde: Prioridade em Cuidados de Saúde Primários. Sinais Vitais. Coimbra. Nº44.

Carvalho, M. A. (2007) - Formação de Professores em Educação de Adultos: estudo de caso, o ensino recorrente na Escola Secundária Rodrigues de Freitas. Universidade Santiago de Compostela. Servizo de Publicacións e Intercambio Científico. Recuperado em: <http://dspace.usc.es/>.

Cestari, M. E. (2003) – Padrões de Conhecimento da Enfermagem e suas Implicações no Ensino. Revista Gaúcha de Enfermagem Abril. p. 34 a 42. Recuperado em: <http://www.seer.ufrgs.br>.

Cipe (2005) – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, Versão 1. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros.

Couto, A.F. (2007) – Cuidar com Dignidade o Doente em estado terminal. Sinais Vitais Nº 72 Maio p. 53 - 55.

Couto, R. (2007) – Influências Históricas e Filosóficas na Definição de Cuidados de Enfermagem em Portugal – contributos para uma reflexão. Revista Percursos nº 4. p. 27 a 35. Recuperado em: <http://www.ess.ips.pt>.

Decreto – Lei nº 104/98 de 21 de Abril DR 93/98 Série I – A.

DGS (2010) – Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde – Direção Geral de Saúde - Departamento da Qualidade da Saúde/ Segurança do Doente – Circular Normativa Nº 13 de 14/06/2010. Recuperado em: <http://www.dgs.pt>.

Drucker, P. F. (1998) – Comunicação Terapêutica: a interação enfermeira - utente – Enfermagem Fundamental. Lisboa. Lusodidacta. p. 519 – 554.

Elkin, M. K. (2005) -Intervenções de Enfermagem e Procedimentos Clínicos. Trad. Ana Maria Passos e Maria Adelaide Pedreira Reina. Loures: Lusociência. p. 2 - 57.

Esteves, M. R. S. P. (1999) – O Processo e as estratégias a tentativa de um denominador comum – comunicatio – onis. Revista Enfermagem Oncológica, Ano 3 Nº9. p. 23 - 30.

Ferrito, C. (2007) – Enfermagem Baseada na Evidencia – Estudo piloto sobre a necessidade de informação científica para a prática de Enfermagem. Revista Percursos nº3. p. 36 - 40. Recuperado em: <http://www.ess.ips.pt>.

Ferrito, C. (2010) - Intervenções de Enfermagem à Pessoa com Diabetes tipo 2 em Cuidados de Saúde Primários - Contributos para uma Prática Baseada em Evidência. (Tese de Doutoramento) Universidade Católica Portuguesa. Lisboa. Recuperado em: <http://repositorio.ucp.pt>.

Fernandes, J. (2001) – A Comunicação – veículo da relação enfermeiro/doente com prótese vinculatória. Revista Pensar em Enfermagem Vol. 5 Nº1 1ºSemestre. p. 17 - 25.

Fernandes, O. (2003) – Opiniões & Realidades – Enfermagem olhar a pratica, refletir o

ensino – uma abordagem dos diários de formação. Revista Enfermagem. Série 29, nº 29/30) p. 57 – 62.

Fernandes, A., Santos, E. (2004) – Prática Reflexiva: Guia para a reflexão estruturada. Revista Referência. Nº 11. p. 59 – 62.

Fernandes, M. F. P. (2006) – Evolução filosófica da Ética – Ética e Bioética, Desafios para a Enfermagem e a Saúde. São Paulo, Editora Monolfe. p. 1-25.

Fernandes, M. F. P., Freitas, G. F. (2006) – Fundamentos da Ética – Ética e Bioética, Desafios para a Enfermagem e a Saúde. São Paulo, Editora Monolfe. p. 27-44.

Fortin, M. F. (2009) – Fundamentos e Etapas do Método de Investigação – Capítulo 16- Métodos de Colheita de Dados. Loures. Lusodidacta.

Garcia, S: P. (2002) – Comunicação enfermeiro/doente oncológico terminal em contexto hospitalar. Revista Nursing nº 165. p. 20 - 25.

Geadá, A. C., Pedro, A. L. (2010) - Planear a Vigilância Epidemiológica das Infecções associadas aos Cuidados de Saúde. Revista Nursing Nº 225.

Guerra, I. (1994) – Introdução à Metodologia de Projeto. CET. Lisboa.

Hesbeen, W. (2001) - Cuidar no Hospital: Enquadrar os Cuidados de Enfermagem numa perspetiva de cuidar. Loures: Lusociência.

Hill, A., Hill, M. M. (2002) – Investigação por Questionário. Lisboa. Edições Sílabo.

IHI (2008) – 5 Million Lives Campaign – Getting Started Kit: Prevent Central Line Infections How to Guide. Institute Healthcare Improvement. Recuperado em: <http://www.ihl.org>.

Lazure, H. (1994) – Viver a relação de ajuda. 1ª ed. Lisboa. Lusodidacta.

Lei Nº 27/2006 de 03/07. DR I Série A Nº 126. p. 4696 – 4706.

Leite, L. (2006) – O Enfermeiro Especialista: Percursos de Desenvolvimento Profissional – II Congresso da Ordem dos Enfermeiros, 3º Painel. 15 Maio de 2006. Recuperado em: <http://www.ordemenfermeiros.pt>.

Lima, P. R., Simões, S. C. (2007) – O Luto. Revista Nursing Nº 227, Novembro p. 45 - 48.

Malglaive, G. (1995) Formação e saberes profissionais: entre a teoria e a prática. Porto: Porto Editora. p. 53 – 60.

Mendonça, M. (2002) – Ensinar e Aprender para Projetos. 1ª Edição. Porto: Edições Asa. p. 13 – 29.

Mezomo, J.C. (2001) – Satisfação na Saúde: Princípios Básicos. Brasil. Editora Manole.

Miguel, A. (2006) – Gestão Moderna de Projetos: Melhores técnicas e Práticas. Lousã. 2ª ed. FCA.

Neto, I. G. (2006) – Comunicação - Manual de Cuidados Paliativos, 1ªed. Lisboa. p 357 - 378.

Nunes, L., Amaral, M., Gonçalves, R. (2005) - Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Nunes, L. (2006) - Perspetiva Ética da Gestão do Risco: Caminhos para Cuidados Seguros. Revista Portuguesa de Enfermagem. Nº 3.

Nunes, L. (2009) – Ética: Raízes e Florescências em todos os Caminhos – Loures, Lusociência. p. 5-35.

Nunes, L. (2010) – Do Perito e Do Conhecimento em Enfermagem – Revista Percursos. Nº 17. http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_17.pdf.

Neves, M. P. (2004) – A Bioética de Ontem, Hoje e Amanhã: Interpretação de um Percorso – Novos Desafios à Bioética. Porto Editora. p. 20-30.

Oliveira, J. (2005) - Gestão do Risco Hospitalar - Perspetiva Multiprofissional. Revista Ordem dos Enfermeiros. Nº 19. Dezembro de 2005.

Ordem dos Enfermeiros – Estatuto da Ordem dos Enfermeiros – Nova Redação conferida pela Lei Nº 111/2009 de 16 Setembro.

OE (2001) – Ordem dos Enfermeiros – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual e Enunciados Descritivos. Dezembro 2001. Recuperado em: <http://www.ordemenfermeiros.pt>.

OE (2003) – Ordem dos Enfermeiros – Competências dos Enfermeiros de Cuidados Gerais. Maio 2004. Recuperado em: <http://www.ordemenfermeiros.pt>.

OE (2007) - Ordem dos Enfermeiros – Um novo modelo de desenvolvimento profissional: Certificação de Competências e Individualização de Especialidades em Enfermagem. Suplemento Revista Nº 36. Junho 2007. Recuperado em: <http://www.ordemenfermeiros.pt>.

OE (2008) – Ordem dos Enfermeiros – Dor - Guia Orientador de Boa Prática. Junho de 2008. Recuperado em: <http://www.ordemenfermeiros.pt>.

OE (2011) - Ordem dos Enfermeiros – Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. 22 de Outubro de 2011. Recuperado em: <http://www.ordemenfermeiros.pt>.

Parracho, M. (2005) - A enfermagem como elo de ligação entre o utente/família/comunidade. Revista Sinais Vitais Nº 58.

Pereira, M. A. (2008) - Comunicação de Más Notícias e Gestão de Luto. Coimbra. Formasau.

Phipps, W. (2003) - Enfermagem Médico-Cirúrgica: conceitos e prática clínica - 6ª Edição, Loures: Lusociência.

Pina, E. (2010) – Infecção associada aos cuidados de Saúde e Segurança do Doente. Revista Portuguesa de Saúde Pública. Vol. 10. Recuperado em: <http://www.elsevier.es>.

Pires, A.P. (2007) – Ética e Cuidar em Enfermagem. Revista Sinais Vitais nº 72. p. 47 - 49.

PNCI (2006) – Recomendações para a Prevenção de Infecção associada aos Dispositivos Intravasculares – Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Lisboa. Recuperado em: <http://www.umcci.min-saude.pt>.

PNCI (2007) – Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infecção associada aos Cuidados de Saúde – Direção Geral de Saúde. Lisboa. Recuperado em: <http://www.min-saude.pt>.

Querido, A. (2004) - Quando um silêncio vale mais que mil palavras – escuta em cuidados paliativos. Revista Nursing nº 185. p.24 - 28.

Regulamento Nº 122/2011 de 18 Fevereiro – Diário da Republica, 2ª Série – Nº 35. p 8648 – 8653

Regulamento Nº 124/2011 de 18 Fevereiro – Diário da Republica, 2ª Série – Nº 35. p 8656 – 8657.

Repe (2005) - Regulamento do Exercício da Profissão de Enfermagem - Recuperado em <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoEnfermagem/REPE.pdf>.

Rocha, A. P., Oliveira, H. (2004) – Vivências – Reflexão em Ensino Clínico. Revista Millenium. Ano 8, nº 30. p. 119 – 112.

Rua, M. S. (2009). De aluno a Enfermeiro. Desenvolvimento de competências em Ensino clínico. Tese de Doutoramento em Ciências da Saúde apresentada na Universidade de Aveiro.

Ruivo, A., Ferrito, C., Nunes, L. (2010) – Metodologia de Projeto: Coletânea Descritiva de Etapas. Revista Percursos Nº 15. Recuperado em http://http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf.

Rogers, C. (1985) – Tornar-se Pessoa. 7ª Edição. Lisboa. Moraes.

Sampaio, F. (2006) - O acompanhamento espiritual e religioso. Comunicação feita no II Congresso de Pastoral da Saúde. Hospitalidade

Saraiva, D. M. (2007) – O Enfermeiro e a Morte. Revista Nursing nº 227. p. 27 - 30.

[Saraiva, D. R. F. \(2008\) – Refletir o Cuidar em Enfermagem. Revista Nursing. Nº 230.](#)

Silva, D. M. (2002) – Correntes de Pensamento em Ciências da Enfermagem. Revista Millenium On-line nº 26. Recuperado em: <http://www.ipv.pt/millenium.htm>.

Silva, E. R. (2005) – Stress Estratégias de Coping em Enfermeiros – Revista Investigação em Enfermagem nº11. p. 46 - 53.

Silva, A. (2009) – Infeção Associada ao Cateter Venosos Central – Revisão de Literatura. Revista Referência Nº 11. p. 125 – 134.

Stanhope, M.; Lencaster, J. (1999) – Enfermagem Comunitária: Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos. 4ªed. Loures. Lusociência.

ANEXOS

ANEXO I

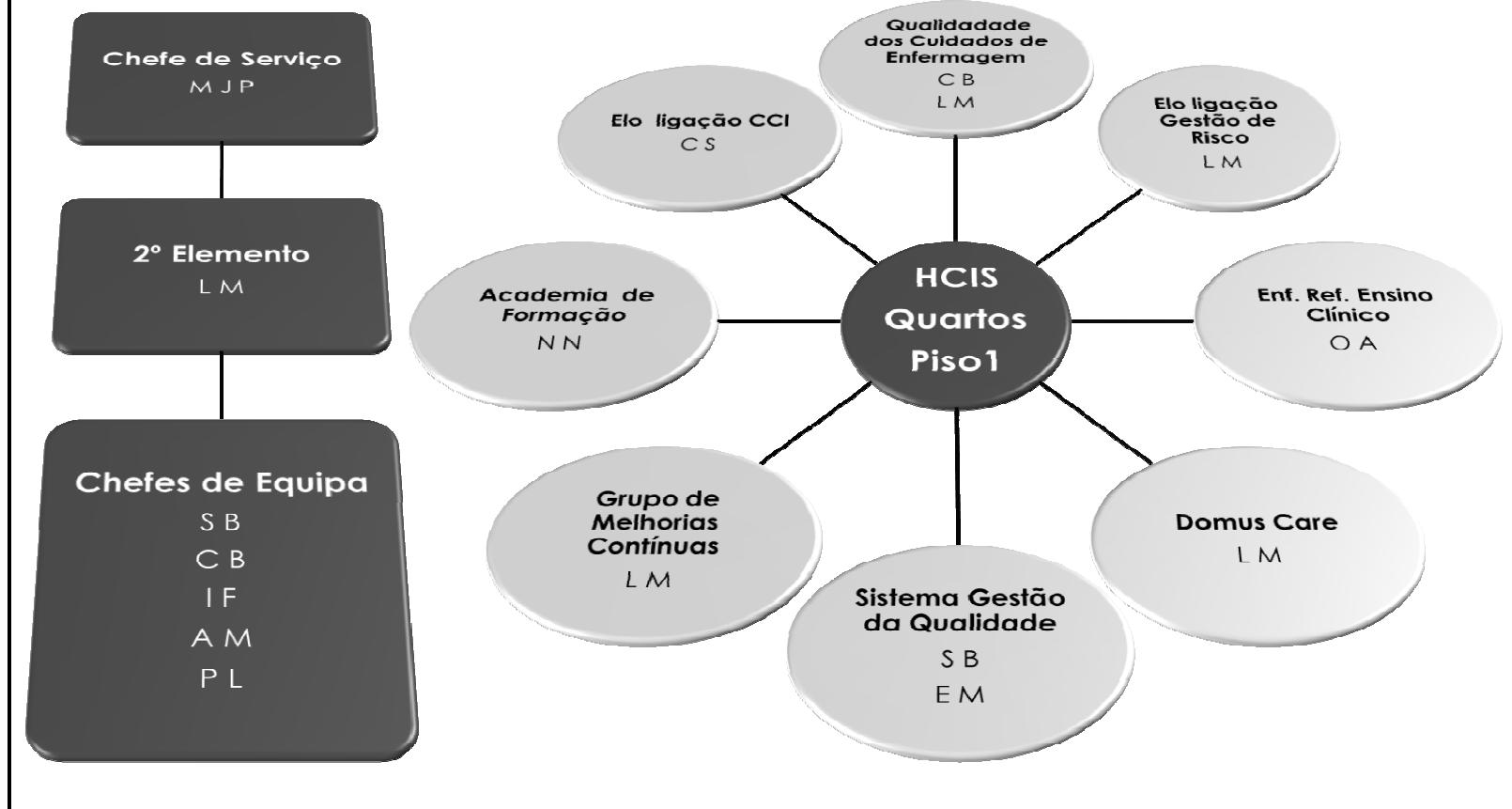
Resumo Recolha de Número de Clientes com Cateter Venoso Central
no período de 1/11/11 a 30/11/11

Data	Quartos Ala B													Quartos Ala C													Dias CVC				
	109	110	111	112	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135		136	137		
01-11-2011			A	B						C								G	H					J	K					7	
02-11-2011				B						C								G	H					J	K					6	
03-11-2011				B						C								G	H					J	K					6	
04-11-2011				B						C								G	H					J	K					6	
05-11-2011				B						C								G	H					J	K					6	
06-11-2011				B						C								G	H					J	K					6	
07-11-2011				B						C								G	H					J	K					6	
08-11-2011				B						C								G	H					J	K					6	
09-11-2011				B						C								G	H					J	K					6	
10-11-2011														D					H	I			J							4	
11-11-2011														D					H	I			J								4
12-11-2011														D					H	I			J								4
13-11-2011														D					H	I			J								4
14-11-2011														D					H	I			J								4
15-11-2011														D					H	I			J								4
16-11-2011																			H	I			J								3
17-11-2011																			H	I			J								3
18-11-2011																			H	I			J								3
19-11-2011																			H	I			J								3
20-11-2011																				I											1
21-11-2011																				I											1
22-11-2011																				I											1
23-11-2011																				I											1
24-11-2011														E						I											2
25-11-2011				F										E						I											3
26-11-2011				F										E						I											3
27-11-2011				F										E						I											3
28-11-2011																															0
29-11-2011																															0
30-11-2011																															0
Total de dias:																											106				
Número Clientes com CVC: 11																															

ANEXO II

Organigrama Departamento Enfermagem Quartos Particulares Piso 1

Organigrama Departamento de Enfermagem



ANEXO III

Primeiro Questionário Construído

Questionário

Sou aluna do primeiro curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica lecionado pela Escola Superior de Saúde de Setúbal – Instituto Politécnico de Setúbal.

No âmbito da unidade temática Estágio III, que decorre em contexto laboral, no meu caso em particular no Hospital - Quartos Particulares Piso 1, preconiza-se a realização de um Projeto de Intervenção no Serviço. Tendo por base esta metodologia de intervenção, pretendo através deste questionário identificar as dificuldades da Equipa de Enfermagem relacionados com a colaboração na colocação e manipulação de CVC's, afim de identificar as oportunidades de melhoria.

Este questionário não pretende atribuir classificações, apenas identificar o nível de conhecimentos relativos à temática de uma forma geral e anónima.

É garantido o anonimato das respostas.

Este Questionário é constituído por 24 perguntas, deve assinalar a resposta que considere mais correta, podendo em alguns casos ser mais que uma resposta.

São utilizadas as seguintes siglas:

IACS – Infecções associadas aos Cuidados de Saúde

CVC – Cateter Venosos Central

AP – Alimentação Parentérica

Obrigada pela colaboração

Isabel das Neves Ferreira

916285846

lsbnf@hotmail.com

Questionário sobre colaboração na Colocação e Manipulação de CVC's

1. Existem aproximadamente 3 milhões de Infeções associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) que causam cerca de 50mil mortes por ano na União Europeia, estatisticamente 1/10 doentes internados adquire uma IACS, tem noção desta realidade?
 Sim Não

2. As Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) constituem um problema de saúde devido à elevada taxa de morbilidade/mortalidade e custos associados?
 Sim Não

3. Identifique qual a forma mais correta de realizar a higienização das mãos (uma ou mais opções):
 Lavagem com água e sabão Higienização com Solução Alcoólica
 Ambas

4. A lavagem das mãos com água e sabão é uma ação que realiza em (uma ou mais opções)?
 50 seg. 60 seg. 80seg.

5. A higiene das mãos com solução alcoólica, Sterillium® é uma ação que realiza em (uma ou mais opções)?
 30 seg. 40 seg. 60 seg.

6. Qual a quantidade mínima de Sterillium® aconselhada para realizar a correta higienização das mãos (uma ou mais opções)?
 Quantidade suficiente para cobrir as mãos 3ml 5ml

7. Identifique os cinco momentos de higienização das mãos (uma ou mais opções):
 Antes de contactar com o cliente
 Antes da realização de procedimento asséptico
 Antes de calçar luvas
 Antes de preparar terapêutica
 Após o contacto com o cliente
 Após a prestação de cuidados ao cliente
 Após contacto com as áreas próximas ao cliente
 Após risco de exposição a fluidos corporais

8. Ao colaborar na colocação de CVC assinale o Equipamento de Proteção Individual que utiliza (uma ou mais opções):

- Luvas
- Luvas e Máscara
- Luvas, Máscara e Bata
- Luvas Esterilizadas e Bata
- Máscara e Luvas Esterilizadas
- Bata, Máscara e Luvas Esterilizadas

9. Qual a solução mais adequada para a realização da desinfecção cutânea do local de inserção do CVC?

- Soro fisiológico
- Cutasept® Incolor (Cloreto de Benzálconio)
- Cutasept® Colorido (Cloreto de Benzálconio)
- Álcool 70º
- Solução de Iodopovidona®

10. Anatomicamente o local de inserção do CVC com menor risco de infecção é (uma ou mais opções):

- Veia Subclávia
- Veia Jugular
- Veia Femoral
- Todos têm o mesmo risco

11. A frequência de realização do penso do local de inserção do CVC quando este é com compressa, tipo Mepore®, é (uma ou mais opções):

- Diária
- 48/48h
- 72/72h
- Quando se apresenta repassado/ deteriorado

12. Se o penso do local de inserção do CVC for transparente, deve proceder-se à sua execução (uma ou mais opções):

- Diariamente
- 3/3dias
- 5/5dias
- 7/7dias
- Quando se apresenta repassado/ deteriorado

13. Identifique o penso mais aconselhável para aplicar no local de inserção do CVC (uma ou mais opções):

- Penso com compressa (Mepore®)
- Penso Transparente (Tegaderm®)
- IV 3000®
- Penso Transparente com compressa (Tegaderm®)

14. Enumere as seguintes intervenções, por ordem de execução na realização do penso ao local de inserção do CVC:

- Desinfecção Solução de Iodopovidona®
- Higienização das mãos
- Colocação de Máscara
- Desinfecção com Cutasept® Incolor (Cloreto de Benzálconio)
- Limpeza com Soro Fisiológico
- Desinfecção com Cutasept® Colorido (Cloreto de Benzálconio)
- Calçar Luvras Esterilizadas

15. Preconiza-se que a mudança dos sistemas de perfusão de soroterapia seja efetuada num intervalo de tempo máximo de (uma ou mais opções):

- 24h 48h 72h

16. Recomenda-se que a mudança dos sistemas de perfusão de AP deve ser executada a cada (uma ou mais opções):

- 24h
- Sempre que trocar a bolsa de AP
- 48h e/ou sempre que termine a bolsa de AP
- 24h e/ou sempre que termine a bolsa de AP
- Apenas quando termina a bolsa de AP

17. Quando procede à manipulação das vias e conexões do CVC faz a sua desinfecção?

- Sim Não Por vezes

18. Assinale o produto com o qual realiza a desinfecção das vias e conexões do CVC antes da sua manipulação (uma ou mais opções):

- Soro fisiológico
- Cutasept® Incolor (Cloreto de Benzálconio)
- Cutasept® Colorido (Cloreto de Benzálconio)
- Álcool 70º
- Solução de Iodopovidona®

19. O tempo de secagem do Cutasept® é de (uma ou mais opções):

- 15 seg. 30seg. 60seg.

20. Para a manutenção da permeabilidade do CVC deve heparinizar-se os lúmenes que não estão a ser utilizados:

- Sim Não

21. Os lúmenes do CVC que não estão a ser utilizados devem estar clampados:

- Sim Não

22. Indique a frequência de permeabilização dos lúmenes do CVC que não estão a ser utilizados (uma ou mais opções):

- Diária
- 48/48h
- 72/72h
- Na presença de sangue no lúmen

23. A remoção do CVC é efetuada após indicação médica e apenas (uma ou mais opções):

- No final do internamento
- Quando termina a perfusão de endovenosos
- O mais precoce possível
- Na presença de sinais inflamatórios

24. Considera essencial a existência de um Guia sobre esta temática no serviço?

- Sim Não

Obrigada pela colaboração!

ANEXO IV

Questionário com as alterações sugeridas pela Equipa de Peritas

Questionário

No âmbito do Curso Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde de Setúbal – Instituto Politécnico de Setúbal está inserido o Estágio III, que me encontro a realizar em contexto laboral, no Hospital - Quartos Particulares Piso 1.

Este estágio tem como principal objetivo o desenvolvimento de um Projeto de Intervenção no Serviço que visa desenvolver as Competências do Enfermeiro Especialista.

Tendo por base esta metodologia de intervenção, pretendo através de um questionário averiguar as dificuldades da Equipa de Enfermagem relacionados com a colaboração na colocação e manipulação de CVC's, afim de identificar as oportunidades de melhoria.

Este questionário não pretende atribuir classificações, apenas identificar o nível de conhecimentos relativos à temática de uma forma geral e anónima.

Este questionário é constituído por 24 perguntas, deve assinalar a resposta que considere mais correta, podendo em alguns casos ser mais que uma resposta.

São referidos os nomes comerciais dos produtos utilizados no serviço.

Índice Siglas:

IACS – Infeções associadas aos Cuidados de Saúde

CVC – Cateter Venosos Central

AP – Alimentação Parentérica

É garantido o anonimato das respostas.

Obrigada pela colaboração.

Isabel das Neves Ferreira

916285846

Isbnf@hotmail.com

Questionário sobre os conhecimentos da equipe de enfermagem na colaboração na Colocação e Manipulação de CVC's

1. É do seu conhecimento que existem aproximadamente 3 milhões de Infecções associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) que causam cerca de 50 mil mortes por ano na União Europeia, estatisticamente 1/10 doentes internados adquire uma IACS?
 Sim Não

2. As Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) constituem um problema de saúde devido à elevada taxa de morbilidade/mortalidade e custos associados?
 Sim Não

3. Identifique qual a forma mais correta de realizar a higienização das mãos (uma ou mais opções):
 Lavagem com água e sabão Higienização com Solução Alcoólica
Ambas

4. A lavagem das mãos com água e sabão é uma ação que realiza em?
 50 seg. 60 seg. 80seg.

5. A higiene das mãos com solução alcoólica, Sterillium® é uma ação que realiza em?
 30 seg. 40 seg. 60 seg.

6. Qual a quantidade mínima de Sterillium® aconselhada para realizar a correta higienização das mãos (uma ou mais opções)?
 Quantidade suficiente para cobrir as mãos 3ml 5ml

7. Identifique os cinco momentos de higienização das mãos:
 Antes de contactar com o cliente
 Antes da realização de procedimento asséptico
 Antes de calçar luvas
 Antes de preparar terapêutica
 Após o contacto com o cliente
 Após a prestação de cuidados ao cliente
 Após contacto com as áreas próximas ao cliente
 Após risco de exposição a fluidos corporais

8. Ao colaborar na colocação de CVC assinale o Equipamento de Proteção Individual que utiliza (uma ou mais opções):
- Luvas
 - Luvas e Máscara
 - Luvas, Máscara e Bata
 - Luvas Esterilizadas e Bata
 - Máscara e Luvas Esterilizadas
 - Bata, Máscara e Luvas Esterilizadas
9. Qual a solução mais adequada para a realização da desinfecção cutânea do local de inserção do CVC?
- Soro Fisiológico
 - Cloreto de Benzálconio Incolor (Cutasept ®Incolor)
 - Cloreto de Benzálconio Colorido (Cutasept ®Colorido)
 - Álcool 70º
 - Solução de Iodopovidona
10. Assinale o local anatômico de inserção do CVC com menor risco de infecção (uma ou mais opções):
- Veia Subclávia
 - Veia Jugular
 - Veia Femoral
 - Todos têm o mesmo risco
11. A frequência de realização do penso do local de inserção do CVC quando este é com adesivo hipoalérgico e compressa não permeável e transpirável, tipo Mepore®, é (uma ou mais opções):
- Diária
 - 48/48h
 - 72/72h
 - Quando se apresenta repassado/ deteriorado
12. Se o penso do local de inserção do CVC for transparente permeável, tipo Tegaderm®, deve proceder-se à sua execução (uma ou mais opções):
- Diariamente
 - 3/3dias
 - 5/5dias
 - 7/7dias
 - Quando se apresenta repassado/ deteriorado
13. Identifique o penso mais aconselhável para aplicar no local de inserção do CVC (uma ou mais opções):
- Penso adesivo hipoalérgico com compressa não permeável e transpirável (Mepore®)
 - Penso Transparente com compressa (Tegaderm® + Pad)
 - Penso Transparente com moldura de aplicação (Tegaderm® + Film)
 - IV 3000® 1- HAND

- Penso Transparente com compressa (Tegaderm®)
14. Das seguintes intervenções, enumere por ordem de execução, apenas as que efetua na realização do penso do local de inserção do CVC:
- Desinfecção Solução de Iodopovidona
 - Higienização das mãos
 - Colocação de Máscara
 - Desinfecção com Cloreto de Benzálconio Incolor (Cutasept ®Incolor)
 - Limpeza com Soro Fisiológico
 - Desinfecção com Cloreto de Benzálconio Colorido (Cutasept ®Colorido)
 - Calçar Luvas Esterilizadas
15. A mudança dos sistemas de perfusão de soroterapia deve ser efetuada num intervalo de tempo máximo de (uma ou mais opções):
- 24h 48h 72h Quando se muda o soro
16. Os sistemas de perfusão de AP devem ser trocados a cada (uma ou mais opções):
- 24h
 - Sempre que trocar a bolsa de AP
 - 48h e/ou sempre que termine a bolsa de AP
 - 24h e/ou sempre que termine a bolsa de AP
 - Apenas quando termina a bolsa de AP
17. Realiza a desinfecção das vias e conexões do CVC antes da sua manipulação?
- Sim Não Por vezes
18. Assinale o produto que utiliza para realizar a das vias e conexões do CVC antes da sua manipulação (uma ou mais opções):
- Soro Fisiológico
 - Cloreto de Benzálconio Incolor (Cutasept ®Incolor)
 - Cloreto de Benzálconio Colorido (Cutasept ® Colorido)
 - Álcool 70º
 - Solução de Iodopovidona
19. O tempo de secagem do Cloreto Benzálconio Incolor (Cutasept ®Incolor) é de:
- 15 seg. 30seg. 60seg.
20. Para a manutenção da permeabilidade do CVC deve heparinizar-se os lúmenes que não estão a ser utilizados?
- Sim Não
21. Os lúmenes do CVC que não estão a ser utilizados devem estar clampados?
- Sim Não

22. Indique a frequência com que se deve proceder à permeabilização dos lúmenes do CVC que não estão a ser utilizados (uma ou mais opção):

- Diária
- 48/48h
- 72/72h
- Na presença de sangue no lúmen

23. A remoção do CVC é efetuada após indicação médica e apenas (uma ou mais opções):

- No final do internamento
- Quando termina a perfusão de endovenosos
- O mais precoce possível
- Na presença de sinais inflamatórios

24. Considera essencial a existência de um Guia sobre esta temática no serviço?

- Sim Não

Obrigada pela colaboração!

ANEXO V

Carta pedido Autorização Srº Enfº Diretor e Srª Enfª Chefe de Serviço

Lisboa, 05/12/2011

Exmo Sr. Enf^o Diretor do
Hospital, J C C

Como é do seu conhecimento, encontro-me a frequentar o Curso Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde de Setúbal – Instituto Politécnico de Setúbal, no qual está inserido o Estágio III, que me encontro a realizar no meu local de trabalho, Quartos Particulares Piso 1.

Este estágio tem como principal objetivo o desenvolvimento de um Projeto de Intervenção no Serviço que visa desenvolver as Competências do Enfermeiro Especialista.

Tendo por base esta metodologia de intervenção, pretendo através de um questionário averiguar as dificuldades da Equipa de Enfermagem relacionados com a colaboração na colocação e manipulação de CVC's, a fim de identificar as oportunidades de melhoria.

O questionário não pretende atribuir classificações, apenas identificar o nível de conhecimentos relativos à temática de uma forma geral e anónima. É constituído por 24 perguntas.

Venho por esta forma pedir a sua autorização para aplicar o questionário que construí para o propósito aos meus colegas da Equipa de Enfermagem dos Quartos Particulares Piso 1. Salvaguardo que é sempre mantido o anonimato das respostas e o preenchimento do questionário é opcional e voluntário.

Anexo o questionário.

Cumprimentos.

Atentamente.

Lisboa, 05/12/2011

Exma Sr^a Enf^a Chefe dos Quartos Particulares Piso 1
M J P

Como é do seu conhecimento, encontro-me a frequentar o Curso Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde de Setúbal – Instituto Politécnico de Setúbal, no qual está inserido o Estágio III, que me encontro a realizar no meu local de trabalho, Quartos Particulares Piso 1.

Este estágio tem como principal objetivo o desenvolvimento de um Projeto de Intervenção no Serviço que visa desenvolver as Competências do Enfermeiro Especialista.

Tendo por base esta metodologia de intervenção, pretendo através de um questionário averiguar as dificuldades da Equipa de Enfermagem relacionados com a colaboração na colocação e manipulação de CVC's, a fim de identificar as oportunidades de melhoria.

O questionário não pretende atribuir classificações, apenas identificar o nível de conhecimentos relativos à temática de uma forma geral e anónima. É constituído por 24 perguntas.

Venho por esta forma pedir a sua autorização para aplicar o questionário que construí para o propósito aos meus colegas da Equipa de Enfermagem dos Quartos Particulares Piso 1. Salvaguardo que é sempre mantido o anonimato das respostas e o preenchimento do questionário é opcional e voluntário.

Anexo o questionário.

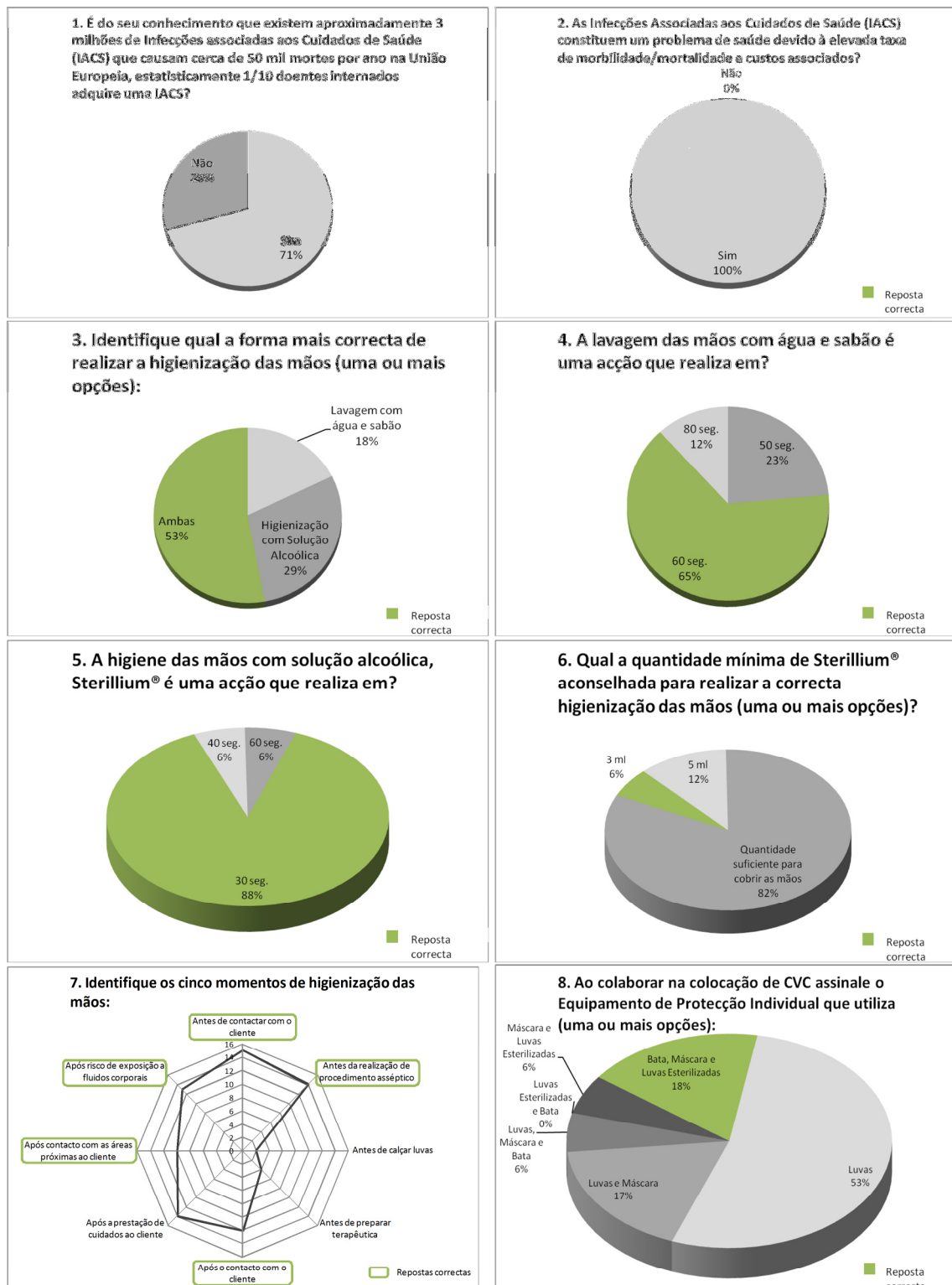
Cumprimentos.

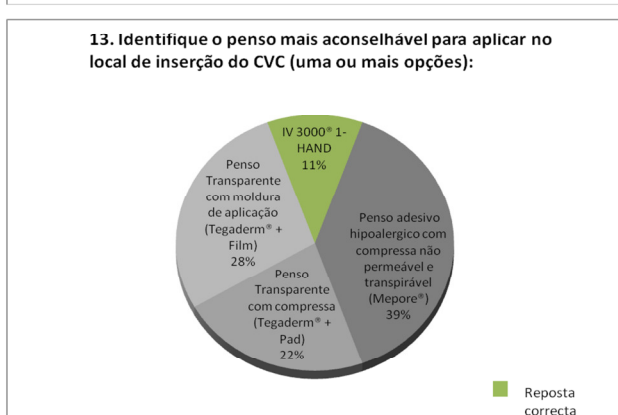
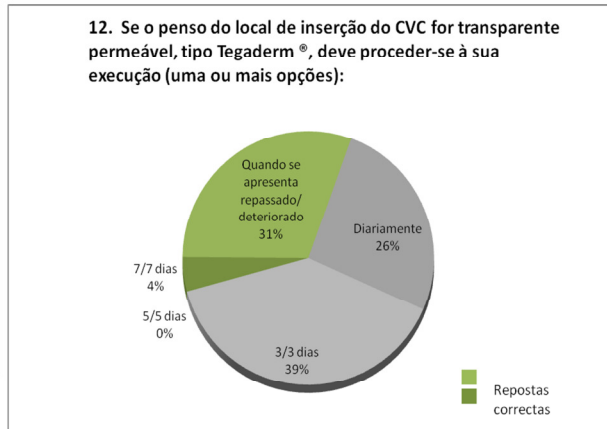
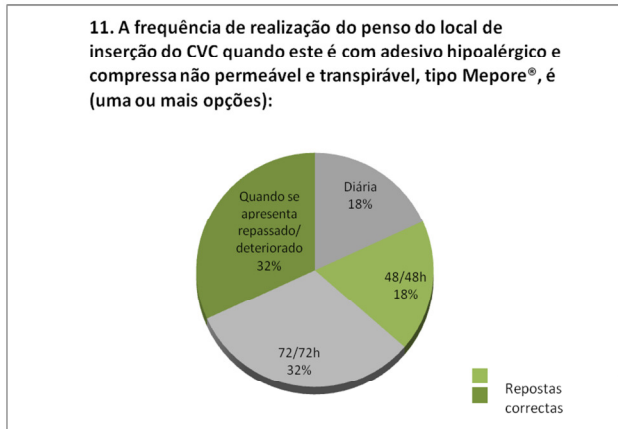
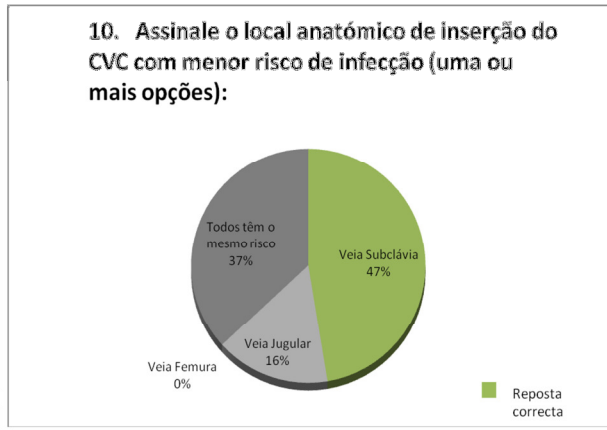
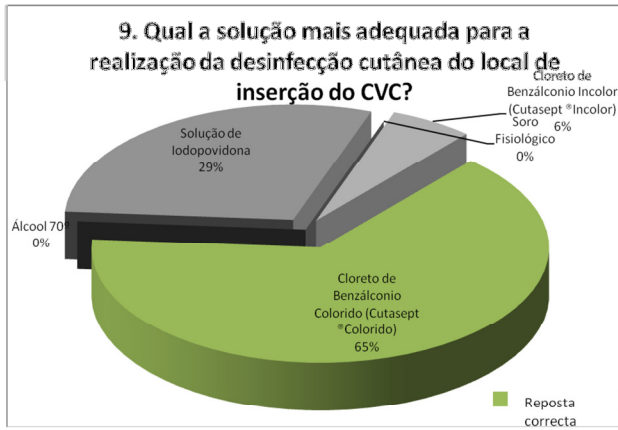
Atentamente.

ANEXO VI

Respostas do Questionário – Apresentação Gráfica

Questionário sobre os conhecimentos da equipe de enfermagem na colaboração na Colocação e Manipulação de CVC's - Respostas





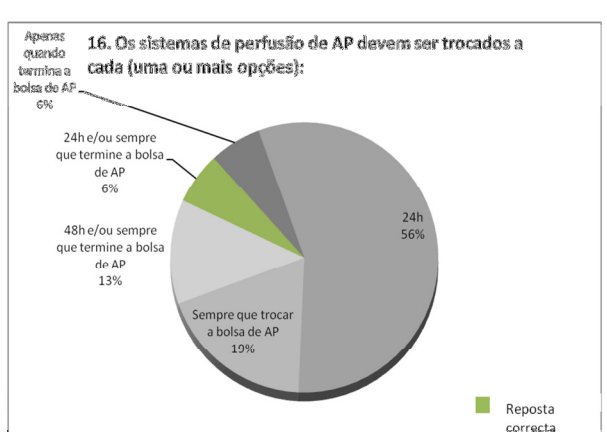
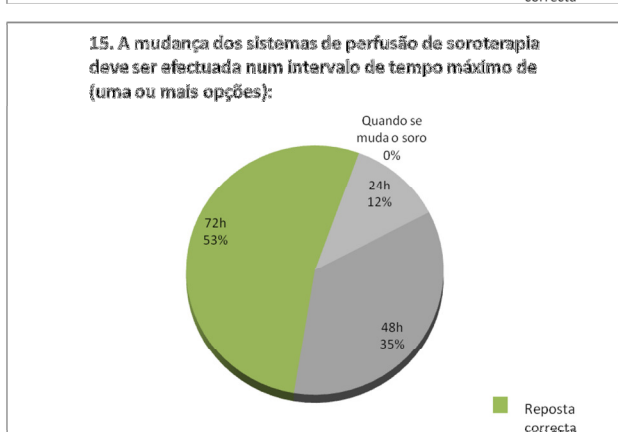
14. Das seguintes intervenções, enumere por ordem de execução, apenas as que efectua na realização do penso do local de inserção do CVC:

Opções de Resposta:
 Desinfecção Solução de Iodopovidona
 Higienização das mãos
 Colocação de Máscara
 Desinfecção com Cloreto de Benzalconio Incolor (Cutasept® Incolor)
 Limpeza com Soro Fisiológico
 Desinfecção com Cloreto de Benzalconio Colorido (Cutasept® Colorido)
 Calçar Luvas Esterilizadas

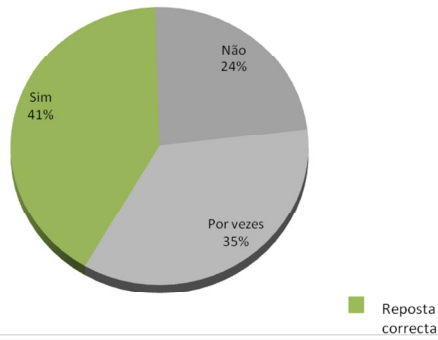
ORDEM CORRECTA

Passo	Intervenção	Porcentagem de asservidade
1º Passo	Higienizar Mãos	82%
2º Passo	Colocar Máscara	41%
3º Passo	Calçar Luvas esterilizadas	18%
4º Passo	Limpar Soro Fisiológico	12%
5º Passo	Desinfectar Cutasept® Colorido	6%

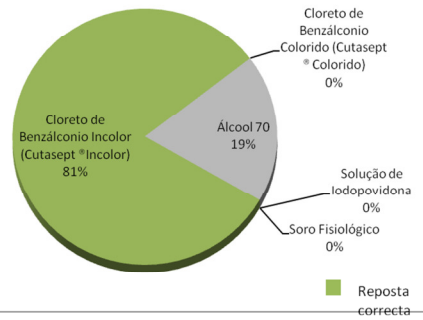
Percentagem de asservidade



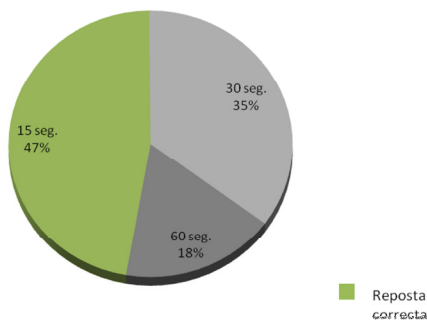
17. Realiza a desinfeção das vias e conexões do CVC antes da sua manipulação?



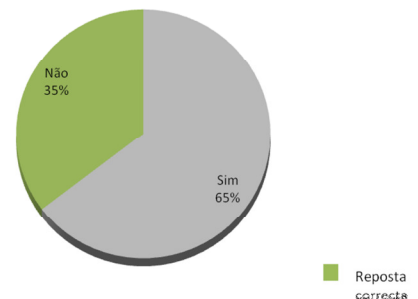
18. Assinale o produto que utiliza para realizar a desinfeção das vias e conexões do CVC antes da sua manipulação (uma ou mais opções):



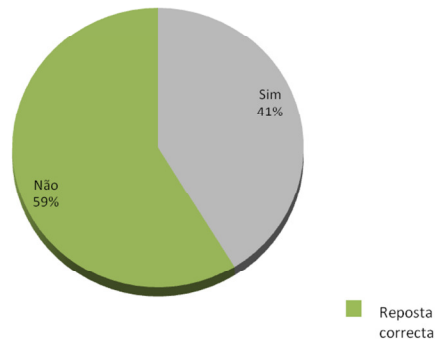
19. O tempo de secagem do Cloreto Benzalcônio Incolor (Cutasept® Incolor) é de:



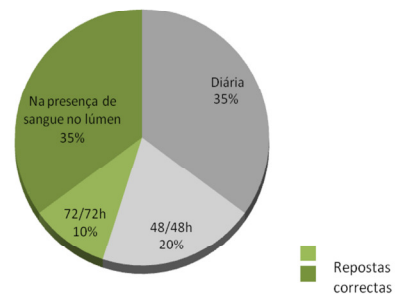
20. Para a manutenção da permeabilidade do CVC deve heparinizar-se os lúmenes que não estão a ser utilizados?



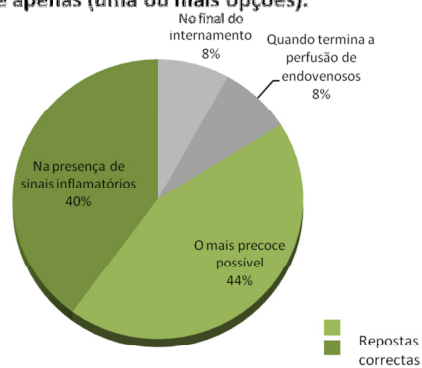
21. Os lúmenes do CVC que não estão a ser utilizados devem estar clampados?



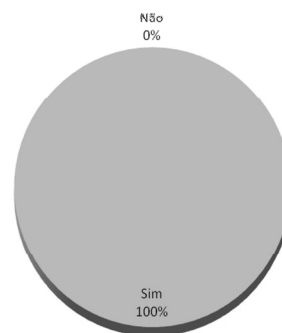
22. Indique a frequência com que se deve proceder à permeabilização dos lúmenes do CVC que não estão a ser utilizados (uma ou mais opções):



23. A remoção do CVC é efectuada após indicação médica e apenas (uma ou mais opções):



24. Considera essencial a existência de um Guia sobre esta temática no serviço?



ANEXO VII

Guião da Entrevista

ANEXO VIII

Cronograma Projeto de Intervenção no Serviço

CRONOGRAMA ACTIVIDADES PROJETO INTERVENÇÃO NO SERVIÇO

	Novembro 2011	Dezembro 2011	Janeiro 2012	Fevereiro 2012	Março 2012	Abril 2012
Diagnóstico de Situação – Definição do Problema						
Pesquisa bibliográfica						
Construção do Questionário						
Colheita de Dados						
Aplicação do Questionário						
Realização de Entrevista Equipa de Peritas						
Elaboração da NOC	A realizar após o terminus do estágio					
Ação de Formação e Divulgação da NOC						
Avaliação do impacto da NOC						

ANEXO IX

Norma Orientação Clínica

Boas Práticas – Cateter Venoso Central

Norma Orientação Clínica

Boas Práticas

Cateter Venoso Central

Lisboa
Fevereiro de 2012



Norma Orientação Clínica

Boas Práticas

Colaboração na Colocação e Manipulação
do Cateter Venoso Central

Orientadora Pedagógica:

Prof^ª Alice Ruivo

Orientadora Estágio:

Enf.^ª Isabel Aragoa

Realizado por:

Isabel Ferreira

Lisboa
Fevereiro de 2012



“As decisões de Enfermagem afetam significativamente a vida das pessoas, os enfermeiros têm o poder de fazer bem ou mal aos seus clientes ”

Nunes (2004)

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	5
1.INFEÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE	6
1.1.INFEÇÃO NOSOCOMIAL DA CORRENTE SANGUINEA (INCS).....	7
2.CATETER VENOSO CENTRAL	9
2.1.CARE BUNDLE CVC.....	11
2.1.2.Precuções Máximas de Barreira	13
2.1.3.Preparação do Local de Inserção	15
2.1.4.Manipulação e Manutenção do CVC	16
2.1.5.Remoção Precoce do CVC	18
3.NOTA FINAL	20
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	21
ANEXOS	23
ANEXO I	93
ANEXO II	96
ANEXO III	98
ANEXO IV	104

ÍNDICE DE SIGLAS

CDC – Centers for Disease Control

CVC – Cateter Venoso Central

DGS – Direção Geral de Saúde

IACS - Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

IHI - Institute Healthcare Improvement

INCS - Infecções Nosocomiais da Corrente Sanguínea

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNCI – Programa Nacional de Controlo de Infeção

SABA – Solução Anti – Séptica de Base Alcoólica

ÍNDICE DE QUADROS E FIGURAS

Quadro 1 - Indicações de administração de terapêuticas..... 10

Figura 1 - Cinco Momentos Higienização das Mãos..... 13

Figura 2 - Material Colocação Cateter Venoso Central 14

Care Bundle CVC

1. Higienização das Mãos

- Lavagem com água e sabão – 60 segundos
- Fricção com solução anti – séptica de base alcoólica (SABA) – 30 segundos

Os Cinco Momentos para a higiene das mãos:

- Antes do contacto com o cliente;
- Antes de procedimentos limpos/assépticos;
- Após risco de exposição a fluidos orgânicos;
- Após contacto com o cliente;
- Após contacto com o ambiente envolvente do cliente.

2. Precauções Máximas de Barreira

Uso de barreiras de proteção máximas durante a colocação do CVC, nomeadamente máscara, bata, luvas esterilizadas e campos esterilizados grandes. Cobrir o máximo possível o cliente, deixando apenas acessível o local de inserção.

Estas barreiras também devem ser mantidas durante a realização do penso e mudança dos sistemas de infusão, nomeadamente o uso de luvas esterilizadas, máscara e bata.

3.Preparação do Local de Inserção (desinfecção da pele e otimização do local de inserção)

A cateterização da veia subclávia é a que apresenta menor risco de infeção, comparativamente com a femoral ou a jugular. A antisepsia da pele, do local de inserção do CVC, deve ser realizada com Cloreto de Benzálconio Colorido (Cutasept® Colorido). Se for necessário realizar tricotomia deve utilizar-se o clipper cirúrgico.

4.Manipulação e Manutenção do CVC

Realização Penso CVC

- Higienização das mãos
- Colocação de máscara cirúrgica
- Remoção do penso do CVC com luvas limpas
- Higienização das mãos
- Colocação de luvas esterilizadas
- Limpeza do local de inserção do CVC com soro fisiológico
- Desinfecção com solução alcoólica Cloreto de Benzálconio Colorido (Cutasept® Colorido)

Substituição do Penso do CVC

- Adesivo hipoalérgico e compressa não permeável e transpirável, tipo Mepore®: 48/48h
- Transparente permeável, do tipo Tegaderm® ou IV 3000®1- HAND: 7/7 dias
- Quando este está húmido, descolado ou repassado
- Deve ser colocada a data de execução no penso

Mudança dos Sistemas de Perfusão

- Sistemas de administração de fluidos, torneiras três vias, tampas e prolongamentos: 72/72h até 96h
- Sistemas de perfusão de soluções lipídicas: 24 horas
- Nutrição Parentérica: 24h e sempre que a bolsa termine
- Sistemas de perfusão de sangue ou hemoderivados: substituídos com a troca de cada bolsa.

- Sistemas de infusão de propofol: 6 a 12 horas, após o início da perfusão.

Manipulação das vias e conexões do CVC

- Higienização das mãos
- Pulverização das vias e conexões com solução alcoólica, Cutasept® Incolor
- Tempo de secagem do Cutasept® Incolor é 15 segundos.

Permeabilidade do CVC

- Os lúmenes devem estar desclampados e com tampa obturadora
- Realiza-se a permeabilização dos lúmenes com solução salina a cada 72h e na presença de sangue no lúmen
- Caso os lúmenes não sejam utilizados as tampas devem ser trocadas a cada 7 dias.

5. Remoção Precoce do CVC

- Avaliação diária da necessidade do acesso vascular
- Remoção sempre após indicação médica.
- Remoção precoce do CVC diminui o risco de infecção.

INTRODUÇÃO

As infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) são uma das complicações mais frequentes na hospitalização. Constituem um problema de saúde devido à sua elevada morbidade e mortalidade e aos elevados custos associados Pina (2010).

No sentido de contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados e indissociavelmente para a segurança do cliente é fundamental desenvolver um conjunto de ações e recomendações que coadjuvem a prevenção e o controlo da transmissão cruzada das IACS.

A utilização de cateteres venosos centrais (CVC) é uma prática essencial em clientes com necessidades de intervenções terapêuticas complexas. Consequentemente o uso destes aumentam o risco de infeção local ou sistémica Pina (2010, p.30).

As infeções nosocomiais da corrente sanguínea (INCS) adquiridas em meio hospitalar estão associadas ao uso de CVC's PNCI (2006).

Com o objetivo de fomentar práticas que garantem a segurança do cliente surge este Guia, que simultaneamente também contribui para a uniformização dos cuidados de enfermagem prestados ao cliente com CVC, sempre no sentido da prevenção da infeção.

A primeira parte do guia aborda a temática das IACS e das INCS. A segunda parte refere-se ao cateter venoso central e explana a Care Bundle, um conjunto de cinco medidas que visam a redução do risco de infeção associada ao CVC e consequentemente proporcionar segurança ao cliente e cuidados de enfermagem de qualidade.

1. INFEÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE

Os hospitais eram considerados insalubres e restringiam-se à prestação de cuidados com uma abordagem mais humanitária do que propriamente científica. Com os trabalhos pioneiros de Semmelweiss, Lister e Florence Nightingale, foram desenvolvidos os primeiros contornos da prevenção e controlo da infeção hospitalar, fundamentais ao pensamento moderno sobre a prestação de cuidados PNCI (2007, p.5).

Em 1930 fazem-se as primeiras referências ao controlo da infeção no nosso país pela direção geral de saúde. Devido aos avanços tecnológicos e conseqüentemente ao aumento da infeção nosocomial foram desenvolvidas iniciativas com o objetivo de minimizar o risco e controlar a infeção.

Em 1993, a Circular Normativa N.º4/93 de 10/2/93, da Direcção-Geral dos Hospitais, difundiu a necessidade da institucionalização de comissões de controlo da infeção nas unidades de saúde públicas e privadas. Surge assim a criação das Comissões de Controlo da Infeção (CCI) integradas na rede nacional de prestação de cuidados de saúde, através do Despacho do Diretor-Geral da Saúde de 23/10/96 PNCI (2007).

Em 1999 foi criado o Programa Nacional de Controlo da Infeção (PNCI) com o objetivo de dar a conhecer a verdadeira dimensão do problema e promover as medidas necessárias para a prevenção da infeção através da identificação e modificação das práticas de risco. Substituindo o Projeto de Controlo de Infeção (1988-1998).

O PNCI tem como objetivo a melhoria da qualidade dos cuidados e a promoção da segurança dos utilizadores e profissionais das unidades de saúde PNCI (2007).

A Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) é uma infeção adquirida pelos clientes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e também pode afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade.

O aumento do risco de infeção está associado ao aumento da esperança de vida, ao uso de tecnologias avançadas e invasivas, ao uso de terapêutica imunossupressora. De acordo com o PNCI (2007, p. 4) estudos internacionais revelam que cerca de um terço das infeções adquiridas no decurso da prestação de cuidados são seguramente evitáveis. Revela também que a prevalência das IACS varia entre os 5 e os 10% nos países da Europa.

Num inquérito de prevalência realizado pela OMS em 55 hospitais de 14 países, apurou-se que 8,7% dos doentes internados têm possibilidade de adquirir uma IACS. O último inquérito nacional de prevalência, realizado em Maio de 2003, envolvendo 67 hospitais e 16373 doentes, identificou uma prevalência de 8,4% de doentes com IACS PNCI (2007).

Pina (2010) enuncia que no inquérito Nacional de Prevalência de Infeção realizado em Março de 2009 pelo Programa Nacional de Controlo de Infeção (PNCI) no âmbito da campanha da OMS “Práticas que Salvam Vidas” foram estudados 21 459 doentes de 144 hospitais e foi observada uma prevalência de 11,03% de IACS em 9,8% dos doentes hospitalizados. O mesmo autor extrapola que cinco em cada cem doentes poderão adquirir uma infeção em consequência do internamento. As IACS para além de aumentarem a morbilidade e mortalidade acarretam custos económicos avultados, porque estão relacionadas com procedimentos cirúrgicos, presença de dispositivos invasivos e presença de microrganismos multirresistentes.

Com o objetivo de minimizar esta calamidade deve ser reforçada a importância de precauções básicas como a higiene das mãos, o uso de equipamento de proteção individual, a adoção de medidas de isolamento sempre que necessário, são medidas de controlo de infeção básicas que transparecem o cumprimento de boas práticas Pina (2010).

1.1. INFEÇÃO NOSOCOMIAL DA CORRENTE SANGUINEA (INCS)

As IACS são muitas vezes subdivididas em 5 categorias de acordo com o seu risco, Pneumonia associada ao ventilador (VAP); Infeção nosocomial da corrente sanguínea (INCS); Infeção do trato urinário (UTI); Infeção local cirúrgico (ILC); Infeção por microrganismos multirresistentes (MMR). As UTI são as mais frequentes, no entanto as INCS e VAP têm maiores custos associados assim como uma maior taxa de mortalidade Pina (2010).

A maioria das INCS adquiridas no hospital estão associadas ao uso de cateteres venosos centrais.

De acordo com o PNCI (2006) os resultados da vigilância epidemiológica das infeções nosocomiais da corrente sanguínea no ano de 2002, realizado em 39 hospitais com 299 637 clientes correspondendo a 1 936 713 dias de internamento, identificaram-se 2 131 episódios de INCS. Ocorreram 7,1 INCS por mil clientes admitidos sendo a incidência de 1,1 por mil dias de internamento. Das origens prováveis de INCS 77,8% foram consideradas primárias, das quais 19,3 % relacionadas com a presença de cateter venoso central. Os resultados nacionais confirmaram a elevada morbilidade e custos dos clientes que adquirem uma INCS, sendo a demora média destes

clientes de 35,3 dias de internamento contrastando com demora média global dos clientes em estudo que foi de 8,9 dias.

O referido programa enuncia que os resultados da vigilância epidemiológica das infecções nosocomiais da corrente sanguínea revelam que microorganismos isolados mais frequentemente nas INCS foram: *Staphylococcus aureus* (23,4%), *Staphylococcus coagulase* negativo (18,2%), *Escherichia coli* (12,7%) e *Pseudomonas aeruginosa* (9,6%), no entanto cerca de metade dos *Staphylococcus aureus* eram resistentes à meticilina.

Esta situação, como refere PNCI (2006, p.5) reflete o fato de mais de metade das INCS terem como provável origem os dispositivos invasivos, são consideradas infecções evitáveis, já que representam vias de transmissão exógenas. É por isso necessário continuar a investir na revisão e implementação de boas práticas de prevenção relacionadas com as principais portas de entrada (CVC, algáliação, ventilação mecânica).

Silva (2009, p.127) expõe que as infecções relacionadas com o cateter têm origem multifatorial e complexa. As potenciais fontes de contaminação dos dispositivos intravasculares são: mãos dos profissionais, microflora da pele do cliente, ponta do cateter contaminada durante a inserção, a colonização das conexões do cateter, fluidos contaminados e a via hematogénea.

Os fatores de risco associados ao aumento de INCS são: hospitalização prolongada, a duração da cateterização; a colonização do local de inserção e da porta de entrada do cateter; cateterização da veia jugular; neutropenia; nutrição parentérica e imunodepressão.

Apenas uma abordagem abrangente que passa pela adoção de estratégias de prevenção das INCS pode proporcionar a segurança do cliente, garantida pela prestação de cuidados de qualidade. A divulgação destas estratégias através do Guia de CVC possibilita a apropriação e aplicação das mesmas por todos os elementos da equipa de enfermagem.

2. CATETER VENOSO CENTRAL

Em 1929 Forssman realizou a primeira cateterização de uma veia central através da introdução de um tubo esterilizado numa veia do braço. No final dos anos 50 foi desenvolvida a técnica de cateterismo central como procedimento na prática clínica, despoletando um avanço nos materiais utilizados, promovendo igualmente uma contínua melhoria das opções terapêuticas Mendes (2007).

Cateter Venoso Central (CVC) é um sistema intravascular indispensável na prática da medicina moderna Silva (2009, p.125). Permite o acesso venoso a um vaso de grande calibre é utilizado para fluidoterapia, administração de fármacos, produtos sanguíneos, alimentação parentérica, monitorização hemodinâmica e realização de técnicas de substituição renal ou pacing.

A colocação de um CVC é um procedimento médico, recorre-se a esta técnica quando um cateter periférico não permite as opções terapêuticas pretendidas, bem como em situações onde emerge a necessidade de um acesso venoso rápido e de grande calibre. Mendes (2007) refere os seguintes critérios como indicações para a colocação de CVC:

- Administração de grande volume de soros, hemoderivados e/ou medicação, rapidamente;
- Administração de soluções endovenosas em situação de colapso do sistema venoso periférico (choque);
- Administração de medicação tóxica ou irritante para o sistema venoso periférico (cardiotónicos, catecolaminas, quimioterapia);
- Administração de soluções de alta osmolaridade;
- Administração de terapias prolongadas que requerem um acesso venoso duradouro (nutrição parentérica; quimioterapia);
- Medição da Pressão Venosa Central durante ou após uma medida terapêutica ou cirúrgica.

O local de inserção do CVC depende das condições clínicas do cliente, da intervenção terapêutica a que se destina e de quem executa o procedimento, contudo habitualmente é escolhido o lado direito do corpo por apresentar menos complicações Mendes (2007). Os locais de possível punção são veia jugular interna ou externa, veia subclávia, veia basílica e veia femoral.

Devem ser cumpridas algumas regras para a administração de terapêutica pelo CVC, a nutrição parentérica deve perfundir num lúmen isolado de outras terapêuticas, com o débito controlado através de bomba infusora. Também o sangue e os hemoderivados devem perfundir num lúmen

isolado. Após cada administração de medicação deve realizar-se a lavagem das linhas infusoras com Soro Fisiológico 0,9%, para evitar incompatibilidades entre fármacos administrados. Na administração simultânea de várias terapêuticas deve ter-se em conta a sua relação de compatibilidades com o intuito de escolher o lúmen mais indicado.

Existem algumas indicações sobre que lúmenes utilizar na administração das terapêuticas endovenosas, Mendes (2007) apresenta essas indicações no seguinte quadro.

Lúmen Proximal	Colheitas de Sangue Medicação e Soluções eletrolíticas Nutrição Parentérica (caso de CVC de dois lúmenes)
Lúmen Médio	Nutrição Parentérica Medicação e Soluções eletrolíticas
Lúmen Distal	Medicação vasoativa (aminas) Sangue e Hemoderivados Colóides e expansores do plasma Soluções eletrolíticas Monitorização da Pressão Venosa Central

Quadro 1 - Indicações de administração de terapêuticas

A colocação do CVC sendo uma técnica invasiva não está isenta de complicações. Muitas delas podem ser imediatas, ou seja ocorrem durante a colocação do cateter ou surgem algum tempo após a sua colocação e sendo assim estão relacionadas com a forma de introdução, tempo de permanência e utilização.

Mesmo após a realização de controlo imagiológico (Raio - X) não se pode afirmar que o procedimento foi isento de complicações, como tal devemos estar atentos para despistar quaisquer complicações que possam surgir, de forma a intervir o mais precocemente possível. Para Mendes (2007) as complicações que podem ocorrer são de natureza torácica, arterial, venosa, cardíaca, neurológica, linfática, mecânica, infeção, obstrução, exteriorização e remoção acidental, apresentam-se resumidas no **Anexo I**.

Apesar das vantagens desta técnica existem os referidos riscos associados dos quais podemos destacar a infeção nosocomial da corrente sanguínea, até porque nesta podemos ter um papel mais ativo na sua prevenção.

Neste sentido têm sido estudadas diferentes medidas preventivas, as mais eficazes são aquelas que visam a redução da colonização do local de inserção do cateter e das linhas de infusão. A eficácia das mesmas devesse há existência de protocolos de cuidados atualizados, formação e treino dos profissionais, tipo de cateter, local de inserção, desinfeção da pele durante a colocação e no manuseamento, tipos de penso utilizados, manipulação das linhas de infusão (Pina, 2010: 30). Todas estas medidas baseadas na evidência proporcionam o aumento da segurança dos cuidados

prestados, a sua integração sistematizada por parte da equipa de enfermagem proporcionando resultados positivos tanto no âmbito da qualidade dos cuidados como na área da prevenção do risco de infeção.

2.1. CARE BUNDLE CVC

Pina (2010) considera fundamental que em todos os momentos de prestação de cuidados ao cliente existam ações de prevenção e controlo da infeção, sobretudo da infeção cruzada.

Atualmente a investigação orienta para uma intervenção multimodal alicerçada no conceito de *Care Bundles*, esta prática é defendida pelo Institute for Healthcare Improvement IHI (2008). A *bundle* é uma associação de duas a cinco intervenções, o sucesso depende da formação e envolvimento dos profissionais.

Andrade (2010, p.58) cita Pronovost, que refere uma redução de 66% na taxa de infeção associada a cateter com a implementação de um conjunto de cinco medidas consideradas como aquelas que têm um maior impacto na redução da taxa de infeção e menos obstáculos à sua implementação.

O conceito *bundle* é traduzido como um pacote, é um conjunto de intervenções relacionadas com a prestação de cuidados, que quando executadas em conjunto são mais eficazes do que quando aplicadas de forma individual IHI (2008).

O sucesso apontado ao conceito de *bundle* assenta sobretudo numa estratégia que implica trabalho em equipa multidisciplinar, numa comunicação eficaz. Implica uma gestão integrada das intervenções e dos objetivos, que a equipa conhece e partilha Pina (2010).

As evidências científicas corroboram que as intervenções que constituem a *bundle* podem ser consideradas como cuidado padrão IHI (2008).

A *bundle* do CVC é constituída por cinco componentes que o IHI (2008) e Andrade (2010) enunciam como:

1. Higienização das Mãos;
2. Precauções Máximas de Barreira;
3. Antissepsia do local de Inserção;
4. Otimizar o local de Inserção (preferencialmente a veia subclávia);
5. Rever diariamente a necessidade de manter o cateter, removendo-o precocemente.

Os autores referidos anteriormente emanam orientações baseadas na evidência, alicerçadas na investigação que estão relacionadas com as Recomendações para a Prevenção da Infecção associada aos Dispositivos Intravasculares de 2006 e ao PNCI de 2007.

Por forma, a tornar a *Bundle* o mais abrangente possível a sua construção foi baseada nas orientações referidas anteriormente, incluindo assim os cuidados de enfermagem prestados durante a colaboração na colocação, manipulação e manutenção do CVC. E assim, implementar estratégias de prevenção da infeção e simultaneamente uniformizar a prestação de cuidados, proporcionando segurança e melhoria da qualidade.

Care Bundle do CVC

1. Higienização das Mãos;
2. Precauções Máximas de Barreira;
3. Preparação do Local de Inserção (desinfeção da pele e otimização local de inserção);
4. Manipulação e Manutenção do CVC;
5. Remoção Precoce do CVC.

2.1.1. Higienização das Mãos

As mãos dos profissionais de saúde são o principal veículo de transmissão de microrganismos de cliente para cliente, muitas vezes implicadas como via de transmissão dos surtos de infeção Wilson (2004) citado por Alves (2010, p.10).

Uma das estratégias para reduzir o risco de IACS e consequentemente de INCS é uma correta higienização das mãos, IHI (2008). A higienização das mãos é uma das medidas mais simples e mais efetivas na redução das IACS, porque é uma precaução básica e simultaneamente é uma medida relevante de controlo de infeção DGS (2010).

A higienização das mãos é o termo geral que designa lavagem das mãos com água e sabão e fricção das mãos com solução anti-séptica de base alcoólica (SABA). Ambas as formas proporcionam uma correta higienização das mãos, a DGS (2010) adequa a escolha de cada técnica tendo em conta os procedimentos a efetuar.

Deve realizar-se a lavagem das mãos com água e sabão, numa situação em que as mãos estão visivelmente sujas ou contaminadas com matéria orgânica, após a prestação de cuidados a clientes com *clostridium difficile*, antes e após as refeições, após usar as instalações sanitárias. A realização desta ação demora cerca de 60 segundos, **Anexo II**.

A higienização das mãos através da fricção com solução anti-séptica de base alcoólica (SABA) realiza-se antes de procedimentos limpos/assépticos e na maioria das intervenções relacionadas com a prestação de cuidados, desde que as mãos estejam visivelmente limpas e ou isentas de matéria orgânica. Esta ação é realizada em 30 segundos, **Anexo III**. Quando a SABA utilizada é o Sterillium® de acordo com a indicação do fabricante a quantidade mínima necessária para realizar a correta desinfecção das mãos é de pelo menos 3ml.

A Organização Mundial de Saúde propôs um modelo conceptual para realização da higienização das mãos – Cinco Momentos – que correspondem a momentos de referência fundamentais para a realização da higiene das mãos DGS (2010). No **Anexo III** estão descritos os exemplos práticos para a higienização das mãos e a sua respetiva justificação de acordo com a Circular Normativa Nº 13 de 14/06/2010 da Direção Geral de Saúde.

Os Cinco Momentos para a higiene das mãos na prática clínica são os seguintes:

1. Antes do contato com o doente;
2. Antes de procedimentos limpos/assépticos;
3. Após risco de exposição a fluidos orgânicos;
4. Após contacto com o doente;
5. Após contacto com o ambiente envolvente do doente.

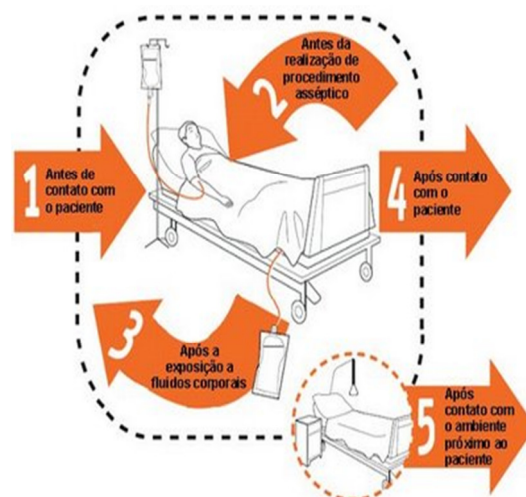


Figura 1 - Cinco Momentos Higienização das Mãos

2.1.2. Precauções Máximas de Barreira

Os CVC's devido ao risco de infeção que apresentam requerem o uso de barreiras de proteção máximas durante a sua colocação, como por exemplo barrete, máscara, bata esterilizada e luvas esterilizadas e campo esterilizado grande, que cubra o máximo possível o cliente, deixando apenas acessível o local de inserção (PNCI, 2006).

A adesão às precauções máximas de barreira deve ser respeitada tanto pelo médico responsável pela inserção como pelo enfermeiro que colabora na colocação do CVC. O uso de equipamento de proteção individual máximo, nomeadamente máscara, bata, luvas esterilizadas e campos grandes, reduz a incidência da infeção Silva (2009 e CDC (2011)).

Após a preparação do material necessário para a colocação do CVC, o cliente sempre que possível, deve ser informado do procedimento a que vai ser submetido. Deve preparar-se a zona envolvente para facilitar a abordagem do cliente durante a execução do procedimento e o fácil acesso a todo o material necessário. O cliente é posicionado em decúbito dorsal sem almofada.

Após a preparação do material e do cliente, o enfermeiro deve zelar pela correta manutenção da técnica asséptica rigorosa, desde a higienização das mãos, à utilização de máscara cirúrgica, bata e luvas esterilizadas e campo grande esterilizado para proteção do local de inserção Andrade (2010, p.57).

Material Colocação Cateter Venoso Central



- Kit Colocação CVC
- Cateter Venoso Central
- Cutasep Colorido®
- Soro Fisiológico 100ml
- Lidocaína 1%
- Sistema Soro
- Controlador de gota
- Prolongamento
- Torneira
- Obturador
- Transfer
- Penso IV3000 1 - Hand® ou Mepore®
- Seda 2-0 ou 3-0
- Luvas Esterilizadas
- Máscara (2)
- Bata

Figura 2 - Material Colocação Cateter Venoso Central

2.1.3.Preparação do Local de Inserção

O local de inserção do cateter pode influenciar o risco de infecção. Segundo o PNCI (2006) ao avaliar qual o local de inserção deve ter-se em conta fatores como conforto, segurança, manutenção da assepsia, fatores específicos do cliente (cateteres pré-existentes, deformações anatómicas); riscos relativos às complicações mecânicas; risco de infecção (devido à densidade da flora da pele no local de inserção).

A cateterização da veia subclávia é a que apresenta menor risco de infecção, comparativamente com a femoral ou a jugular, contudo é a cateterização que apresenta maior número de complicações mecânicas. A cateterização da jugular é a que apresenta menos complicações mecânicas mas a que tem maior risco de infecção, tanto pela proximidade das secreções orofaríngeas, como pela dificuldade de fixação do cateter Andrade (2010). Os cateteres femorais em adultos apresentam elevada colonização, logo devem ser evitados porque têm maior probabilidade de conduzirem à infecção. Também estão associados a um maior risco de trombose profunda do que os cateteres da subclávia ou jugular PNCI (2006, p.9).

A antisepsia da pele, do local de inserção do CVC, deve ser realizada com solução alcoólica de iodopovidona ou com solução alcoólica de gluconato de clorhexidina a 2% (Andrade, 2010).

No hospital o antisséptico utilizado é o Cloreto de Benzálconio Colorido (Cutasept® Colorido) que é um bactericida (incluindo tuberculicida), fungicida, inativador de vírus lipofílicos (VHB, VHC, VIH, herpes tipo 1, rotavírus) que previne a proliferação da flora residente. A sua principal indicação é para a desinfecção da pele, especialmente quando é necessário marcar a área tratada em preparações pré e pós operatórias da pele, antes de punções, injeções, cateterismos e pequenas intervenções.

As soluções antissépticas de base alcoólica, são as mais aconselhadas, porque combinam os benefícios da rapidez de ação, com a atividade residual e largo espectro bacteriano Silva (2006).

Se for necessário realizar tricotomia deve utilizar-se o clipper cirúrgico PNCI (2006).

2.1.4. Manipulação e Manutenção do CVC

A manipulação do CVC é necessária e inevitável. Sendo uma porta de entrada no organismo o risco de septicemia é elevado, e a melhor forma de o prevenir é a utilização de medidas de assepsia em todos os procedimentos a realizar Mendes (2007).

O mesmo autor reforça que como educadores para a saúde devemos informar o cliente acerca da necessidade de manter o penso do CVC limpo, seco e íntegro; e evitar manipulações ou movimentos bruscos que possam tracionar o CVC e afetar o seu funcionamento, durante o repouso no leito e na deslocação pelo quarto.

Este componente da *Care Bundle* inclui a correta assepsia antes da manipulação, a realização do penso e a mudança dos sistemas de perfusão.

A realização do penso ao local de inserção engloba várias intervenções, nomeadamente, higienização das mãos, colocação de máscara cirúrgica, a remoção do penso do CVC com luvas limpas, o uso de luvas não dispensa a necessidade de higienização das mãos PNCI (2006). Após a colocação de luvas esterilizadas deve proceder-se à limpeza do local de inserção do CVC com soro fisiológico e desinfecção com Cutasept® Colorido. A realização do penso permite a vigilância do local de inserção, assim como o despiste de sinais inflamatórios Andrade (2010). As características do local de inserção e pontos de fixação, assim como as intervenções realizadas para a execução do penso devem ser devidamente registadas.

A colocação do CVC cria uma porta de entrada para os microrganismos, sendo importante colocar um penso oclusivo. Os pensos de proteção do local de inserção do CVC podem ser pensos transparentes de poliuretano ou de compressa com adesivo PNCI (2006). Os pensos transparentes têm vantagens complementares pois permitem a observação contínua do local de inserção, possibilitam os cuidados de higiene no duche e a sua mudança é menos frequente que nos pensos com compressa CDC (2011).

A substituição do penso do CVC deve ocorrer sempre que este se apresente húmido, descolado, repassado ou quando for necessário observar o local de inserção do cateter PNCI (2006, p.12).

CDC (2011) Andrade (2010) e PNCI (2006) definem que a substituição do penso quando este é com adesivo hipoalérgico e compressa não permeável e transpirável, tipo Mepore® deve ser realizada a cada 48 horas ou seja de 2 em 2 dias, porque este não permite a visualização do local de inserção do CVC. No entanto se o penso for transparente permeável, do tipo Tegaderm® deve

proceder-se à sua execução a cada 7 dias, salvo nas circunstâncias referidas no anterior parágrafo.

Deve ser colocada a data de execução no penso para facilitar a determinação da necessidade de substituição Andrade (2010, p. 57).

Para Silva (2009, p.129) os pensos transparentes apresentam algumas vantagens sobre os tradicionais pensos de gaze, porque permitem melhor visibilidade do local da punção, reduzem o movimento do cateter, reduzem o risco de contaminação externa, os tempos de mudança são mais alargados e conferem maior conforto para o cliente. Os pensos transparentes estão associados a taxas de transmissão de vapor e humidade que facilitam a cicatrização, mas por outro lado aumentam o risco de infeção, no entanto existem pensos transparentes com taxas de transmissão de vapores e humidade superiores, nomeadamente o IV 3000® e o 3M Tegaderm HP® Yu-Shuang (2009) citado por Silva (2009). De acordo com os referidos autores o penso mais aconselhável a aplicar no local de inserção do CVC é o IV 3000®1- HAND, que temos disponível na nossa instituição.

A correta manutenção do acesso vascular central implica, também mudança dos sistemas de perfusão respeitando a periodicidade recomendada Andrade et al. (2010, p.57). Os sistemas de administração de fluidos endovenosos, incluindo torneiras três vias, tampas, obturadores (ou Bionecteur®) e prolongamentos, devem ser substituídos a cada 72 horas PNCI (2006). No entanto o CDC (2011) reforça que esta substituição não deve exceder as 96h.

Os sistemas de perfusão de soluções lipídicas devem ser substituídos a cada 24 horas, no caso particular da Nutrição Parentérica, esta troca também deve ser realizada sempre que a bolsa de alimentação é substituída, que perfunde em via única, ou seja num lúmen isolado, se for um CVC com três lúmenes é o médio. Os sistemas de perfusão de sangue ou hemoderivados devem ser substituídos com a troca de cada bolsa não excedendo um período máximo de 24 horas após o início da perfusão PNCI (2006) e Andrade (2010). Os mesmos autores referem que no caso particular das linhas de infusão de propofol a sua substituição deve ocorrer entre o período de 6 a 12 horas, após o início da perfusão.

Todas as torneiras devem estar corretamente fechadas com tampas quando o acesso não está a ser utilizado PNCI (2006). Schallam e Shomo (2011) mencionam que todos os dispositivos de acesso devem ser pulverizados com solução alcoólica antes da sua utilização e também devem ser substituídos a cada 72h como os sistemas de perfusão de soroterapia. Contudo, no caso do lúmen ou cateter não estar a ser utilizado, a mudança das tampas obturadoras preconiza-se a cada 7 dias CDC (2011).

Antes de cada manipulação das vias e conexões do CVC, para além da higienização das mãos, deve realizar-se a pulverização dos mesmos com solução alcoólica, Cutasept® Incolor. O tempo de secagem deste de acordo com as normas do fabricante é de 15 segundos. CDC (2011) e Andrade (2010) recomendam que os conectores, do tipo Bionecteur®, devem ser convenientemente manipulados realizando a sua prévia desinfeção, pois são conexões que permitem acesso ao sistema de perfusão sem recorrer ao uso de agulhas, sendo mais seguro para o profissional de saúde. Se o uso destes dispositivos não for possível é preferível a utilização de tampas obturadoras nas torneiras de três vias e sua substituição a cada manipulação.

Andrade e Mendonça (2010) afirmam tendo por base o estudo realizado, que a implementação de conetores sem agulhas, quer valvulares ou puncionáveis, apresentam impacto positivo no controlo de infeção da corrente sanguínea relacionada com a presença de cateter venoso central, porque permitem que o sistema de infusão de fluidos permaneça em sistema fechado.

Para manter a permeabilidade do cateter venoso central existe ainda muita controvérsia, alguns autores defendem que se deve proceder à sua heparinização, outros defendem que é suficiente a permeabilização com soro fisiológico. Martins (2001) defende que basta um *flush* com alguns mililitros de soro fisiológico para manter os lúmenes não utilizados permeáveis, uma vez que o sangue apenas reflui se for exercida uma pressão negativa no cateter. A utilização de solução salina para manter a permeabilidade do CVC é realizada para evitar a exposição do cliente aos riscos que estão associados à heparina, nomeadamente reações de hipersensibilidade, hemorragia local ou alterações hematológicas especificamente trombocitopénia Goh et al. (2011). E reforçam que a permeabilização com soro fisiológico dos lúmenes que não estão a ser utilizados deve ser realizada a cada 72h e sempre que se verifique presença de sangue no lúmen. Para evitar o refluxo de sangue os lúmenes do CVC devem estar devidamente fechados com tampa obturadora e não devem estar clampados, para não aumentar a pressão negativa provocando o refluxo e consequentemente obstrução Schallam e Shomo (2011).

2.1.5. Remoção Precoce do CVC

Há cada vez mais a preocupação de retirar o CVC o mais precocemente possível. A avaliação da necessidade do acesso vascular deve ser diária para otimizar a sua remoção quando deixa de ser necessário, sempre após indicação médica Andrade (2010, p.57).

A remoção do CVC é pertinente quando está comprometida a sua funcionalidade, esta pode ser por obstrução, exteriorização, má fixação ou infeção Martins (2001). Mendes (2007) refere que a infeção pode manifestar-se através da presença de sinais inflamatórios no local de inserção e fixação, por vezes presença de exsudato e frequentemente febre resistente à terapêutica.

A remoção precoce do CVC diminui o risco de infeção, visto que este aumenta exponencialmente com o tempo de permanência do acesso vascular IHI (2008).

Após indicação médica para a remoção do CVC, o enfermeiro deve informar o cliente e obter a sua colaboração para realizar o procedimento. Durante este deve ser utilizada técnica asséptica cirúrgica, sem esquecer a correta higienização das mãos. Martins (2001) e Mendes (2007) explicam que para realizar a remoção do CVC o cliente deve estar em decúbito dorsal com a cabeça voltada para o lado contrário ao local de inserção do cateter. Devem ser interrompidas as perfusões e clampados os lúmenes. Após a remoção do penso deve proceder-se à desinfeção do local de inserção, com Cutasept® Colorido, de seguida cortam-se os pontos de fixação. A remoção do CVC deve ser realizada de forma suave e num movimento constante, durante o qual se possível é solicitado ao cliente para suspender a respiração após inspiração profunda. Para garantir a hemostase deve realizar-se pressão no local ex-local de inserção e por fim realizar nova desinfeção e colocar penso compressivo, que fica sob vigilância para despiste de complicações, nomeadamente hemorragia ou sinais inflamatórios. Caso haja indicação procede-se ao envio de 5 cm da ponta do cateter para o Laboratório. Após a remoção do CVC deve verificar-se a sua integridade, caso seja observada a perda de fragmentos o médico deve ser informado de imediato Martins (2001, p.76).

3. NOTA FINAL

O uso de cateteres venosos centrais é uma prática indispensável e cada vez mais frequente, no entanto não está isenta de riscos e complicações. É um fator que contribui para o aumento do risco de infecção da corrente sanguínea, muitas vezes associada à sua manipulação. Como enfermeiros temos a responsabilidade de garantir a segurança do cliente e prestar cuidados de qualidade baseados na evidência, projetando assim o papel especial que temos na prevenção e despiste de complicações associadas aos cuidados de saúde. Para tal é importante a formação e informação de toda a equipa para que as boas práticas sejam apropriadas e executadas por todos.

A prevenção do risco de infecção associada ao CVC implica a adoção de um conjunto de medidas preventivas na inserção, manipulação, manutenção e remoção do cateter central, ou seja a Care Bundle CVC.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alves, F. (2010) – Controlando a Infecção – Responsabilidade Profissional em Enfermagem – Revista Percursos Nº 17. p. 10 – 13. Recuperado em: [http:// web.ess.ips.pt](http://web.ess.ips.pt)

Andrade, A. et al. (2010) – Prevenção da Bacteriemia associada a Cateter Venoso Central – Revista Portuguesa Medicina Interna Vol. 17 Nº1. Recuperado em: [http:// www.pci.pt](http://www.pci.pt)

CDC (2011)– Guidelines for the Prevention of intravascular Catheter – Related Infections – Centers for Disease Control: Departement of Health & Human Services USA. Recuperado em: <http://www.cdc.gov>

DGS (2010) – Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde – Direção Geral de Saúde - Departamento da Qualidade da Saúde/ Segurança do Doente – Circular Normativa Nº 13 de 14/06/2010. Recuperado em: [http:// www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)

Goh, L. J. et al (2009) – Heparinised Saline Versus Normal Saline in Maintaining Patency of Arterial and Central Venous Catheters. Department of nursing, Singapore General Hospital. Recuperado em: <http://www.singhecalthacademy.com.sg>

IHI (2008)– 5 Million Lives Campaign – Getting Started Kit: Prevent Central Line Infections How to Guide. Institute Healthcare Improvement. Recuperado em: <http://www.ihl.org>

Martins, J. (2011) – Cuidados de Enfermagem ao Doente com Cateter Venoso Central - Revista Referência Nº 7.p. 73 – 76

Mendes, L. (2007) – Doente com Cateter Venoso Central – Revista Nursing Nº 223.

Mendonça, S. (2010) – Impacto dos Conectores sem Agulhas na Infecção da Corrente Sanguínea: Revisão Bibliográfica – Ata Paulista de Enfermagem Vol. 23. Recuperado em: <http://www.scielo.br>

Pina, E. (2010)– Infecção associada aos cuidados de Saúde e Segurança do Doente. Revista Portuguesa de Saúde Pública Vol. 10. Recuperado em: <http://www.elsevier.es>

PNCI (2006) – Recomendações para a Prevenção de Infecção associada aos Dispositivos Intravasculares – Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Lisboa. Recuperado em: www.umcci.min-saude.pt

PNCI (2007) – Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infecção associada aos Cuidados de Saúde – Direção Geral de Saúde. Lisboa. Recuperado em: <http://www.min-saude.pt>

Silva, A. (2009) – Infecção Associada ao Cateter Venosos Central – Revisão de Literatura. Revista Referência Nº 11. p. 125 – 134.

Schallam, L.; Shomo, J. (2011)– Keeping the Lines Open with Evidence - Based Practice and Advanced Technologies. Recuperado em: <http://www.proce.com>

ANEXOS

ANEXO I

Quadro Resumo Complicações Cateter Venoso Central

Complicações	Motivo	Intervenção do Enfermeiro
Torácicas: Pneumotórax Hemotórax Enfisema subcutâneo	Resulta da punção acidental da pleura com consequente entrada de ar, sangue ou líquidos, para a pleura. O enfisema subcutâneo resulta da infiltração de ar nos tecidos adjacentes à inserção do CVC, também resultante de um pneumotórax.	Vigiar sinais de dificuldade respiratória, dor torácica, cianose e alterações na simetria torácica, referindo a sua presença ao médico. Monitorização de saturação periférica de oxigénio.
Arteriais: Laceração arterial Fístula artério-venosa Hematoma subcutâneo	Resultam de perfuração de artéria próxima da veia puncionada e adquire especial importância em clientes com trombocitopenia.	Monitorização da frequência cardíaca e tensão arterial; Vigiar alterações no local da punção como hemorragia, hematoma ou equimose.
Venosas: Laceração venosa Hematoma subcutâneo Trombose venosa Embolia gasosa	A laceração e o hematoma subcutâneo resultam da perfuração da veia adquirindo especial importância em clientes com trombocitopenia. A trombose venosa é devida a deposição de fibrina ou erosão da parede da veia (frequente na veia femoral e rara na veia subclávia). A embolia gasosa resulta da entrada de ar no CVC.	As mesmas descritas nas complicações Torácicas e Arteriais.
Cardíacas: Arritmias Perfuração cardíaca	Resultam da introdução profunda do mandril e/ou do CVC na aurícula direita sendo a arritmia observável durante o procedimento, em clientes monitorizados.	Monitorização da frequência cardíaca e vigilância de alterações do traçado eletrocardiográfico referindo-as ao médico caso estejam presentes.
Neurológicas: Traumatismo do plexo braquial	O traumatismo do plexo braquial pode resultar de lesão aquando da punção da veia subclávia.	Vigiar alterações de compromisso neurológico como parestesias, referindo-as ao médico.
Linfáticas	Resultam de laceração do canal torácico e ducto linfático direito.	
Mecânicas: Migração do catéter Angulação do catéter Compressão do catéter	A migração e a angulação podem resultar da entrada em tecidos adjacentes ou na entrada de outros vasos (na punção da veia subclávia o CVC pode entrar nas veias jugulares). A compressão do cateter resulta quando este “encosta” na parede da veia sendo também chamado de funcionamento posicional. (Este fenómeno pode observar-se imediatamente após a introdução aquando da verificação de refluxo e influxo do Soro preparado, procedendo-se à ligeira mobilização do CVC para o exterior).	Vigiar a presença de cefaleias, edema ou alterações no estado de consciência (na punção da veia subclávia podem ser sinais de migração para a veia jugular com consequente infusão de líquidos em contra-corrente) e referir ao médico. No caso de compressão do CVC pedir ao cliente para mudar de posicionamento ou efetuar manobras como respirar fundo; tossir ou levantar o braço. Deve referir-se ao médico o funcionamento posicional.
Infecção	Constituindo o CVC uma porta de entrada no organismo a infeção bacteriana pode proliferar em volta do CVC ou entrar por ele (através de má assepsia na preparação de terapêuticas e/ou manipulação do CVC) e provocar uma septicémia	Observar normas de assepsia no sentido de diminuir o risco de infeção aquando da manipulação do CVC. Monitorizar temperatura, frequência cardíaca e tensão arterial. Vigiar presença de sinais inflamatórios e exsudados na inserção do CVC.
Obstrução	Resulta quando não se consegue aspirar conteúdo algum de um ou mais lúmens do CVC excluído fenómeno de compressão do cateter.	Verificar se se trata de funcionamento posicional ou se há mesmo obstrução. No caso de obstrução deve-se proteger o lúmen e alertar o médico.
Exteriorização	Pode resultar de má fixação e/ou de tração no CVC, que em casos extremos pode levar à sua remoção acidental.	Aplicar tiras adesivas para fixar o CVC, (caso se detete má fixação do CVC). Fixar os sistemas de infusão e colocar prolongamentos para permitir a mobilização, sem tração do CVC.
Remoção Acidental	Pode resultar de má fixação ou, de tração no CVC.	

Resumo Complicações Cateter Venoso Central (Mendes, 2007)

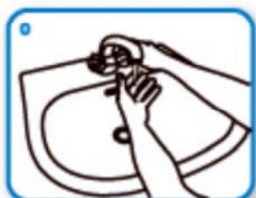
ANEXO II

Lavagem das Mãos

Lavagem das mãos

Lave as mãos apenas quando estiverem visivelmente sujas.
Nas outras situações use solução anti-séptica de base alcoólica (SABA).

 Duração total do procedimento: 40-60 seg.



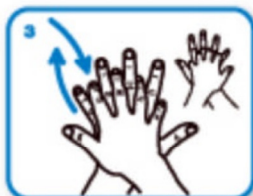
Molhe as mãos com água



Aplique sabão suficiente para cobrir todas as superfícies das mãos



Esfregue as palmas das mãos, uma na outra



Palma direita sobre o dorso esquerdo com os dedos entrelaçados e vice versa



Palma com palma com os dedos entrelaçados



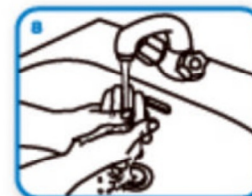
Parte de trás dos dedos nas palmas opostas com os dedos entrelaçados



Esfregue o polegar esquerdo em sentido rotativo, entrelaçado na palma direita e vice versa



Esfregue rotativamente para trás e para a frente os dedos da mão direita na palma da mão esquerda e vice versa



Enxague as mãos com água



Seque as mãos com toalhete descartável



Utilize o toalhete para fechar a torneira se esta for de comando manual



Agora as suas mãos estão seguras.

ANEXO III

Fricção Anti – Séptica das Mãos

Fricção Anti-séptica das mãos

Higienize as mãos, friccionando-as com solução anti-séptica de base alcoólica (SABA). Lave as mãos apenas quando estiverem visivelmente sujas.



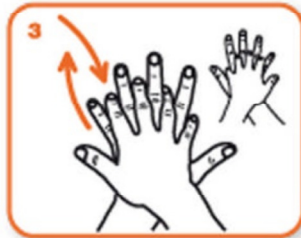
Duração total do procedimento: 20-30 seg.



1a
Aplique o produto numa mão em forma de concha para cobrir todas as superfícies



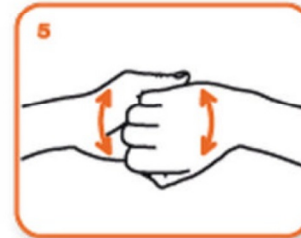
2
Esfregue as palmas das mãos, uma na outra



3
Palma direita sobre o dorso
esquerdo com as pontas
dedos em movimento



4
As palmas das
mãos com as pontas
dedos em movimento



5
Parte de trás dos dedos
de uma mão sobre a palma
da outra



6
Esfregue o polegar esquerdo
em sentido rotativo,
entrelaçado na palma direita
e vice-versa



7
Esfregue rotativamente para
trás e para a frente os dedos
da mão direita na palma da
mão esquerda e vice-versa



8
Uma vez secas, as suas
mãos estão seguras

Circular Normativa Nº 13 de 14/06/2010 da Direcção Geral de Saúde

ANEXO IV

Exemplos Práticos para a Higienização das Mãos e Justificações

<p>1. Antes do contacto com o doente.</p>	<p>Quando? Higienizar as mãos antes de tocar num paciente enquanto se aproxima dele.</p> <p>Porquê? Para proteger o doente de microrganismos que transportamos nas mãos.</p>
<p>Exemplos</p>	
<p>2. Antes de procedimentos assépticos ou limpos.</p>	<p>Quando? Antes de qualquer tarefa envolvendo o contacto directo ou indirecto* com mucosas, pele com solução de continuidade, dispositivo médico invasivo (cateter, sonda) ou equipamentos ou produtos dos cuidados de saúde.</p> <p>Porquê? Para proteger o doente de microrganismos que transportamos nas mãos e dos da sua própria flora.</p>
<p>Exemplos</p>	

Contacto directo:

- Cumprimentar o doente;
- Ajudar o doente na mobilidade;
- Ajudar o doente na higiene.

Observação clínica:

- Verificar o pulso, TA;
- Auscultação pulmonar;
- Palpação abdominal.



Contacto com mucosas:

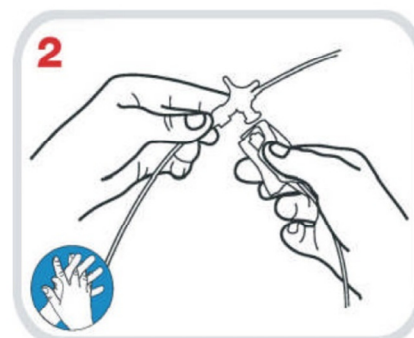
- Higiene oral;
- Aspiração de secreções;
- Cuidar de lesões da pele;
- Cuidar de feridas;

Contacto com dispositivos médicos:

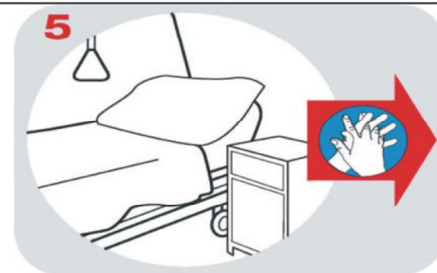
- Injecção subcutânea;
- Inserção de cateter;
- Aceder ao sistema vascular ou sistemas de drenagem;

Equipamentos ou produtos dos cuidados de saúde:

- Preparação de alimentos, medicação e dispositivos médicos.



<p>3. Após risco de exposição a fluidos orgânicos</p>	<p>Quando? Após qualquer procedimento que potencialmente envolva a exposição das mãos a um fluido orgânico independentemente de se usarem luvas ou não.</p> <p>Porquê? Para proteger o profissional de saúde e o ambiente da disseminação de microrganismos do doente.</p>
<p>Exemplos</p>	
<p>4. Após contacto com o doente.</p>	<p>Quando? Higienizar as mãos imediatamente após ter contactado com um doente, quando deixa o ambiente envolvente do mesmo.</p> <p>Porquê? Para proteger o profissional de saúde e o ambiente da disseminação de microrganismos do doente.</p>
<p>Exemplos</p>	
<p>5. Após contacto com ambiente envolvente do doente</p>	<p>Quando? Ocorre quando o profissional de saúde abandona o ambiente envolvente do doente após ter tocado em equipamento, mobília, dispositivos médicos, pertences pessoais ou outras superfícies inanimadas, sem ter estado em contacto com o doente.</p> <p>Porquê? Para proteger o profissional e o ambiente da disseminação de microrganismos do doente.</p>
<p>Exemplos</p>	



APÊNDICES

APÊNDICE I

Artigo Científico

**Boas Práticas associadas ao uso de Cateter Venoso Central
Projeto de Intervenção no Serviço**

Boas Práticas associadas a uso de Cateter Venoso Central

Projeto de Intervenção no Serviço

Ferreira, Isabel¹; Ruivo, Alice²; Martins Lurdes³

Resumo: As infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) são uma das complicações mais frequentes na hospitalização. A utilização de cateteres venosos centrais (CVC) é uma prática essencial em clientes com necessidades de intervenções terapêuticas complexas, o seu uso aumenta o risco de infeção. Com o objetivo de fomentar práticas que promovam a segurança do cliente e a melhoria contínua da qualidade foi desenvolvido um projeto de intervenção. A aplicação da metodologia de projeto corroborada pela Teoria de Conservação de Levine permitiu compilar um conjunto de cinco medidas que visam a redução do risco de infeção associada ao CVC. Estas medidas são definidas como *Care Bundle*, proporcionam a adoção de medidas de prevenção de controlo de infeção associadas ao uso de CVC. E uniformização de práticas e a segurança do cliente. Consequentemente a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Palavras-Chave: Enfermagem, Metodologia de Projeto, Cateter Venoso Central, Infeção Nosocomial da Corrente Sanguínea, Care Bundle, Teoria Conservação de Levine

Abstract: Infections associated with health care (IACS) are one of the most frequent complications during hospitalization. The use of central venous catheters (CVC) is an essential practical needs customers with complex therapeutic interventions, its use increases the risk of infection. In order to encourage practices that promote customer safety and continuous quality improvement was a project of intervention. The application of the project methodology supported by Levine Conservation Theory allowed to compile a set of five measures aimed at reducing the risk of infection associated with CVC. These measures are defined as Care Blundle provide the adoption of infection control prevention measures associated with the use of CVC, as well as the standardization of practices and customer safety. Consequently improving the quality of nursing care.

Key – Words: Nursing, Project Methodology, central venous catheter, nosocomial infection of the bloodstream, Care Bundle, Theory Conservation Levine

¹Mestranda em Enfermagem Médico – Cirúrgica na ESS/IPS

² Professora Diretora da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal

³ Professora Coordenadora da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal

Relatório Trabalho Projeto

INTRODUÇÃO

A imprevisibilidade e a complexidade associadas aos cuidados que prestamos foram a engrenagem para a realização de um projeto de intervenção no serviço. A aplicação da metodologia de projeto permitiu mobilizar conhecimentos, consolidar competências e analisar reflexivamente todo o processo de aprendizagem.

O presente artigo explana a realização do projeto de intervenção em serviço realizado num serviço de internamento de um grande hospital privado de Lisboa.

A problemática escolhida para desenvolver a metodologia de projeto foi identificada durante a realização dos estágios do plano de estudos do Mestrado em Enfermagem Médico – Cirúrgica da Escola de Setúbal, do Instituto Politécnico de Setúbal.

O desenvolvimento do projeto foi sustentado na Teoria de Conservação de Levine, uma vez que a dicotomia do equilíbrio entre o ambiente e a doença são alicerces fundamentais desta teoria assim como a sua visão holística de pessoa.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL

Levine define enfermagem como uma interação humana. Como enfermeiros participamos ativamente no ambiente de cada cliente afim de facilitar a sua adaptação à situação de crise, que é a doença. “A intervenção de enfermagem influencia favoravelmente a adaptação, promove-a no sentido de manter a totalidade” Schaefer (2002, p.242).

A adaptação favorável ao processo doença e ao ambiente que envolve o cliente visa manter o equilíbrio, logo a conservação, tendo em conta a pessoa e tudo o que a envolve. O modelo de conservação reflete a intervenção de enfermagem baseada em conhecimentos científicos afim de auxiliar os clientes a adaptarem-se ao processo de doença, bem como controlar e prevenir qualquer alteração que possa advir do ambiente em que está inserido.

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 e promove a prática fundamentada e baseada na evidência Ruivo, Ferrito e Nunes (2010). Esta metodologia tem por base a resolução de problemas, através da intersecção da teoria com a prática, criamos um conjunto de ações que permite a visualização da resolução do problema.

O projeto desenvolve-se na área da prevenção e controle da infeção, visando a segurança do cliente tendo em conta os riscos associados à hospitalização.

As Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) para além de aumentarem a morbilidade e mortalidade comportam custos económicos avultados, porque estão relacionadas com procedimentos cirúrgicos, presença de dispositivos invasivos e presença de microrganismos multirresistentes. Precauções básicas como a higiene das

mãos, o uso de equipamento de proteção individual, a adoção de medidas de isolamento sempre que necessário, são medidas de controlo de infeção que transparecem o cumprimento de boas práticas Pina (2010).

A Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) é uma infeção adquirida pelos clientes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e também pode afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade Pina (2010).

As IACS são divididas em cinco categorias de acordo com o seu risco. Especificamente Pneumonia associada ao ventilador (VAP); Infeção nosocomial da corrente sanguínea (INCS); Infeção do trato urinário (UTI); Infeção local cirúrgico (ILC); Infeção por microrganismos multirresistentes (MMR). As UTI são as mais frequentes, no entanto as INCS e VAP têm maiores custos associados assim como uma maior taxa de mortalidade Pina (2010). A maioria das INCS adquiridas no hospital estão associadas ao uso de cateteres venosos centrais Silva (2009).

PNCI (2006, p.5) reflete o fato de mais de metade das INCS terem como provável origem os dispositivos invasivos, são consideradas infeções evitáveis, já que representam vias de transmissão exógenas. É necessário continuar a investir na revisão e implementação de boas práticas de prevenção relacionadas com as principais portas de entrada (CVC, algaliação, ventilação mecânica).

Silva (2009, p.127) “expõe que as infeções relacionadas com o cateter têm origem multifatorial e complexa. As potenciais fontes de contaminação dos dispositivos intravasculares são: mãos dos profissionais, microflora da pele do cliente, ponta do cateter contaminada durante a inserção, a colonização das conexões do cateter, fluidos contaminados e a via hematogénea”.

A incidência de INCS depende de diversos fatores, nomeadamente tipo de cateter, a frequência de manipulação pelos profissionais, local de inserção e a gravidade da situação clínica do cliente Silva (2009).

A adoção de estratégias de prevenção das INCS pode proporcionar a segurança do cliente garantida pela prestação de cuidados de qualidade. Devem adotar-se estratégias de prevenção que sejam do conhecimento de toda a equipa de profissionais, a divulgação destas possibilita a apropriação e aplicação das mesmas proporcionando cuidados de enfermagem de qualidade e segurança ao cliente.

Pina (2010) considera fundamental que em todos os momentos de prestação de cuidados ao cliente existam ações de prevenção e controlo da infeção, sobretudo da infeção cruzada.

Atualmente a investigação orienta para uma intervenção multimodal alicerçada no conceito de *Care Bundle*, esta prática é defendida pelo Institute for Healthcare Improvement IHI (2008). *Care Bundle* é uma associação de duas a cinco intervenções, o sucesso depende da formação e

envolvimento dos profissionais.

Andrade (2010, p.58) cita Pronovost, que refere “uma redução de 66% na taxa de infecção associada a cateter com a implementação de um conjunto de cinco medidas consideradas como aquelas que têm um maior impacto na redução da taxa de infecção e menos obstáculos à sua implementação”.

O conceito *Bundle* é traduzido como “pacote”, é um conjunto de intervenções relacionadas com a prestação de cuidados, que quando executadas em conjunto são mais eficazes do que quando aplicadas de forma individual IHI (2008).

Os autores referidos anteriormente emanam orientações baseadas na evidência, alicerçadas na investigação que estão relacionadas com as Recomendações para a Prevenção da Infecção associada aos Dispositivos Intravasculares de 2006 e ao PNCI de 2007.

De acordo com a pesquisa realizada foi elaborado a *Care Bundle* do CVC que se resume ao seguinte: Higienização das Mãos; Precauções Máximas de Barreira; Preparação do Local de Inserção (desinfecção da pele e otimização local de inserção); Manipulação e Manutenção do CVC; Remoção Precoce do CVC.

METODOLOGIA

No sentido de justificar a pertinência deste projeto e identificar as necessidades sentidas pela equipa de enfermagem no esforço

comum que realizam para melhorar os cuidados de enfermagem prestados aos clientes com CVC foram realizados questionários, entrevistas semi-estruturadas, pesquisa de dados referentes ao número de clientes com CVC no ano de 2011 e a aplicação de um método de análise de situação, especificamente a *Stream Analysis*. No mês de Novembro de 2011 dos 228 clientes internados, 11 tinham CVC. Dos 789 dias de internamento, 106 destes foram com CVC. Nos primeiros sete meses de 2011 foram internados 14459 clientes dos quais 168 com CVC, em 5548 dias de internamento 1687 foram com CVC.

Para aferir o conhecimento da equipa de enfermagem acerca das medidas que devem ser adotadas para a prevenção do risco de infecção associado ao uso de CVC foi desenvolvido um questionário que obedece à sequência da *Care Bundle*. O questionário é constituído por perguntas fechadas, pois são simples de utilizar, permitem uma codificação fácil, análise rápida e tratamento estatístico Hill e Hill (2002). Fortin (2009) reforça que as questões fechadas têm respostas mais uniformes e aumentam a fiabilidade dos dados.

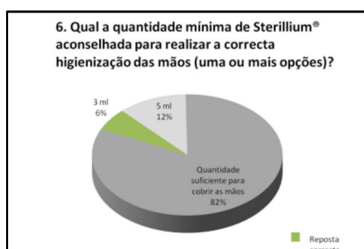
O esboço do questionário foi submetido à apreciação e validação de uma equipa de peritas previamente definida. Esta equipa é constituída por quatro elementos de referência do serviço. Foi realizado um pré-teste a 7 elementos durante o qual as instruções de preenchimento revelaram-se precisas e esclarecedoras, logo foram

consideradas válidas na recolha efetiva de informação. Para Hill e Hill (2002) o layout do questionário claro e atraente aumenta a cooperação por parte dos indivíduos que constituem a amostra. Foram tomadas diligências éticas preliminares, nomeadamente realizar os pedidos de autorização para aplicação do questionário.

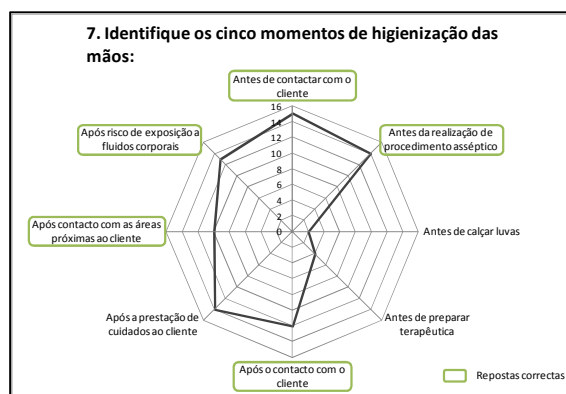
A equipa de enfermagem é composta por 24 elementos, excluindo a Enf^a Chefe e a Enf.^a Adjunta, a média de idades é 28 anos. Dos elementos constituintes da equipa três encontram-se em licença de maternidade, dois em fase pós integração. O questionário foi aplicado a 17 elementos da equipa.

O questionário construído é composto por 24 questões fechadas e pretende aferir as dificuldades da Equipa de Enfermagem relacionados com a colaboração na colocação e manipulação de CVC. Sendo assim destaque algumas respostas que coagem à necessidade de intervenção no sentido de sistematizar as boas práticas inerentes à presença de CVC.

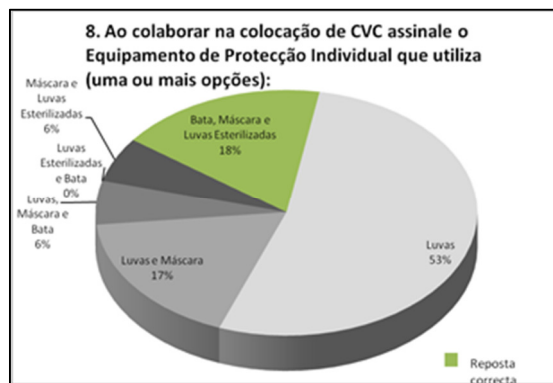
Especificamente a resposta à questão 6 acerca da quantidade mínima de Sterillium® aconselhada para realizar a correta higienização das mãos, apenas 6% da equipa respondeu acertadamente, ou seja apenas um elemento, como se pode ver no gráfico.



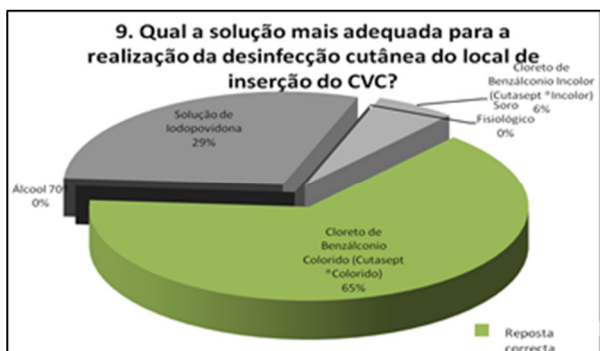
A questão 7 pedia a identificação dos cinco momentos de higienização das mãos, face à opção de resposta não se verifica uma massiva uniformidade da escolha dos cinco momentos corretos, nenhum desses momentos foi identificado por todos os elementos da amostra. No entanto 10 elementos identificaram os cinco momentos, que se encontram explicitos na sinalectica colocada junto dos lavatórios das salas de trabalho, dispensadores de Sterillium existentes nos quartos dos clientes e em acrílicos nas portas dos quartos.



A questão 8 refere-se ao equipamento que deve ser utilizado quando se colabora na colocação do CVC, apenas 18% dos elementos respondeu favoravelmente, sendo que 76% utiliza luvas não esterilizadas, apenas 24% usam bata a mesma percentagem usa máscara.



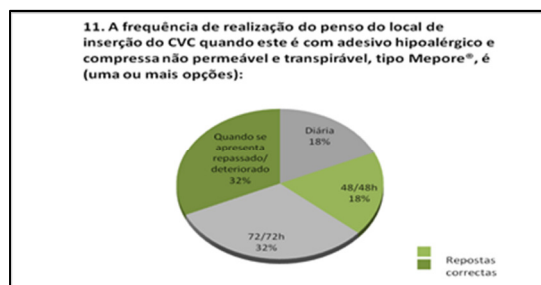
Quanto à preparação cutânea do local de inserção do CVC, a desinfecção da pele deve ser realizada com uma solução de base alcoólica, neste caso específico Cutasept® Colorido como identificado por 65% dos elementos, mas é de salientar que cerca de 35% escolheu outras opções dos quais 29% a Solução de Iodopovidona.



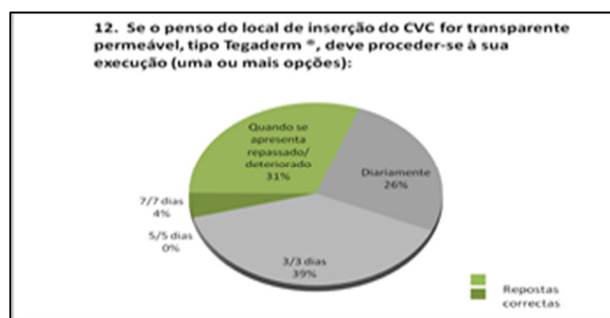
Quando questionados acerca do local anatómico para inserção do CVC com menor risco de infeção os elementos da equipa evidenciam uma adesão de 37% para a hipótese de resposta todos têm o mesmo risco, como podemos observar no gráfico 10.



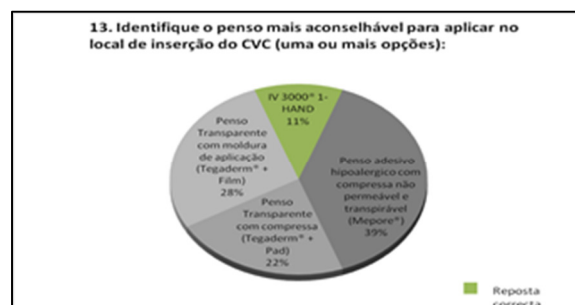
A questão referente à frequência de realização do penso do local de inserção do CVC se este é com adesivo hipoalérgico e compressa não permeável e transpirável, tipo Mepore® apenas 18% identifica o período de mudança aconselhável e 32% quando está deteriorado ou repassado.



No entanto se o penso do local de inserção do CVC for transparente permeável, tipo Tegaderm® a sua realização deve ser a cada 7 dias e quando está repassado ou deteriorado, apenas 4% dos elementos identificam o intervalo certo e 31% refere quando o penso se apresenta repassado ou deteriorado.



Quando questionados acerca de qual o penso mais aconselhável para o local de inserção do CVC, apenas 11% responde o IV 3000® 1-HAND.



A questão 14 sugeria a enumeração de um conjunto de hipóteses de acordo com a realização do penso do local de inserção do CVC, a percentagem de identificação dos passos na posição correta decai

exponencialmente e apenas 6% da equipa

14. Das seguintes intervenções, enumere por ordem de execução, apenas as que efectua na realização do penso do local de inserção do CVC:

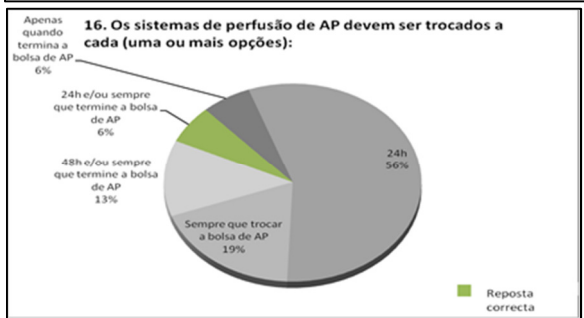
Opções de Resposta:
 Desinfecção Solução de Iodopovidona
 Higienização das mãos
 Colocação de Máscara
 Desinfecção com Cloreto de Benzilicoril o Incolor (Cutasept®Incolor)
 Limpeza com Soro Fisiológico
 Desinfecção com Cloreto de Benzilicoril o Colorido (Cutasept®Colorido)
 Colçar Luvas Esterilizadas

ORDEM CORRECTA

Passo	Intervenção	Porcentagem de assertividade
1º Passo	Higienizar Mãos	82%
2º Passo	Colocar Máscara	41%
3º Passo	Colçar luvas esterilizadas	18%
4º Passo	Limpar Soro Fisiológico	12%
5º Passo	Desinfectar Cutasept®Colorido	6%

Percentagem de assertividade

Relativamente à mudança dos sistemas de perfusão de fluidos 47% indicam intervalos de tempo incorretos. Apenas 6% opta pela resposta certa acerca da periodicidade de mudança do sistema de perfusão de Alimentação Parentérica (AP).



Uma das formas de prevenir o risco de infeção é a realização da desinfecção das vias e conexões antes da sua manipulação, 41% dos elementos da equipa respondeu que realiza a desinfecção.



A questão 20 aborda a controvérsia da heparinização do CVC para manter a sua permeabilidade, 65% dos elementos responde que se deve recorrer ao uso de heparina apesar de todos os riscos associados e mesmo que existam referências que a permeabilização através de flush de solução salina seja igualmente eficaz IHI (2008).

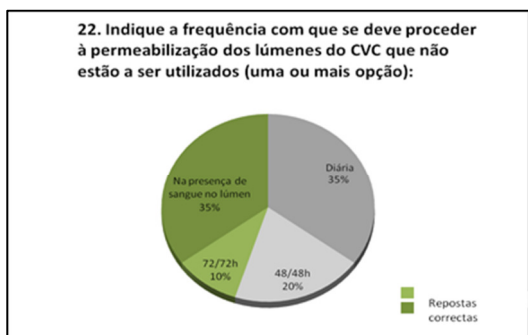


A questão 21 refere-se à clampagem dos lúmenes que não estão a ser utilizados, 41% da equipa refere que estes quando obturados devem ser clampados, o que aumenta a pressão negativa provocando o refluxo e consequentemente a obstrução do lúmen Schallam e Shomo, (2011).



Apenas 10% da equipa quando abordada

face à periodicidade de permeabilização dos lúmenes do CVC que não estão a ser utilizados escolhe a opção correta. Os restantes 35% referem na presença de sangue no lúmen. Contudo nenhum elemento escolheu a opção de resposta correta, que estão assinaladas a verde no seguinte gráfico.



Com a construção da *Stream Analysis* inferimos que existe um risco de infeção associada ao uso de CVC que advêm dos diferentes níveis de conhecimento da equipa devido à constante integração de novos elementos. Deve-se também à não uniformização das práticas, pois não existe nenhuma norma ou protocolo que defina a atuação nos cuidados ao CVC. Outras limitações encontradas foram aumento do volume de trabalho, mais clientes em isolamento, mais clientes com grandes dependências e cada vez mais com CVC. Esta realidade gera muitas solicitações o que diminui o tempo para a equipa de enfermagem se articular e comunicar entre si. Para além destas condicionantes ainda existe a limitação física, os clientes em isolamento ficam no mesmo quarto apenas é colocado um dispositivo com o equipamento de proteção individual adequado ao tipo de

isolamento. Se o cliente estiver em isolamento as máscaras estão acessíveis, caso contrário encontram-se na sala de arrumos. Logo não se potencia o seu uso quando se manipulam os cateteres.

A aplicação dos instrumentos de gestão corroborou a necessidade de intervenção nesta área. O objetivo geral do projeto é a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem associados ao CVC.

Com a implementação de boas práticas associadas ao uso de CVC pretende-se alcançar os seguintes objetivos específicos: uniformizar práticas; otimizar o uso de CVC; adotar medidas de prevenção e controlo de infeção associada ao CVC; disponibilizar informação acerca dos Cuidados ao CVC; proporcionar segurança ao cliente.

O planeamento é a terceira fase do projeto, o momento crucial onde é elaborado um plano detalhado da intervenção que se pretende realizar. São definidas as estratégias e atividades, assim como os recursos necessários. A *Stream Analysis* de planeamento evidenciou que um dos obstáculos a ultrapassar é a eventual falta de sensibilização da equipa para a problemática, devido ao volume de trabalho e grande dependência dos clientes. O fato da equipa ser jovem também leva a que esta área não seja uma preocupação de imediato, uma vez que os jovens elementos ainda estão no processo de apropriação e consolidação. Em termos de espaço físico a única limitação passível de ser alterada imediatamente é a disponibilização de máscaras nos carros de

pensos.

Tendo em conta a previsão destas dificuldades foram definidas estratégias para efetivar a implementação deste projeto. Concretamente sintetizar a informação recolhida na bibliografia acerca dos cuidados a prestar aos clientes com CVC, promover ações de formação para divulgar a informação, disponibilizar a mesma de forma acessível a todos os elementos da equipa. Com o intuito de reduzir as iatrogenias foi importante o envolvimento das chefias e dos elementos tidos como referência, no caso a equipa de peritas. A equipa ter conhecimento do desenrolar do projeto também foi premente para a aceitação desta mudança. Academicamente só era pretendido que o projeto foi desenvolvido até à fase de planeamento⁴. Mas devido ao envolvimento, motivação da equipa e às necessidades por parte do serviço face à problemática detetada foram realizadas varias ações que produziram uma Norma de Orientação Clínica - Boas Práticas associadas ao uso de CVC. A mesma foi divulgada à equipa em momentos informais de passagem de turno, por correio eletrónico interno e em suporte papel na biblioteca do serviço. Foi realizada uma ação de formação onde foram apresentados os resultados do questionário de diagnóstico e a referida norma onde está definido um conjunto de ações para melhorar a nossa prática, *Care Bundle*

Como a fase de execução ocorreu em momento posterior ao término do estágio não obedeceu a um cronograma específico.

No entanto para a fase execução foram definidas várias ações especificamente realizar pesquisa bibliográfica acerca da temática e simultaneamente basear as nossas escolhas durante este processo em evidência. Tendo em conta a informação selecionada seguiu-se a estruturação e construção da norma de orientação clínica tendo em conta a *Care Bundle* definida para o CVC. Foi validada com a chefia, equipa de peritas, Comissão de Controlo de Infeção e Equipa do serviço de internamento onde foi desenvolvido o projeto. Após as validações foram consideradas as sugestões de alteração e apresentada uma nova versão até à versão final.

A norma de orientação clínica: Boas Práticas - Colaboração na Colocação e Manipulação do Cateter Venoso Central, compila informação acerca das infeções associadas aos cuidados de saúde, das infeções nosocomiais da corrente sanguínea e todas medidas que se devem adotar durante a colaboração na colocação e manipulação do CVC.

Pina (2010) considera fundamental que em todos os momentos de prestação de cuidados ao cliente existam ações de prevenção e controlo da infeção, sobretudo a cruzada.

O sucesso apontado ao conceito de *bundle* assenta sobretudo numa estratégia que implica trabalho em equipa multidisciplinar,

⁴ Exigência académica de acordo com o processo de equivalências
Relatório Trabalho Projeto

numa comunicação eficaz. Implica uma gestão integrada das intervenções e dos objectivos, que a equipa conhece e partilha Pina (2010).

As evidências científicas corroboram que as intervenções que constituem a *Care Bundle* podem ser consideradas como cuidado padrão IHI (2008).

A construção da *Care Bundle* foi baseada nas orientações da bibliografia consultada, incluindo assim os cuidados de enfermagem prestados durante a colaboração na colocação, manipulação e manutenção do CVC.

Care Bundle do CVC

1. Higienização das Mãos;
2. Precauções Máximas de Barreira;
3. Preparação do Local de Inserção (desinfecção da pele e otimização local de inserção);
4. Manipulação e Manutenção do CVC;
5. Remoção Precoce do CVC.

Higienização das Mãos

As mãos dos profissionais de saúde são o principal veículo de transmissão de microrganismos de cliente para cliente, muitas vezes implicadas como via de transmissão dos surtos de infeção Wilson (2004) citado por Alves (2010, p.10).

Uma das estratégias para reduzir o risco de IACS e consequentemente de INCS é uma correta higienização das mãos, IHI (2008). A higienização das mãos é uma das medidas mais simples e mais efetivas na redução das IACS, porque é uma precaução básica e simultaneamente é uma medida relevante de

controlo de infeção DGS (2010).

A higienização das mãos é o termo geral que designa lavagem das mãos com água e sabão e fricção das mãos com solução anti-séptica de base alcoólica (SABA). Ambas as formas proporcionam uma correta higienização das mãos, a DGS (2010) adequa a escolha de cada técnica tendo em conta os procedimentos a efetuar.

Deve realizar-se a lavagem das mãos com água e sabão, numa situação em que as mãos estão visivelmente sujas ou contaminadas com matéria orgânica, após a prestação de cuidados a clientes com *clostridium difficile*, antes e após as refeições, após usar as instalações sanitárias. A realização desta ação demora cerca de 60 segundos.

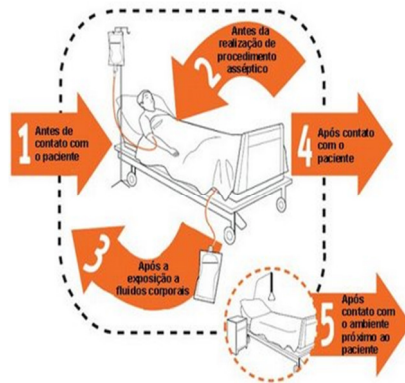
A higienização das mãos através da fricção com solução anti-séptica de base alcoólica (SABA) realiza-se antes de procedimentos limpos/assépticos e na maioria das intervenções relacionadas com a prestação de cuidados, desde que as mãos estejam visivelmente limpas e ou isentas de matéria orgânica. Esta ação é realizada em 30 segundos. Quando a SABA utilizada é o Sterillium® de acordo com a indicação do fabricante a quantidade mínima necessária para realizar a correta desinfecção das mãos é de pelo menos 3ml.

A Organização Mundial de Saúde propôs um modelo concetual para realização da higienização das mãos – Cinco Momentos – que correspondem a momentos de referência fundamentais para a realização da higiene

das mãos DGS (2010).

Os Cinco Momentos para a higiene das mãos na prática clínica são os seguintes:

1. Antes do contacto com o doente;
2. Antes de procedimentos limpos/assépticos;
3. Após risco de exposição a fluidos orgânicos;
4. Após contacto com o doente;
5. Após contacto com o ambiente envolvente do doente.



Precauções

Máximas de Barreira

Os CVC's devido ao risco de infecção que apresentam requerem o uso de barreiras de proteção máximas durante a sua colocação, como por exemplo barrete, máscara, bata esterilizada e luvas esterilizadas e campo esterilizado grande, que cubra o máximo possível o cliente, deixando apenas acessível o local de inserção PNCI (2006).

A adesão às precauções máximas de barreira deve ser respeitada tanto pelo médico responsável pela inserção como pelo enfermeiro que colabora na colocação do CVC. O uso de equipamento de proteção individual máximo, nomeadamente máscara, bata, luvas esterilizadas e campos grandes, reduz a incidência da infecção Silva (2009) e CDC (2011).

Após a preparação do material necessário para a colocação do CVC, o cliente sempre que possível, deve ser informado do procedimento a que vai ser submetido. Deve preparar-se a zona envolvente para facilitar a abordagem do cliente durante a execução do procedimento e o fácil acesso a todo o material necessário.

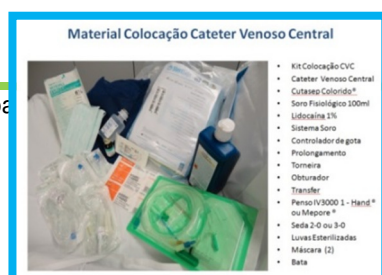
O cliente é posicionado em decúbito dorsal sem almofada.

Finda a preparação do material e do cliente, o enfermeiro deve zelar pela correta manutenção da técnica asséptica rigorosa, desde a higienização das mãos, à utilização de máscara cirúrgica, bata e luvas esterilizadas e campo grande esterilizado para proteção do local de inserção Andrade (2010, p. 57).

Preparação do Local de Inserção

O local de inserção do cateter pode influenciar o risco de infecção. Segundo o PNCI (2006) ao avaliar qual o local de inserção deve ter-se em conta fatores como conforto, segurança, manutenção da assepsia, fatores específicos do cliente (cateteres pré-existentes, deformações anatómicas); riscos relativos às complicações mecânicas; risco de infecção (devido à densidade da flora da pele no local de inserção).

A cateterização da veia subclávia é a que apresenta menor risco de infecção, comparativamente com a femoral ou a jugular, contudo é a cateterização que apresenta maior número de complicações mecânicas. A cateterização da jugular é a



que apresenta menos complicações mecânicas mas a que tem maior risco de infecção, tanto pela proximidade das secreções orofaríngeas, como pela dificuldade de fixação do cateter Andrade (2010). Os cateteres femorais em adultos apresentam elevada colonização, logo devem ser evitados porque têm maior probabilidade de conduzir à infecção. Também estão associados a um maior risco de trombose profunda do que os cateteres da subclávia ou jugular PNCl (2006, p.9).

A antisepsia da pele, do local de inserção do CVC, deve ser realizada com solução alcoólica de iodopovidona ou com solução alcoólica de gluconato de clorhexidina a 2% Andrade (2010).

No hospital o antisséptico utilizado é o Cloreto de Benzálconio Colorido (Cutasept® Colorido) que é um bactericida (incluindo tuberculicida), fungicida, inativador de vírus lipofílicos (VHB, VHC, VIH, herpes tipo 1, rotavírus) que previne a proliferação da flora residente. A sua principal indicação é para a desinfecção da pele, especialmente quando é necessário marcar a área tratada em preparações pré e pós operatórias da pele, antes de punções, injeções, cateterismos e pequenas intervenções.

As soluções antissépticas de base alcoólica, são as mais aconselhadas, porque combinam os benefícios da rapidez de ação, com a atividade residual e largo espectro bacteriano Silva (2006).

Se for necessário realizar tricotomia deve utilizar-se o clipper cirúrgico PNCl (2006).

Manipulação e Manutenção do CVC

A manipulação do CVC é necessária e inevitável. Sendo uma porta de entrada no organismo o risco de septicemia é elevado, e a melhor forma de o prevenir é a utilização de medidas de assepsia em todos os procedimentos a realizar Mendes (2007).

O mesmo autor reforça que como educadores para a saúde devemos informar o cliente acerca da necessidade de manter o penso do CVC limpo, seco e íntegro; e evitar manipulações ou movimentos bruscos que possam tracionar o CVC e afetar o seu funcionamento, durante o repouso no leito e na deslocação pelo quarto.

Este componente da *Bundle* inclui a correta assepsia antes da manipulação, a realização do penso e a mudança dos sistemas de perfusão.

A realização do penso ao local de inserção engloba várias intervenções, nomeadamente, higienização das mãos, colocação de máscara cirúrgica, a remoção do penso do CVC com luvas limpas, o uso de luvas não dispensa a necessidade de higienização das mãos PNCl (2006). Após a colocação de luvas esterilizadas deve proceder-se à limpeza do local de inserção do CVC com soro fisiológico e desinfecção com Cutasept® Colorido. A realização do penso permite a vigilância do local de inserção, assim como o despiste de sinais inflamatórios Andrade (2010). As características do local de inserção e pontos de fixação, assim como as intervenções realizadas para a execução do penso devem ser devidamente registadas.

A colocação do CVC cria uma porta de entrada para os microrganismos, sendo importante colocar um penso oclusivo. Os pensos de proteção do local de inserção do CVC podem ser pensos transparentes de poliuretano ou de compressa com adesivo PNCl (2006). Os pensos transparentes têm vantagens complementares pois permitem a observação contínua do local de inserção, possibilitam os cuidados de higiene no duche e a sua mudança é menos frequente que nos pensos com compressa CDC (2011).

A substituição do penso do CVC deve ocorrer sempre que este se apresente húmido, descolado, repassado ou quando for necessário observar o local de inserção do cateter PNCl (2006, p.12).

CDC (2011); Andrade (2010) e PNCl (2006) definem que a substituição do penso quando este é com adesivo hipoalérgico e compressa não permeável e transpirável, tipo Mepore® deve ser realizada a cada 48 horas ou seja de 2 em 2 dias, porque este não permite a visualização do local de inserção do CVC. No entanto se o penso for transparente permeável, do tipo Tegaderm® deve proceder-se à sua execução a cada 7 dias, salvo nas circunstâncias referidas no anterior parágrafo. Deve ser colocada a data de execução no penso para facilitar a determinação da necessidade de substituição Andrade (2010, p.57).

Para Silva (2009: 129) os pensos transparentes apresentam algumas vantagens sobre os tradicionais pensos de gaze, porque permitem melhor visibilidade do

local da punção, reduzem o movimento do cateter, reduzem o risco de contaminação externa, os tempos de mudança são mais alargados e conferem maior conforto para o cliente. Os pensos transparentes estão associados a taxas de transmissão de vapor e humidade que facilitam a cicatrização, mas por outro lado aumentam o risco de infeção, no entanto existem pensos transparentes com taxas de transmissão de vapores e humidade superiores, nomeadamente o IV 3000® e o 3M Tegaderm HP® Yu-Shuang (2009) citado por Silva (2009). De acordo com os referidos autores o penso mais aconselhável a aplicar no local de inserção do CVC é o IV 3000®1- HAND, que temos disponível na nossa instituição.

A correta manutenção do acesso vascular central implica, também mudança dos sistemas de perfusão respeitando a periodicidade recomendada (Andrade et al. 2010: 57). Os sistemas de administração de fluidos endovenosos, incluindo torneiras três vias, tampas, obturadores (ou Bionecteur®) e prolongamentos, devem ser substituídos a cada 72 horas PNCl, (2006). No entanto o CDC (2011) reforça que esta substituição não deve exceder as 96h.

Os sistemas de perfusão de soluções lipídicas devem ser substituídos a cada 24 horas, no caso particular da Nutrição Parentérica, esta troca também deve ser realizada sempre que a bolsa de alimentação é substituída, que perfunde em via única, ou seja num lúmen isolado, se for um CVC com três lúmenes é o médio. Os sistemas de

perfusão de sangue ou hemoderivados devem ser substituídos com a troca de cada bolsa não excedendo um período máximo de 24 horas após o início da perfusão PNCl (2006) e Andrade 2010). Os mesmos autores referem que no caso particular das linhas de infusão de propofol a sua substituição deve ocorrer entre o período de 6 a 12 horas, após o início da perfusão.

Todas as torneiras devem estar corretamente fechadas com tampas quando o acesso não está a ser utilizado PNCl (2006). Schallam e Shomo (2011) mencionam que todos os dispositivos de acesso devem ser pulverizados com solução alcoólica antes da sua utilização e também devem ser substituídos a cada 72h como os sistemas de perfusão de soroterapia. Contudo, no caso do lúmen ou cateter não estar a ser utilizado, a mudança das tampas obturadoras preconiza-se a cada 7 dias CDC (2011).

Antes de cada manipulação das vias e conexões do CVC, para além da higienização das mãos, deve realizar-se a pulverização dos mesmos com solução alcoólica, Cutasep® Incolor. O tempo de secagem deste de acordo com as normas do fabricante é de 15 segundos. CDC (2011) e Andrade (2010) recomendam que os conectores, do tipo Bionecteur®, devem ser convenientemente manipulados realizando a sua prévia desinfeção, pois são conexões que permitem acesso ao sistema de perfusão sem recorrer ao uso de agulhas, sendo mais seguro para o profissional de saúde. Se o uso destes dispositivos não for possível é

preferível a utilização de tampas obturadoras nas torneiras de três vias e sua substituição a cada manipulação.

Andrade e Mendonça (2010) afirmam tendo por base o estudo realizado, que a implementação de conectores sem agulhas, quer valvulares ou puncionáveis, apresentam impacto positivo no controlo de infeção da corrente sanguínea relacionada com a presença de cateter venoso central, porque permitem que o sistema de infusão de fluidos permaneça em sistema fechado.

Para manter a permeabilidade do cateter venoso central existe ainda muita controvérsia, alguns autores defendem que se deve proceder à sua heparinização, outros defendem que é suficiente a permeabilização com soro fisiológico. Martins (2001) defende que basta um *flush* com alguns mililitros de soro fisiológico para manter os lúmenes não utilizados permeáveis, uma vez que o sangue apenas reflui se for exercida uma pressão negativa no cateter. A utilização de solução salina para manter a permeabilidade do CVC é realizada para evitar a exposição do cliente aos riscos que estão associados à heparina, nomeadamente reações de hipersensibilidade, hemorragia local ou alterações hematológicas especificamente trombocitopénia Goh et al. (2011). E reforçam que a permeabilização com soro fisiológico dos lúmenes que não estão a ser utilizados deve ser realizada a cada 72h e sempre que se verifique presença de sangue no lúmen. Para evitar o refluxo de sangue os lúmenes do CVC devem estar devidamente

fechados com tampa obturadora e não devem estar clampados, para não aumentar a pressão negativa provocando o refluxo e conseqüentemente obstrução Schallam e Shomo (2011).

Remoção do CVC

Há cada vez mais a preocupação de retirar o CVC o mais precocemente possível. A avaliação da necessidade do acesso vascular deve ser diária para otimizar a sua remoção quando deixa de ser necessário, sempre após indicação médica Andrade (2010,p.57).

A remoção do CVC é pertinente quando está comprometida a sua funcionalidade, esta pode ser por obstrução, exteriorização, má fixação ou infecção Martins (2001). Mendes (2007) refere que a infecção pode manifestar-se através da presença de sinais inflamatórios no local de inserção e fixação, por vezes presença de exsudato e frequentemente febre resistente à terapêutica.

A remoção precoce do CVC diminui o risco de infecção, visto que este aumenta exponencialmente com o tempo de permanência do acesso vascular IHI (2008).

Após indicação médica para a remoção do CVC, o enfermeiro deve informar o cliente e obter a sua colaboração para realizar o procedimento. Durante este deve ser utilizada técnica asséptica cirúrgica, sem esquecer a correta higienização das mãos. Martins (2001) e Mendes (2007) explicam que para realizar a remoção do CVC o cliente deve estar em decúbito dorsal com a cabeça

voltada para o lado contrário ao local de inserção do cateter. Devem ser interrompidas as perfusões e clampados os lúmenes. Após a remoção do penso deve proceder-se à desinfecção do local de inserção, com Cutasept® Colorido, de seguida cortam-se os pontos de fixação. A remoção do CVC deve ser realizada de forma suave e num movimento constante, durante o qual se possível é solicitado ao cliente para suspender a respiração após inspiração profunda. Para garantir a hemostase deve realizar-se pressão no local ex-local de inserção e por fim realizar nova desinfecção e colocar penso compressivo, que fica sob vigilância para despiste de complicações, nomeadamente hemorragia ou sinais inflamatórios. Caso haja indicação procedesse ao envio de 5 cm da ponta do cateter para o Laboratório. Após a remoção do CVC deve verificar-se a sua integridade, caso seja observada a perda de fragmentos o médico deve ser informado de imediato Martins (2001, p.76).

A fase de avaliação e a divulgação dos resultados não foram concretizadas, contudo é mensurável o impacto do projeto através da aplicação dos questionários utilizados para a fase de diagnóstico e assim quantificar quantitativamente a mais-valia do projeto.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A experiência da prática diária e a necessidade de prestar cuidados de excelência impulsiona-nos para a formação, que promove o desenvolvimento do

conhecimento e conseqüentemente a produção científica que remete para a prática baseada na evidência. Como reforçado nos padrões de qualidade a formação contínua norteia para o desenvolvimento profissional e para a qualidade dos cuidados que prestamos.

A Metodologia de Projeto é uma forma de evidenciar esta mobilização dos conhecimentos e reflete um conjunto de ações explícitas que permitem produzir uma representação antecipada de um processo de transformação. É um processo dinâmico e flexível e centra-se num problema ou necessidade. Concretamente este projeto visa a segurança do cliente tendo em conta os riscos associados à hospitalização. São precauções básicas como a higiene das mãos, o uso de equipamento de proteção individual, a adoção de medidas de isolamento quando necessário, que transparecem as boas praticas no âmbito do controlo de infeção.

Associada às IACS está uma elevada mortalidade e morbilidade, assim como avultados custos económicos. Sendo que a maioria das INCS adquiridas no hospital estão associadas ao uso de CVC. Logo é fundamental que existam ações de prevenção e controlo da infeção. A associação das intervenções leva ao aparecimento de *Care Bundles*. A junção de um conjunto de ações demonstra-se mais eficaz em simultâneo que cada uma individualmente.

O conjunto de ações que compõe a *Care*

Bundle do CVC são, Higienização das Mãos; Precauções Máximas de Barreira; Preparação do Local de inserção; Manipulação e Manutenção do CVC e Remoção Precoce. A agregação deste conjunto de ações permite desenvolver práticas mais seguras, pois diminuem o risco de infeção associada ao uso de CVC.

Para efetivar e justificar a necessidade de intervenção nesta área recorreu-se ao uso de ferramentas da gestão e assim justificar a pertinência e necessidade de intervenção. Através da aplicação de questionários, entrevista e *Stream Analysis* foi possível clarificar as dificuldades da equipa nesta área e validar o projeto de intervenção. A realização do questionário tendo por base a *Care Bundle* expôs as dúvidas e dificuldades dos enfermeiros relativamente à colocação, manutenção e manipulação de CVC's.

A exposição das necessidades permite delinear os objetivos que se pretendem atingir com a intervenção. Nomeadamente uniformizar práticas, otimizar o uso de CVC, adotar medidas de prevenção e controlo de infeção associada ao uso de CVC, disponibilizar informação e proporcionar qualidade e segurança ao cliente. A escolha das estratégias e atividades estão intimamente ligadas com os objetivos previamente definidos.

CONCLUSÃO

O uso de cateteres venosos centrais é uma prática indispensável e cada vez mais frequente, no entanto não está isenta de riscos e complicações. É um fator que

contribui para o aumento do risco de infeção da corrente sanguínea, muitas vezes associada à sua manipulação. Como enfermeiros temos a responsabilidade de garantir a segurança do cliente e prestar cuidados de qualidade baseados na evidência, projetando assim o papel especial que temos na prevenção e despiste de complicações associadas aos cuidados de saúde. Para tal é importante a formação e informação de toda a equipa para que as boas práticas sejam apropriadas e executadas por todos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alves, F. (2010) – Controlando a Infeção – Responsabilidade Profissional em Enfermagem – Revista Percursos Nº 17. p. 10 – 13. Recuperado em: <http://www.ess.ips.pt>

Andrade, A. (2010) – Prevenção da Bacteriemia associada a Cateter Venoso Central – Revista Portuguesa Medicina Interna Vol. 17 Nº1. Recuperado em: <http://www.spci.pt>.

CDC (2011)– Guidelines for the Prevention of intravascular Catheter – Related Infections – Centers for Disease Control: Departement of Health & Human Services USA. Recuperado em: <http://www.cdc.gov>

DGS (2010) – Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde – Direção Geral de Saúde - Departamento da Qualidade da Saúde/ Segurança do Doente – Circular Normativa Nº 13 de 14/06/2010. Recuperado em: <http://www.dgs.pt>.

Fortin, M. F. (2009) – Fundamentos e Etapas do Método de Investigação – Capítulo 16- Métodos de Colheita de Dados. Loures. Lusodidacta.

Goh, L. J. et al (2009) – Heparinised Saline Versus Normal Saline in Maintaining Patency

of Arterial and Central Venous Catheters. Department of nursing, Singapore General Hospital. Recuperado em: <http://www.singhecalthacademy.com.sg>

Na nossa prática diárias as exigências são cada vez maiores, vivemos numa procura constante de saber. O que permite desenvolver e evidenciar elevadas capacidades e competências de julgamento clínico e tomada de decisão alicerçados na evidência.

Para cuidar é fundamental ter conhecimentos, competências e atitudes que mobilizem todos os meios que temos disponíveis. Só assim se revela a essência do cuidar ao seu mais alto nível de excelência.

Hill, A., Hill, M. M. (2002) – Investigação por Questionário. Lisboa. Edições Sílabo.

IHI (2008) – 5 Million Lives Campaign – Getting Started Kit: Prevent Central Line Infections How to Guide. Institute Healthcare Improvement. Recuperado em: <http://www.ihl.org>.

Martins, J. (2011) – Cuidados de Enfermagem ao Doente com Cateter Venoso Central - Revista Referência Nº 7.p. 73 – 76

Mendes, L. (2007) – Doente com Cateter Venoso Central – Revista Nursing Nº 223.

Mendonça, S. (2010) – Impacto dos Conectores sem Agulhas na Infeção da Corrente Sanguínea: Revisão Bibliográfica – Ata Paulista de Enfermagem Vol. 23. Recuperado em: <http://www.scielo.br>

Pina, E. (2010) – Infeção associada aos cuidados de Saúde e Segurança do Doente. Revista Portuguesa de Saúde Pública. Vol. 10. Recuperado em: <http://www.elsevier.es>.

Pires, A.P. (2007) – Ética e Cuidar em Enfermagem. Revista Sinais Vitais nº 72. p. 47 - 49.

PNCI (2006) – Recomendações para a Prevenção de Infecção associada aos Dispositivos Intravasculares – Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Lisboa. Recuperado em: <http://www.umcci.min-saude.pt>.

PNCI (2007) – Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infecção associada aos Cuidados de Saúde – Direção Geral de Saúde. Lisboa. Recuperado em: <http://www.min-saude.pt>.

Ruivo, A., Ferrito, C., Nunes, L. (2010) – Metodologia de Projeto: Coletânea Descritiva de Etapas. Revista Percursos Nº 15. Recuperado em http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf.

Silva, A. (2009) – Infecção Associada ao Cateter Venosos Central – Revisão de Literatura. Revista Referência Nº 11. p. 125 – 134.

Schallam, L.; Shomo, J. (2011) – Keeping the Lines Open with Evidence - Based Practice and Advanced Technologies. Recuperado em: <http://www.proce.com>