



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

Prevenção da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde: Bundle do Cateterismo Venoso Periférico

Sandra Maria Martins Silveira

Orientação: Doutor João Manuel Galhanas Mendes
Doutora Maria do Céu Mendes Pinto Marques

Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização: Enfermagem Médico-Cirúrgica, A Pessoa em Situação Crítica

Relatório de Estágio

Évora, 2018



UNIVERSIDADE
DE ÉVORA



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

Prevenção da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde: Bundle do Cateterismo Venoso Periférico

Sandra Maria Martins Silveira

Orientação: Doutor João Manuel Galhanas Mendes

Doutora Maria do Céu Mendes Pinto Marques

Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização: Enfermagem Médico-Cirúrgica, A Pessoa em Situação Crítica

Relatório de Estágio

Évora, 2018

“Talvez não tenha conseguido fazer o melhor, mas lutei para que o meu melhor fosse feito. Não sou o que deveria ser, mas Graças a Deus, não sou o que era antes”

(Martin Luther King)

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer

A orientação e disponibilidade dispensada pela Exma. Dr.^a Professora Maria do Céu Marques.

À Exma. Professora Maria da Graça da Gama Pereira Antunes e ao Professor João Manuel Galhanas Mendes, pela disponibilidade e compreensão demonstradas.

Aos enfermeiros orientadores onde efetuou os estágios, pela atitude aberta e total disponibilidade que foram essenciais nos desenvolvimentos das competências.

À Enf.^a Catarina Aranha

Aos meus filhos e marido.

Aos meus pais e irmãos.

À Mafalda e à Sónia, pelo companheirismo, amizade e pelos bons momentos passados.

Aos meus colegas e amigos, pela amizade, motivação e apoio constante durante esta etapa da minha formação.

A todos aqueles, mesmo que aqui não mencionados, sabem por si só da sua importância.

A todos vós, o meu sincero **OBRIGADO!**

RESUMO

Este relatório tem como objetivo analisar o desenvolvimento de aquisição de competências específicas, que permitissem a prestação de cuidados de enfermagem diferenciados, visando o pensamento reflexivo e a consciência crítica das responsabilidades éticas, deontológicas e sociais inerentes à profissão, de forma a desenvolver uma prática proficiente, assim como a aquisição de saberes, que se refletem na qualidade dos cuidados em enfermagem e na obtenção máxima de ganhos em saúde.

A cateterização venosa periférica foi o tema escolhido para o desenvolvimento da intervenção profissional major, sendo um procedimento invasivo, da responsabilidade dos enfermeiros.

Para a sua implementação foi elaborado um procedimento de acordo com as guidelines existentes, foi feito o diagnóstico da situação e realizada formação em serviço. Conclui-se que após formação, os enfermeiros demonstram já alguma preocupação na realização correta da técnica.

Palavras-chave: Enfermagem Médico-cirúrgica, cateter venoso periférico, infeção associadas aos cuidados de saúde

ABSTRACT

Title: Prevention of Health Care Associated Infection: Bundle of Peripheral Venous Catheterization

The purpose of this report is to analyze the development of specific skills acquisition that allow the provision of differentiated nursing care, aiming at reflective thinking and critical awareness of the ethical, deontological and social responsibilities inherent to the profession, in order to develop a proficient practice , as well as the acquisition of knowledge, which are reflected in the quality of nursing care and the maximum attainment of health gains.

Peripheral venous catheterization was the theme chosen for the development of major professional intervention, being an invasive procedure, the responsibility of nurses.

For its implementation a procedure was elaborated according to the existing guidelines, the diagnosis of the situation was made and training in service was carried out. It is concluded that after training, the nurses already show some concern in the correct accomplishment of the technique.

Key-words: Medical-Surgical nursing, peripheral venous catheter, infection associated with health care

ABREVIATURAS E SIGLAS

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

AESS – Associação de Escolas Superiores de Saúde

APA- American Psychological Association

CDC – Centro de Controle e Prevenção de Doenças

CVP – cateter venoso periférico

Dec. Lei – Decreto-lei

DGS – Direção Geral da Saúde

Dr. - Doutor

EMC-PSC – Enfermagem Médico-cirúrgica – Pessoa em situação crítica

Enf.^a – Enfermeira

Enf.^o - Enfermeiro

GCL-PPCIRA – Grupo de Coordenação Local – Programa de Prevenção e Controle de Infecção e Resistência a Antimicrobianos

HICPAC – Comité Consultivo de Práticas de Controle de Infecção

IACS – Infecção associada a cuidados de saúde

IHI - Institute for Healthcare Improvement (IHI).

MRSA – *Staphylococcus aureus* resistente à metilina

N.º - Número

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

REPE – Regulamento do Exercício da Profissional do Enfermeiro

SES – Servicio Extremeño de Salud

SIV – Suporte Imediato de Vida

SAGRIS – Sistema de apoio à gestão de risco

SO – Serviço de observação

Sr.- Senhor

SU – Serviço de Urgência

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

ULSNA, EPE – Unidade Local de Saúde Norte Alentejano

ÍNDICE

| | |
|---|-----------|
| INTRODUÇÃO | 17 |
| 1 APRECIÇÃO DO CONTEXTO | 21 |
| 1.1 Hospital Universitário Extremadura..... | 21 |
| 1.1.1 Recursos materiais | 22 |
| 1.1.2 Recursos humanos | 22 |
| 1.1.3 Análise da população | 23 |
| 1.1.4 Análise de produção da unidade | 24 |
| 1.2 Serviço de Urgência Da Unidade Local De Saúde Do Norte Alentejano | 24 |
| 1.2.1 Recursos físicos e materiais | 25 |
| 1.2.2 Recursos Humanos | 27 |
| 1.2.3 Análise de produção da unidade | 29 |
| 1.2.4 Análise da população | 31 |
| 2 ANÁLISE DOS OBJETIVOS | 33 |
| 3 ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS | 36 |
| 3.1 Competências Comuns Do Enfermeiro Especialista e Mestre em Enfermagem..... | 37 |
| 3.2 Competências Específicas Do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica e Mestre em Enfermagem | 47 |
| 4 INTERVENÇÃO PROFISSIONAL MAJOR | 53 |
| 4.1 Fundamentação..... | 53 |
| 4.2 Enquadramento Concetual e Teórico..... | 54 |
| 4.2.1 Infecção associadas aos cuidados de saúde | 54 |
| 4.2.2 Segurança do doente | 57 |
| 4.2.3 Intervenções de enfermagem associadas ao cateterismo venoso periférico | 59 |
| 4.2.4 Teoria que sustenta a intervenção | 65 |
| 4.3 Diagnóstico da situação..... | 69 |
| 4.4 Objetivos | 69 |
| 4.5 População Alvo..... | 70 |

| | | |
|----------|--|------------|
| 4.6 | Metodologia | 70 |
| 4.7 | Resultados | 73 |
| 4.8 | Discussão | 89 |
| 4.9 | Conclusão | 93 |
| 5 | ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO..... | 95 |
| 6 | CONCLUSÃO | 97 |
| 7 | REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS | 100 |

ÍNDICES DE APÊNDICES

| | |
|--|-----------|
| Apêndice I – Projeto de Estágio Final | CVII |
| Apêndice II – Cronograma | CXXXII |
| Apêndice III – Questionário caracterização sociodemográfico dos enfermeiros do SU | CXXXVI |
| Apêndice IV – Pedido de parecer da Comissão de Ética da Universidade de Évora | CXXXVIII |
| Apêndice V – Parecer e Autorização do Conselho de Administração da ULSNA, EPE | CXLIV |
| Apêndice VI – Consentimento livre e esclarecido | CXLVI |
| Apêndice VII – Poster – Sistema de Triagem de Manchester – Eficácia na prática enfermagem ao doente crítico | CXLVIII |
| Apêndice VIII - Artigo: Cuidados de Enfermagem ao Doente com Cateterização Periférica - Revisão Integrativa | CL |
| Apêndice IX – Projeto de Atuação em situação de catástrofe | CLXIX |
| Apêndice X – Projeto da intervenção da higienização das mãos | CLXXVII |
| Apêndice XI – Grelha de Observação | CLXXXIV |
| Apêndice XII - Procedimento de Inserção, Fixação e Manutenção do Cateter Venoso Periférico | CLXXXVIII |
| Apêndice XIII - Bundle | CC |
| Apêndice XIV – Plano da sessão de formação | CCXI |

ÍNDICES DE ANEXOS

| | |
|---|---------|
| Anexo I – Parecer de pedido da Comissão de Ética da Universidade de Évora | CCXV |
| Anexo II – Parecer do Conselho de Administração da ULSNA, EPE | CCXVII |
| Anexo III – III Jornadas da Urgência do Hospital Dr. ° José Maria Grande | CCXXI |
| Anexo IV – Certificado do póster – “Sistema de triagem de Manchester – eficácia na prática de enfermagem na abordagem ao doente crítico” | CCXXIII |
| Anexo V - Avaliação da sessão | CCXXV |

ÍNDICE DE TABELA

| | |
|---|----|
| Tabela 1 - Caraterização sociodemográfica dos enfermeiros do SU ----- | 28 |
| Tabela 2 - N.º total de doentes atendidos no SU entre 2014 e 2016----- | 29 |
| Tabela 3 - Doentes admitidos no SU por turno, durante o 1º trimestre de 2017 ---- | 30 |
| Tabela 4 - Distribuição de doentes triados por cor de prioridade no serviço de urgência, no 1º trimestre de 2017----- | 31 |

ÍNDICE DE GRÁFICOS

| | |
|--|----|
| Gráfico 1 - Preparação do material necessário para a cateterização venosa periférica ----- | 74 |
| Gráfico 2 - Explica o procedimento e solicita consentimento ao utente ----- | 74 |
| Gráfico 3 – Observação da higiene das mãos ----- | 75 |
| Gráfico 4 - Desinfeção da pele ----- | 76 |
| Gráfico 5 - Duração a colocação do CVP ----- | 77 |
| Gráfico 6 - Penso de fixação do CVP ----- | 77 |
| Gráfico 7 - Sistemas de administração de fluidos ----- | 78 |
| Gráfico 8 - Manutenção e manuseamento do CVP----- | 79 |
| Gráfico 9 - Preparação de terapêutica ----- | 80 |
| Gráfico 10 - Causa de remoção do CVP----- | 80 |
| Gráfico 11 - Registo de enfermagem----- | 81 |
| Gráfico 12 - Observação da explicação do procedimento e preparação do material | 82 |
| Gráfico 13 - Observação da higiene das mãos ----- | 83 |
| Gráfico 14 - Observação da desinfeção das mãos ----- | 83 |
| Gráfico 15 - Observação durante a colocação de CVP ----- | 84 |
| Gráfico 16 - Observação da fixação do cateter venoso periférico ----- | 85 |
| Gráfico 17 - Observação da substituição do penso----- | 85 |
| Gráfico 18 - Observação dos sistemas de administração de fluidos ----- | 86 |
| Gráfico 19 - Observação da manutenção e manuseamento ----- | 87 |
| Gráfico 20 - Observação da preparação da terapêutica intravenosa ----- | 87 |
| Gráfico 21 - Observação da remoção do cateter----- | 88 |
| Gráfico 22 - Observação dos registos de enfermagem ----- | 88 |

ÍNDICE DE FIGURA

| | |
|---|----|
| Figura 1 - Modelo Qualidade-Cuidado | 68 |
|---|----|

INTRODUÇÃO

Este relatório de estágio, enquadra-se no âmbito do 1º Mestrado em Enfermagem em Associação, na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica, criado pelo aviso 5622/2016, publicado a 2 de maio de 2016 no n.º 84 Do Diário da República – 2.ª série, a decorrer na Universidade de Évora.

O estágio foi realizado numa Unidade de Cuidados Intensivos de um Hospital Universitário da Extremadura em Espanha e num Serviço de urgência de uma unidade hospitalar, da Unidade Local de Saúde Norte Alentejano. Teve início a 19/9/2017 e término a 27/1/ 2018.

Este documento pretende analisar e refletir sobre o percurso efetuado durante o estágio final, refletindo sobre as atividades desenvolvidas, de forma a adquirir as competências do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica e as competências de Mestre em Enfermagem, com o foco na Intervenção profissional major implementada.

No início do estágio foi elaborado o Projeto de Estágio Final (Apêndice 1). Este projeto constituiu a base de trabalho de todas as atividades planeadas, tendo permitido adquirir e desenvolver as competências propostas. Elaborou um cronograma de atividades, que me permitiu objetivar o percurso em estágio. (Apêndice 2)

Após aprofundar conhecimentos sobre as normas técnico-científicas orientadoras da prática dos enfermeiros, baseadas em recomendações nacionais e internacionais, depara-se com a falta de uniformização na prática, relativa ao procedimento de inserção, fixação e manutenção do cateter venoso periférico (CVP). Verifica que as intervenções de enfermagem associadas à técnica de cateterização venosa periférica não são reveladoras de boa prática, como é preconizado pelo Centro de Controle e Prevenção de Doenças

(CDC), podendo levar ao desenvolvimento de complicações associadas aos cuidados de saúde.

Nesta conformidade reúne com a enf.^a chefe, com a enf.^a supervisora e orientadora do estágio final, fazendo sentir a necessidade de obter a sua concordância para trabalhar o tema da Infecção Associadas aos Cuidados de Saúde, nomeadamente a boa prática associada ao cateterismo venoso periférico.

A reflexão sobre a prática levou á definição da intervenção profissional major, tal como definido no projeto de estágio e que deu o título a este relatório final: Prevenção da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde: Bundle do Cateterismo Venoso Periférico.

A seleção desta temática sustentou-se no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 (Despachonº1400-A/2015,2015), que define que a qualidade e a segurança nos sistemas de saúde são uma obrigação ética, porque contribuem para a redução de riscos evitáveis.

Este documento, constitui-se como um instrumento de apoio a gestores e clínicos na aplicação de boas práticas de segurança, sendo um dos seus objetivos estratégicos “prevenir e controlar as infeções e a resistência aos antibióticos “. Preconiza ainda, numa das suas metas, atingir uma taxa de prevalência de infeção hospitalar de 8%, até final de 2020. (DGS,2015)

Define assim, como objetivo geral do relatório:

✓ Analisar criticamente o percurso efetuado enquanto estudante e as aprendizagens vivenciadas em contexto de estágio.

Tem como objetivos específicos:

- ✓ Contextualizar os locais onde decorreram os estágios;
- ✓ Enquadrar, do ponto de vista teórico e concetual, a prática desenvolvida;

- ✓ Descrever e fundamentar a intervenção profissional major, desenvolvida no serviço de urgência;
- ✓ Refletir sobre a aquisição das competências do enfermeiro especialista em EMC-PSC, assim como as competências de mestre em enfermagem;
- ✓ Dar resposta à avaliação da unidade curricular relatório.

Uma das competências do enfermeiro especialista em EMC-PSC, é maximizar” a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e á necessidade de respostas em tempo útil e adequadas” (OE, 2014c, p. 8357).

Preconiza a DGS, que a abordagem de intervenção, deve assentar no conceito “Care Bundles”, proposto pelo (IHI) Institute for Healthcare Improvement, entendendo BUNDLE-como um feixe de 2 a 5 intervenções interdependentes, associadas á educação, formação de equipas de qualidade, monitorização do cumprimento das práticas e informação de retorno sobre o desempenho dos profissionais.

Atendendo a este constructo teórico, traçou como objetivo geral da intervenção profissional major:

- ✓ Garantir a segurança dos cuidados, através da prevenção da infeção associada aos cuidados de saúde, relacionados com o cateter venoso periférico.

Definiu como objetivos específicos:

- ✓ Criar um feixe de intervenções “Bundle”, de prevenção da infeção relacionada com o cateter venoso periférico;
- ✓ Uniformizar procedimentos, através da formação a todos os enfermeiros da equipa, no serviço de urgência;
- ✓ Refletir sobre os resultados.

A metodologia que orientou o desenvolvimento da intervenção profissional major, foi a metodologia de projeto, com a resposta às suas diferentes fases, sustentando-se no Modelo Qualidade-Cuidado©.

Para responder aos objetivos, inicia com a apresentação dos locais de estágio, os seus recursos físicos, materiais e humanos, população alvo e análise da produção de cuidados. No segundo ponto, fará uma reflexão sobre os objetivos definidos.

No terceiro ponto faz uma análise reflexiva das competências adquiridas e desenvolvidas no estágio, que permitiram a aquisição das competências do enfermeiro especialista em EMC-PSC e as competências de Mestre em Enfermagem.

No quarto ponto, segue-se a descrição de todas as fases da Intervenção profissional major implementada, dando a conhecer os resultados.

No quinto ponto, faz a análise da produção e controlo de todo o processo de aprendizagem.

Por último elabora uma conclusão onde sintetiza o que foi descrito ao longo do relatório.

A organização do presente documento, obedece às indicações dispostas no Regulamento de Estágio Final e Relatório do Mestrado em Enfermagem, sendo redigido de acordo com as normas do novo acordo ortográfico português e a referência assenta nas normas da Americana Psychological Association. (APA)

1 APRECIÇÃO DO CONTEXTO

Os estágios foram realizados numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) de um Hospital Universitário da Extremadura Espanhola, com o total de 256 horas, que permitiu desenvolver competências e habilidades no doente crítico, num Serviço de Urgência da Unidade Local de Saúde Norte Alentejano, EPE com o total de 80 horas, onde desenvolveu a intervenção profissional major.

A escolha dos locais de estágio teve como premissa, a proximidade à sua residência e local de trabalho.

1.1 Hospital Universitário Extremadura

O estágio decorreu na UCI 2, serviço direcionado para o doente do foro cardíaco, cirúrgico, neurológico e transplantado. Recebe doentes de todas as idades, em situação crítica, e em estreita colaboração com outros serviços hospitalares.(SES, 2016)

A unidade de cuidados intensivos é um serviço diferenciado que possui equipamentos de alta tecnologia de monitorização, onde são prestados cuidados especializados de intervenção terapêutica, direcionadas ao doente crítico. O serviço tem uma lotação de 30 camas, dividindo-se em UCI 1 e UCI2, com recursos humanos e materiais próprios.

Este hospital tem como missão: proporcionar aos utentes cuidados de carácter público e universais com qualidade, nas vertentes de prestação de cuidados e reabilitação, prevenção da doença e promoção da saúde. Pretende ser uma organização na procura da excelência, da procura da qualidade, bem como promover a educação, a investigação, a inovação e adaptar-se às novas necessidades de saúde. (SES, 2015)

Baseia-se nos seguintes princípios: **Universalidade:** Garantir o direito e a proteção da saúde de todos os cidadãos; **Equidade:** Proporcionar o acesso de saúde a todos os cidadãos com a mesma igualdade, salientando a união social e solidariedade;

Participação: Garantir não só a participação de todos os cidadãos de forma a cumprirem os seus direitos e responsabilidade com o serviço de Saúde como também participação dos profissionais para implementar a eficácia e qualidade do sistema sanitário, sendo fundamental a sua participação para atingir os objetivos da organização; **Eficiência:** Adquirir o compromisso de conseguir a máxima eficácia e qualidade com o menor custo possível conforme os âmbitos da gestão e respeitando os princípios de equidade e universalidade. (SES,2016)

1.1.1 Recursos materiais

A UCI 2, é “*open space*”, com camas individualizadas, separadas por paredes laterais. Existem 6 unidades fechadas com vidro na zona frontal, permitindo o isolamento e a vigilância do doente. Cada unidade dispõe de cama articulada, monitor cardíaco com monitorização de pressão arterial invasiva, saturação de oxigénio, frequência cardíaca e respiratória, rampa de aspiração, rampa de oxigénio e ventilador invasivo. Também possui todo o material para tratamento e administração de terapêutica, assim como material para realização de pensos. A unidade do doente possui um sistema informático em rede sendo possível aceder a todos os dados do doente em tempo real.

Na região central da UCI, existe um balcão onde existem computadores ligados por sistema de telemetria, permitindo a visualização dos utentes, assim como a sua monitorização hemodinâmica. Além dos equipamentos existentes, em cada unidade, existe ainda um carro de emergência, equipamentos de hemofiltração, ventilador invasivo portátil e eletrocardiógrafo.

As normas e procedimentos de serviço encontram-se disponíveis e organizadas de forma acessível aos profissionais.

1.1.2 Recursos humanos

À data da realização do estágio a equipa de enfermagem da UCI tem como dotação 58 enfermeiros. A equipa de enfermagem da UCI 2 Tem dotação de 24 elementos, acrescentando um enfermeiro supervisor e um enfermeiro responsável. A distribuição da

equipa é feita pelo supervisor: O método de trabalhos adotado é o método de trabalho por enfermeiro responsável: 4 enfermeiros no turno da noite, 5 enfermeiros no turno da manhã e da tarde, todos os dias da semana.

A equipa de auxiliares de enfermagem é constituída por 17 elementos, sendo distribuídos 3 elementos por turno (manha, tarde e noite). Existe ainda uma equipa de maqueiros, um para cada unidade de cuidados e um segundo elemento circulante para dar apoio às duas unidades.

Da equipa médica, fazem parte o Chefe de serviço, 10 médicos intensivistas residente e 2 médicos supervisores. Acrescem os alunos que estão a fazer o internato e alguns médicos a fazer a especialidade de intensivistas. Estes médicos são ainda apoiados pelos médicos de outras especialidades do hospital, quando solicitados.

1.1.3 Análise da população

O doente crítico “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.” (Ordem dos Enfermeiros, 2011c, p. 8656)

A UCI recebe doentes, vindos do exterior e que exigem cuidados especializados de forma a prevenir ou minimizar riscos de falência multiorgânica. Também recebe doentes vindos do internamento, urgência e bloco operatório, que necessitam cuidados especializados com maior vigilância, monitorização e terapêutica, e cuja sua sobrevivência depende destes cuidados.

O hospital situa-se junto à fronteira com Portugal, onde sempre que ocorrem situações com doentes críticos em situação de “*lifesaver*”, recebe doentes oriundos de Portugal, carecendo sempre de contato prévio.

1.1.4 Análise de produção da unidade

Os dados divulgados referem-se ao ano 2016. De acordo com o SES, referente a 2016 na UCI foram admitidos 562 doentes urgentes, 700 doentes transferidos de outras unidades hospitalares e 1 admissão programada, perfazendo num total de 1263 admissões. A demora média é de 4,54 dias, o que traduz um índice de ocupação global de 52,26%. O índice de mortalidade na UCI, situa-se entre os 15% e os 18%. (SES, 2016)

1.2 Serviço de Urgência Da Unidade Local De Saúde Do Norte Alentejano

O serviço de urgência, da Unidade Local de Saúde Norte Alentejana, enquadra a sua atividade na política da ULSNA, EPE. Está classificada como SUB de acordo com o despacho n.º 13 427/2015 de 20 de novembro, no entanto continua a satisfazer todas as urgências da área médico-cirúrgica, que estejam no âmbito das especialidades básicas – Medicina, Cirurgia e Ortopedia, e continua a prestar cuidados de acordo com a classificação de 1996 - Serviço de Urgência Básica integrada no 3º nível dos Serviços de Urgência - Relatório Reestruturação Urgências, 1996.

A este serviço recorrem todos os utentes variadas idades. Quando há necessidade de apoio de especialidades médicas que o hospital não possui, os utentes são estabilizados e transferidos para outros hospitais.

A unidade local de saúde tem como:

Missão “...promover o potencial de todos os cidadãos, através do fomento da saúde e da resposta à doença e incapacidade, garantindo a qualidade dos serviços prestados, a tutela da dignidade humana e a investigação permanente na procura de soluções que reduzam a morbilidade e permitam obter ganhos em saúde.” (ULSNA, EPE, 2016, p.7)

Visão: “construir uma imagem de excelência no atendimento dos cidadãos, na ligação á comunidade, na criação de parcerias, na investigação permanente e no impacto das atividades desenvolvidas.” (ULSNA, EPE, 2016, p.7)

Valores: “respeito pela dignidade e direitos dos utentes, excelência técnica, acessibilidade e equidade dos cuidados, promoção da qualidade, motivação e atuação pró-ativa, melhoria continua, trabalho de equipa, respeito pelas normas ambientais.” (ULSNA, EPE, 2016, p.7).

1.2.1 Recursos físicos e materiais

O serviço de urgência da ULSNA, EPE, é um serviço com instalações com mais de 25 anos, situa-se no 1º piso do edifício e está distribuído pelos seguintes espaços:

- Zona de entrada: sala de espera e instalações sanitárias para utentes; receção/ área de trabalho administrativo. Na sala de espera aguardam os utentes com prioridade pouco urgente e não urgente.

- Sala de triagem, local onde é efetuada a Triagem de Manchester.

- Balcão 1, onde são atendidos os doentes não urgentes.

No lado esquerdo do corredor estão situadas: sala de diretos/reanimação; sala de pequena cirurgia; balcão 2; sala de especialidades.

- Sala de Diretos/Reanimação, onde são prestados cuidados diferenciados a utentes em situação crítica, com todo o material e equipamento necessários.

- Pequena Cirurgia, sala onde são realizados procedimentos cirúrgicos.

- Balcão 2, espaço para encaminhamentos os utentes urgentes e muito urgentes que necessitam de vigilância medica e de enfermagem com necessidade de monitorização cardíaca e de oximetria.

- Balcão de Ortopedia, local onde são prestados cuidados ao doente do foro ortopédico e traumatológico.

- Sala de Especialidades, utilizada pelos médicos especialistas para observação de doentes.

- Sala de exames, local onde realizam eletrocardiogramas.

- O serviço integra um Serviço de Observação (SO), com dotação de 4 camas, distribuídas por 2 salas separadas por uma zona de trabalho no qual são internados doentes com instabilidade hemodinâmica, que necessitam de vigilância permanente por um período de 24 horas, assim como doentes que aguarda decisão clínica.

O corredor é o utilizado como sala de espera interna por insuficiência de instalações. Aqui permanecem os doentes triados a aguardar observação médica, administração de terapêutica ou aguardando resultados de exames complementares de diagnóstico. Existe capacidade para 8 cadeirões e 8 macas.

O serviço também dispõe de sala de arrumos, copa, instalações sanitárias, sala de sujos, sala de pausa e base da equipa do pré-hospitalar.

Relativamente a materiais e equipamentos clínicos, o SU dispõem de: carro de emergência, monitores cardíacos em todas as salas, monitores cardíacos desfibrilhadores, seringas infusoras, medidores eletrónicos de sinais vitais, aspiradores de secreções em todas as salas, ventilador invasivo, um ventilador não invasivo, rampas de oxigénio em todas as salas, 2 Pyxis (dispensa informática de medicamento), onde se encontra os fármacos necessários; um armazém onde se encontra o restante material de consumo clínico, linha telefónica e acesso a internet, assim como computadores em todas as salas. O programa de suporte aos registos clínicos é o programa ALERT.

1.2.2 Recursos Humanos

A equipa de enfermagem do serviço de urgência tem dotação 24 enfermeiros, 6 dos quais integram a equipa de pré-hospitalar – ambulância Suporte Imediato de Vida (SIV). Integram também a equipa multidisciplinar, 8 assistentes operacionais, 8 administrativos e 24 médicos especialistas (8 internistas, 6 ortopedistas, 7 cirurgiões e 3 anestesistas).

A equipa do serviço, segue a seguinte distribuição e metodologia de trabalho:

- Enfermeiros: 4 no turno da manhã, 4 do turno da tarde e 2 no turno da noite para assegurar o serviço de urgência de acordo com os postos de trabalho atribuídos e 1 enfermeiro 24h por dia que assegura o meio SIV;

- Médicos: 2 médicos de medicina geral e familiar, um internista, um cirurgião, um ortopedista e um anestesista 24 horas por dia, 7 dias por semana;

- Assistentes operacionais: 2 no turno da manhã, 2 no turno da tarde e 1 no turno da noite;

- Administrativos: 2 no turno da manhã, 2 no turno da tarde e 1 no turno da noite. Existe ainda uma técnica de imunohemoterapia e um técnico de imagiologia em presença física as 24h, assegurando o serviço de patologia clínica e imagiologia respetivamente. O serviço conta ainda com o apoio de um médico radiologista em regime de prevenção.

Para melhor caracterização da equipa de enfermagem do serviço de urgência, elabora um questionário (Apêndice 3), e aplica-o. Este instrumento permite-lhe obter os dados sociodemográficos. Os dados são apresentados na tabela 1.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica dos enfermeiros do SU

| | | Totais (n=20) | Percentagem |
|------------------------|-----------------------------|---------------|-------------|
| Escala etária | 21-30 | 0 | 0,00% |
| | 31-40 | 10 | 50,00% |
| | 41-50 | 7 | 35,00% |
| | 51-60 | 3 | 15,00% |
| Sexo | Masculino | 6 | 30,00% |
| | Feminino | 14 | 70,00% |
| Anos de serviço | 0-5 | 1 | 5,00% |
| | 6-10 | 5 | 25,00% |
| | 11-15 | 2 | 10,00% |
| | 16-20 | 5 | 25,00% |
| | 21-25 | 3 | 15,00% |
| | 26-30 | 4 | 20,00% |
| | 31-35 | 0 | 0,00% |
| | 36-40 | 0 | 0,00% |
| Anos no SU | 0-5 | 5 | 25,00% |
| | 6-10 | 5 | 25,00% |
| | 11-15 | 3 | 15,00% |
| | 16-20 | 4 | 20,00% |
| | 21-25 | 3 | 15,00% |
| | 26-30 | 0 | 0,00% |
| | 31-35 | 0 | 0,00% |
| | 36-40 | 0 | 0,00% |
| Enf. especialista | Sim | 1 | 5,00% |
| | Não | 19 | 95,00% |
| Enf. Especialista Área | Saúde Comunitária | 0 | 0,00% |
| | Médico-cirúrgica | 1 | 100,00% |
| | Saúde Mental e Psiquiatria | 0 | 0,00% |
| | Saúde Infantil e Pediatria | 0 | 0,00% |
| | Saúde Materna e Obstetrícia | 0 | 0,00% |
| | Reabilitação | 0 | 0,00% |

Analisando a tabela de caracterização sociodemográfico dos enfermeiros do serviço de urgência, verifica-se que a amostra é maioritariamente feminina. A faixa etária situa-se entre os 30-34 anos e os 40-44anos.

No que se refere aos anos de serviço é um grupo heterogéneo, traduzindo uma equipa jovem. Relativamente ao tempo de exercício no serviço de urgência, 31,8 dos enfermeiros estão no serviço há menos de 6 anos.

Todos os enfermeiros são licenciados e existe uma enfermeira detentora do título de enfermeira especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

1.2.3 Análise de produção da unidade

De acordo com os dados cedidos pelo gabinete de planeamento e controle, e fazendo uma análise retrospectiva dos últimos 4 anos, salientamos que tem diminuído os números de doentes que recorreram ao serviço de urgência, como se pode verificar em tabela 2.

Tabela 2 - N.º total de doentes atendidos no SU entre 2014 e 2016

| Ano | Nº Total dos doentes |
|------|----------------------|
| 2014 | 30.662 |
| 2015 | 29.279 |
| 2016 | 29.568 |

Font in: Pordata, última atualização 2018.

Foi também realizada a análise pormenorizada dos dados estatísticos do 1º trimestre, disponíveis no momento na realização deste relatório. Estes dados são apresentados na tabela nº3.

Tabela 3 - Doentes admitidos no SU por turno, durante o 1º trimestre de 2017

| | Nº total de doentes | Nº de doentes / dia | % doentes |
|--------------------------|---------------------|---------------------|-----------|
| 1º Trimestre 2017 | 7288 | 81 | 100,0% |
| Admitidos no Turno noite | 625 | 7 | 8,6% |
| Admitidos no Turno manha | 3797 | 42 | 52,0% |
| Admitidos no Turno tarde | 2864 | 32 | 39,4% |

Font in: ULSNA, EPE, Adw, Alert®, 2017

Da análise dos dados salienta-se a menor percentagem de doentes admitidos no turno da noite, o que justifica a menor dotação de enfermeiros neste turno. Contudo destaca que a sobrecarga de trabalho varia com o número de doentes e com o estado clínico, sendo fundamental que os doentes sejam observados por ordem de gravidade clínica e não por ordem de chegada.

O sistema de triagem em vigor no serviço de urgência é a Triagem de Manchester, que permite atribuir cinco níveis de prioridade, conforme as queixas e os sinais de gravidade dos utentes. Os níveis são: emergente (vermelho), muito urgente (laranja), urgente (amarelo), pouco urgente (verde) e não urgente (azul). Tendo cada nível um tempo alvo para a avaliação médica respetivamente de 0, 10, 60, 120 e 240 minutos.

Tabela 4 - Distribuição de doentes triados por cor de prioridade no serviço de urgência, no 1º trimestre de 2017

| Cor Triagem | N.º doentes | % doentes |
|--------------|-------------|-------------|
| Vermelho | 33 | 0.5% |
| Laranja | 802 | 11% |
| Amarelo | 3247 | 44.7% |
| Verde | 2950 | 40.5% |
| Azul | 119 | 1.6% |
| Branco | 121 | 1.7% |
| Total | 7272 | 100% |

Font in: ULSNA, EPE, Adw, Alert®, 2017

De salientar que os doentes admitidos no serviço de urgência são triados de cor amarela (44.7%) e com verde (40.5%). Os doentes triados de cor branca, em número ainda significativo, são doentes transferidos de outras unidades hospitalares mais diferenciadas para a área de residência.

1.2.4 Análise da população

O hospital serve a população do concelho e a população dos concelhos limítrofes. De acordo com os censos 2011, esta cidade tem uma população de 23 078 habitantes, sendo que 5103 (22,11%) são pessoas com idade igual ou superior a 65 anos.

Ainda que existam alguns concelhos que geograficamente não pertencem ao distrito de Portalegre e que não fazem parte da área de influência da ULSNA, EPE, as suas populações procuram os serviços de saúde disponíveis neste hospital, quer pela proximidade, quer por preferência pessoal.

Se juntarmos a população dos concelhos limítrofes, o hospital tem uma população alvo de cerca de 56 194 habitantes. (Pordata, 2015)

Ao Analisar a população com idade igual ou superior a 65 anos verifica-se que dos 56 194 habitantes, 13 683 se enquadram deste grupo etário o que significa 24,3% da população.

2 ANALÍSE DOS OBJETIVOS

Foi definido para o relatório de estágio, como Objetivo Geral: Analisar criticamente o percurso efetuado enquanto estudante e as aprendizagens vivenciadas em contexto de estágio.

Este projeto permitiu organizar o percurso e as metas a alcançar no final do estágio.

A determinação dos objetivos permite definir as metas e/ou resultados que se desejam obter com a intervenção aplicada, bem como selecionar estratégias com vista ao desenvolvimento das ações planeadas. (Fortin et al., 2009)

Foram ainda definidos os objetivos específicos

✓ Contextualizar os locais onde decorreram os estágios;

Nos últimos 12 anos desenvolveu a sua atividade profissional no serviço de urgência. Neste percurso identificou as suas necessidades formativas e motivação profissional.

Realiza formação na área da emergência pré-hospitalar fazendo parte integrante da equipa da ambulância SIV. Participa em diversas ações de formação, centradas na área da urgência e emergência. Contudo, continua a sentir necessidade de desenvolver competências na abordagem ao doente crítico e sente como janela de oportunidade, a frequência no mestrado em enfermagem.

A escolha dos locais de estágio, como já salientado, tiveram em conta a proximidade ao seu agregado familiar e o SU, por ser o contexto onde desenvolve a sua prática profissional e onde pretende intervir.

A supervisão nos campos de estágio foi efetuada na UCI, por um enfermeiro perito, por ausência de enfermeiro especialista. No SU por uma enfermeira especialista em EMC-PSC:

- ✓ Enquadrar, do ponto de vista teórico e conceitual, a prática desenvolvida;
- ✓ Descrever e fundamentar a atividade major de intervenção, desenvolvida no serviço de urgência;

De acordo com o plano nacional de saúde, 2015-2020, o acesso a cuidados de saúde de Qualidade, é um direito fundamental do cidadão, sendo que, a segurança é um dos elementos fundamentais da Qualidade em Saúde.

A melhoria da Cultura de Segurança do ambiente interno, nas Instituições prestadoras de cuidados de saúde, é um imperativo e uma prioridade, consagrada na Estratégia Nacional para a Qualidade em Saúde (Despacho nº 140-A/2015).

A OMS e o Conselho da UNIÃO EUROPEIA recomendam, o desenvolvimento de planos de formação graduada, pós-graduada e contínua, que potenciem a aprendizagem sobre a melhoria da cultura interna de segurança do doente.

Os objetivos definidos para a implementação da intervenção, no SU, visaram responder a esta temática e aos objetivos do Programa de Prevenção Controle e Resistência aos Antibióticos (PPCIRA), conforme Despacho nº2902/2013, de 22 de fevereiro.

Os objetivos deste Programa são; reduzir a taxa de infeção associada aos cuidados de Saúde. Uma das principais estratégias defendidas por este programa, são a normalização dos procedimentos e práticas clínicas, sustentadas em informação/educação dos profissionais de saúde.

Os ganhos em saúde, sensíveis aos cuidados de enfermagem, demonstram o estado, comportamento ou perceção variável e mensurável de um utente, que é amplamente influenciado pelas intervenções de enfermagem. Para a monitorização destes ganhos são

necessários indicadores, defendidos como variáveis, que constituem um meio fidedigno e simples para que o fenómeno seja mensurável e permita avaliar as mudanças associadas a cada intervenção. (OE, 2011)

O objetivo é proporcionar a segurança dos doentes, pela uniformização e melhoria da prática de cuidados de enfermagem, obtendo ganhos em saúde.

A aquisição das competências de enfermeiro especialista em EMC-PSC e a avaliação da intervenção, será documentada nos capítulos seguintes, tentando dar resposta á avaliação da Unidade Curricular Relatório.

A segurança do doente têm-se assumido como componente chave da qualidade dos cuidados, tanto para os doentes, que se desejam sentir seguros, como para os profissionais, que pretendem prestar cuidados seguros, eficientes e efetivos. (DQS, DGS, 2017)

3 ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS

A aquisição das competências de enfermeiro especialista em EMC-PSC e competências de mestre, foi o principal objetivo das atividades desenvolvidas ao longo do estágio.

Este permitiu o aprofundamento do saber-saber, saber-fazer e saber-ser, enquanto pessoa e profissional na área da especialidade. Ao desenvolver capacidades de resposta e compreensão da pessoa em situação crítica numa perspetiva holística, adequou os diferentes métodos de análise e aplicou intervenções especializadas, segundo uma visão académica mais avançada.

De acordo com o regime jurídico dos graus académicos e diplomas do ensino superior (Decreto-Lei n.º 115/2013 de 7 de agosto, 2013) e de acordo com o regulamento do mestrado em enfermagem (AESES, s.d.), o mestre em enfermagem:

1- Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada;

2- Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência;

3- Tem capacidade para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais;

4- Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida;

5- Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais;

6- Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular;

7- Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.

3.1 Competências Comuns Do Enfermeiro Especialista e Mestre em Enfermagem

As competências comuns do enfermeiro especialista são partilhadas por todos os enfermeiros especialistas independentemente da sua área de especialidade,

“a atuação do enfermeiro especialista inclui competências aplicáveis em ambientes de cuidados primários, secundários e terciários, em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde. Também envolve as dimensões de educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança e inclui a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo a investigação relevante, que permite avançar e melhorar a prática de enfermagem.” (Ordem Enfermeiros, 2011b, p. 8648)

As competências de mestre e as competências do enfermeiro especialista em EMC-PSC, surgem associadas e fundamentadas em conjunto, pois as atividades para a sua aquisição são comuns.

Competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

A1 - Desenvolve uma prática ética e profissional na área de intervenção.

A2 - Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Competência de mestre n.º 3

Tem capacidade para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais.

No início do estágio, houve necessidade de rever a deontologia profissional, de modo a prever situações que pudessem ocorrer durante a prática clínica. O enfermeiro especialista demonstra capacidade para tomada de decisão, em múltiplas situações da prática especializada, sendo suportada em princípios, valores e normas deontológicas. Lidera processos de decisão ética de grande complexidade, avalia e reflete sobre os resultados. (OE, 2011b)

O artigo 99.º da deontologia profissional, descrita no capítulo VI da Lei 156/2015 de 16 de setembro, refere como princípios gerais que as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro, tendo como valores universais: a igualdade, liberdade responsável, a verdade e a justiça; o altruísmo e a solidariedade e a competência e aperfeiçoamento profissional. (Dec. Lei 156, 2015) Ao longo do estágio e enquanto profissional teve como base de conduta das intervenções de enfermagem esta mesma defesa da liberdade e dignidade, respeitando as decisões do doente e família e envolvendo-os na decisão clínica, “porque a dignidade diz respeito ao ser humano, nela se ancoram a autonomia, o respeito pelas escolhas de cada um, a tolerância ativa face as diferenças, o respeito pelas opiniões e convicções pessoais” (Nunes, 2008, p. 37)

Deparou-se com doentes em diferentes casos clínicos, que permitiram desenvolver habilidades na tomada de decisão ética e deontológica, avaliando as melhores práticas para o bem-estar do doente, revelando a competência de mestre.

Em vários momentos, questionou, refletiu e partilhou com o enfermeiro supervisor, a opinião face às decisões da equipa perante algumas situações.

A doação de órgãos, foi uma situação com a qual não estava muito familiarizada na prática e que lhe suscitou algumas questões éticas. Em Espanha, apesar de serem considerados dadores todos os cidadãos que não tenham manifestado em vida a sua vontade contrária, existe uma obrigatoriedade de consentimento da família em relação a esta questão. A recolha de órgãos só é efetuada após assinatura de consentimento familiar. (Organización Nacional de Transplantes, 2017) Por ser uma área de interesse pessoal, teve necessidade de comparar as práticas nos dois países. Considera que existe um respeito notório pela família e pelos seus sentimentos, revelado através da obrigatoriedade de assinatura do consentimento.

Segundo o Dec. Lei 156 (2015), o enfermeiro especialista “respeita os direitos humanos, analisa e interpreta situações específicas de cuidados especializados, assumindo a responsabilidade de gerir situações potencialmente comprometedoras para os clientes promove o direito: à informação, confidencialidade, privacidade, autodeterminação, respeito pelos valores e crenças espirituais”. (p.8650) No que diz respeito à autodeterminação, valores e crenças, deparou-se com situações que levou a questionar e refletir, no entanto julga que teve sempre em conta a vontade do doente /família. Foi notória a preocupação da equipa em chamar a família nas situações críticas do doente, englobando-a sempre nas decisões. Fazendo parte da equipa multidisciplinar, fez consequentemente parte da tomada de decisão e da transmissão de informação.

No decorrer do estágio, teve presente a preocupação numa comunicação sólida, fundamentada, correta e compreensível ao doente e família, de forma a salvaguardar o princípio da autonomia e o consentimento informado, para que estes pudessem participar na decisão de forma livre e esclarecida. O consentimento livre e esclarecido é acautelado pelo artigo 105.º da deontologia profissional, “no respeito pelo direito à autodeterminação, o enfermeiro assume o dever de respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado” (Dec. lei n.º 156, 2015, p. 8103).

Estas competências foram também trabalhadas, aquando da redação dos documentos elaborados para parecer da comissão de ética para a investigação científica nas áreas de Saúde Humana e Bem-estar da Universidade de Évora (Apêndice 4), parecer da comissão de ética da ULSNA, EPE (Apêndice 5) e na elaboração do consentimento livre e esclarecido da equipa de enfermagem (Apêndice 6). Ambos os pareceres foram favoráveis (Anexo 1) e (Anexo 2).

Os momentos vividos em estágio, repletos de sabedoria e humanismo, aliados de uma grandeza ética, contribuíram para o desenvolvimento pessoal e profissional. Este enriquecimento, necessitou de ser refletido, discutido e conceptualizado. Por tudo o que foi descrito, considera que as competências foram adquiridas e desenvolvidas.

Competências no domínio da melhoria da qualidade

B1 – Desempenha um papel dinamizador e de suporte no desenvolvimento de iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.

B2 - Elabora, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade.

Competência de mestre n.º 5

Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais.

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 (PNS, 2015-2020) visa, através de ações transversais, melhorar a prestação segura de cuidados de saúde em todos os níveis, de forma integrada e num processo de melhoria contínua da qualidade.

No serviço de urgência, reuniu com a Enfermeira Chefe e enfermeira supervisora para efetuar uma reflexão conjunta sobre os projetos de melhoria contínua implementados.

Relativamente aos projetos desenvolvidos na área das quedas e úlceras por pressão, participou ativamente na elaboração das escalas e adotou medidas para minimizar os riscos associados. Perante a equipa incentivou a realização das escalas de Morse e Braden e o registo de intervenções efetuadas, de modo a produzir evidência sobre os cuidados.

Ao longo do estágio, teve sempre presente os padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica. (OE, 2011a) Estes constituem um quadro de referência para o exercício profissional do enfermeiro especialista em EMC-PSC.

No que diz respeito à organização dos cuidados, no serviço de urgência existe um sistema de triagem promotor do atendimento sustentado em prioridades clínicas. Não existe um sistema de informação que incorpore as necessidades de cuidados de enfermagem especializados. (OE, 2011a) Neste serviço, o sistema informático não é facilitador dos registos, no entanto existe um projeto de melhoria contínua em desenvolvimento, sobre registo mínimo de dados do doente e que será um aspeto de melhoria futura.

A elaboração da intervenção profissional major relacionada com a prevenção e controlo da infeção, foi um projeto de melhoria implementado no decurso do estágio e que permitiu desenvolver estas competências. Sendo um instrumento de melhoria da qualidade, apresenta elevado rigor técnico e científico baseado na evidência científica, dirigida ao cliente. (Ribeiro, 2016) Esta irá ser relatada no capítulo 4.

Paralelamente a este desenvolvimento, participou nos projetos de melhoria contínua desenvolvidos pelas colegas de mestrado, no âmbito da transição de cuidados de enfermagem no serviço de urgência e revalidação de competências em SBV/DAE.

Por todas as atividades desenvolvidas considera esta competência adquirida

B3 – Cria e mantém um ambiente terapêutico seguro

Segundo o regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista, considera que a gestão do ambiente, centrada na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, atua proactivamente promovendo a envolvência adequada ao bem-estar e gerindo o risco. (OE, 2011b)

Ao longo do estágio, criou condições para a prestação de cuidados de enfermagem, implementando um ambiente seguro e fazendo a gestão do risco. As instituições de saúde, devem desenvolver uma cultura de segurança, que promova a melhoria dos cuidados prestados e a segurança do doente. (DGS, 2015) De acordo com os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem “a tomada de decisão do enfermeiro que orienta o exercício profissional autónomo implica uma abordagem sistémica e sistemática.” é necessário identificar, planear e realizar as intervenções de forma a evitar riscos, identificando precocemente os problemas potenciais ou reais. (OE, 2001, p. 12)

Na prática identificou situações de risco reais e potenciais, que colocavam em risco a segurança dos doentes, famílias e profissionais. Desenvolveu atividades imediatas para reduzir ou evitar os possíveis danos. Partilhou com o enfermeiro supervisor a experiência, criando momentos de reflexão e avaliando as medidas implementadas.

Durante o decorrer do estágio, manteve a postura da notificação de eventos adversos no sistema informático interno SAGRIS. Incentivou os colegas para a cultura de notificação como forma de resolução de problemas.

A intervenção profissional major, apresenta-se na linha de investigação da segurança do doente, possibilitando um ambiente terapêutico seguro.

Por todas as atividades desenvolvidas considera esta competência adquirida

Competências no domínio da gestão de cuidados

C1 - Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional.

C2 - Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados.

Competência de mestre n.º 1

Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada.

De acordo com o artigo 9.º do REPE,

“Os enfermeiros contribuem, no exercício da sua atividade na área da gestão, investigação e docência, formação e assessoria, para a melhoria e evolução da prestação de cuidados de enfermagem, nomeadamente avaliando e propondo os recursos humanos necessários para a prestação de cuidados de enfermagem, estabelecendo normas e critérios de atuação (...), e propondo protocolos e sistemas de informação adequados para a prestação de cuidados” (OE, 2015, p. 103).

No decorrer do estágio, foi possível acompanhar a enfermeira chefe nas funções relacionadas com a gestão e tomada de decisão, tendo oportunidade de acompanhar nas tarefas inerentes à gestão, nomeadamente, nos pedidos de material de consumo clínico e hoteleiro e solutos. Nunes (2006) refere que a responsabilidade do chefe é responder pela qualidade dos cuidados de enfermagem, promover o desenvolvimento de competências dos colegas e orientar o seu desempenho.

Existe uma diferença notória entre os dois campos de estágio. Em Portugal estes pedidos são da responsabilidade da enfermeira chefe ou enfermeira responsável de serviço, em dias pré-definidos. Em Espanha, estes pedidos são da responsabilidade da auxiliar de enfermagem, assim como o seu acondicionamento.

Relativamente à organização de cuidados, no serviço de urgência, os enfermeiros são distribuídos pelos diferentes postos de trabalho. (SO, Balcão e Triagem) Prestam cuidados ao doente durante o seu tempo de permanência no serviço, planeando os cuidados, executando e avaliando as intervenções realizadas.

Durante a prática profissional e sempre que designada pela chefe, foi responsável de turno. Teve oportunidade de desempenhar estas funções com supervisão, analisando criticamente a tomada de decisão e partilhando dúvidas. Desta forma assegura a continuidade de cuidados. Enquanto enfermeira que integra o meio SIV, foi nomeada responsável operacional deste meio. Tem como função coordenar as respostas dos profissionais de enfermagem, zelar e promover a prontidão, a eficácia e eficiência e a elevada qualidade nos cuidados de enfermagem ao cidadão. Tendo esta responsabilidade e estando a SIV integrada no serviço de urgência, em articulação com a enfermeira chefe (coordenadora do meio SIV), participou na gestão de material de consumo clínico, efetuou “*check list*” do material existente na ambulância e participou na elaboração do horário do mês de janeiro de 2018. Integrou o grupo de trabalho responsável pela formação dos enfermeiros do meio SIV, participando no diagnóstico de necessidades formativas e na avaliação do impacto das formações nos profissionais.

Por todas as atividades desenvolvidas considera esta competência adquirida

D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.

Competência de mestre n.º 4

Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida.

A formação é a área onde o enfermeiro especialista retrata os seus contributos, diagnostica necessidades formativas e intervém, com o objetivo de melhorar a qualidade do exercício profissional junto da equipa. (Ribeiro, 2016)

Esta competência foi desenvolvida ao longo dos estágios e permitiu a reflexão das aprendizagens, enquanto pessoa e enquanto enfermeira especialista. É uma competência em permanente construção, sendo na prática diária um desafio que conduz á necessidade de um aperfeiçoamento contínuo dos cuidados de enfermagem.

Sentiu necessidade de aprofundar os conhecimentos teóricos no âmbito da especialidade, baseando-se na prática baseada na evidência. Efetuou pesquisa nas bases de dados científicas utilizando o motor de busca Ebsco.

Com base na deontologia profissional, o, artigo 109.º, “o enfermeiro procura, em todo o ato profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever de manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” (Lei n.º 156/2015, p. 8103).

O percurso realizado durante o estágio, permitiu transformar uma oportunidade num processo de melhoria através da estratégia de intervenção major.

Ao realizar o presente relatório, consciencializou-se da progressiva maturidade do seu desenvolvimento. Durante a vida profissional procura a assertividade e o autoconhecimento.

Por todas as atividades desenvolvidas considera esta competência adquirida

D2 – Baseia a sua práxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

Competência de mestre n.º 2 e n.º 6

Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência.

Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular.

“Os enfermeiros concebem, realizam, promovem e participam em trabalhos de investigação, que visem o progresso da enfermagem em particular e da saúde em geral.” (OE, 2015, p.103)

O fato de frequentar o mestrado têm capacitado para o desenvolvimento de conhecimentos e competências, em complemento das já adquiridas.

Para aumentar e partilhar conhecimentos, durante o período de estágio teve oportunidade de:

Estar presente nas III Jornadas da Urgência, que decorreram nos dias 23 e 24 novembro de 2017, organizadas pelo Serviço de Urgência do Hospital Dr. ° José Maria Grande (Anexo 3), integrado nas jornadas apresentou póster com o título de Sistema de Triagem de Manchester – eficácia na prática de enfermagem na abordagem ao doente crítico (Apêndice 7), tendo sido classificado como 1º lugar, após avaliação da Comissão Científica (Anexo 4).

O desenvolvimento desta competência é justificado pela elaboração da estratégia de intervenção profissional. Considera que o desenvolvimento da formação em serviço, proporciona um aumento das capacidades e aprendizagens dos enfermeiros, constituindo uma relação entre a teoria e a prática, para melhorar os cuidados de enfermagem.

A produção de conhecimentos só é relevante se for acompanhada pela divulgação dos mesmos. No decorrer do estágio, foi efetuado um artigo: Cuidados de enfermagem no doente com cateterização periférica: revisão integrativa (Apêndice 8), que revela essa transmissão, contribuindo para a partilha de conhecimento e para a melhoria dos cuidados.

Durante a realização do enquadramento teórico, verificou que o recurso ao CVP era uma prática comum nos serviços de saúde, realizada pelos enfermeiros, assim como a sua vigilância e manutenção. Entende, que para além de perceber a prática atual, é importante contribuir para a sua mudança. Uma eventual intervenção na prática de enfermagem, envolvendo a equipa, valorizando os saberes e os recursos, pode diminuir a ocorrência de complicações

Por todas as atividades desenvolvidas considera esta competência adquirida.

3.2 Competências Específicas Do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica e Mestre em Enfermagem

Segundo o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em EMC-PSC, as competências específicas são os que decorrem da resposta humana aos processos de vida e aos problemas de saúde, no campo da intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades das pessoas. (OE, 2011c)

“A pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica.” (OE, 2011c, p.1)

E se cuidar da pessoa em processos complexos de doença crítica ou falência orgânica é uma competência das competências especializadas, também são consideradas como competências especializadas a resposta a situação de catástrofe ou emergência multivítima e o maximizar da intervenção na prevenção e controlo da infeção.

Mais uma vez sentiu necessidade de agrupar às competências de enfermeiro especialista, as competências de mestre.

Competência de mestre n.º 1

Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada.

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

“Considerando a complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à pessoa em situação de doença crítica e/ou falência orgânica e à sua família, o enfermeiro especialista mobiliza conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística”. (OE, 2011c, p. 3)

A aquisição desta competência, foi feita no decorrer da prática em contexto de estágio, complementada com a experiência profissional no serviço de urgência e no meio SIV. No pré-hospitalar depara-se frequentemente com situações de emergência, identificando focos de instabilidade, respondendo de forma pronta e antecipatória, atuando de forma rápida e adequada.

Na UCI prestou cuidados à pessoa em situação crítica, com variadas patologias e idades, permitindo a mobilização de conhecimentos teóricos, aplicados à prática e permitindo a aprendizagem de manuseamento de equipamentos específicos de alta tecnologia. De salientar que muitas vezes, estes doentes desencadeavam subitamente instabilidade hemodinâmica, resultando em situações emergentes, assim como paragens cardiorrespiratórias, permitindo aplicar conhecimentos em suporte avançado de vida. A realização do diagnóstico precoce de complicações, e a implementação de forma eficaz de protocolos terapêuticos complexos, contribuíram para o sucesso das intervenções e para o desenvolvimento da competência. (OE, 2011c)

Relativamente à gestão diferenciada da dor o enfermeiro em parceria com a equipa médica é chamado a adotar medidas farmacológicas e não farmacológicas para alívio da dor. A dor como 5.º sinal vital.

“Representa um sinal de alarme vital para a integridade do indivíduo e fundamental para o diagnóstico e monitorização de inúmeras patologias, mas não deve ser causa de sofrimento desnecessário. A avaliação e registo sistemático da intensidade da dor constituem uma norma de boa prática clínica que deve ser observada em todas as instituições de saúde (...)” (DGS, 2013c, p. 3).

Ao longo do estágio fez a avaliação da dor, administrou terapêutica prescrita, adotou medidas não farmacológicas coadjuvantes da medicação e avaliou o seu efeito. O registo dessa avaliação foi feito no sistema de informação.

A prestação de cuidados foi feita tendo como base o processo de enfermagem. Este implica uma avaliação integral e exaustiva do indivíduo, família e meio onde se insere, com a finalidade de formular o diagnóstico e adequar as intervenções de enfermagem às necessidades identificadas. Esta avaliação, implica uma tomada de decisão clínica, autónoma e segura, fundamentada em premissas de “natureza científica, técnica, ética, deontológica e jurídica” (Deodato, 2008, p.27).

O processo de enfermagem não foi feito de forma documentada, uma vez que o sistema informático não o permitia, no entanto nesta fase de aprendizagem e mobilização de conhecimentos, o diagnóstico, planeamento e avaliação dos cuidados foi efetuado e permitiu ser o sustento da sua ação e reflexão sobre a avaliação das intervenções.

Por todas as atividades desenvolvidas considera esta competência adquirida.

K2 - Dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítimas, da conceção à ação.

O enf. Especialista em EMC-PSC,

“Intervém na conceção dos planos institucionais e na liderança da resposta a situações de catástrofe e multivítima. Ante 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 eficiência da resposta pronta” (OE, 2011c, p. 4).

Segundo os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, a catástrofe é definida como “acidente grave ou uma série de acidentes graves, suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional.” (OE, 2011a, p.2)

Para o desenvolvimento desta competência, estando nomeada para o grupo de trabalho para elaboração do plano de emergência externo, fez a análise mais pormenorizada dos planos existentes no serviço e após reunião com Enf.^a chefe, colegas de mestrado e gestor do risco local, elaboramos um projeto de atuação em situação de catástrofe (Apêndice 9). Este pretende a capacitar a equipa de enfermeiros e auxiliares do serviço de urgência.

Este projeto dá resposta ao proposto pela DGS (2010) guia geral para a elaboração de um plano de emergência - que recomenda que todas as unidades do Sistema Nacional de Saúde elaborem um plano de emergência, ou caso já exista, que seja realizada uma análise periódica do mesmo. Este constitui uma ferramenta de resposta sistemática e integrada que reforça a avaliação dos meios de reação da unidade de saúde face a uma situação de emergência multivítimas ou catástrofe, definindo regras ou normas gerais de atuação nesse contexto. Os quatro pilares principais no planeamento e preparação de uma unidade de saúde são, a organização e gestão, recursos humanos, prestação de cuidados e

os recursos gerais, pretendendo-se que os procedimentos a contemplar sejam simples e eficazes. (DGS, 2010b).

Por todas as atividades desenvolvidas considera esta competência adquirida

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.

A infeção associada aos cuidados de saúde (IACS) é definida como “conceito alargado de infeção adquirida pelos utentes e profissionais, associada à prestação de cuidados, onde quer que estes sejam prestados, independentemente do nível dos cuidados (agudos, reabilitação, ambulatório, domiciliários)” (Direção-Geral da Saúde, 2008 p.5)

A IACS é um problema importante para a segurança do doente e a sua prevenção deve ser uma prioridade para as unidades de saúde, de forma a prestar cuidados mais seguros(Who, 2009).Desde 2004 que a OMS, iniciou o desenvolvimento de programas, planos e estratégias de controlo de infeção associada aos cuidados de saúde, no programa “ Clean Care is Safer Care”.

Englobando o desafio da OMS, as duas instituições desenvolvem atividades para promover a higiene das mãos.

Na UCI, a higienização das mãos era uma preocupação e quando existia alguma dificuldade, refletia com o enfermeiro supervisor sobre a forma de responder e superar a dificuldade encontrada.

No serviço de urgência, após identificar algumas falhas nos momentos de higienização das mãos, elaborou, em conjunto com as colegas de mestrado, um projeto de intervenção em serviço na área da prevenção e controlo da infeção hospitalar sobre a higienização das mãos (Apêndice 10). Este projeto tem como objetivo sensibilizar os enfermeiros e assistentes operacionais para a execução correta da técnica da higiene das mãos, de modo a diminuir as IACS's.

Esta competência, serviu de referência para a implementação da estratégia de intervenção profissional major, que tem como linha de investigação a segurança do doente.

Um dos objetivos estratégico do Plano Nacional para a Segurança do doente 2015-2020 é **Prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos**. Tem como metas para o final de 2020: 1) atingir uma taxa de prevalência de infeção hospitalar de 8%; 2) Reduzir em 50% face a 2014, o consumo de antimicrobianos; 3) Atingir uma taxa de MRSA de 20%; 4) Reduzir em 50% face a 2014, o consumo de carbapenemes (DGS, 2015). A prevenção da infeção associada ao cateterismo venoso periférico surge englobada neste objetivo.

Por todas as atividades desenvolvidas considera esta competência adquirida

Competência de mestre n.º 7

Evidência competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.

Uma vez que, todas as competências comuns e específicas de enfermeiro especialista em enfermagem MC-PSC foram desenvolvidas em estágio e abordadas anteriormente, concluiu que esta competência de mestre também foi adquirida.

4 INTERVENÇÃO PROFÍSSIONAL MAJOR

4.1 Fundamentação

A intervenção profissional major, foi desenvolvida no decorrer do estágio realizado no serviço onde exerce funções, através da identificação de uma necessidade clínica de enfermagem, presente no serviço. Esta pode ser enquadrada na metodologia de projeto, uma vez que, é uma metodologia reflexiva, pois é baseada e sustentada pela investigação, de uma forma sistemática, controlada e participativa, que visa identificar problemas e resolve-los através de ações práticas. (Ruivo et al, 2010)

A inserção de um cateter intravenoso periférico para administração de terapêutica intravenosa é um dos procedimentos invasivos mais frequentemente realizados em hospitais, representando, por vezes, uma condição básica no tratamento dos doentes (Xavier et al,2011). O serviço de urgência, não é exceção, sendo esta prática realizada com muita frequência.

A instituição não possui qualquer procedimento sobre cateterização venosa periférica. Após conversa informal com a enfermeira chefe do serviço, com a enfermeira orientadora e com a enfermeira da GCL-PPCIRA, propõe a realização de um procedimento referente à inserção, fixação e manutenção do CVP, com posterior elaboração da Bundle. A proposta foi considerada pertinente.

A escolha do tema está relacionada com o desenvolvimento das competências específicas do enfermeiro especialista em EMC-PSC, K3 cujo objetivo é maximizar “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.” (OE, 2011c, p. 8357). Por tudo o que foi exposto e com base nos resultados obtidos constata que existe uma falta de conformidade por parte da equipa de enfermagem no procedimento de inserção, fixação e manutenção do CVP.

Tendo em conta o proposto, identifica os seguintes problemas:

- Inexistência de documentos orientadores no procedimento de inserção, fixação e manutenção d CVP;
- Falta de formação acerca do procedimento em questão;
- Carência de registos de enfermagem.

4.2 Enquadramento Concetual e Teórico

Segundo Fortin (2009), o enquadramento concetual é um processo, uma forma ordenada de formular ideias, de as documentar em torno de um assunto preciso, com vista a chegar a uma conceção clara e organizada do objeto de estudo. Tem o objetivo de dar resposta a problemas identificados, através da aquisição de conhecimentos.

No presente capítulo apresenta o enquadramento concetual e teórico que orientou a intervenção profissional major. Apresenta de forma concisa, o enquadramento de suporte que resultou da pesquisa bibliográfica acerca da temática, permitindo fundamentar todas as ações desenvolvidas.

4.2.1 Infecção associadas aos cuidados de saúde

As IACS eram anteriormente definidas como uma infeção hospitalar ou infeção nosocomial, pois englobavam apenas as infeções adquiridas em meio hospitalar. Atualmente, o termo IACS refere-se não só a todas as infeções adquiridas em meio hospitalar, como também a todas as infeções que surgem em consequência de prestação de cuidados de saúde, independentemente do local onde os doentes se encontram (centros de saúde, lares, unidades de cuidados continuados ...). (Franco, 2010)

As infeções associadas com a prestação de cuidados de saúde constituem um importante problema de saúde pública. Estas surgem normalmente associadas a técnicas

invasivas realizadas por enfermeiros, podendo estes ser considerados agentes causadores de infeções. Para prevenir estas infeções, os profissionais de saúde devem adotar as medidas necessárias na prevenção da infeção e devem fazer uma atualização periódica dos conhecimentos, num contexto de melhoria contínua. (Pina, 2010).

De acordo com o Center of Disease Control (CDC), em 1988 foram implementadas as Precauções Básicas da qual fazem parte os princípios essenciais de controlo de infeção que são obrigatórios em todos os estabelecimentos de saúde. Estas precauções aplicam-se a todos os utentes que recorrem aos serviços de saúde, hospitais, centros de saúde, ou que se encontram institucionalizados em lares, com o objetivo de prevenir e diminuir o risco de infeção em doentes e profissionais. (Franco, 2010).

Para Wilson (2003), as mãos dos profissionais são o veículo mais comum de transmissão de microrganismos de doente para doente, estando frequentemente implicadas como via de transmissão nos surtos de infeção. Este procedimento constitui uma ação simples, acessível, rápida e contínua para reduzir as IACSs em todo o mundo. Epidemiologicamente, “...não restam quaisquer dúvidas acerca da real transmissão de microrganismos mediante o contacto direto através das mãos dos profissionais de saúde para os doentes, dando origem a infeções consideradas consequências indesejáveis da prestação de cuidados.”(Pedrosa, Miguel; Grilo, Cirstina; Marques, 2013 p. 1)

Desde 2004 que a Organização Mundial da Saúde (OMS), iniciou o desenvolvimento do programa “Clean Care is Safer Care”. Desenvolvendo planos e estratégias de controlo de infeção associada à higienização das mãos.

Englobando o desafio da OMS de tornar a prestação de cuidados mais segura, a DGS reconhece que a IACS é um problema nacional recorrente que afeta a qualidade da prestação de cuidados e a qualidade de vida e a segurança dos doentes e dos profissionais, aumentando os custos diretos e indiretos do sistema de saúde. (DGS, 2007)

Indo de encontro ao definido pela OMS, o Ministério da Saúde Português, reformula o **Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados**

de Saúde. Este programa visa, através de uma sistematização de registo, análise, interpretação e informação de retorno sobre a infeção nas unidades de saúde, “conhecer a realidade nacional e reunir esforços para que, de forma organizada e concertada, a diminuição da incidência da IACS seja promovida a longo prazo em Portugal, contribuindo para a segurança do doente.” (DGS, 2007, p.4)

Atualmente, está em vigor o plano nacional para a segurança dos doentes 2015-2020, coordenado pelo Departamento da Qualidade na Saúde da Direção Geral da Saúde e constitui-se como um instrumento de apoio a gestores e clínicos na aplicação de boas práticas de segurança. Visa atingir o objetivo estratégico: **Prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos.** Tem como metas para o final de 2020: 1) atingir uma taxa de prevalência de infeção hospitalar de 8%; 2) Reduzir em 50% face a 2014, o consumo de antimicrobianos; 3) Atingir uma taxa de MRSA de 20%; 4) Reduzir em 50% face a 2014, o consumo de carbapenemes.(DGS, 2015)

A investigação está a ser orientada para uma abordagem de intervenção multimodal assente no conceito de "*care bundles*" proposto pelo Institute for Healthcare Improvement (IHI). Aboelela et al, (2007) refere que a "*bundle*" é constituída por 2 a 5 intervenções e está associado à educação, formação de equipas de qualidade, monitorização do cumprimento das práticas, informação de retorno sobre o desempenho dos profissionais. Esta abordagem baseia-se no conceito de que há um conjunto de medidas que devem ser aplicadas ao mesmo tempo já que, se o cumprimento de uma delas falhar, os resultados não são satisfatórios. Inerente à aplicação das diferentes componentes deve estar uma cultura que leve os profissionais a comunicar de forma efetiva entre si discutindo e revendo diariamente os objetivos e as estratégias do plano terapêutico definido. (Aboelela et al, 2007)

O sucesso do conceito da Bundle, assenta sobretudo na estratégia do trabalho de equipa, na comunicação eficaz e na definição de objetivos facilmente mensuráveis. Implica a mudança de abordagem onde se aplicam medidas terapêuticas de um modo fragmentado para outro em que se pretende uma gestão integrada com intervenções e objetivos definidos e que a equipa de cuidados conhece e partilha. Estas medidas só são

eficazes quando acompanhadas e enquadradas em medidas estruturadas e alargadas a todos os aspetos da prevenção e controlo da infeção, integradas num programa global. (Aboelela et al, 2007)

Segundo Pronovost (2006), todas estas medidas, baseadas na melhor evidência disponível, concorrem para o aumento da segurança dos cuidados prestados aos doentes, e a sua aplicação de modo integrado, estruturado e sistematizado tem vindo a demonstrar resultados bastante positivos. O IHI também desenvolveu um "*Central line bundle*" que compreende 5 componentes, a saber: higiene das mãos, utilização de barreiras de proteção máximas aquando da colocação do CVP, utilização de clorhexidina na antisepsia da pele, escolha ideal do local de inserção do cateter e a revisão diária da necessidade de cateter com a sua remoção logo que possível. (Institute for Healthcare Improvement, 2008)

As estratégias para a prevenção da infeção associada ao CVP, implicam uma atualização constante por parte dos profissionais e a operacionalização de uma cultura de discussão e planeamento dos cuidados. Sendo sem dúvida a melhor forma de combate à infeção. Cabe aos serviços proporcionar condições (recursos humanos e materiais), para uma prática segura, sempre com o objetivo de prevenir e reduzir as IACS na prestação de cuidados de saúde de qualidade ao utente.

4.2.2 Segurança do doente

A segurança do doente tem-se assumido como componente chave da qualidade dos cuidados, tanto para os doentes, que se desejam sentir seguros, como para os profissionais, que pretendem prestar cuidados seguros, eficientes e efetivos. (DGS, 2015)

A Infeção Associada aos Cuidados de Saúde é um problema importante para a segurança do doente e a sua prevenção deve ser uma prioridade para as unidades de saúde, de forma a prestar cuidados mais seguros. (Who, 2009)

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 (2015) visa, através de ações transversais, como a cultura de segurança, a partilha do conhecimento e da informação e de ações dirigidas a problemas específicos, melhorar a prestação segura de cuidados de saúde em todos os níveis de cuidados, de forma integrada e num processo de melhoria contínua. Uma das estratégias definidas neste plano é a prevenção e o controle da infeções e resistência aos antimicrobianos.

Um dos procedimentos invasivos realizados pelos enfermeiros e que pode contribuir para o aumento da infeção, se não for utilizada técnica assética correta, é a punção venosa periférica.

A terapia endovenosa é amplamente utilizada nos cuidados hospitalares, e é viável devido aos vários dispositivos tecnológicos, assim como o cateter venoso periférico. Este dispositivo é utilizado para administração de medicação, fluidos, sangue e produtos nutritivos. São os dispositivos mais utilizados nas instituições de saúde. (Danski et al, 2015). Este autor refere ainda, que embora haja um amplo uso do CVP, podem existir complicações locais e sistémicas. As complicações locais na inserção do cateter, raramente são graves e podem ser observadas objetivamente, com antecedência. Estas complicações incluem hematomas, oclusão, flebite, tromboflebite, infiltração e infeção local.

Desde 2009, o Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) e o Comité Consultivo de Práticas de Controle de Infeção (HICPAC), emanam diretrizes na área da prevenção de controlo de infeção dirigidas para profissionais de saúde que procedem à cateterização de acessos venosos, à sua vigilância e controlo.

Entre as recomendações, encontram-se as que são relativas à cateterização venosa periférica e incluem a técnica de inserção do CVP (normas de assepsia), locais de inserção, tipos de pensos utilizados na fixação do CVP ao cliente, inspeção diária do local de inserção e a troca dos materiais utilizados rotineiramente (Martins, 2001).

Embora o manuseamento do CVP se tenha tornado uma atividade rotineira do

enfermeiro, e aparentemente simples, exige cuidados específicos e observação rigorosa das medidas preventivas com a finalidade de evitar iatrogenias e assegurar a qualidade dos cuidados e a segurança dos doentes e profissionais (Mendonça et al, 2011). A garantia de cuidados de saúde com qualidade e bons resultados passam pela busca contínua de um elevado grau de Segurança do Doente.

Torna-se importante que as intervenções relativas à cateterização venosa periférica sejam sustentadas em boas práticas com rigor técnico e científico, com a finalidade de reduzir a infecção, aumentar a satisfação do cliente proporcionando segurança e obtendo ganhos em saúde.

As boas práticas estão intrinsecamente relacionadas com o conceito de melhoria contínua da qualidade e com o impacto desta cultura na redução do desperdício. Todos os agentes com ação no campo da saúde devem assegurar a esta melhoria, como um meio de promover a qualidade e garantir que os progressos científicos e tecnológicos sejam integrados e implementados de um modo sistemático e generalizado (DGS, 2015).

4.2.3 Intervenções de enfermagem associadas ao cateterismo venoso periférico

A inserção do CVP exige recursos materiais adequados à pessoa e ao objetivo para que vai ser utilizado, e a mobilização de conhecimentos e competências do enfermeiro, que levam ao sucesso da realização do procedimento sem colocar em risco a segurança da pessoa.

A cateterização venosa periférica é um reflexo da medicina atual. A maioria dos doentes que recorrem ao serviço de urgência são puncionados, embora na maioria das situações, estas punções sejam transitórias. (Capdevila, 2013)

Em 2009, o Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) e o Comitê Consultivo de Práticas de Controle de Infecções de Saúde (HICPAC), integram os avanços atuais na produção de diretrizes, melhorando a validade a sua usabilidade. Abordam

desafios no seu desenvolvimento na prevenção e controlo da infeção, direcionadas para os profissionais de saúde responsáveis pela sua inserção e manutenção.

A utilização de protocolos de cuidados atualizados, formação e treino dos profissionais, tipo de cateter, local de inserção, desinfeção da pele na colocação e no manuseamento, tipos de penso utilizados e manuseamento, são medidas que visam a redução da colonização do local de inserção do CVP. (Aboelela et al, 2007; Pronovost 2006)

As diretrizes destinam-se a fornecer recomendações baseadas em evidência para a prevenção da infeção relacionada com o cateter venoso periférico, apresentando de forma sistematizada os princípios a reter:

Lavagem das mãos

Durante a inserção e manuseamento do cateter venoso periférico, a higienização das mãos é considerada um procedimento imprescindível para a prevenção de complicações segundo as *guidelines* referidas, devendo ser realizada com água e sabão, ou preferencialmente com uma solução de base alcoólica. (OMS, 2009; Danski et al, 2016)

Portugal, expõe este procedimento na Circular Normativa da DGS N. °13 de 14 de junho de 2010 – **Orientação de Boa Prática para a Higiene das mãos nas Unidades de Saúde** que determina que a higiene das mãos é uma das medidas mais simples e mais efetiva na redução da IACS. “Os profissionais de saúde devem proceder à higiene das mãos de acordo com o modelo conceptual proposto pela OMS, designado por os “Cinco Momentos”. (DGS;2010)

O procedimento da higiene das mãos faz parte das precauções básicas do controlo de infeção, na norma emanado pela DGS, “Precauções Básicas do Controlo da Infeção” em 2013. Esta preconiza que se utilize as soluções adequadas, cumprindo os tempos de lavagem indicadas para cada produto, reduzindo assim o risco de transmissão de microrganismos entre enfermeiros e doentes. (DGS, 2013). Deve verificar-se o uso de

luvas sempre que seja previsível o contacto com sangue ou outros fluídos orgânicos, contudo a sua utilização não deverá substituir nunca a higienização das mãos. (DGS, 2013)

Como tal, recomenda-se a utilização de luvas limpas previamente à inserção do CVP.

Segundo CDC (2011) a higiene das mãos deve ser realizada antes e depois de palpar o local de inserção do CVP; antes de inserir o cateter e após a realização do penso.

Seleção do local anatómico

Os locais preferenciais de cateterização são as veias do antebraço, particularmente a veia cubital mediana, que atravessa a fossa ante cubital e é frequentemente cateterizada em situações de urgência. (Carlotti, 2012; CDC 2011)

No entanto, a escolha do local de cateterização venosa periférica deve ter em conta a idade, o conforto do paciente, a acessibilidade da veia em relação à posição do paciente e a urgência da situação. As seleções do local anatómico têm de ter em conta a avaliação da pessoa, entre eles a condição clínica, idade, alterações da rede vascular considerando a história de punções anteriores, assim como a preferência da própria pessoa. (INS, 2011; Carlotti, 2012)

A ACSS (2011) recomenda a cateterização mais distal do membro, para preservação da veia, evitando zonas de flexão e se possível, no membro não dominante da pessoa.

Seleção do cateter venoso periférico

Relativamente ao **calibre do cateter**, a medida utilizada em Portugal para referenciar o diâmetro do CVP que fica inserido na veia é *Gauge* (G), correspondendo o maior número ao menor calibre. Os calibres variam entre 14 G (1.62 mm) e 24 G (0.51 mm). (Collins, 2011)

Preparação da Pele

Sendo a pele a camada protetora do corpo, constitui uma das fontes de infecção primárias relacionadas com o cateter, pela possibilidade de desenvolvimento de uma infecção no local. (Wilson, 2003)

A pele é a principal fonte para colonização e infecção do cateter. Os microrganismos existentes podem fazer parte da microbiota do doente, carregados pelas mãos dos profissionais de saúde ou antissépticos contaminados. Para diminuir a colonização no sítio de inserção e evitar a multiplicação de microrganismos são necessárias medidas profiláticas, que se iniciam com a higienização das mãos do profissional e a adequada preparação da pele com antisséptico. (Martins et al, 2008)

A preparação da pele tem como finalidade remover as bactérias, prevenindo a possível colonização microbiana. Após a seleção da veia a puncionar, a limpeza do local deverá ser à base de clorhexidina, com movimentos circulares, no sentido proximal para o distal, deixando a área desinfetada secar completamente. Após esta desinfecção não se deverá voltar a tocar no local a puncionar pois existe o risco de contaminação do mesmo. (Carlotti, 2008)

Essa medida tem como finalidade promover a limpeza, eliminar e/ou inibir o crescimento de micro-organismos impedindo a sua penetração na corrente sanguínea (Mendonça et al, 2011)

A pele deve ser limpa com antisséptico, assim como secar antes da inserção do CVP. (CDC,2011)

A tricotomia do local de inserção, para retirar o excesso de pelos pode ser necessária, devendo ser utilizados máquinas próprias para tricotomia com lâminas descartáveis. (INS, 2006)

Inserção do cateter venoso periférico

Inicialmente, coloca-se o garrote formando meio laço, 8 a 10 cm acima do local de inserção do cateter. A avaliação das veias disponíveis inclui a inspeção e a palpação. Caso haja dificuldade de visualizar a veia, vários métodos podem ser usados para dilatá-la, como posicionar o braço abaixo do nível do coração, bater suavemente no local da veia, pedir para o paciente abrir e fechar a mão repetidamente ou aplicar uma compressa morna sobre o local selecionado para induzir vasodilatação. (Carlotti, 2012)

Após a seleção da veia, efetua-se a desinfecção da pele e insere-se o cateter escolhido na veia, com o bisel voltado para cima, formando um ângulo entre 5°-30°. Quando o cateter se introduz na veia provoca um refluxo de sangue, este facto comprova que a agulha e o cateter de plástico se encontram no lúmen da veia, nesta fase avança-se com o cateter na direção da veia e retira-se simultaneamente a agulha. Após inserção completa do cateter na veia, retira-se o garrote (Carlotti, 2012).

Posteriormente é necessário confirmar se o acesso se encontra permeável, injetando-se soro fisiológico através dele, observando possíveis alterações da pele, como rubor, edema, tumefação e extravasamento de líquido em redor do local de inserção. (Carlotti, 2012)

Pensos Utilizados na fixação do cateter

Após inserção do CVP é importante que este fique bem fixo, diminuindo o risco de se movimentar, já que esta situação poderá arrastar microrganismos para dentro da ferida, aumentando o risco de flebite e complicações. (Wilson, 2003)

As recomendações emanadas pela CDC, refere que os pensos a utilizar devem ser estéreis, transparentes e semipermeáveis, devendo ser substituídos sempre que este se apresente húmido, solto ou visivelmente sujo, ou então, substituído a cada 3 a 7 dias. Este penso permite avaliar diariamente o local de inserção do CVP para despiste de complicações. (CDC,2011)

Para avaliação do local de inserção do CVP, o enfermeiro deve demonstrar competências e habilidades, considerando ser este profissional que vai determinar a necessidade de tratamento ou intervenção na ocorrência de complicações. (Xavier et al, 2011)

Vigilância

No que respeita à vigilância dos clientes com CVP, nomeadamente nos seus locais de inserção, é recomendado que a vigilância seja feita diariamente em locais com possibilidade de observar o local de inserção. (CDC, 2011)

A vigilância deve ser sistematizada, se possível recorrendo a instrumentos com base em Escalas de Avaliação de Flebites. (Danski, 2015)

Substituição do cateter venoso periférico

A substituição e a rotação do local do CVP devem ser efetuadas a cada 72-92h.

O CVP colocado em situação de emergência, onde a assepsia pode ser comprometida, deve ser retirado e ser novamente puncionado num local diferente dentro de 48h. (CDC,2011)

Um estudo de Danski et al (2015) determina uma alta incidência de complicações associada ao CVP, devido á permanência do cateter superior a 72h. No entanto, um outro estudo refere que a substituição do cateter apenas quando indicado clinicamente não aumenta o risco de complicações. (Morrison et al, 2015)

No serviço de urgência, os doentes não permanecem 72 horas.

Substituição dos sistemas de administração de fluidos

O CDC (2011) recomenda a substituição dos sistemas de administração de fluidos a cada 72horas, após o início de uso, sendo seguro e rentável, assim como os

prolongamentos e torneiras de 3 vias. Também faz referência à substituição de sistemas de administração de derivados de sangue ou emulsões lipídicas dentro de 24 horas após início da infusão.

Registos de enfermagem

Os registos de enfermagem são parte integrante do trabalho diário, em que as intervenções relacionadas com a cateterização venosa periférica não são exceção e deverão ser registadas no processo do doente. Torna-se importante registar a data de inserção, o local, o calibre, o tipo de CVP e a terapêutica EV administrada (Elkin et al, 2005). A ACSS (2011) recomenda ainda o registo da hora, o diagnóstico e as intervenções de enfermagem associadas.

Por todos os conceitos acima descritos, conclui-se que é necessário um cuidado específico de enfermagem na inserção do cateter e durante a sua permanência, exigindo um rigor técnico e científico baseado em recomendações nacionais e internacionais assentes na evidência científica. (Danski, 2016; Capdevilla, 2013)

Segundo Danski (2016) a educação é um dos pilares para o exercício profissional de saúde, devido à mudança contínua e complexa no cuidar, assim com a inserção contínua de novas tecnologias, que criam lacunas de conhecimento nos profissionais. As diretrizes e protocolos de intervenção e tratamentos publicados, visam reduzir potenciais complicações.

4.2.4 Teoria que sustenta a intervenção

No presente capítulo apresenta o enquadramento concetual e teórico que norteou a prática ao longo deste caminho. Apresenta de forma concisa, a teoria de médio alcance à qual se filiou.

Mckenna (1997) diz-nos que as teorias de médio alcance auxiliam na resolução de problemas. Os seus conceitos e proposições devem ser mensuráveis, de modo que haja um equilíbrio entre as necessidades de precisão e abstração que lhes sejam pertinentes.

Estas teorias apresentam menor poder de abstração e alcance mais limitado. Além disso, mostram fenômenos ou conceitos específicos e refletem práticas (administração, assistência ou ensino) que tendem a envolver diferentes campos da enfermagem e uma variedade de situações de cuidado. (Meleis, 1997)

O modelo Qualidade-Cuidado é uma teoria do médio alcance de enfermagem proposta para avaliar, analisar e orientar a prática de enfermagem, tendo por base as conexões conceitual-teórica-empírica entre a qualidade do cuidado e o cuidado humano. (Venturi et al, 2009)

A evolução tecnológica tem produzido mudanças constantes nos serviços de saúde, havendo uma necessidade de os enfermeiros avaliarem a qualidade dos cuidados prestados de uma maneira científica e sistemática, de forma a acompanhar o desenvolvimento tecnológico. É exigida aos enfermeiros responsabilidade e competência na prestação de cuidados com qualidade, eficiência, eficácia, efetividade, aceitabilidade, legitimidade, equidade, em articulação com todos os envolvidos, instituições de saúde, profissionais de saúde e doente/família. (Donabedian, 1992)

Segundo Duffy (2003), o cuidado de enfermagem realizado com efetividade, têm como consequência o reconhecimento por parte do doente, a segurança, o conforto e a proteção contra os malefícios da saúde. Quando os clientes reconhecem a qualidade dos cuidados a aderência ao tratamento é maior, aceitando as orientações dos enfermeiros.

Há necessidade de identificar e avaliar os cuidados de enfermagem, com vista ao planejamento de ações para melhorar a prática de enfermagem focada no doente e na qualidade. O Modelo Qualidade-Cuidado© avalia o processo de cuidar, analisa as intervenções e contribui efetivamente para o benefício e satisfação do doente, família e profissionais de saúde. (Duffy, 2003)

O modelo reflete a tendência em direção à prática baseada em evidências, e representa a contribuição da enfermagem para o cuidado à saúde com qualidade, associando-o a fatores biomédicos e psicoespirituais. (Duffy, 2003)

Os principais componentes do Modelo Qualidade-Cuidado© são a estrutura, o processo e o resultado.

A estrutura integra todos os participantes envolvidos que contribuem para a qualidade dos cuidados. O participante tem características únicas, inseridas num campo fenomenológico próprio e que influenciam direta ou indiretamente os resultados do cuidado. (Duffy & Hoskins, 2003)(Duffy, 2009)

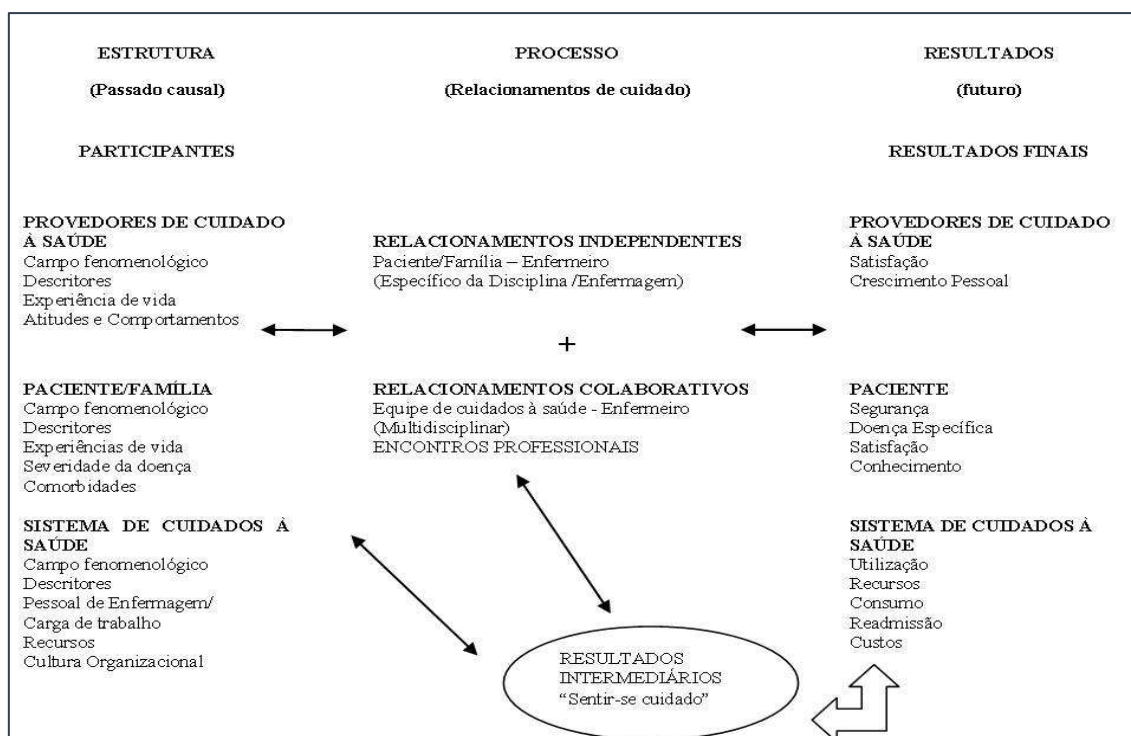
O processo é o principal foco do modelo teórico. Está centrado nos relacionamentos do cuidado. Existem as relações independentes, específicas da disciplina de enfermagem em que os enfermeiros atuam de forma autónoma e que englobam as interações com o doente/família. As colaborativas englobam os relacionamentos com outros profissionais com o objetivo de resultados positivos e qualidade no cuidado ao doente. (Duffy & Hoskins, 2003)(Duffy, 2009)

O resultado diz respeito à perspetiva futura do doente. Podem ser intermediários, como mudança de comportamento, diminuição da ansiedade, aumento do conhecimento, aderência ao tratamento ou deteção precoce de sintomas pertinentes; ou podem ser finais que afetam o futuro, como aumento da qualidade de vida, diminuição de readmissão hospitalar, satisfação com o cuidado e diminuição de custos. (Duffy, 2009)

Um princípio importante do Modelo Qualidade-Cuidado©, segundo Duffy (2003) é a compreensão de que os componentes estrutura, processo e resultados são uma função do tempo e circunstâncias, e não simplesmente uma cadeia linear de acontecimentos. Os três componentes interrelacionam-se e conduzem ao principal **propósito** do Modelo Qualidade-Cuidado©, que é avaliar e analisar a prática profissional de enfermagem. São também propósitos:

- Orientar a prática profissional;
- Reafirmar e expor o trabalho invisível da enfermagem;
- Descrever as conexões conceitual-teórico-empíricas entre a qualidade do cuidado e o cuidado humano;
- Propor uma agenda de pesquisa para evidenciar o valor da profissão. (Duffy, 2003).

Figura 1 - Modelo Qualidade-Cuidado



Font in: Venturi, Wolff, Meier, Montezeli, & Peres, 2009 , Adaptado de Duffy, quality care in Nursing.

Pag 36

As pesquisas que investigam a relação entre resultados de cuidado de enfermagem e variáveis estruturais – como níveis de recursos humanos e condições de trabalho - podem ter um impacto na política de saúde e institucional. (Duffy, 2000)

Destacam-se também, os estudos que tratam: da carga de trabalho de enfermagem e a sua relação com a qualidade do cuidado; de auditorias de cuidado e de custo; da relação entre indicadores de qualidade e segurança, eventos adversos ao cuidado, riscos para o paciente, e o aumento de custos para o paciente, não só em termos financeiros, mas também em perdas pessoais. Outros estudos avaliam a qualidade do cuidado em diferentes dimensões, como a perspectiva do profissional de saúde, do utente/família e do gestor. (Venturi et al, 2009)

4.3 Diagnóstico da situação

O diagnóstico da situação foi feito a partir da grelha de observação criada (Apêndice 11). A grelha de observação consiste num instrumento de colheita de dados para ser utilizado como identificação e justificação da necessidade formativa identificada, de modo a implementar a intervenção profissional major.

O objetivo da aplicação da grelha de observação, é recolher as informações relacionadas com as intervenções de enfermagem na cateterização venosa periférica e retratar a realidade da prática diária. Os resultados são efetuados, com base em três critérios: Sim, Não e Não Aplicável.

Inicialmente observou, a preparação de material necessário para a realização do procedimento, a higienização das mãos, a assepsia do local da punção, o penso de fixação utilizado, os dispositivos de perfusão mais utilizados, a manutenção dos procedimentos e por fim os registos de enfermagem.

As observações foram realizadas à totalidade dos enfermeiros do serviço de urgência, os mesmos autorizaram a realização da observação, através do consentimento livre e esclarecido, garantindo a confidencialidade dos dados e o anonimato, sendo a sua participação de forma voluntária.

Os resultados desta observação estão apresentados nos resultados.

4.4 Objetivos

Após a análise de todos os dados, desenvolveu a estratégia de intervenção, definidos como **objetivo geral**:

- Uniformizar o procedimento de enfermagem na cateterização venosa periférica, na prevenção associada aos cuidados de saúde.

Definiu como **objetivos específicos**:

- Elaborar um procedimento sobre à cateterização venosa periférica;
- Elaborar grelha de Observação;
- Aplicar a grelha de observação para descrever a prática atual;
- Realizar a Bundle do Cateterismo Venoso Periférico;
- Realizar formação à equipa de enfermagem;
- Avaliar os resultados da formação através da aplicação da grelha de observação.

4.5 População Alvo

A população alvo é constituída pelos enfermeiros do serviço de urgência, onde decorreu o estágio. A população é constituída por 20 elementos que se encontram no momento na prestação de cuidados diretos.

4.6 Metodologia

Para atingir os objetivos específicos propostos, delineou as estratégias, os recursos humanos e materiais necessários, e definiu os indicadores de avaliação.

Objetivo 1: Elaborar um procedimento sobre à cateterização venosa periférica (Apêndice 12)

Atividades desenvolvidas:

- Realizou de pesquisa bibliográfica (IACS, CVP, Segurança do doente...);
- Elaborou o procedimento relativo à inserção, fixação e manutenção do CVP;
- Discutiu com a Enf.^a chefe e Enf.^a supervisora o procedimento;
- Solicitou parecer do procedimento à enfermeira do GCL-CIPRA;
- Reformulou o procedimento de acordo com as sugestões.

Avaliação: Procedimento relativo à inserção, fixação e manutenção do CVP elaborado.

Objetivo 2: Elaborar grelha de observação;

Atividades desenvolvidas:

- Elaborou a grelha a partir do procedimento construído;
- Apresentou o documento elaborado à Enf.^a chefe e Enf.^a supervisora;
- Reformulou a grelha de Observação.

Avaliação: grelha de observação elaborada.

Objetivo 3: Aplicar a grelha de observação para descrever a prática atual;

Atividades desenvolvidas:

- Utilizando a grelha de observação, efetuou as observações aos colegas de forma participativa;
- Fez o tratamento dos dados da observação.

Avaliação: 20 observações efetuadas.

Objetivo 4: Realizar a Bundle do Cateterismo Venoso Periférico (Apêndice 13)

Atividades desenvolvidas:

- Realizou de pesquisa bibliográfica;
- Elaborou a Bundle, segundo a pesquisa elaborada e com base nas recomendações nacionais e internacionais.

Avaliação: Bundle elaborada.

Objetivo 5: Realizar formação à equipa de enfermagem

Atividades desenvolvidas

- Elaborou do plano de formação (Apêndice 14);
- Elaborou diapositivos sobre a cateterização venosa periférica e os resultados obtidos da observação da grelha de observação sobre o procedimento;
- Divulgou a formação (Apêndice 15);
- Realizou formação;
- Avaliou a sessão de formação.

Avaliação: 85% da equipa com formação.

Objetivo 6: Avaliar os resultados da formação, através da aplicação da grelha de observação

Atividades desenvolvidas:

- Realizou observações utilizando a grelha de observação;
- Comparou os resultados com os resultados do diagnóstico.

Avaliação: Aumentar em pelo menos 2 itens, os procedimentos corretos.

Os **recursos materiais** utilizados para a realização das atividades foram documentos escritos, computador e papel. Para a realização da sessão de formação, utilizou o projetor e sala cedidos pelo departamento de formação e investigação da ULSNA, EPE.

Relativamente às dificuldades possíveis durante a realização da intervenção profissional major, foi identificado a resistência à mudança pela equipa de enfermagem, e como forma de ultrapassar motivou a equipa, explicando a necessidade de alterar comportamentos e promover a boa prática, aumentando a segurança do doente.

Outra dificuldade foi, a pouca adesão por parte da equipa de enfermagem à sessão de formação. Houve necessidade de replicar a formação por grupos pequenos e horário laboral e sempre que o serviço permitisse para conseguir o objetivo proposto inicialmente.

A avaliação da sessão da formação foi considerada como favorável, sendo considerada o tema apresentado como útil, objetivos da ação e a estrutura dos conteúdos expostos. A avaliação da formação pelos formandos foi utilizada o documento próprio da instituição da ULSNA, EPE (Anexo 5), tendo sido avaliada como muito adequada.

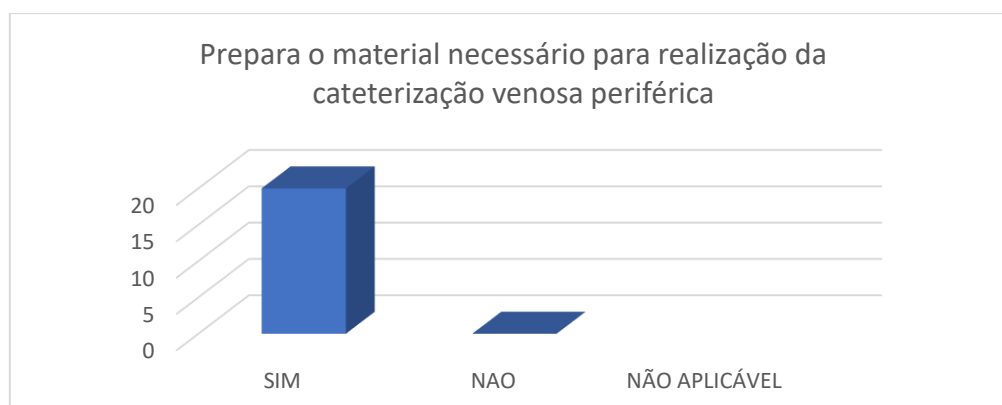
4.7 Resultados

A elaboração do tratamento e análise de dados, retrata os dados obtidos da observação dos procedimentos relativos à inserção, fixação, manutenção e registos relativos ao cateterismo venoso periférico.

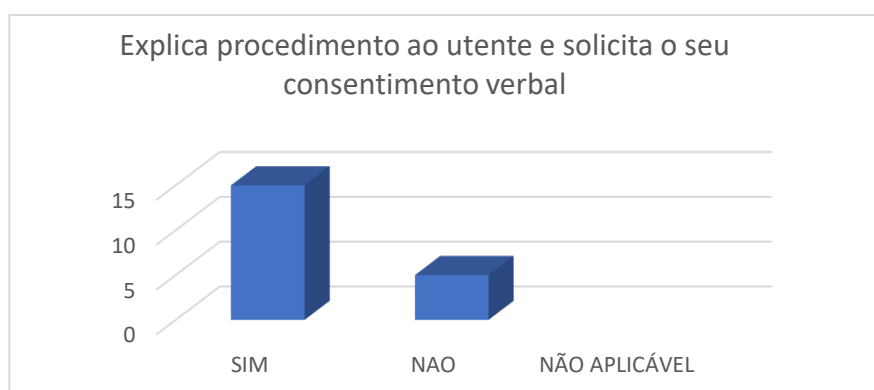
Os dados obtidos serão apresentados em forma de gráficos, o que permite visualizar de forma mais direta os resultados das observações realizadas. O tratamento dos dados foi feito através do Microsoft Office Excel 2016.

Resultados da observação inicial

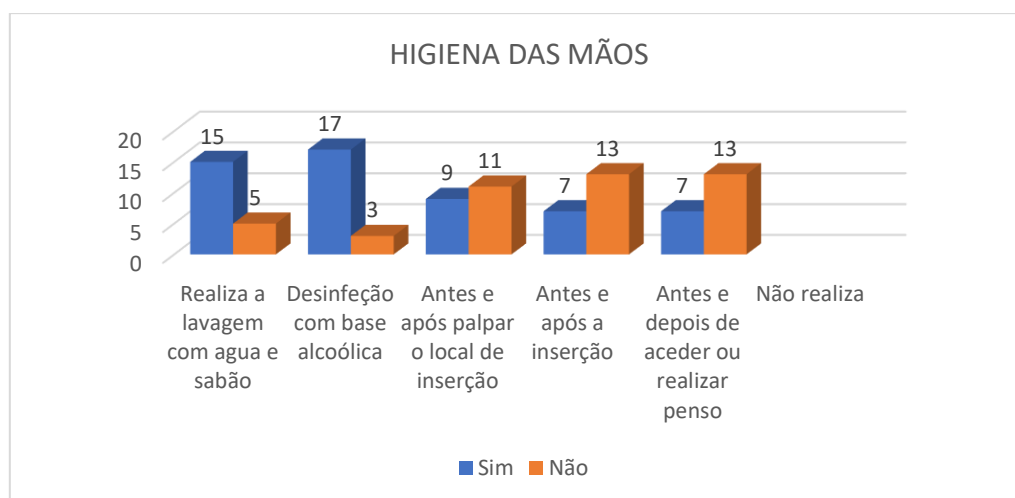
A primeira observação realizada centra-se no procedimento antes da inserção do CVP. Observou os enfermeiros a prepararem o material necessário para a realização do cateterismo venoso periférico. Das observações realizadas, verificou-se que a totalidade da amostra prepara o material antes da inserção do CVP.

Gráfico 1 - Preparação do material necessário para a cateterização venosa periférica

Como se pode observar no gráfico abaixo, 15 elementos da equipa de enfermagem informa o utente sobre o procedimento e obtém o seu consentimento verbal para o procedimento de inserção do CVP, e 5 elementos não realizaram este procedimento.

Gráfico 2 - Explica o procedimento e solicita consentimento ao utente

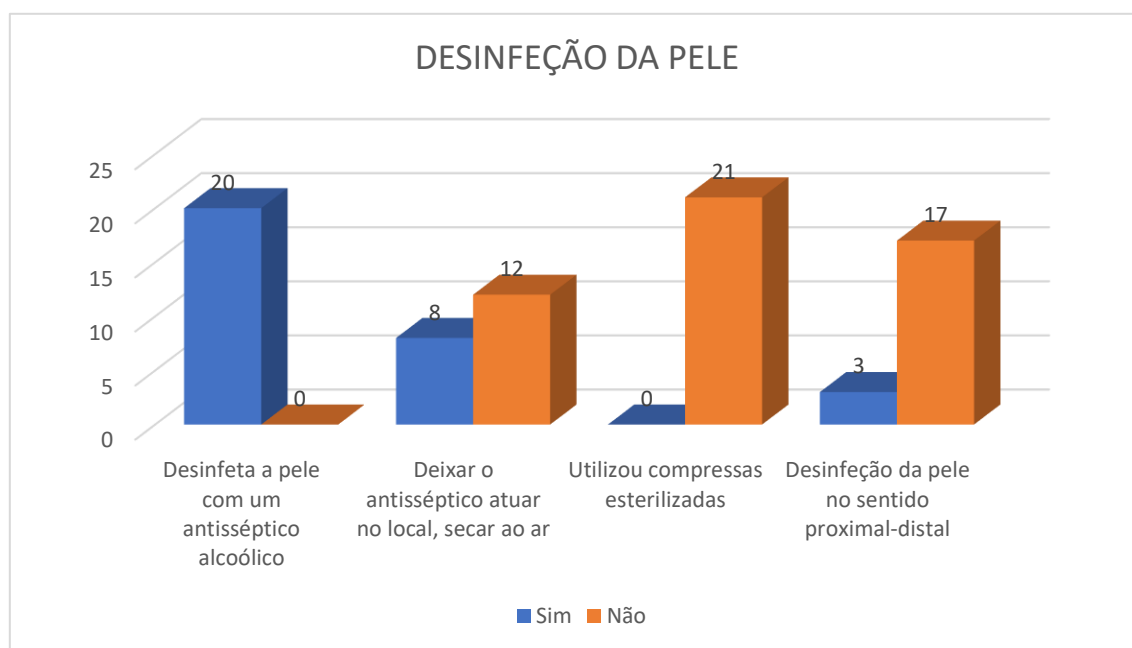
De seguida observou a realização da higiene das mãos pelos enfermeiros. Das 20 observações efetuadas, 15 dos profissionais realizaram lavagem das mãos com água e sabão como se pode observar no gráfico. Da amostra, 17 elementos efetuaram desinfeção das mãos com base alcoólica, e 3 elementos que não realizou esta técnica. Os restantes dados do gráfico mostram que a higiene das mãos não é efetuada nos momentos preconizados para a inserção do CVP (gráfico 3).

Gráfico 3 – Observação da higiene das mãos

De seguida, ainda relativamente aos procedimentos realizados antes da inserção do CVP, observou a assepsia da pele no local da punção venosa, e verificou que a totalidade da amostra efetua a desinfecção da pele com um antisséptico alcoólico.

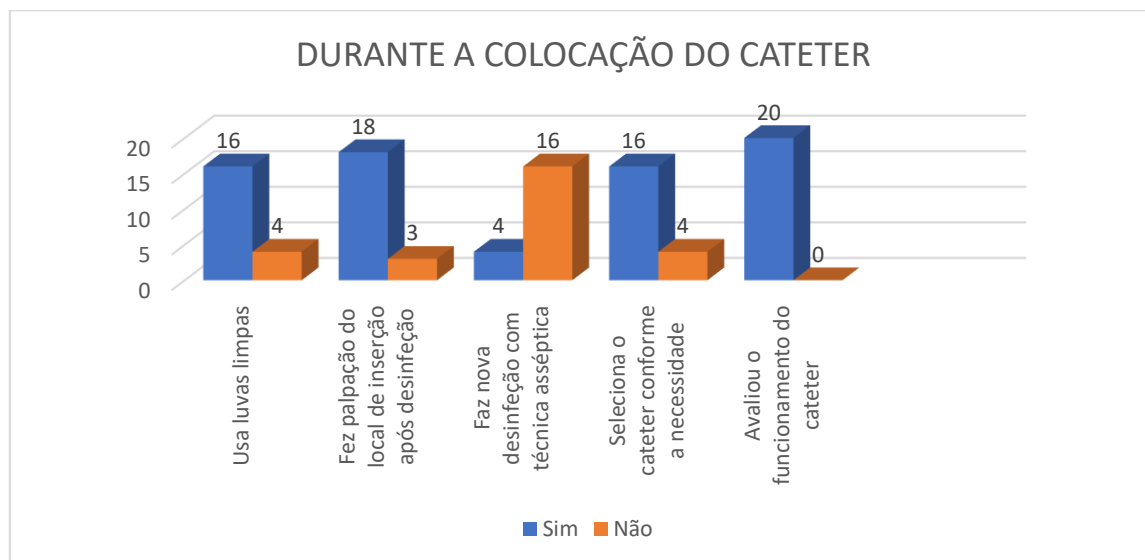
Através da visualização do gráfico 4, pode-se verificar que, as compressas esterilizadas não são utilizadas na desinfecção da pele, e que só 3 enfermeiros utilizaram a desinfecção da pele no sentido proximal-distal conforme as guidelines.

Gráfico 4 - Desinfecção da pele



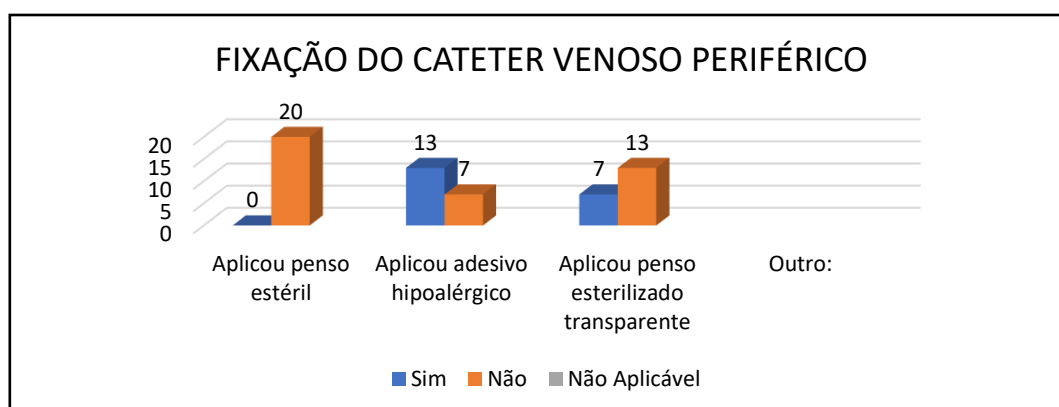
Das observações realizadas, constatou que, 16 enfermeiros utilizavam luvas limpas para realizar o procedimento. A maioria da amostra não utiliza a técnica “no touch”, assim como não realiza uma nova desinfecção da pele após palpar o local de inserção após a desinfecção. Verificou que a totalidade dos enfermeiros sujeitos a observação avaliou o funcionamento do cateter, assim como 16 enfermeiros selecionam o cateter venoso conforme a necessidade.

Gráfico 5 - Durante a colocação do CVP



Das 20 observações realizadas, verificou-se que o penso mais escolhido pela equipa de enfermagem para fixar o CVP, foi do adesivo hipoalérgico, seguindo-se do penso esterilizado e por último o penso estéril transparente, como podemos verificar no gráfico 6.

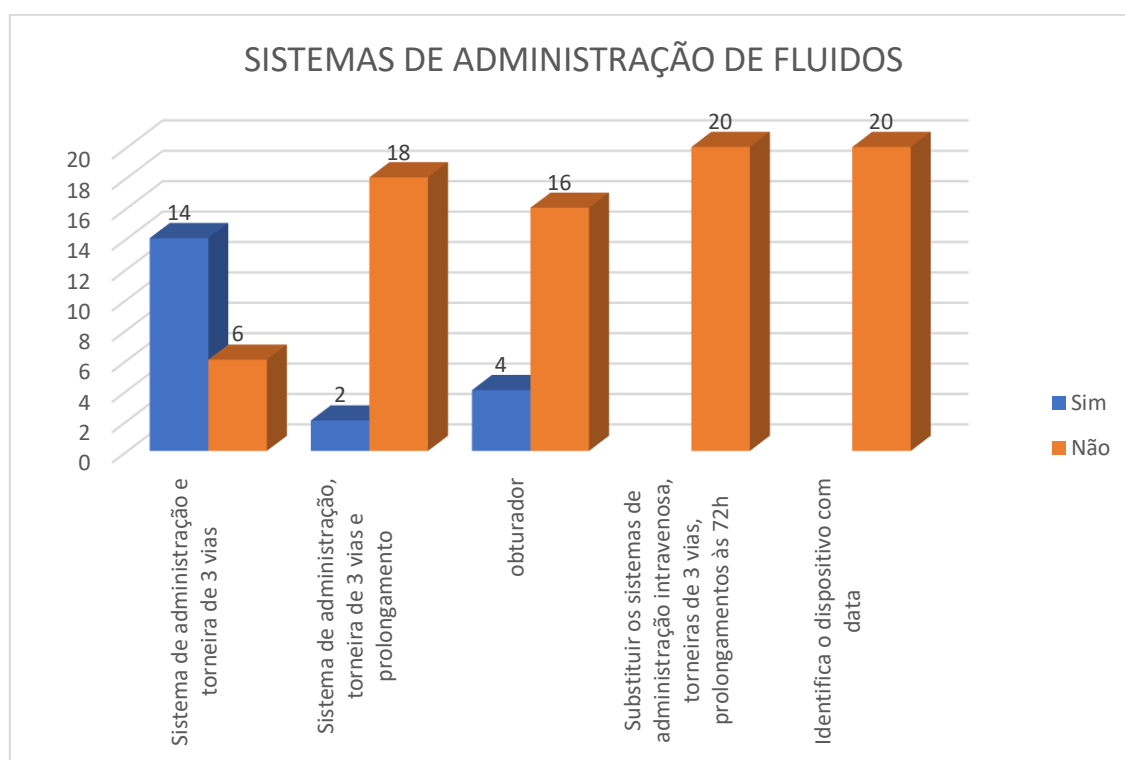
Gráfico 6 - Penso de fixação do CVP



Em relação aos sistemas de administração de fluidos, as observações indicaram que os enfermeiros utilizam o sistema de administração de fluidos e torneira de 3 vias, verificando ainda que foi utilizado o obturador por 4 enfermeiros. Não se verificou a substituição do sistema de administração intravenosa, torneira de 3 vias ou prolongamento às 72h, conforme o preconizado, porque as observações foram efetuadas no serviço de urgência.

Relativamente à identificação dos dispositivos de perfusão com data quando colocado ao utente, verificou-se que esta prática não é realizada.

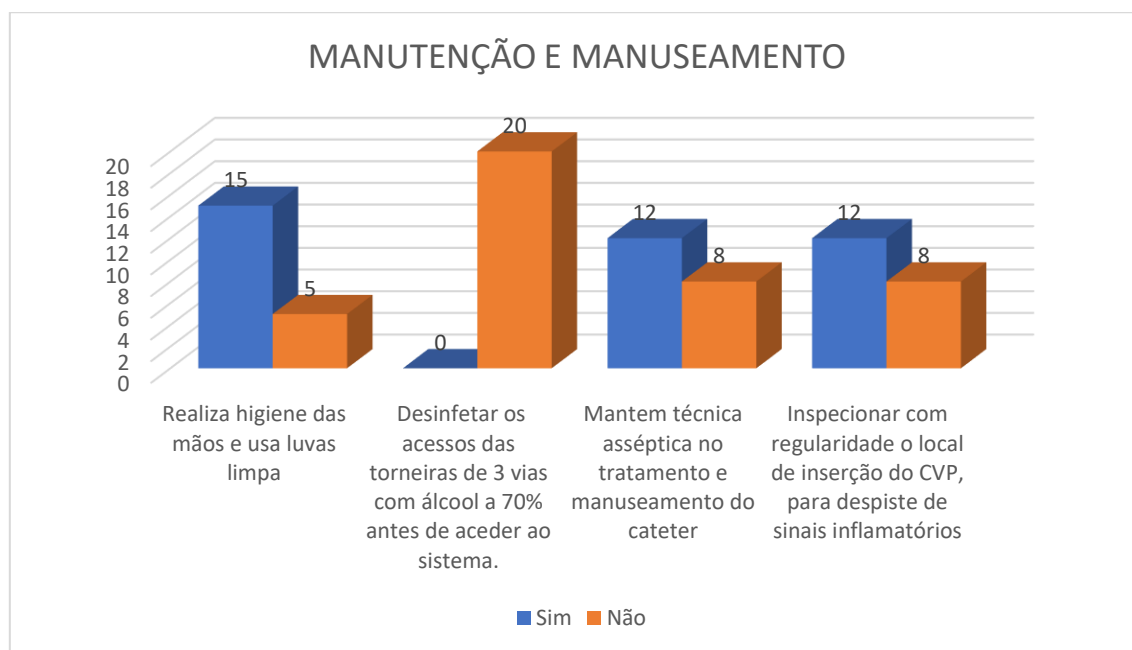
Gráfico 7 - Sistemas de administração de fluidos



No que se refere à manutenção e manuseamento do cateter venoso periférico, verificou que 15 dos enfermeiros usam luvas limpas, embora a desinfecção dos acessos das torneiras de 3 vias com álcool a 70% antes de aceder ao sistema, não é realizada pelos enfermeiros.

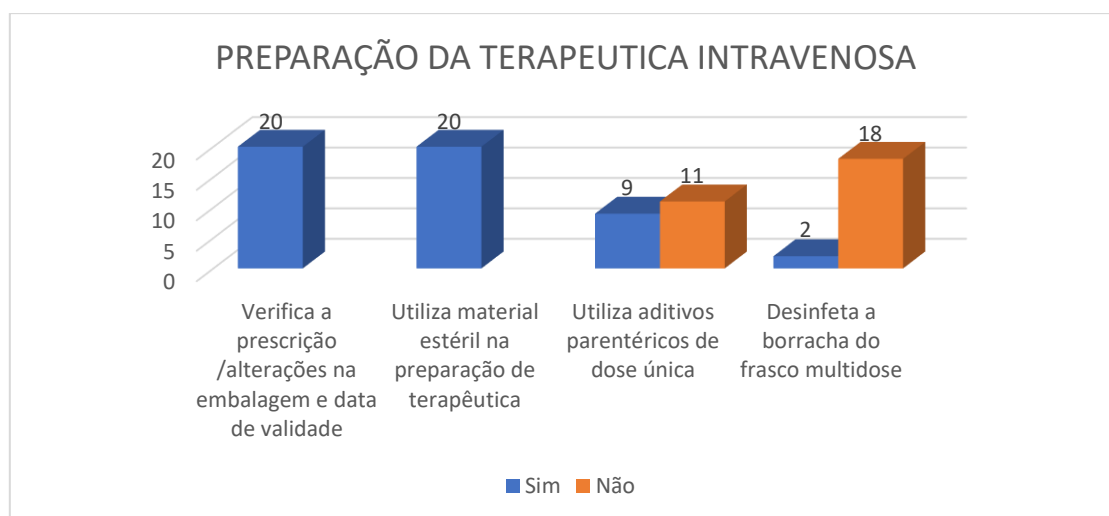
Quanto às intervenções associadas ao penso e manuseamento do CVP, 12 dos enfermeiros mantem uma técnica asséptica, e os mesmos inspecionam com regularidade o local de inserção do CVP, para despiste de complicações.

Gráfico 8 - Manutenção e manuseamento do CVP



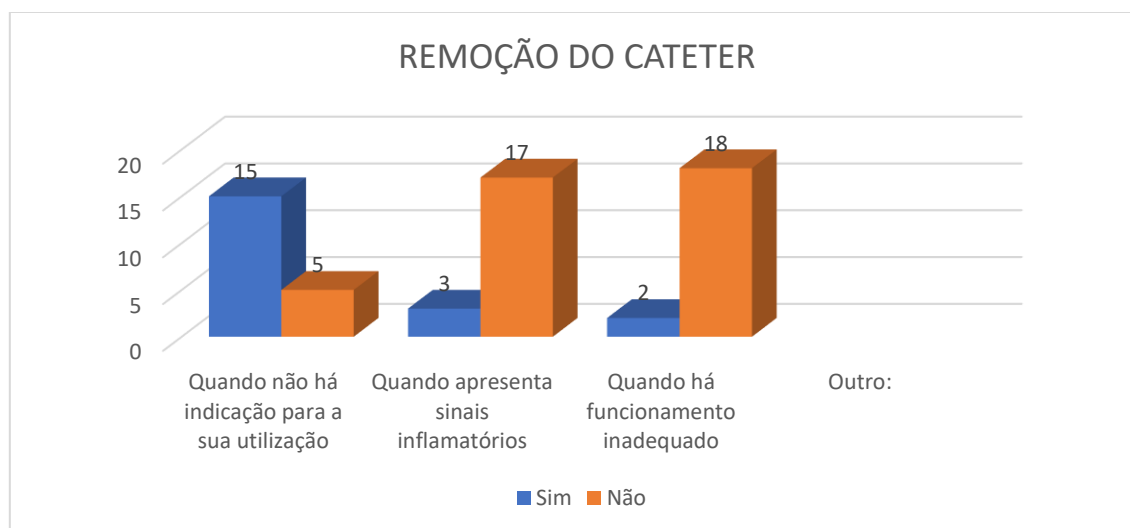
Foram realizadas as observações na altura da preparação da terapêutica endovenosa, contactou-se que a totalidade dos enfermeiros verifica a prescrição e data de validade da terapêutica, assim como a utilização de material estéril na preparação da mesma.

Gráfico 9 - Preparação de terapêutica



A remoção do cateter venoso periférico, normalmente é realizado quando o doente tem alta do serviço de urgência, ocorrendo poucas situações de aparecimento de sinais inflamatórios, como podemos ver no gráfico 10.

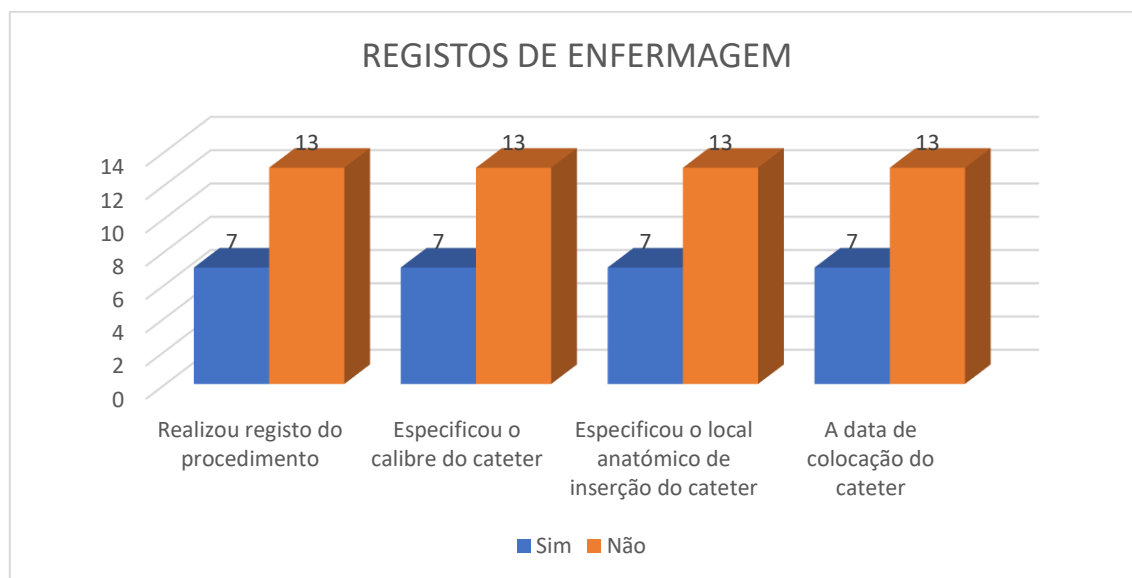
Gráfico 10 - Causa de remoção do CVP



Por último, a observação centrou-se nos registos de enfermagem relativos à inserção do CVP. Das 20 observações efetuadas, verificou-se que 13 delas não realizaram qualquer tipo de registos. Das 7 observações que realizaram registos, estes foram efetuados porque

o utente permaneceu um número elevado de horas em observação ou então ficaram internados. Esses registos especificam o calibre do cateter e o local anatómico onde foi colocado. em registo informático ALERT fica associada a data.

Gráfico 11 - Registo de enfermagem



A grelha de observação tinha como finalidade, recolher informações relativas às intervenções de enfermagem antes, durante e após a inserção do CVP, manutenção e registos de enfermagem relativas ao procedimento.

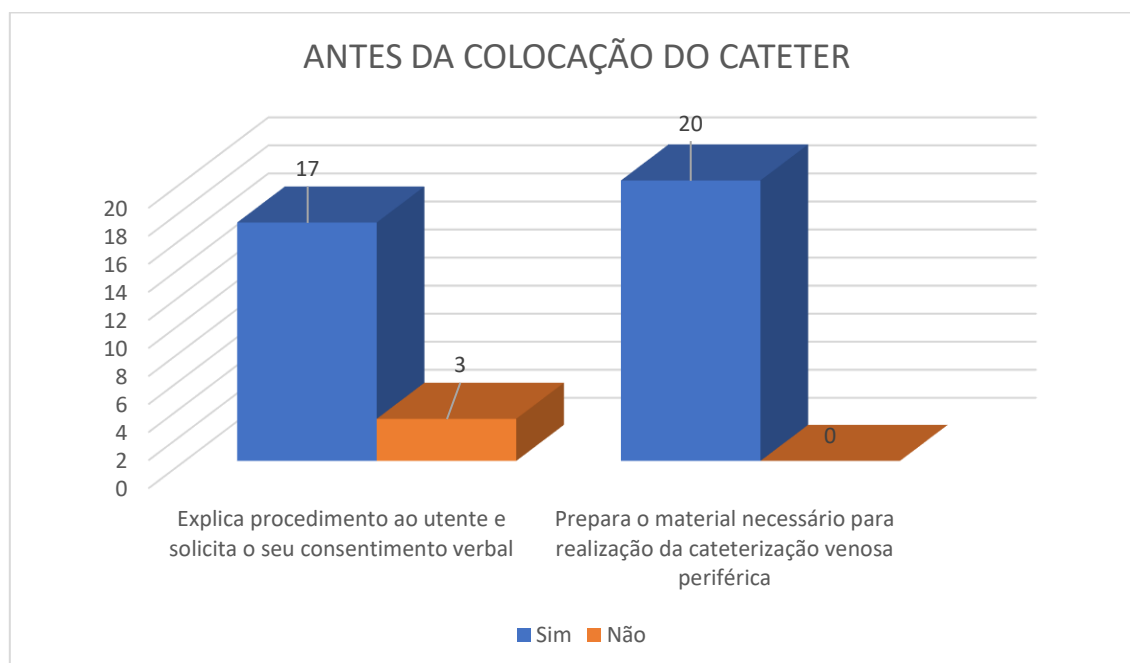
As grelhas de observação relativas à inserção, fixação e manutenção do CVP utilizadas para a necessidade de justificar a intervenção profissional major foram as mesmas que se utilizaram, para avaliar o impacto da mesma perante a equipa, sobre o desenvolvimento do procedimento da cateterização venosa periférica.

Foram realizadas novas observações relativas à inserção, fixação e manutenção do CVP após a sessão de formação. Estas foram efetuadas pouco tempo após a formação, devido ao condicionamento do tempo de implementação da intervenção profissional major.

Resultados da observação após sessão da formação

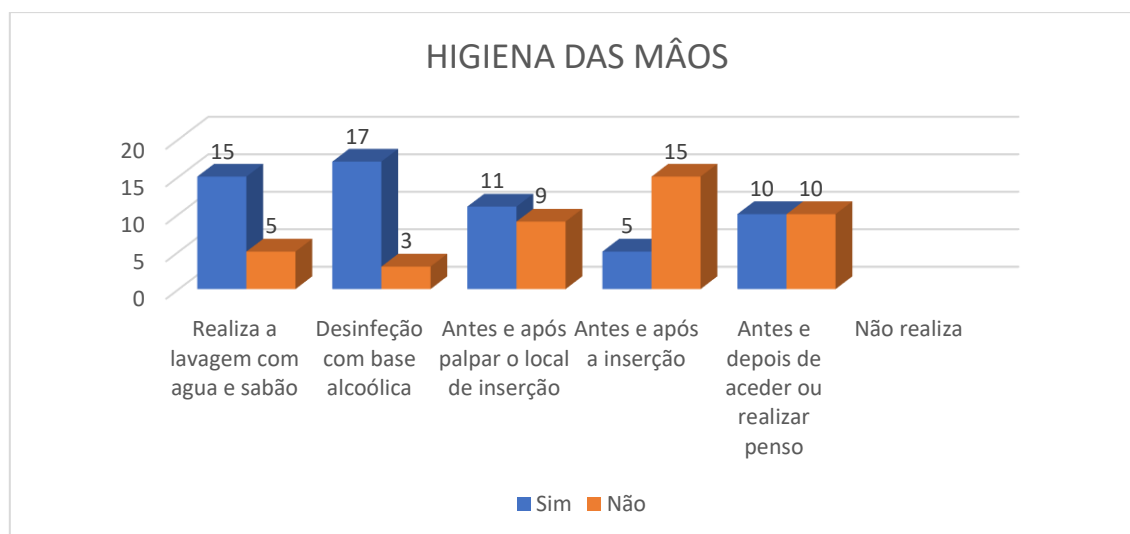
No que diz respeito à observação do momento antes da colocação do cateter, constatou-se que só 3 enfermeiros não explicam o procedimento ao utente e solicitam o seu consentimento verbal. Todos os enfermeiros preparam o material necessário para a realização do procedimento, como se pode constatar no gráfico 12.

Gráfico 12 - Observação da explicação do procedimento e preparação do material



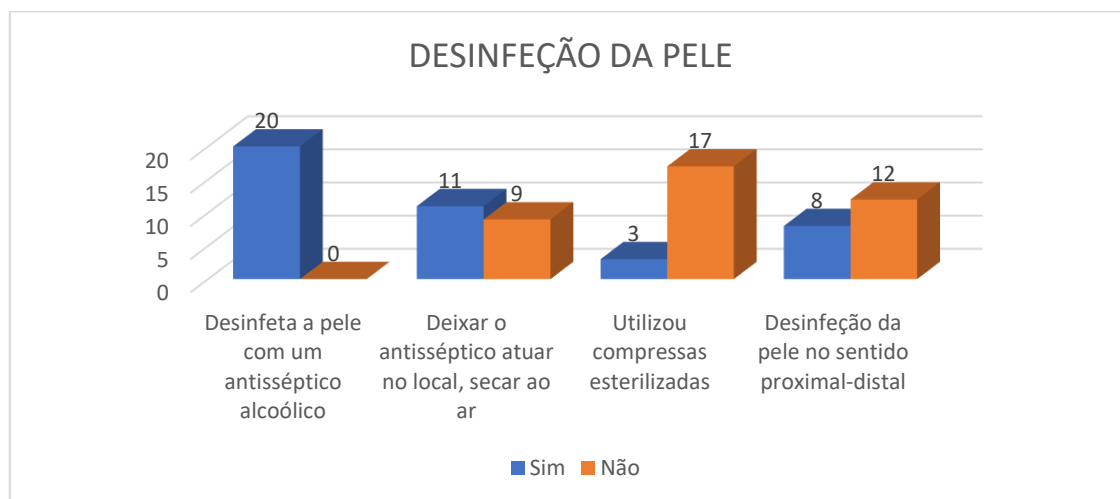
No gráfico 13, está representado a observação da higiene das mãos após formação. Verifica-se que a maioria dos enfermeiros realiza lavagem das mãos com água e sabão e desinfeta-as com um antisséptico de base alcoólica. É realizada a higiene das mãos por 11 elementos antes e após a inserção do CVP, 5 elementos antes e após a inserção. Antes e depois de aceder os pensos a higiene das mãos é realizada por 10 enfermeiros.

Gráfico 13 - Observação da higiene das mãos



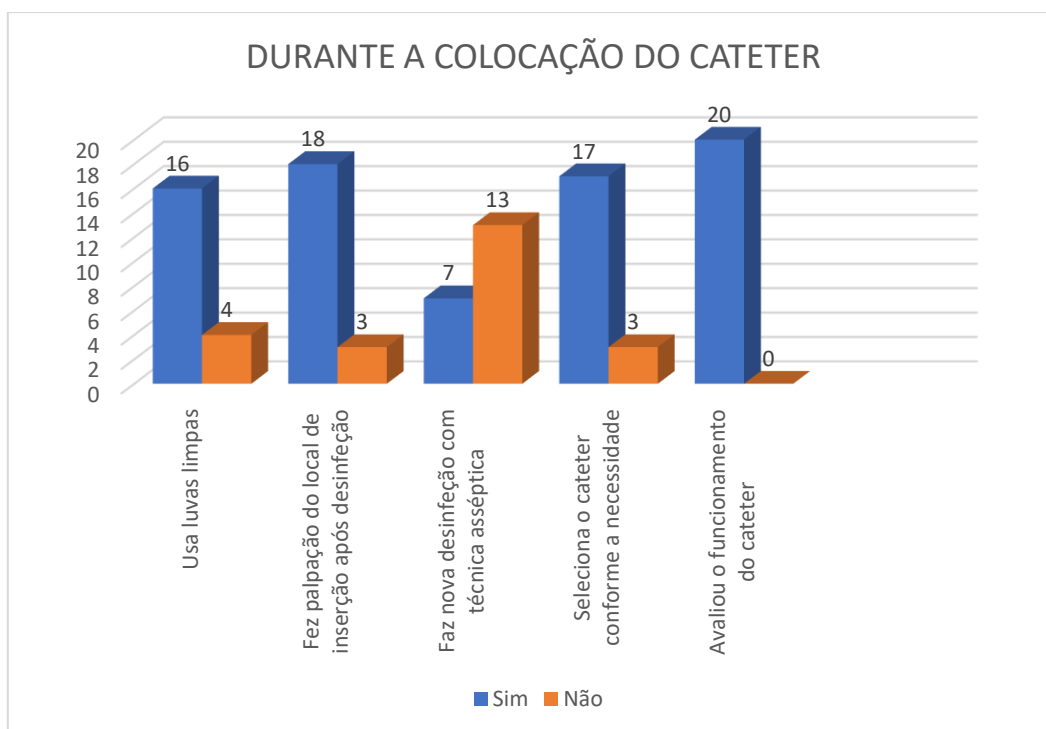
Quanto à desinfecção da pele, representada no (gráfico 14), verifica-se que a totalidade é realizada com antisséptico, 11 deixam o antisséptico atuar e secar ao ar, 3 utilizaram compressas esterilizadas e 8 elementos realizaram a desinfecção da pele no sentido correto.

Gráfico 14 - Observação da desinfecção das mãos



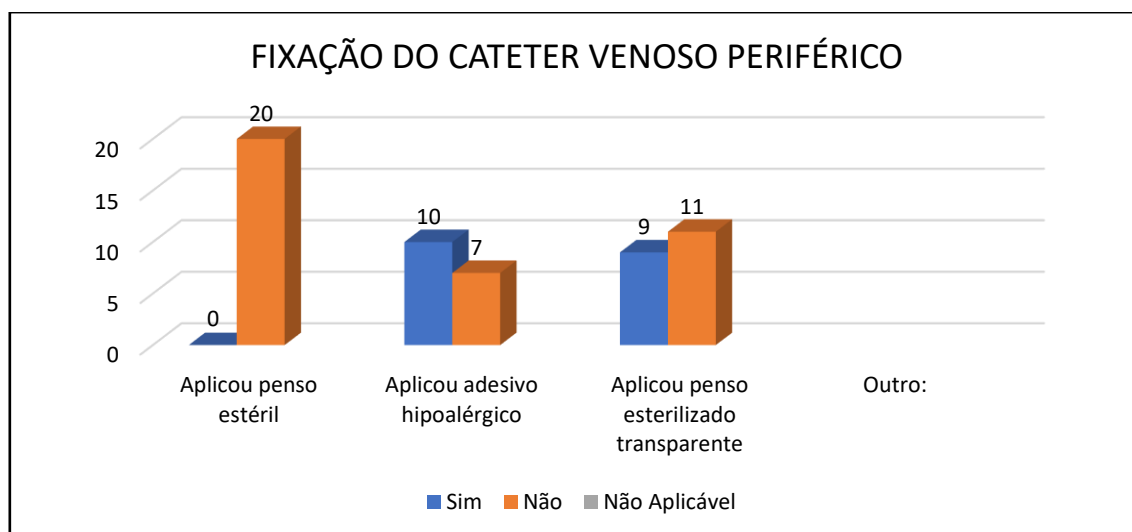
Constatou-se que a maioria dos enfermeiros usam luvas limpas, faz a palpação do local de punção após desinfecção e selecionam o CVP conforme a necessidade. A totalidade verifica o funcionamento do cateter. Verifica-se que só 3 enfermeiros utilizam a técnica “no touch”, como se pode constatar no gráfico 15.

Gráfico 15 - Observação durante a colocação de CVP



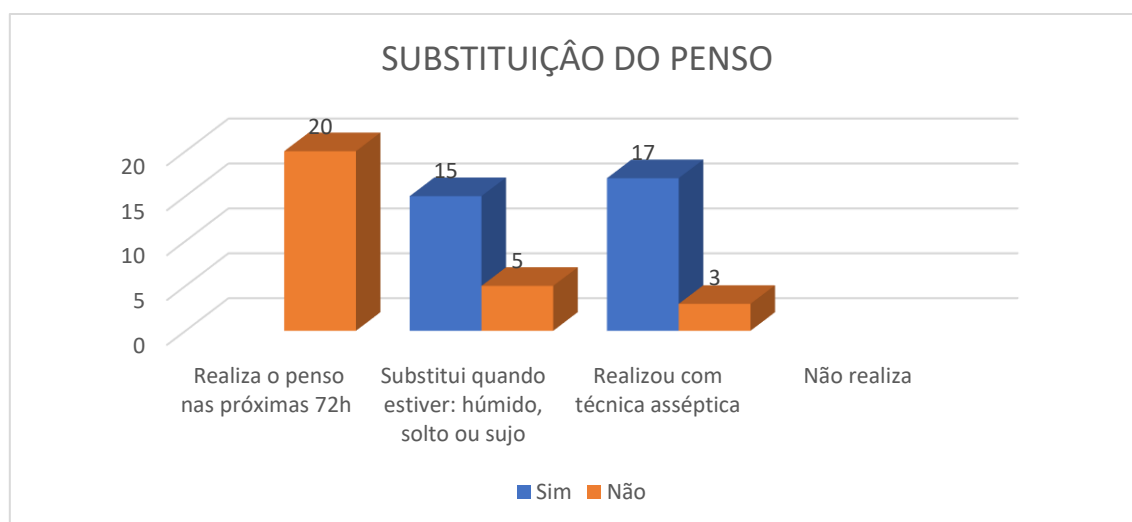
O gráfico 16, representa a observação da fixação do CVP, há 10 enfermeiros que utilizam o adesivo hipoalérgico e 9 enfermeiros que aplicaram o penso esterilizado transparente.

Gráfico 16 - Observação da fixação do cateter venoso periférico



Não se realiza a substituição do penso do local de inserção do CVP, a observação realizou-se no SU onde o doente não permanece mais do que o necessário. O penso é substituído sempre que se apresenta sujo, húmido ou solto por 15 enfermeiros e 17 realizam o mesmo com técnica asséptica. Como se pode observar no gráfico 17.

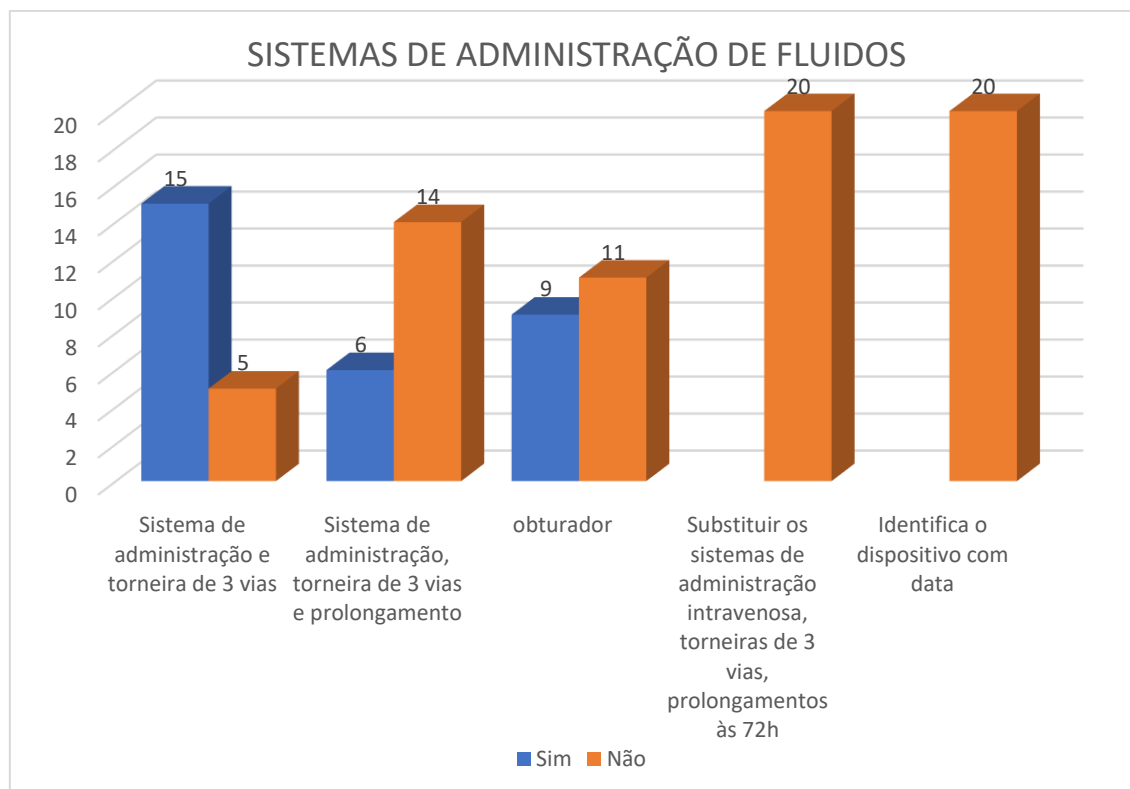
Gráfico 17 - Observação da substituição do penso



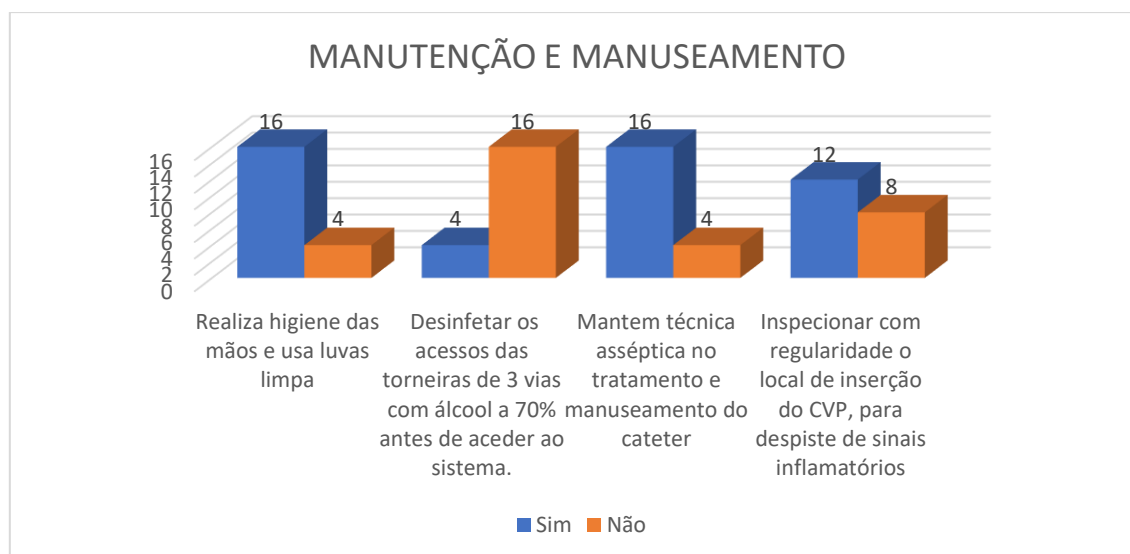
Os sistemas de administração de fluidos representados no gráfico 18, indicam que 15 enfermeiros utilizam o sistema de administração e torneira de 3 vias, verificando-se que 9 enfermeiros utilizaram o obturador.

Relativamente à substituição dos sistemas de administração de fluidos e a sua identificação, essa prática não é realizada.

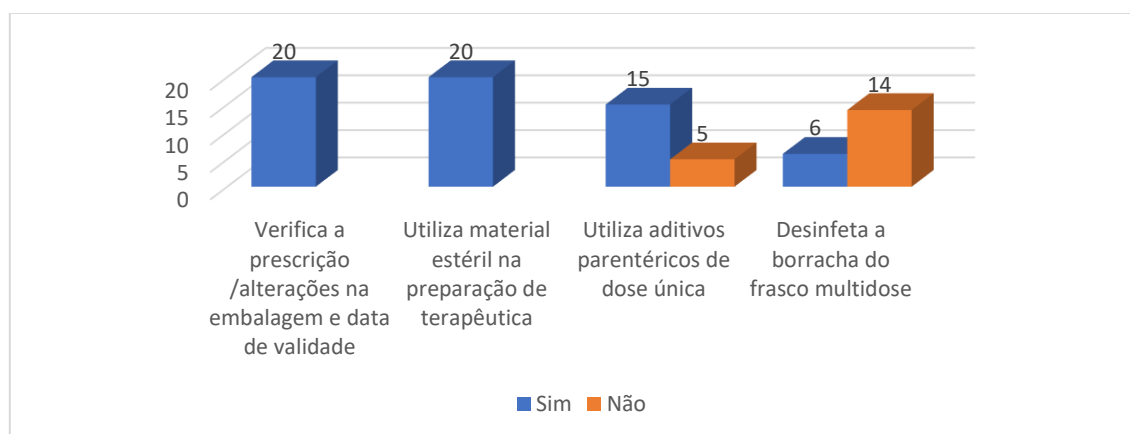
Gráfico 18 - Observação dos sistemas de administração de fluidos



No que respeita à manutenção e manuseamento do CVP, verifica-se que 16 enfermeiros usam luvas limpas, 4 desinfetaram os acessos de torneiras de 3 vias antes de aceder ao sistema, 16 mantêm técnica asséptica no manuseamento e 12 inspecionam com regularidade o local de inserção do CVP, para despiste de complicações.

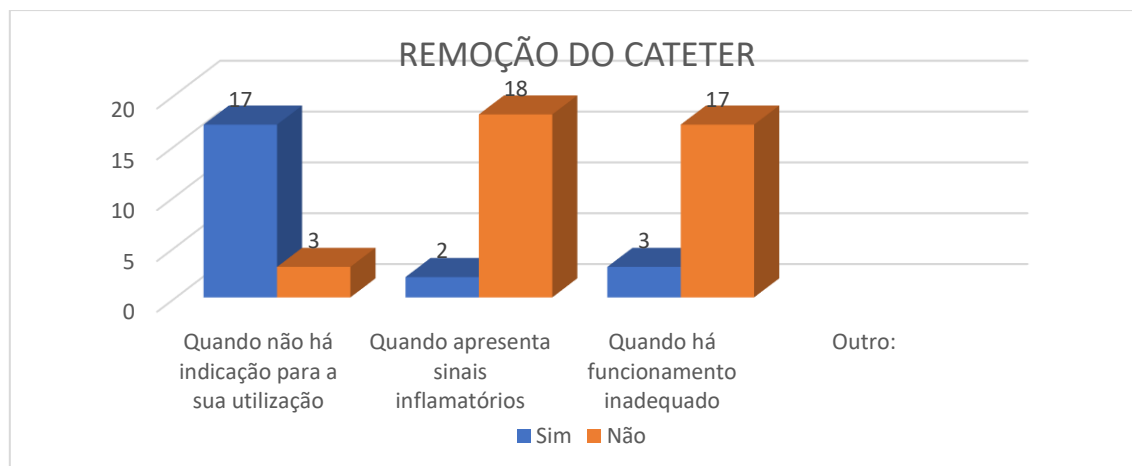
Gráfico 19 - Observação da manutenção e manuseamento

Das observações realizadas na altura da preparação da terapêutica intravenosa, verifica-se que a totalidade dos enfermeiros verificam a prescrição médica antes da administração assim como a presença de alterações da embalagem e data de validade. Todos utilizam material estéril. Das 20 observações efetuadas, 15 enfermeiros utilizam aditivos parentéricos de dose única e 6 desinfetam a borracha do frasco multidose, como se pode verificar no gráfico 20.

Gráfico 20 - Observação da preparação da terapêutica intravenosa

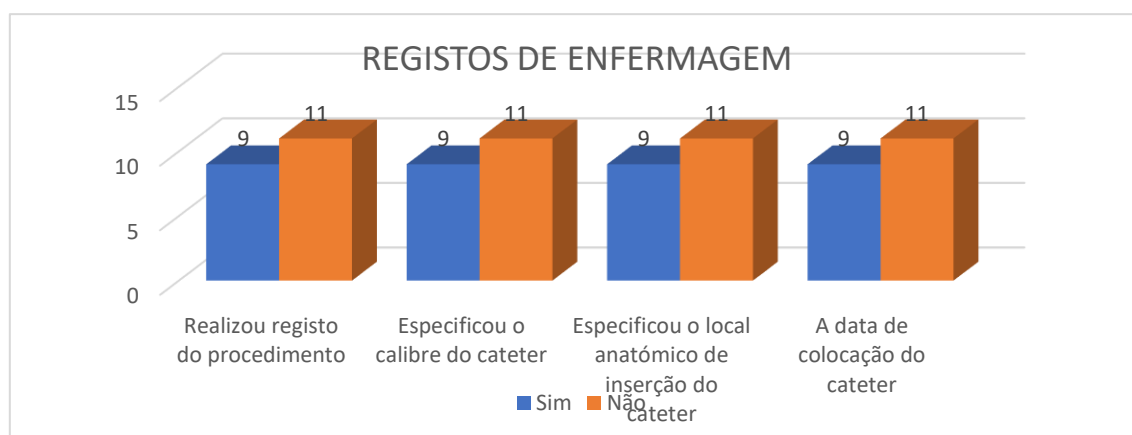
A remoção do CVP é realizada quando os doentes têm alta clínica. Observou-se a remoção por presença de sinais inflamatórios por 2 enfermeiros e remoção do CVP por funcionamento inadequado, como se verifica no gráfico 21

Gráfico 21 - Observação da remoção do cateter



Das 20 observações dos registos de enfermagem, verifica-se que 9 enfermeiros realizam o registo onde especificam o calibre do cateter e o local anatómico de inserção. Este registo é realizado em sistema informático Alert.

Gráfico 22 - Observação dos registos de enfermagem



4.8 Discussão

Dos resultados obtidos da aplicação da grelha de observação, pretende fazer uma análise e interpretação com base no local onde foram realizadas.

A preparação de material necessário para realizar a cateterização venosa periférica, é parte integrante do dia-a-dia do profissional de enfermagem. Verificou que a totalidade da equipa reúne o material necessário para a aplicação desta técnica.

O doente é informado do procedimento e é obtido o seu consentimento para a realização da punção venosa periférica, durante esta conversa o enfermeiro explica o procedimento numa breve descrição, respeitando sempre a sua privacidade e vontade. Esta prática é realizada pela maioria dos enfermeiros.

Segundo Rickard et al (2010), as práticas de assepsia são um problema comum nos cuidados de saúde. É do conhecimento comum dos enfermeiros que a técnica assética deverá estar presente durante o procedimento de cateterização venosa periférica. A higienização das mãos é realizada pelos enfermeiros embora, não o façam nos momentos preconizados, existindo ainda uma fraca adesão. O procedimento da higiene das mãos faz parte das precauções básicas do controlo de infeção, na norma emanado pela DGS, “Precauções Básicas do Controlo da Infeção”. (DGS, 2013b)

Quanto ao desinfetante a utilizar para a assepsia da pele no local da punção, verificou que a escolha foi unanime com um antisséptico alcoólico. Observou que a maioria dos profissionais, não deixa atuar o antisséptico no local até secar, assim como o comprovou que a maioria dos profissionais não a exerce. A preparação da pele tem como finalidade remover as bactérias, prevenindo a possível colonização microbiana. Após a seleção da veia a puncionar, a limpeza do local deverá ser à base de cloro-hexidina, com movimentos circulares, no sentido proximal para o distal, deixando a área desinfetada secar completamente. Após esta desinfeção não se deverá voltar a tocar no local a puncionar pois existe o risco de contaminação do mesmo. (Carlotti, 2012)

Outro item que foi objeto de observação foi o uso de luvas durante o procedimento de inserção do CVP, tendo-se verificado que na maioria das observações efetuadas foram utilizadas, embora ainda não seja prática habitual por todos os enfermeiros, na execução desta técnica. A DGS (2013) preconiza, o uso de luvas limpas sempre que seja previsível o contacto co sangue.

Verificou que após inserção do CVP, se avaliou permeabilidade do cateter por todos os enfermeiros. Após a inserção do CVP é necessário confirmar se este se encontra permeável, para tal injeta-se soro fisiológico através dele, observando possíveis alterações da pele, como rubor, edema, tumefação, extravasamento de líquido em redor do local de inserção do CVP ou desconforto manifestado pelo cliente. (Carlotti, 2012)

Ao realizar a análise dos dados relativo ao tipo de penso escolhido para a fixação do CVP, constatou que o penso mais utilizado foi o adesivo hipoalérgico, de salientar que este penso não é estéril, o que quebra o princípio da assepsia na realização desta técnica. A aplicação de penso esterilizado transparente já começou a ser prática para uma pequena percentagem de enfermeiros, sendo colocados este tipo de pensos a doentes que possivelmente irão ficar internados.

Outro procedimento que mereceu atenção foi a substituição do penso para fixação do CVP, este não é realizado conforme o preconizado pelas *guidelines* devido ao serviço de urgência ser um local de passagem ou de curta permanência. Embora tenha sido substituído o penso por 14 enfermeiros quando este se apresentava húmido, solto ou sujo, tendo mantendo somente 11 enfermeiros a técnica asséptica para esta substituição. As recomendações emanadas pelos CDC relativamente a este item são que os pensos devem ser substituídos quando o CVP é removido, ou substituído ou quando o penso se encontra descolado, húmido ou com repasse. Esta entidade aponta ainda que, em clientes com sudorese intensa os pensos devem ser substituídos frequentemente. (CDC, 2011)

Os CDC (2011) recomendam substituir os sistemas de administração de fluídos, incluindo torneiras e prolongadores a cada 72h, exceto se existir outra indicação clínica. A substituição dos sistemas de administração de terapêutica é essencial para a prevenção

das IACS. A maioria dos enfermeiros utiliza os sistemas de administração de fluidos com torneira de três vias, sendo aplicados este sistema por 14 profissionais. Não se realiza a substituição destes às 72h.

No que refere à manutenção e manuseamento do CVP, os CDC recomendam que essa vigilância deve ser feita diariamente em locais sem possibilidade de observar o local de inserção do CVP. Verificou que 15 dos enfermeiros realiza a higiene das mãos e uso de luvas, mantendo a técnica asséptica no tratamento e manuseamento do cateter, os mesmos inspecionam o local da inserção do cateter, para despiste de complicações. Uma das técnicas assépticas para administração de terapêutica é a desinfeção dos acessos das torneiras de três vias com álcool a 70% antes de aceder ao sistema não é realizada pelos enfermeiros.

Sendo assim, a preparação da terapêutica também mereceu a atenção durante a observação, verificou que a totalidade dos enfermeiros confirmam a prescrição terapêutica assim como durante a sua preparação verificam possíveis alterações na embalagem e data de validade. De referir que utilizam material estéril para preparação da terapêutica.

A remoção do cateter só se verifica quando não há indicação para a sua utilização, ou seja, quando os utentes têm alta clínica. Das observações realizadas, 3 enfermeiros removeram o cateter por apresentar sinais inflamatórios, e 2 enfermeiros tiveram que remover, por funcionamento inadequado do cateter. Assim, o principal motivo de remoção do cateter foi por ocorrência de complicações, quando a permanência do cateter era superior a 72h. (Danski et al, 2015)

Os registos de enfermagem são parte integrante do trabalho diário do enfermeiro, em que as intervenções associadas ao cateterismo venoso periférico deverão ser registadas, este registo deverá conter especificado o calibre do cateter utilizado, o local anatómico de inserção do cateter e a data de colocação. É importante que o enfermeiro documente os cuidados prestados, sinais e sintomas e complicações identificadas, para gerar evidência nos cuidados de enfermagem. Danski et al (2015), refere que os registos de

enfermagem servem para obter informações relativas à inserção e remoção do cateter, ocorrência de complicações.

O serviço de urgência utiliza o sistema informático Alert, o que permite a realização de registos de enfermagem.

Sendo assim, os registos de enfermagem também merecem o interesse, no que respeita a este procedimento. Da observação realizada somente 7 enfermeiros realizam este registo. Os mesmos especificam no registo de enfermagem a data, calibre do cateter utilizado e o local anatómico onde foi inserido. Capdevila (2013), refere que há necessidade de fundamentar os registos informáticos dos CVP, incluindo os seguintes itens: data e lugar de inserção; observação diária, motivo de utilização e a data que foram retirados o CVP e a causa.

Depois da realização da formação, os enfermeiros têm mostrado alguma preocupação no desenvolvimento correto da técnica, com a fim de prestarem melhores cuidados de enfermagem em base de conhecimentos assentes em base científica de modo a minimizar as IACS.

Ao efetuar-se comparação de alguns itens relativos às observações antes e após sessão de formação pode verificar-se uma melhor prática na inserção, fixação e manutenção do CVP pelos enfermeiros. Tendo aumentado em pelo menos 2, os procedimentos corretos, como resposta ao indicador do objetivo 6.

Danski et al (2016), refere que para evitar o aparecimento das complicações relacionadas com o CVP, as intervenções de enfermagem são aplicadas antes, durante e após o cateterismo venoso periférico. O conhecimento dos enfermeiros é reforçado como um fator importante. Ainda, o mesmo autor, diz-nos que a educação é um dos pilares para o treino dos profissionais, devido às mudanças complexas do cuidar e a inserção contínua de novas tecnologias, que criam lacunas nos conhecimentos dos profissionais.

4.9 Conclusão

Sendo a cateterização venosa periférica uma prática diária nas instituições de saúde realizada por enfermeiros, estes são os responsáveis pela inserção manutenção, realizando um conjunto de técnicas e recomendações necessárias para a prevenção de complicações. Desta forma, esta técnica, terá que ser mais valorizada por este grupo profissional. É necessário um cuidado específico na inserção do cateter e durante a sua permanência, exigindo um rigor técnico e científico baseado em recomendações nacionais e internacionais assentes em evidência científica.

Da análise dos dados obtidos pela observação inicial e final e após formação, conclui-se que:

- Os princípios da assepsia preconizados pelas recomendações internacionais, relativos à cateterização venosa periférica não estão a ser cumpridos por todos os enfermeiros;

- A maioria dos enfermeiros realiza a desinfeção da pele corretamente, embora durante o decorrer do procedimento não aplique a técnica “no touch”;

- Embora se note um aumento da utilização dos pensos estéreis, a aplicação de adesivo é ainda uma prática muito utilizada.

- A técnica de desinfeção dos acessos das torneiras de 3 vias com álcool a 70% antes de aceder ao cateter, é ainda pouco utilizada;

- Os registos de enfermagem realizados após a cateterização venosa periférica continuam a não ser efetuados na totalidade dos casos.

Porem existem condicionantes, que não dependem da equipa como a utilização do penso para fixação do cateter, os pensos estéreis existentes no serviço não são os mais adequados, existindo alguns problemas na fixação com este tipo de penso.

Apesar de existirem já alguns resultados positivos, há que insistir na formação e no acompanhamento presencial para que os resultados sejam ainda mais visíveis.

5 ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO

Compreender a realidade onde se pretende intervir, através da avaliação de métodos e técnicas, deve ser uma competência do enfermeiro especialista e mestre em enfermagem, não esquecendo a capacidade de avaliar todo o processo, ajustando-o às necessidades identificadas.

A preparação do estágio final iniciou-se com a escolha da realização dos locais de estágio que recaíram numa UCI e num serviço de urgência, selecionados por proximidade ao agregado familiar.

Todo o percurso do estágio foi orientado tendo por base o previamente definido no projeto de estágio, alicerçado num cronograma de atividades.

Na UCI, desenvolveu as competências de enfermeiro especialista e mestre em enfermagem no cuidado ao doente crítico. No serviço de urgência, analisou as práticas instituídas e foi o local escolhido para a implementação da intervenção profissional major com o título “Prevenção da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde: bundle do cateterismo venoso periférico”.

No decorrer do estágio, foram realizadas várias reuniões com a enf.^a chefe e enf.^a orientadora. Todos os momentos foram dedicados à reflexão e avaliação do caminho percorrido.

No desenvolvimento desta intervenção processou a organização do pensamento de projeto em todas as suas fases. Nem sempre foram respeitados os tempos previamente definidos no cronograma. Considera a duração do estágio no serviço de urgência insuficiente, para a implementação da intervenção profissional major.

Desenvolver e implementar a intervenção profissional major só foi possível porque era conhecedora do contexto da prática e dos procedimentos de qualidade existentes no serviço.

Considera as estratégias escolhidas facilitadoras da obtenção dos objetivos fixados.

O envolvimento com todos os enfermeiros e os elementos chave do serviço, (elos de ligação: risco, PPCIRA, responsável pela formação em serviço), foi muito importante por forma a motivá-los e sensibilizá-los para a problemática em estudo e obter o seu envolvimento. Só assim foi possível atingir os objetivos propostos.

Nem sempre foi possível manter auto motivação. Nem sempre foi fácil conciliar as estratégias a implementar com os horários de trabalho.

Contudo, todo o percurso resultou na criação de um documento orientador de boa prática na prevenção da infeção associada aos cuidados de saúde.

Foram cumpridos os objetivos e os resultados vão de encontro à teoria que os suportam, resultando em ganhos em saúde.

6 CONCLUSÃO

O presente relatório reflete, o percurso realizado ao longo dos estágios, UCI e serviço de urgência, onde prestou cuidados a doentes críticos.

Os estágios revestem-se de circunstâncias perfeitas para formação e reflexão da prática, que permitem desenvolver um conjunto de competências, nos domínios do saber, saber-fazer e do saber-aprender, apoiados em evidência científica.

O percurso percorrido, revestiu-se de primordial importância no sentido em que facultou maturidade, indispensável à condição de enfermeiro especialista e de mestre na área científica de enfermagem.

Considera ter desenvolvido as competências de enfermeiro especialista em EMC-PSC, assim como, as competências de Mestre em enfermagem.

“A formação contínua, associada à profissão de enfermagem é uma responsabilidade ética e deontológica que permite o desenvolvimento profissional e que por sua vez, conduz à melhoria dos cuidados prestados ao cliente e família” (OE, 2012).

Os sistemas de saúde, pela sua complexidade, incorporam, cada vez mais, variadas tecnologias e técnicas, que impõem riscos adicionais na prestação de cuidados de saúde. Contudo, medidas simples e efetivas, protocoladas, contribuem para a redução dos riscos e eventos adversos. Impõe-se uma necessária mudança de cultura dos profissionais para a segurança dos utentes, instituída nacional e localmente.

Estudos apontam que é possível reduzir drasticamente a taxa de infeção da corrente sanguínea, associada ao cateterismo venoso periférico, por meio da realização de cinco intervenções combinadas (Bundles). (IHI,2008).

A saber:

- Higiene das mãos;
- Antissepsia da pele com cloroheixidina;
- Barreiras de proteção máxima na colocação do cateter;
- Escolha ideal do local de inserção do cateter;
- Revisão diária da necessidade de cateter.

Procurou compreender as práticas instituídas, numa lógica de evidenciar a necessidade de intervir, para que se produzissem mudanças, promotoras da melhoria dos cuidados de enfermagem.

Neste contexto, surge o projeto de intervenção Major.

Foram cumpridas as fases metodológicas previstas. A elaboração da Bundle, de prevenção de infeção, relacionada com cateter venoso periférico, permitiu padronizar o procedimento, com conseqüente melhoria das práticas, tendo sido atingido o objetivo proposto.

Investir no aperfeiçoamento das equipas de saúde, assim como na utilização de boas práticas devem ser as questões primordiais para a meta de melhores resultados para os utilizadores dos serviços de saúde.

Melhorar a segurança dos utentes no serviço de urgência foi e será a prioridade, entendendo que a prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde é um fator crítico na segurança dos utentes e na melhoria contínua de qualidade.

Entende que a participação ativa dos enfermeiros foi a chave de sucesso.

“O sucesso do conceito de Bundle, assenta sobretudo numa estratégia de trabalho em equipa, na comunicação eficaz e na definição de objetivos facilmente mensuráveis”.
(IHI,2008)

No futuro, impõe-se um trabalho integrado alinhando todos os esforços com a visão, missão e valores da organização ULSNA, EPE.

Compromete-se a apresentar os resultados da intervenção profissional major, em sessão clínica na ULSNA, EPE, respondendo ao deliberado pelo Ex. Presidente do Conselho de Administração desta organização.

Considera ter atingido os objetivos delineados para o presente relatório final. Contudo, compromete-se, para o futuro, investir na monitorização de boas práticas e sua divulgação, implementando estratégias de melhoria, sempre que as mesmas não sejam cumpridas, maximizando na ação, as competências do enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica e Mestre em Enfermagem.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

. Aboeela SW, Stone PW, Larson (2007) EL. Effectiveness of bundled behavioural interventions to control healthcare-associated infections: a systematic review of the literature. *J Hosp Infect*, 66, pp. 101-8 Retirado de <http://dx.doi.org/10.1016/j.jhin.2006.10.019> Medline

AESES. (2017). Regulamento do funcionamento do mestrado em enfermagem. Retirado de: www.dre.pt

American Psychological Association. (2010). APA Sixth Edition. Intellectual Property (Vol. 1968) Retirado de <https://doi.org/10.1006/mgme.2001.3260>

Aviso n.º 5622/16, de 2 de Maio da Universidade de Évora. Diário da República: II série, n.º 84 (2016a). Retirado de 5 de Fevereiro de 2018. Retirado de [http://www.essp.pt/novo/images/Mest Enfermagem/MCEESIP_5622_2016.pdf](http://www.essp.pt/novo/images/Mest%20Enfermagem/MCEESIP_5622_2016.pdf)

Capdevila, J. A. (2013). El catéter periférico: El gran olvidado de la infección nosocomial. *Revista Española de Quimioterapia*, 26(1), 1-5.

Carlotti, Ana Paula (2012) Acesso Vascular. *Revista Medicina*. [Em linha]. Vol. 45, nº 2, p. 208-214 [Consult. em 15 janeiro 2018]. Retirado de WWW:< http://revista.fmrp.usp.br/2012/vol45n2/Simp5_Acesso%20Vascular.pdf>.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (2011) Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections. [em linha]. [Consulta. em 25 outubro 2017]. Retirado de WWW:< <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/guidelines/bsi-guidelines-2011.pdf>

Collins, M. (2011). Anatomy and Physiology. In S. Phillips, M. Collins, & L. Dougherty (Eds.), *Venepuncture and cannulation* (pp. 44-67). West Sussex: Blackwell Publishing.

Danski MTRD, Lind J, Mingorance P, Johann DA, Schwanke AA. (2016) Local complications in the peripheral venous catheterization in newborns prospective cohort. ;(Iv).

Decreto-Lei n.º 115/2013 de 7 de agosto. (2013). Aprova o Regime Jurídico dos Graus Académicos e Diplomas do Ensino Superior. Diário da República I Série, N.º 151 (07-02-2018), 4749–4772. Retirado de www.dre.pt

Dec. Lei n.º 156. (2015). Lei 156/2015 Segunda alteração ao estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 1.ª série — N.º 181 — 16 de setembro de 2015, 4860–4862.

DEODATO, Sérgio (2008) Responsabilidade Profissional em Enfermagem: Valorização da Sociedade. Coimbra: Almedina. ISBN: 978-972-40-3401-0

Despacho n.º 1400-A/15 de 10 de Fevereiro do Ministério da Saúde. Diário da República: II série, n.º 28 (2015). Acedido a 24 de Janeiro de 2018. Retirado de <https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2015-2020-pdf.aspx>

DGS. (2003). Programa Nacional de Controlo de Infecção - Relatório 2003, 21.

Direcção-Geral da Saúde. (2007). Programa nacional de prevenção e controlo da infecção associada aos cuidados de saúde. Direcção-Geral da Saúde.

Direcção-Geral da Saúde. (2008). Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde: Manual de Operacionalização, 1–82.

Direcção-Geral da Saúde (2010). Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. Circular Normativa No 13, 1, 44.

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (2010b) Guia Geral para a Elaboração de um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde. Departamento da Qualidade na Saúde e Divisão da Qualidade Clínica e Organizacional.

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE (2013c) Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor (PENPCDor). [Em linha]. Consult. em 18 janeiro 2018. Retirado de WWW:< <https://www.dgs.pt/outros-programas-e-projetos/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/plano-estrategico-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-dor-penpcdor.aspx>>.

Direção-Geral da Saúde. (2015). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. Retirado de <https://dre.pt/application/file/6645715>

DGS. (2015). “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central. Direção-Geral Da Saúde, 2015, 1–26. Retirado de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0222015-de-161220151.aspx>

Donabedian A. (1992) The role of outcomes in quality assessment and assurance. *Q Rev Bull.* Nov 2(1):356–60.

Duffy, J. (2009). *Quality caring in nursing: applying theory to clinical practice, education and leadership.* (Company Springer Publishing, Ed.) (Kindle).

Duffy JR, Korniewicz D. (2000) Outcomes measurement using the ANA safety and quality indicators: independent study module. Washington: American Nurses Association;

Duffy, J., & Hoskins, L. (2003). *The Quality-Caring Model©: blending dual paradigms.* Advanced Nurse Science.

ELKIN, Martha; PERRY, Anne; POTTER, Patrícia (2005) *Intervenções de enfermagem e procedimentos clínicos.* Loures: Lusociência, 2005. ISBN 972-8383-96-7.

Fortin, M.-F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação.* Loures: Lusodidacta.

FRANCO, Luís (2010) *Infecção Associada aos Cuidados de Saúde. Enfermeiro.* [Em linha]. Consult. em 7 janeiro 2018. Retirado de WWW:< <http://www.chbargarvio.min>

saude.pt/NR/rdonlyres/B85D81E0-0C79-426E-9930-6CED2DFD0F7E/22433/IACS_final.pdf>.

Institute for Healthcare Improvement. Bundle up for safety. [Internet],

Institute for Healthcare Improvement (2008) Five Million Lives Campaign: getting started kit: prevent central line infections how-to guide, Institute for Healthcare Improvement (Cambridge, MA)

LEI n.º 156/15. D.R. I Série. 181 (2015-09-15) p. 8059-8105. [Em linha]. [Consult. em 30 fevereiro 2018]. Disponível em WWW:<http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Lei_156_2015_SegundaAlteracaoEstatutoOE_set2015.pdf>.

MARTINS, Kelly; et al. (2008) Adesão às medidas de prevenção e controlo de infecção do acesso vascular periférico pelos profissionais de equipa de enfermagem. *Ciência Cuidados e Saúde*. [Em linha]. Vol. 7, nº 4, p. 485-492. [Consult. em 10 janeiro 2018]. Retirado de WWW:<<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/6634/3908>>.

MARTINS, Maria Aparecida (2001) *Manual de Infecção Hospitalar: Epidemiologia, Prevenção e Controle*. Rio de Janeiro: MEDSI, ISBN 85-7199-256-8.

McKenna HP. (1997) *Nursing models and theories*. London: Routledge.

Meleis AI. *Theoretical Nursing (1997) development and progress*. 3ª. ed. Philadelphia: Lippincott.

Mendonça, Katiane; et al. (2010) Atuação da enfermagem na prevenção e controle de infecção de corrente sanguínea relacionada a cateter. *Revista de Enfermagem UERJ*. [Em linha]. Vol. 19, nº 2, p. 330-333. [Consult. em 10 janeiro 2018]. Retirado de WWW:<<http://www.facenf.uerj.br/v19n2/v19n2a26.pdf>>.

Ministério da Saúde. (2013). Despacho no 2902/2013 Programa de Prevenção e Controlo da Infecção e Resistência aos Antimicrobianos. Diário Da República, 2.a Série - N.º 38 de 22 de fevereiro de 2013, 2a série (38), 7179–7180.

NUNES, Lucília (2016) Autonomia e responsabilidade na tomada de decisão clínica em enfermagem. II Congresso Ordem dos enfermeiros [Em linha]. 2006 [Consult. 30 fev. 2018]. Retirado de WWW: <URL: http://www.ordemenfermeiros.pt/eventos/Documents/II%20Congresso%202006/IICong_ComLN.

NUNES, Lucília (2008) Fundamentos éticos da deontologia profissional. Ordem dos Enfermeiros [Em linha]. n.º 31, p. 33-45. [Consult. 1 fev. 2018]. Retirado de WWW:<URL: http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/revistas/roe_31_dezembro_2008.pdf>. ISSN. 1646-2629

ORDEM DOS ENFERMEIROS – REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. (2015) [Em linha]. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. [Consult. em 23 jan 2018]. Retirado de WWW:<http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf>.

Ordem dos Enfermeiros. (2011a). Regulamento Dos Padrões De Qualidade Dos Cuidados Especializados em Enfermagem a em Pessoa em Situação Crítica

Ordem dos Enfermeiros. (2011b). Regulamento n.º 122/2011 Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República 2.a série, N.º 35 (18/02/2011), 8648–8653.

Ordem dos Enfermeiros. (2011c). Regulamento n.º 124/2011 Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Diário da República 2.a série, N.º 35 (18/02/2011), 25118–25120.

Organização Mundial de Saúde. (2009). Guidelines on hand hygiene in health care. First Global Patient Safety Challenge: Clean care is Safer Care. Retirado de http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597906_eng.pdf

Organización Nacional deTransplantes. (2017). Donación. Retirado de 28 de Fevereiro de 2018, de <http://www.ont.es/informacion/Paginas/Donación.aspx>

Pedrosa, M.; Grilo, C.; Marques, C. (2013). A Higiene das Mãos num Serviço de Urgência Geral: a percepção dos Profissionais de Saúde. Hand Hygiene in Emergency Room: Health Professionals, 3–7.

Perif, V, Alves Ribeiro (2016) Relatório de Trabalho de Projeto “Procedimentos de Enfermagem da Cateterização Venosa Periférica na Prevenção das Infecções Associadas aos Cristina Maria Alves Ribeiro Relatório de Trabalho de Projeto “Procedimentos de Enfermagem da Cateterização Venosa Periférica na Prevenção das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde”

Pina, E. (2010). Infecção relacionada com a prestação de cuidados de saúde: infecções da corrente sanguínea (septicemia), 28, 19–30.

Pordata. (2015). População Residente. Obtido 2 de Março de 2018, Retirado de <https://www.pordata.pt/Subtema/Portugal/População+Residente-28>

Pronovost PJ,Needham D,Berenholtz S,Sinopoli D,Chu H,Cosgrove S,et al.(2006) An intervention to decrease catheter-related bloodstream infections in the ICU.N Engl J Med, 355, pp. 2725-32 <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa061115> Medline

Regulamento Dos Padrões De Qualidade Dos Cuidados Especializados Em Enfermagem Em Pessoa Em Situação Critica (2011). Ordem Enfermeiros

Regulamento n.º 361/2015 de 26 de junho de 2015.Ordem dos Enfermeiros –

Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Diário da República. Retirado de <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulam>

ento_361_2015_PadrosQualidadeCuidadosEspEnfPessoaSituacaoCritica.pdf, a 01 de outubro de 2017

RUI, Maria; et al. (2010) Metodologia de Projeto: Colectânia Descritiva de Etapas. Percursos [Em linha]. Nº 15, p. 1-37. [Consult. em 27 jan 2018]. Retirado de WWW:<http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf>.

SES. (2016) portal do hospital infanta Cristina Badajoz: Sistema Extremeno de salud. Retirado de www.areasaludbadajoz.com

ULSNA, EPE. (2016). Portal da Unidade Local de Saúde Norte Alentejano, EPE. Retirado de [http://www.ULSNA, EPE.min-saude.pt](http://www.ULSNA,EPE.min-saude.pt)

Veiga, B., Henriques, E., Barata, F., Santos, F., Santos, I., Martins, M., ... Silva, P. (2011). Manual de Normas de Enfermagem. ACSS Administração Central Do Sistema de Saúde, IP, 2a Ed, 285. <https://doi.org/10.1007/s10840-016-0104-y>

Venturi, K. K., Wolff, L. D. G., Meier, M. J., Montezeli, J. H., & Peres, A. M. (2009). Modelo qualidade-cuidado©: uma mid-range theory de enfermagem fundamentada em Watson e Donabedian. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 8(2), 280–285. <https://doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v8i2.8212>

Who. (2009). on Hand Hygiene in Health Care First Global Patient Safety Challenge Clean Care is Safer Care. *World Health*, 30(1), 270. <https://doi.org/10.1086/600379>

WILSON, Jennie – Controlo de infeção na prática clínica. Loures: Lusociência, 2003. ISBN 972-8383-57-6.

Xavier P. (2011) Peripheral venous puncture: local complications in patients assisted I a university hospital. *Rev Enferm UFPE line [Internet]*;5(1):61–6. Retirado de http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1197/pdf_278

Apêndice I – Projeto de Estágio Final

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOSÉ DE OTRAS



INSTITUTO
POLITÉCNICO
DE BEJA
Escola Superior
de Saúde



ES
Escola
Superior
de Saúde
de Portugal



IPS
INSTITUTO
POLITÉCNICO DE SETÚBAL
Escola Superior de
Saúde



UNIVERSIDADE DE COIMBRA
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

Unidade Curricular: Estágio Final

Docentes: Professora Maria da Graça da Gama Pereira Antunes

Enfermeira Supervisora: Enfermeiro Santos Garcia Lopez-Zuazo

Enfermeira Sandra Cristina Pombeiro Sapatinha

Projeto de Estágio Final

Enfermagem Médico-Cirúrgica: Pessoa em situação crítica

Discente:

Sandra Silveira, nº37038

Outubro de 2017

Unidade Curricular: Estágio Final

Docentes: Professora Maria da Graça da Gama Pereira Antunes

Enfermeira Supervisora: Enfermeiro Santos Garcia Lopez-Zuazo

Enfermeira Sandra Cristina Pombeiro Sapatinha

Projeto Final

Enfermagem Médico-Cirúrgico: A Pessoa em Situação Crítica

Discentes:

Sandra Silveira, aluno nº37038

Outubro, 2017

INDICE

| | |
|--|-----|
| INTRODUÇÃO | 4 |
| 1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO | 6 |
| 1.1 EXPERIÊNCIA ACADÊMICA E PROFISSIONAL | 6 |
| 1.2 - CARATERIZAÇÃO DO SERVIÇO..... | 7 |
| 2 AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA | 10 |
| 2.1 - COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA | 10 |
| 2.1.1 Competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal..... | 10 |
| 2.1.2 Competências no domínio da melhoria da qualidade | 11 |
| 2.1.3 Competências no domínio da gestão de cuidados | 13 |
| 2.1.4 Competências no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais | 14 |
| 2.2 – COMPETÊNCIAS ESPECIFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM: A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA..... | 15 |
| 2.2.1 Competências específicas a desenvolver..... | 16 |
| CONCLUSÃO | 19 |
| BIBLIOGRAFIA..... | 20 |
| ANEXOS..... | 22 |
| Anexo I- Tabela de cronograma de estágio..... | 234 |

INTRODUÇÃO

O Trabalho de projeto de Estágio Final surge no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem, Especialização Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica, na unidade curricular Estágio Final como elemento de avaliação.

Segundo Ruivo, Nunes e Ferrito (2010),” o trabalho de projeto é uma metodologia reflexiva, pois é baseada e sustentada pela investigação, de uma forma sistemática, controlada e participativa, que visa identificar problemas e resolve-los através de ações praticas.”(...) “envolve os estudantes na identificação das situações/situações que dizem respeito aos próprios, promovendo a sua autonomia, passando o professor a ter apenas um papel de orientador.”. A elaboração do projeto final, teve por base as competências que pretende adquirir durante o estágio, servindo como guia condutor para mim, enquanto aluno, para os enfermeiros supervisor e docentes.

O Estágio final ocorre na Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital Universitário Infanta Cristina de Badajoz e no Serviço de Urgência da Unidade Local de saúde do Norte Alentejano em Elvas.

Como **objetivo geral** deste projeto pretendo: Desenvolver competências comuns dos Enfermeiros Especialistas e as competências específicas dos Enfermeiros Especialistas em Pessoa em Situação Crítica no contexto da especialidade Médico-Cirúrgica.

Como **objetivos específicos** pretendo:

- Prestar cuidados de enfermagem de nível especializado à pessoa e sua família, de acordo com cada situação específica, tendo por base cuidados atualizados e de maior evidência.
- Definir objetivos e ações a desenvolver, para adquirir competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista.
- Dar resposta ao instrumento de avaliação da unidade curricular.

O presente projeto está estruturado da seguinte maneira: uma descrição do percurso acadêmico e profissional, assim como a justificação dos locais de estágio; caracterização dos locais de estágio; Competências comuns do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica com as atividades e indicadores de avaliação; Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica: a pessoa em situação crítica, com atividades a desenvolver assim como os indicadores de avaliação; a conclusão e as referências bibliográficas. Irei realizar um cronograma do estágio em forma de tabela em que contempla no tempo as atividades a desenvolver. (anexo I)

Este trabalho foi redigido de acordo com as normas do novo acordo ortográfico português e a referência assenta nas normas da *American Psychological Association* (APA).

1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1 EXPERIÊNCIA ACADÉMICA E PROFISSIONAL

O percurso Académico teve início na Escola Superior de Enfermagem de Portalegre, entre 1993 e 1996, tendo obtido o grau académico de Bacharelato em Enfermagem. Tendo feito posteriormente o Curso Complementar de Formação em Enfermagem na mesma escola. Atualmente a frequentar Mestrado em Associação em Évora, Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgico – A Pessoa em Situação Crítica.

Iniciei funções como enfermeira no Serviço de Pediatria/Neonatologia do Hospital Dr. José Maria Grande de Portalegre, onde prestei cuidados diretos ao recém-nascido e jovens doentes entre julho de 1996 a setembro de 1999. Após pedido de transferência aceite iniciei funções no serviço cirúrgico do Hospital de Santa Luzia de Elvas, onde permaneci até julho de 2006.

Desde 01/10/2000 a 30/06/2006 exerci funções no serviço de Obstetria e Ginecologia na Fundação Materno Infantil Mariana Martins em Elvas em acumulação da função pública com a privada, onde prestei cuidados ao recém-nascido, puérpera e utentes do foro ginecológico.

Em julho de 2006 até à presente data exerce funções de enfermeira no serviço de Urgência/Serviço de Observação na Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano (ULSNA) de Elvas onde presta cuidados aos utentes urgentes e emergente. Faço parte da escala móvel de enfermagem para evacuações de urgência.

Desde 05/07/2010 a 30/08/2017 exerci cuidados de enfermagem à comunidade reclusa do Estabelecimento Prisional de Elvas.

A 01/06/2011 até à presente data iniciou funções de Enfermagem na Ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV) de Elvas, sendo responsável do meio desde março de 2016, onde presto cuidados diretos à vítima de doença, trauma, recém-nascido, grávida. Através de protocolos definidos e procedimentos específicos.

Durante o meu percurso profissional e devido às características dos serviços onde trabalhei, sempre prestei cuidados a doente crítico, o que me levou à procura de novos conhecimentos.

Desde setembro de 2016, a frequentar o Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgico – A Pessoa em Situação Crítica, onde pretendo adquirir e aprofundar conhecimentos, de modo a aplica-los na minha prática diária de forma a proporcionar uma prestação de cuidados de excelência.

Os locais de estágio que estão a decorrer atualmente foram escolhidos pela proximidade da área onde habito e trabalho, onde posso adquirir e desenvolver competências específicas de enfermagem em doente crítico. Na Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital Infanta Cristina em Badajoz, posso desenvolver cuidados, habilidades e competências no doente crítico que não pratica atualmente, podendo replicar e transpor para a minha prática diária. O estágio no Serviço de Urgência da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano em Elvas, é o local onde exerço funções atualmente e o local onde será implementado o projeto a desenvolver durante este estágio final.

1.2 - CARATERIZAÇÃO DO SERVIÇO

No sentido de melhor contextualizar os locais de estágio, começo por caracterizar sumariamente a Unidade de Cuidados Intensivos e o Serviço de Urgência. As informações apresentadas foram colhidas por mim, através da observação e conversas informais com o supervisor clínico e restante equipa e através de consulta de documentos.

A Unidade de cuidados intensivos é um serviço diferenciado por exigir equipamento de alta tecnologia de monitorização, cuidados especializados e de intervenção terapêutica, direcionado para o cuidar específico de doente crítico. A Unidade de cuidados Intensivo do Hospital Infanta Cristina de Badajoz tem capacidade de internamento de 26 doentes, estando separadas pela UCI 1 e UCI 2, com recursos humanos e materiais próprios.

O local de estágio decorre na UCI 2, este serviço está mais direcionada para doentes do foro cardíaco, cirúrgico, neurológico e transplantados.

O hospital Infanta Cristina tem como missão, proporcionar aos utentes cuidados de carácter público e universais de qualidade excelente em todas as vertentes de proteção e promoção da saúde, prevenção, cuidados e reabilitação. Como finalidade do referido hospital tenta-se atingir e construir uma organização de saúde excelente, procura-se a qualidade total, bem como promover a investigação, inovação e adaptar as novas necessidades de saúde. (SES, 2016)

O Hospital Universitário Infanta Cristina de Badajoz é caracterizado pelos seguintes princípios: Universalidade: Garantir o direito e a proteção da saúde de todos os cidadãos; Equidade: Proporcionar o acesso de saúde a todos os cidadãos com a mesma igualdade, salientando a união social e solidariedade; Participação: Garantir não só a participação de todos os cidadãos de forma a cumprirem os seus direitos e responsabilidade com o serviço de Saúde como também a participação dos profissionais para implementar a eficácia e qualidade do sistema sanitário, sendo fundamental a sua participação para atingir os objetivos da organização; Eficiência: Adquirir o compromisso de conseguir a máxima eficácia e qualidade com o menor custo possível conforme os âmbitos da gestão e respeitando os princípios de equidade e universalidade. (SES,2016)

O Serviço de Urgência da Unidade Local de Saúde Norte Alentejano de Elvas, classificada como Serviço Básica integrada no 3º nível dos Serviços de Urgência (Relatório Reestruturação Urgências, 1996), com capacidade para colher utentes da área da Medico cirúrgicas e ortopedia. Neste serviço recorrem todos os utentes de variadas patologias e idades, quando há necessidade de apoio de especialidades que o hospital não possui, os utentes são estabilizados e transferidos para outros hospitais com essas especialidades.

Têm como missão "...promover o potencial de todos os cidadãos, através do fomento da saúde e da resposta à doença e incapacidade, garantindo a qualidade dos serviços prestados, a tutela da dignidade humana e a investigação permanente na procura de soluções que reduzam a morbilidade e permitam obter ganhos em saúde." (ULSNA, 2016)

Tem como visão: "construir uma imagem de excelência no atendimento dos cidadãos, na ligação á comunidade, na criação de parcerias, na investigação permanente e no impacto das atividades desenvolvidas." (ULSNA, 2016)

Tem como valores: “respeito pela dignidade e direitos dos utentes, excelência técnica, acessibilidade e equidade dos cuidados, promoção da qualidade, motivação e atuação pró-ativa, melhoria continua, trabalho de equipa, respeito pelas normas ambientais.” (ULSNA, 2016)

2 AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

2.1 - COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Segundo o regulamento nº 122/2011, referente ao Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Diário da República, 2ª série – nº35), as “competências Comuns, são as competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstrada 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.”

São quatro domínios de competências comuns: responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Para desenvolver conhecimentos, aptidões e competências como enfermeiro especialista tenho como objetivo no presente estágio realizar um plano de atividades e indicadores de avaliação dessas mesmas competências.

Irei apresentar as competências que pretendo adquirir e desenvolver durante o estágio final.

2.1.1 Competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

A1 – Desenvolve uma prática ética e profissional na área da intervenção.

A2 – Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Atividades:

- ❖ Rever o Código Deontológico dos Enfermeiros;

-
- ❖ Basear a prática e tomada de decisão no Código Deontológico;
 - ❖ Participar e refletir a tomada de decisão em prática clínica e em equipa;

 - ❖ Respeitar e promover no seio da equipa a dignidade humana no atendimento dos direitos dos cidadãos;
 - ❖ Promover o respeito dos utentes no acesso à informação, confidencialidade, privacidade, valores, costumes e crenças espirituais;
 - ❖ Refletir com o supervisor clínico sobre a tomada de decisão em equipa, nas situações de maior complexidade nos princípios éticos.

Indicadores de avaliação:

- ❖ Revê o Código Deontológico dos Enfermeiros;
- ❖ Aplica a tomada de decisão em equipa multidisciplinar em princípios éticos, segundo o Código Deontológico;
- ❖ Reflete com o supervisor clínico o processo e os resultados da tomada de decisão;
- ❖ Respeita e promove a proteção dos direitos dos utentes na informação, privacidade, autodeterminação, valores, crenças e crenças espirituais;
- ❖ Gere situações comprometedoras para o utente e família;
- ❖ Promove ambiente calmo e seguro.

2.1.2 - Competências no domínio da melhoria da qualidade

B1 – Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.

B2 – Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade.

Atividades:

- ❖ Reunir com o supervisor clínico e enfermeira chefe para fazer o levantamento dos projetos de melhoria contínua da qualidade;
- ❖ Participar em projetos instituídos no serviço;
- ❖ Apoiar a prática na evidência científica;

❖ Avalia a qualidade dos cuidados de enfermagem com base na evidência científica.

Indicadores de avaliação:

❖ Levantamento dos projetos da melhoria da qualidade instituídos no serviço;

❖ Colabora ativamente nas atividades na área da qualidade e nos protocolos existentes;

❖ Demonstra conhecimentos sobre a melhoria da qualidade;

❖ Apoia-se na evidência científica e às normas para avaliação da qualidade junto do supervisor clínico;

❖ Promove junto da equipa o conhecimento sobre a qualidade da prestação de cuidados de saúde;

❖ Identifica oportunidades de melhoria, estabelece prioridades e estratégias.

B3 – Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.

Atividades:

❖ Conhecer os recursos humanos e materiais existentes no serviço;

❖ Identificar situações de risco real ou potencial risco para profissionais, utentes e família;

❖ Refletir junto do supervisor clínico e equipa as estratégias a utilizar para manter um ambiente seguro e sua eficácia;

❖ Promover um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual seguro tendo em conta a proteção do utente e família;

❖ Envolver a equipa na adesão de medidas de segurança e registos;

❖ Estimular junto da equipa a adoção de medidas de gestão do risco relacionados com os cuidados de saúde prestados ao utente e família.

Indicadores de avaliação:

❖ Conhece o espaço físico e recursos humanos e materiais do serviço;

❖ Identifica situações de risco real ou potencial, que coloquem em risco a segurança dos utentes, família e profissionais;

-
- ❖ Reflete junto do enfermeiro supervisor sobre as medidas implementadas e sua eficácia;
 - ❖ Promove a segurança da administração de terapêutica junto da equipa;
 - ❖ Promove a aplicação de princípios de ergonomia e tecnológicos de maneira a evitar danos a profissionais e utentes;
 - ❖ Incentiva a equipa para a participação de incidentes;
 - ❖ Colabora na manutenção de instalações, materiais e equipamentos.

2.1.3 – Competências no domínio da gestão de cuidados

C1 – Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional.

C2 – Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados.

Atividades:

- ❖ Identificar o estilo de liderança implementados no serviço;
- ❖ Refletir junto do enfermeiro supervisor o estilo de liderança e a sua eficácia;
- ❖ Orientar e supervisionar as tarefas delegadas de forma a garantir a qualidade e segurança dos cuidados;
- ❖ Gerir os recursos humanos adequados às necessidades de prestação de cuidados;
- ❖ Adaptar estilo de liderança e adequa-lo de modo a promover um ambiente positivo e favorável à prática.

Indicadores de avaliação:

- ❖ Identifica os estilos de liderança;
- ❖ Analisa os principais ganhos e dificuldades associados ao estilo de liderança;
- ❖ Avalia e supervisiona os cuidados delegados;
- ❖ Aplica os recursos adequados à prestação de cuidados de qualidade;

-
- ❖ Aplica a legislação, política e procedimentos de gestão de cuidados;
 - ❖ Avalia os riscos para a proteção de cuidados associados aos recursos humanos e materiais;
 - ❖ Promove ambiente positivo e favorável à prestação de cuidados;
 - ❖ Aplica estratégias de motivação junto da equipa;
 - ❖ Adapta estilo de liderança de acordo com a maturidade da equipa;
 - ❖ Usa processos de mudança para incentivar e motivar a prática especializada.

2.1.4 – Competências no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.

Atividades:

- ❖ Desenvolver o autoconhecimento para identificar fatores que podem interferir no relacionamento com o utente/família/equipa;
- ❖ Gerir as capacidades nos processos de ajuda;
- ❖ Identificar as dificuldades materiais e pessoais nos processos de ajuda;
- ❖ Identificar estratégias na gestão de conflitos utilizada pela equipa;
- ❖ Gerir sentimentos e emoções perante uma situação de pressão;
- ❖ Utilizar técnicas de gestão de conflitos.

Indicadores de avaliação:

- ❖ Desenvolve o autoconhecimento;
- ❖ Aprofunda técnicas para a gestão de processos de ajuda;
- ❖ Reconhece os limites pessoais e profissionais;
- ❖ Gere sentimentos e emoções de forma a garantir uma resposta eficaz junto do utente/família em situação crítica;
- ❖ Antecipa possíveis situações de conflitualidade e utiliza técnicas para resolução dos mesmos.

D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimentos

Atividades:

- ❖ Reunir com a enfermeira chefe e supervisor para avaliar a necessidades formativas do serviço;
- ❖ Partilhar com a equipa de modo formal ou informal conhecimentos e resultados de investigação e aplica-os;
- ❖ Realizar trabalhos científicos;
- ❖ Avaliar o impacto da partilha de conhecimentos.

Indicadores de avaliação:

- ❖ Participa como formador e formanda em momentos formativos formais;
- ❖ Diagnostica, concebe e gere programas formativos;
- ❖ Reconhece lacunas do conhecimento;
- ❖ Investiga e colabora em estudos de investigação;
- ❖ Apresenta uma base solida de conhecimento e aplica-os nos cuidados especializados;
- ❖ Avalia os programas formativos desenvolvidos.

2.2 – COMPETÊNCIAS ESPECIFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM: A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Segundo o Regulamento n°122/2011do regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista, refere que as competências específicas são os que decorrem da resposta humana aos processos de vida e aos problemas de saúde, e do campo da intervenção definida para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades das pessoas.

“A pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada ou eminencia de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica.” (ordem dos Enfermeiros, 2011)

E se cuidar da pessoa em processos complexos de doença critica ou falência orgânica é uma competência das competências especializadas, também são consideradas como competências especializadas a resposta a situação de catástrofe ou emergência multi-vitimas, o maximizar da intervenção na prevenção e controlo da infeção.

2.2.1 – Competências específicas a desenvolver

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

Atividades:

- ❖ Realizar Estágio Final na Unidade da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano em Elvas;
- ❖ Identificar focos de instabilidade em doente crítico;
- ❖ Planear e executar cuidados técnico de alta complexidade de forma eficaz;
- ❖ Refletir junto do supervisor clínico e equipa a prestação de cuidados ao doente em situação crítica e sua família;
- ❖ Demonstrar conhecimentos em suporte avançado de vida;
- ❖ Gerir e administrar protocolos terapêuticos complexos ao utente/família;
- ❖ Antecipar possíveis complicações, implementar respostas, monitorizar e avaliar a adequada resposta aos problemas identificados;
- ❖ Fazer a gestão diferenciada da dor com medidas não farmacológicas e farmacológicas;
- ❖ Aplicar conhecimentos e cuidados ao doente em situação crítica e sua família, tendo em conta o bem-estar físico, psicossocial, espiritual, de ansiedade e do medo.

Indicadores de avaliação:

- ❖ Presta cuidados ao doente crítico no contexto do estágio final;
- ❖ Utiliza equipamentos técnicos e materiais existentes nos serviços;
- ❖ Identifica focos de instabilidade e implementa respostas adequadas;
- ❖ Executa técnicas de alta complexidade;
- ❖ Demonstra conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida;
- ❖ Utiliza a metodologia do processo de enfermagem: diagnóstica, planeia, executa e avalia os cuidados de enfermagem dirigidos ao doente em situação crítica;
- ❖ Diagnostica precocemente as complicações na implementação de protocolos terapêuticos complexos;

- ❖ Implementa respostas de enfermagem apropriadas às complicações;
- ❖ Monitoriza e avalia a adequada resposta aos problemas identificados;
- ❖ Demonstra conhecimentos sobre o bem-estar físico, psico-social, espiritual, da ansiedade e do medo;

- ❖ Gere a dor com medidas não farmacológicas e farmacológicas;
- ❖ Gere relações terapêuticas favoráveis, aplicando estratégias e habilidades de comunicação adequadas à pessoa em situação crítica e com dificuldade de comunicação;
- ❖ Avalia o processo de relação estabelecida com o doente crítico.

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

Atividades:

- ❖ Conhecer o plano de resposta a situações de catástrofe na Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital Infanta Cristina de Badajoz e no Serviço de Urgência da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano de Elvas;
- ❖ Rever conteúdos bibliográficos com base científica sobre a catástrofe;
- ❖ Reunir com o responsável do gestor do risco;
- ❖ Identificar os vários níveis de catástrofe e dar resposta concreta e triagem em catástrofe;
- ❖ Frequentar formação e prática simulada em catástrofe;
- ❖ Refletir junto do enfermeiro supervisor a articulação e a eficácia da equipa em situação de emergência e situação de catástrofe:

Indicadores de avaliação:

- ❖ Demonstra conhecer o plano de emergências e catástrofe nos locais de estágio;
- ❖ Revê os conteúdos bibliográficos;
- ❖ Faz formação com prática simulada;
- ❖ Identifica os vários níveis de catástrofe;
- ❖ Faz triagem em catástrofe, avalia a articulação e eficácia da equipa;
- ❖ Introduce medidas corretivas das inconformidades de atuação;

❖ Reflete e analisa com o enfermeiro supervisor a eficácia da equipa ao plano de resposta a situações de emergência e situações de catástrofe.

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 adequado.

Atividades:

- ❖ Demonstrar conhecimento sobre o Plano Nacional do Controlo e das diretivas das Comissões de Controlo da Infeção;
- ❖ Leitura de documentos relacionados com a prevenção e controlo da infeção emanados pela Comissão do Controlo da Infeção Hospitalar;
- ❖ Reunir com a Enfermeira Chefe e o responsável da Comissão do Controlo da Infeção Hospitalar para refletir sobre os dados da infeção hospitalar;
- ❖ Reunir com o enfermeiro supervisor e reflete sobre as práticas da equipa multidisciplinar para a prevenção e controlo da infeção hospitalar;
- ❖ Observar e diagnosticar no seio da equipa as necessidades de formação sobre a prevenção e controlo da infeção;
- ❖ Prestar cuidados à pessoa em situações críticas, onde cumpre os procedimentos estabelecidos na prevenção e controlo da infeção.

Indicadores de avaliação:

- ❖ Demonstra conhecimentos do Plano Nacional de Controlo da Infeção e as diretivas da Comissões do controlo da Infeção;
- ❖ Revê os documentos da Prevenção e Controlo da Infeção instituídos nos locais de estágio;
- ❖ Diagnostica necessidades formativas e estabelece estratégias pró-ativas para implementar no serviço tendo como objetivo a prevenção e controlo da infeção no serviço;
- ❖ Cumpre procedimentos estabelecidos na prevenção e controlo da infeção;
- ❖ Monitoriza, regista e avalia medidas de prevenção e controlo da infeção implemente

CONCLUSÃO

Com a realização deste documento permitiu a descrição das atividades que pretende adquirir e desenvolver durante o Estágio, sendo uma ferramenta importante na organização. Serve de guia condutor para atingir as competências comuns e especificadas inerentes ao Enfermeiro especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.

A aquisição de conhecimentos e competências no contexto prático é uma mais-valia para o desenvolvimento pessoal e profissional. Tendo permitido uma reflexão sobre o mesmo. Este constitui-se como um marco importante na construção da perícia de uma prática profissional especializada.

No meu processo formativo e no caminho para aquisição de perícia profissional, espero que o projeto ajude no desenvolvimento das competências, sustentando uma prática no sentido da excelência do cuidar.

BIBLIOGRAFIA

- APA (Internet). American Psychological Association (ultimo acesso em 5 novembro de 2016). Disponível em: <http://www.apa.org>
- Ruivo, M., Nunes, L., & Ferrito, C. (2010). Metodologia de Projeto: Coletânea Descritiva de Etapas. *Percursos*, 15, 1–38. <https://doi.org/ISSN 1646-5067>

Legislação:

- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Pessoa em Situação Crítica*. Ordem Dos Enfermeiros. Lisboa.
- Regulamento n.º 190/2015 de 23 de abril de 2015. *Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Diário da República, 2ª série, N.º 79, 10087. Acedido em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_190_2015_Regulamento_do_Perfil_de_Competencias_Enfermeiro_Cuidados_Gerais.pdf, a 01 de outubro de 2017
- Regulamento n.º 361/2015 de 26 de junho de 2015. *Ordem dos Enfermeiros - Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Diário da República. Acedido em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_361_2015_PadrosQualidadeCuidadosEspEnfPessoaSituacaoCritica.pdf, a 01 de outubro de 2017
- Regulamento Dos Padrões De Qualidade Dos Cuidados Especializados Em Enfermagem Em Pessoa Em Situação Crítica (2011). Ordem Enfermeiros

Sites:

- Hospital Universitário Infanta Cristina (2017) – *Misión y Objetivos*. Acedido em <http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142426191993&language=es&pagina>

me=HospitalInfantaCristina%2FPage%2FHFSUR_contenidoFinal, a 01 de outubro de 2017

- SES.(2016) portal do hospital infanta Cristina Badajos: Sistema Extremeno de salud. Acedido em www.areasaludbadajoz.com
- ULSNA, EPE. (2016). Portal da Unidade Local de Saúde Norte Alentejano, EPE. Disponível em <http://www.ulsna.min-saude.pt>

ANEXOS

Anexo I- Tabela de cronograma de estágio

Projeto de Estágio Final

| CRONOGRAMA DE ESTÁGIO | | | | | | | |
|--------------------------------|--|--|---|------------------|---------------------------------|-------------------|------------------------------------|
| Atividades Meses | Setembro 2017 | Outubro 2017 | Novembro 2017 | Dezembro 2017 | Janeiro 2018 | Fevereiro 2018 | Março 2018 |
| Reuniões de Estágio | Reunião de preparação de Estágio Final | | Reunião Enfermeira Graça Gama para avaliação intermedia | | | | |
| Estágio da UCI - Badajoz | x | x | X | x | | | |
| Estágio na Urgência de Elvas | | | | | x | | |
| Horas de Estágio | 2 turnos | 10 turnos | 10 turnos | 10 turnos | 10 turnos | | |
| Entrega de Documentos Escritos | | Projeto de Estágio final 05/10/2017 | Projeto de Intervenção em serviço 15/11/2017 | | Artigo científico 22/01/2018 | | Relatório de Estágio 31/03/2018 |

Tabela I – Cronograma de atividades do estágio final e relatório final

Apêndice II - Cronograma

Anexo I – 12 – Resumo, Plano, Cronograma:
Prevenção da Infecção Associação aos Cuidados de Saúde: Bundle do Cateterismo Venoso Periférico

Fundamentação e pertinência do estudo: A infecção associada aos cuidados de saúde (IACS) é definida como “... infecção adquirida pelos utentes e profissionais, associada à prestação de cuidados, onde quer que estes sejam prestados, independentemente do nível dos cuidados (agudos, reabilitação, ambulatório, domiciliários)” (Direção-Geral da Saúde, 2008). Neste sentido a IACS é um problema importante para a segurança do doente e a sua prevenção deve ser uma prioridade para as unidades de saúde, de forma a prestar cuidados mais seguros. (Who, 2009)

O cateter venoso periférico (CVP) é um dos equipamentos mais utilizado nas instituições de saúde, contribuindo para o tratamento do doente. É necessário cuidado específico de enfermagem na inserção do cateter e durante a sua permanência, exigindo um rigor técnico e científico baseado em recomendações nacionais e internacionais assentes em evidência científica. Desde 2009, o Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) e o Comité Consultivo de Práticas de Controle de Infecção (HICPAC), emanam diretrizes na área da prevenção de controlo de infecção dirigidas para profissionais de saúde que procedem à cateterização de acessos venosos, a sua vigilância e o controlo da infecção hospitalar.

Assim torna-se indispensável a instituições de saúde adotar estratégias de melhoria para a prevenção de controlo de infecção hospitalar. Entre estas recomendações, encontram-se as que são relativas à cateterização venosa periférica e incluem a técnica de inserção do CVP (normas de assepsia), locais de inserção, tipos de pensos utilizados na fixação do CVP ao cliente, inspeção diária do local de inserção e a troca dos materiais utilizados rotineiramente (Martins, 2001). A prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde deverá ser alvo dos nossos cuidados. Ao longo da experiência profissional pude verificar que na prática diária faltam uniformização nos procedimentos de inserção, fixação e manuseamento do CVP.

O estudo assenta na segurança do doente, será realizada colheita de dados através da observação direta da equipa de enfermagem na prestação de cuidados do serviço de urgência na Unidade Local Saúde Norte Alentejano de Elvas e preenchimento em grelha de observação de procedimentos realizados pelos enfermeiros durante a cateterização venosa periférica, sem que a equipa tenha conhecimento prévio do estudo.

Após a análise dos dados recolhidos, os resultados serão divulgados e dado a conhecer o projeto através de formação em serviço, assim como as diretrizes específicas CDC e o HICPAC, para inserção do cateter venoso periférico, manutenção e vigilância no controlo da infecção hospitalar. Querendo sensibilizar a equipa de enfermagem para a uniformização de procedimentos e implementação de boas práticas.

Depois da formação e após decorrer 2 semanas, será realizada nova observação e preenchimento de grelha para poder avaliar as mudanças produzidas. Este resultado será divulgado durante as passagens de turno e por email institucional. Será realizada bundle de recomendação baseada na evidência para a prevenção da infecção associada a cateter venoso periférico. A finalidade deste projeto de intervenção em serviço, servirá como construção de pensamento crítico, mudança e aperfeiçoamento de cuidados prestados, tendo como meta a qualidade dos cuidados de enfermagem e a segurança do doente.

O presente projeto tem por base a metodologia de projeto de Ruivo, Nunes e Ferrito (2010)

Diagnóstico da situação: Durante o percurso profissional pude verificar que na prática diária faltam uniformização nos procedimentos de inserção, fixação e manuseamento do CVP. Em conversa informal com a Enfermeira Chefe e Enfermeira Supervisora verificou-se a falta de *guidelines* e manuais de procedimentos nos cuidados referentes à cateterização venosa periférica, fundamentando assim a pertinência do estudo.

Objetivo geral: Uniformizar procedimentos de enfermagem na cateterização venosa periférica na prevenção da infecção associada a cuidados de saúde

Planeamento: (Tabela 1)

Execução: Elaborar grelha de observação do procedimento de cateterização de acesso venoso periférico e posteriormente observação direta aplicando esta mesma grelha. Analisar os dados e implementar o plano formativo para divulgação do estudo e Bundle sobre cateterização acesso venoso periférico.

Avaliação: Duas semanas após formação, será realizada nova observação com a aplicação da mesma grelha, para verificar se houve mudanças e uniformização de cuidados prestados

Divulgação dos resultados: A divulgação dos resultados será feita nas passagens de turno e email institucional. Onde serão comparados os resultados antes e posterior à ~~formação~~ **Conclusão** Posteriormente no relatório de estágio final.

| | | Humanos | Materiais | |
|---|---|--|---|---|
| Elaborar Instrução de Trabalho/ Bundle: cateterização venosa periférica | Reunião com Enf.ª Chefe, Enf.ª Supervisora e Docente Responsável; Revisão bibliográfica sobre: IACS, <i>guidelines</i> e recomendações sobre inserção, manutenção e vigilância do CVP; Elaborar procedimento orientador para elaboração da Grelha de observação Discutir com a Enfª Chefe, supervisora e de GLP-PPCIRA sobre o procedimento Pedir parecer ao Docente responsável Reformular procedimento se necessário | -Investigador do projeto -Enf.ª chefe - Enf.ª supervisora -Docente responsável - Enfª GCL-PPCIRA | Material bibliográfico | Instrução de trabalho/Bundle de cateterismo venoso periférico elaborada |
| Realizar formação em serviço sobre cateterização venosa periférica de acordo com Bundle elaborada | Realizar Observação direta nos procedimentos de cateterizar acesso venoso periférico aplicando a grelha de observação construída Apresentar projeto à equipa de enfermagem em formação de serviço, assim como o resultado dos dados analisados Apresentar Bundle do cateterismo Venoso Periférico Incentivar a sua aplicação pratica Realizar avaliação da formação através de questionário | -Investigador do projeto -Enf.ª chefe - Enf.ª supervisora -Enfª GCL-PPCIRA -Docente responsável | Computador, Projetor Bundle | 85% dos enfermeiros do serviço com formação realizada |
| Aumentar a qualidade dos cuidados motivando a equipa para boa pratica | Fazer observação após formação, aplicando a mesma Grelha de Observação Analisar os dados obtidos Comparar dados com os dados iniciais; Apresentar resultados Obtidos Divulgar resultados à equipa de enfermagem | -Investigador do projeto -Equipa de enfermagem -Enf.ª chefe - Enf.ª supervisora -Enfª GCL-PPCIRA -Docente responsável | Computador | 60% dos procedimentos de acordo com a Bundle criada |

Tabela 1: Planeamento das atividades a realizar, recursos e indicadores de avaliação

| ATIVIDADES | MESES/ANO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|-----------|----|----|----|--------|----|----|----|--------|----|----|----|--------|----|----|----|--------|----|----|----|--------|----|----|----|
| | out-17 | | | | nov-17 | | | | dez-17 | | | | jan-18 | | | | fev-18 | | | | mar-18 | | | |
| | 1s | 2s | 3s | 4s | 1s | 2s | 3s | 4s | 1s | 2s | 3s | 4s | 1s | 2s | 3s | 4s | 1s | 2s | 3s | 4s | 1s | 2s | 3s | 4s |
| Reunião com Enf. ^a Chefe e Enf. ^a Supervisora | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Observação informal dos enfermeiros na inserção do CVP | X | X | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Reunião com docente responsável, Enf. ^a chefe e Enf. ^a supervisora | | | | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Elaboração da proposta de projeto de relatório de estágio da EU | | | X | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Entrega da proposta de projeto de relatório de estágio n EU | | | | | | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Elaboração da Grelha de Avaliação | | | | | | X | X | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Observação direta-para diagnostico através da grelha de observação | | | | | | | | X | X | | | | | | | | | | | | | | | |
| Análise dos dados obtidos | | | | | | | | | | X | X | | | | | | | | | | | | | |
| Elaboração da Bundle | | | | | | | | | X | X | X | | | | | | | | | | | | | |
| Realização da formação em serviço | | | | | | | | | | X | X | | | | | | | | | | | | | |
| Observação direta, aplicando mesma grelha de observação | | | | | | | | | | | | X | X | | | | | | | | | | | |
| Comparação dos dados | | | | | | | | | | | | | | X | X | | | | | | | | | |
| Avaliação dos resultados | | | | | | | | | | | | | | | | X | X | | | | | | | |
| Divulgação dos resultados | | | | | | | | | | | | | | | | | | X | | | | | | |
| Redação do relatório de estágio para entrega. | | | | | | | | | | | | | | | | X | X | X | X | | | | | |
| Entrega do relatório final na EU | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | X | |

Tabela 2: Cronograma de Atividades

Apêndice III – Questionário caracterização sociodemográfico dos enfermeiros do SU

Questionário Sociodemográfico do serviço de urgência

Caro colega, este questionário pretende caracterizar os profissionais do serviço de urgência, os dados serão utilizados como instrumento de trabalho no relatório final. A confidencialidade e o anonimato serão garantidos.

| | | |
|-------|-------|--|
| Idade | 21-31 | |
| | 31-41 | |
| | 41-51 | |
| | 51-60 | |

| | | |
|--------|-----------|--|
| Género | Masculino | |
| | Feminino | |

| | | | | | | | |
|-----------------|-----|------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Anos de serviço | 0-5 | 6-11 | 11-15 | 16-20 | 21-25 | 26-30 | 31-35 |
| | | | | | | | |
| Anos no SU | 0-5 | 6-11 | 11-15 | 16-20 | 21-25 | 26-30 | 31-35 |
| | | | | | | | |

| | | |
|-------------------------|-----|--|
| Enfermeiro especialista | Sim | |
| | Não | |

| | | | | | | |
|--------------|-------------|------------------|---------------------------|-----------------------------|----------------------------|--------------|
| Se sim qual? | Comunitária | Médico-Cirúrgica | Saúde Mental e Psiquiatra | Saúde Infantil e Pediátrica | Saúde Materno e Obstétrica | Reabilitação |
| | | | | | | |

Obrigado pela colaboração!

Sandra Silveira

Apêndice IV – Pedido de parecer da Comissão de Ética da Universidade
de Évora



Comissão de Ética - Área da Saúde e do Bem Estar - Requerimento -
Avaliação de Projectos

Requerente

Nome: Sandra Maria Martins Silveira
Email: m37038@alunos.uevora.pt **Número de aluno:** 37038
Curso: Enfermagem (Mestrado)

Requerimento

Título do Projeto:

Prevenção da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde: Bundle do Cateterismo Venoso Periférico

Nome dos investigadores:

Sandra Maria Martins Silveira

Nível da Investigação:

Projeto e respetivo relatório no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgico, a Pessoa em Situação Crítica

Responsáveis Académicos - Orientador/Investigador principal:

João Manuel Galhanas Mendes

Responsáveis Académicos - Colaboradores:

Sandra Cristina Pombeiro Sapatinha

Resumo / Abstract:

O cateter venoso periférico tornou-se um equipamento indispensável nas instituições de saúde, contribuindo para o tratamento do doente. É necessário cuidado específico de enfermagem na inserção do cateter e durante a sua permanência, exigindo um rigor técnico e científico baseado em recomendações nacionais e internacionais assentes em evidência científica.

Ao longo da experiência profissional no contexto clínico (onde o projeto será implementado), pude verificar práticas não uniformes, inexistência de guidelines ou manuais referentes à cateterização venosa periférica.

O estudo assenta na segurança do doente, será realizada colheita de dados através da observação direta da equipa de enfermagem na prestação de cuidados do serviço de urgência na Unidade Local Saúde Norte Alentejano de Elvas e preenchimento em grelha de observação de procedimentos realizados pelos enfermeiros durante a cateterização venosa periférica, sem que a equipa tenha conhecimento prévio do estudo.

Após a análise dos dados recolhidos, os resultados serão divulgados e dado a conhecer o projeto através de formação em serviço. Assim como as diretrizes específicas (Centro de Controle e Prevenção de Doenças e o Comité Consultivo de Práticas de Controle de Infecção), para inserção do cateter venoso periférico, manutenção e vigilância no controle da infecção hospitalar. Querendo sensibilizar a equipa de enfermagem para a uniformização de procedimentos e implementação de boas práticas.

Depois da formação e após decorrer 2 semanas, será realizada nova observação e preenchimento de grelha para poder avaliar as mudanças produzidas. Este resultado será divulgado durante as passagens de turno e por email institucional.

Será realizada bundle de recomendação baseada na evidencia para a prevenção da infecção associada a cateter venoso periférico.

A finalidade deste projeto de intervenção em serviço, servirá como construção de pensamento crítico, mudança e aperfeiçoamento de cuidados prestados, tendo como meta a qualidades dos cuidados de enfermagem e a segurança do doente.



Comissão de Ética - Área da Saúde e do Bem Estar - Requerimento -
Avaliação de Projectos

Requerente

Nome: Sandra Maria Martins Silveira
Email: m37038@alunos.uevora.pt **Número de aluno:** 37038
Curso: Enfermagem (Mestrado)

Requerimento

Fundamentação e pertinência do estudo:

A segurança do doente tem-se assumido como componente chave da qualidade dos cuidados, tanto para os doentes, que se desejam sentir seguros, como para os profissionais, que pretendem prestar cuidados seguros, eficientes e efetivos. (DQS, DGS, 2017)

Segundo o regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem: Pessoa em Situação Crítica os enfermeiros têm a competência de "Maximizar 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 adequado." (Ordem dos Enfermeiros, 2010)

A infeção associada aos cuidados de saúde (IACS) é definida como "conceito alargado de infeção adquirida pelos utentes e profissionais, associada à prestação de cuidados, onde quer que estes sejam prestados, independentemente do nível dos cuidados (agudos, reabilitação, ambulatório, domiciliários)." (Direção-Geral da Saúde, 2008)

O risco de adquirir uma IACS é universal, verifica-se em todas as instalações de cuidados de saúde e implica um internamento prolongado, incapacidade a longo prazo, aumento resistência de microrganismos a antimicrobianos, custos financeiros elevados, custos elevados para os doentes e suas famílias e aumento do número de mortes.(Who, 2009). Neste sentido a IACS é um problema importante para a segurança do doente e a sua prevenção deve ser uma prioridade para as unidades de saúde, de forma a prestar cuidados mais seguros.(Who, 2009)

Desde 2009, o Centro de Controle e Prevenção de Doenças(CDC) e o Comité Consultivo de Práticas de Controle de Infeção (HICPAC), emanam diretrizes na área da prevenção de controlo de infeção dirigidas para profissionais de saúde que procedem à cateterização de acessos venosos, a sua vigilância e o controlo da infeção hospitalar.

Assim torna-se indispensável a instituições de saúde adotar estratégias de melhoria para a prevenção de controlo de infeção hospitalar. Entre estas recomendações, encontram-se as que são relativas à cateterização venosa periférica e incluem a técnica de inserção do CVP (normas de assepsia), locais de inserção, tipos de pensos utilizados na fixação do CVP ao cliente, inspeção diária do local de inserção e a troca dos materiais utilizados rotineiramente (Martins, 2001).

O tema que me proponho trabalhar é a uniformização dos procedimentos de enfermagem na cateterização venosa periférica na prevenção da infeção associada a cuidados de saúde baseadas nas normas do CDC e o HICPAC adaptando-as à instituição onde será implementado o projeto de intervenção.



Comissão de Ética - Área da Saúde e do Bem Estar - Requerimento -
Avaliação de Projectos

Requerente

Nome: Sandra Maria Martins Silveira
Email: m37038@alunos.uevora.pt **Número de aluno:** 37038
Curso: Enfermagem (Mestrado)

Requerimento

Objetivos:

Avaliar procedimentos; uniformizar procedimentos de enfermagem na cateterização venosa periférica na prevenção da infeção associada a cuidados de saúde; contribuir para a diminuição da IACS no caso particular do cateterismo venoso periférico.

Seleção da amostra:

Enfermeiros que prestam cuidados diretos no Serviço de Urgência da ULSNA Elvas, sendo no total de 22 enfermeiros, 16 sexo feminino e 6 do sexo masculino, sendo realizadas três observações a cada indivíduo. Para o propósito deste estudo será apenas contabilizada as observações da cateterização venosa periférica

Procedimentos metodológicos:

Para dar cumprimento ao objetivo deste projeto de intervenção foi feita reunião com a Enfermeira chefe do Serviço de Urgência, Enfermeira colaboradora e a Enfermeira do Grupo Coordenador Local – Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA) para verificar a pertinência do tema e sua aplicação no Serviço de Urgências da ULSNA Elvas

Será realizada observação direta dos procedimentos de cateterização venosa periférica e preenchimento de grelha de avaliação previamente construída e validada.

Após os resultados da colheita de dados, pretende-se implementar um plano formativo para divulgação do projeto e apresentar os dados observados. Assim como diretrizes específicas para a cateterização venosa periférica na prevenção da infeção associada aos cuidados de saúde de modo a obter o objetivo pretendido.

Duas semanas após formação será feita nova observação com a aplicação da mesma grelha, onde se pode verificar se houve mudança na atitude do enfermeiro e uniformização de cuidados prestados. Posteriormente serão divulgados os resultados à equipa por passagem de turno e email institucional onde serão comparados os resultados iniciais e os posteriores à formação em serviço.

Será realizada Bundle de recomendação baseada na evidência para a prevenção da infeção associada a cateter venoso periférico. Este projeto tem como meta a qualidades dos cuidados de enfermagem e a segurança do doente.



Comissão de Ética - Área da Saúde e do Bem Estar - Requerimento -
Avaliação de Projectos

Requerente

Nome: Sandra Maria Martins Silveira
Email: m37038@alunos.uevora.pt **Número de aluno:** 37038
Curso: Enfermagem (Mestrado)

Requerimento

Instrumentos de avaliação:

Grelha de avaliação de procedimentos realizados pelos enfermeiros durante a cateterização venosa periférica;
Questionário de avaliação da sessão de formação e do formador

Como serão recolhidos os dados:

Observação direta; Preenchimento da grelha de observação de procedimentos realizados pelos enfermeiros durante a cateterização venosa periférica

Como será mantida a confidencialidade nos registos:

A recolha de dados será realizada após parecer ético da ULSNA, através de observação direta dos enfermeiros no procedimento de cateterização venosa periférica aplicando na grelha de avaliação. Os intervenientes da observação irão desconhecer a existência do estudo.

A cada enfermeiro será designado uma letra diferente e a cada observação um numero.

O investigador realizará uma lista confidencial para identificar a letra que foi atribuída a cada enfermeiro, e não o enfermeiro, esta lista só será utilizada pelo investigador para melhor organizar o projeto e nunca revelada até ao termino do projeto

Estudos prévios em que se baseia esta investigação:

-DCENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION – Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections. [Em linha]. 2011. [Consult. em 25 Outubro 2017]. Disponível em WWW:<

<http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/guidelines/bsi-guidelines-2011.pdf>

-DDireção-Geral da Saúde. (2008). Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde: Manual de Operacionalização, 1–82.

-DMARTINS, Maria Aparecida – Manual de Infecção Hospitalar: Epidemiologia, Prevenção e Controlo. Rio de Janeiro: MEDSI, 2001. ISBN 85-7199-256-8.

-DOrdem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Pessoa em Situação Crítica. Ordem Dos Enfermeiros. Lisboa.

-DWho. (2009). on Hand Hygiene in Health Care First Global Patient Safety Challenge Clean Care is Safer Care. World



Comissão de Ética - Área da Saúde e do Bem Estar - Requerimento -
Avaliação de Projectos

Requerente

Nome: Sandra Maria Martins Silveira
Email: m37038@alunos.uevora.pt **Número de aluno:** 37038
Curso: Enfermagem (Mestrado)

Requerimento

Health, 30(1), 270. <https://doi.org/10.1086/600379>
•<https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/politica-nacional-para-a-qualidade-na-saude/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2015-2020.aspx> ultimo acesso em 20/10/2017

Declaração de consentimento informado utilizada no estudo:

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantido a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequência. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e eventual publicação científica, nas garantidas de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Apêndice V – Parecer e Autorização do Conselho de Administração da
ULSNA, EPE

Exmo. Sr. Presidente, do Conselho
de Administração da ULSNA, EPE

Assunto: Solicitação de parecer e autorização de estudo

Eu, Sandra Maria Martins Silveira, enfermeira a exercer funções no Serviço de Urgência do Hospital de Santa Luzia de Elvas com o n.º mecanográfico 260599, venho pelo presente solicitar à Comissão de Ética da ULSNA, EPE, parecer e apreciação do projeto que passo a apresentar:

No âmbito do 1º Mestrado em Enfermagem em Associação, na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica, criado pelo aviso 5622/2016, publicado a 2 de maio de 2016 no n.º 84 Do Diário da República – 2.ª série, a decorrer na Universidade de Évora, encontro-me a realizar um estágio na UCI do Hospital Infanta Cristina e posteriormente no Serviço de Urgência do Hospital de Santa Luzia de Elvas, com início a 19/9/2017 e término a 27/1/ 2018.

Ao longo deste estágio está contemplado a realização de um projeto de intervenção no serviço, que irá ser realizado no Serviço de Urgência do HSLE, serviço onde exerço funções.

O referido projeto tem como linha de investigação a Segurança do Doente, sendo o tema escolhido a prevenção da infeção associada aos cuidados de saúde: Bundle do cateterismo venoso periférico.

Assim, para a sua conceção, pretende: desenvolver grelha de observação de procedimentos realizados pelos enfermeiros durante a cateterização venosa periférica; elaborar Bundle do cateterismo venoso periférico. fazer formação aos enfermeiros e apresentar o referido procedimento, promover a sua implementação; avaliar resultados;

O objetivo final é proporcionar segurança ao doente, pela uniformização e melhoria da prática dos cuidados de enfermagem obtendo ganhos em saúde

Através da sua conceção e implementação, pretende desenvolver competências na área da especialização de Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica e atingir competências de mestre em enfermagem.

Comprometo-me a garantir o anonimato e confidencialidade dos dados colhidos, bem como em informar os enfermeiros envolvidos no processo, sendo o seu envolvimento facultativo.

Pede deferimento,

Elvas, 03 de Novembro de 2017

Sandra Maria Martins Silveira
(Sandra Maria Martins Silveira)

ULSNA-EPE
SECRETARIAÇÃO DA ADMINISTRAÇÃO
ENTRADA Nº 2017.06908
03/11/17
Sandra Oliveira

Apêndice VI – Consentimento livre e esclarecido

Consentimento Livre e Esclarecido

No âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica: A Pessoa Em Situação Crítica, ministrado pela Universidade de Évora, em associação com o Institutos Politécnicos de Setúbal, Portalegre, Beja e Castelo Branco, encontra-se a desenvolver um projeto subordinado ao tema, Prevenção da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde: Bundle do Cateterismo Venoso Periférico.

Tenho conhecimento que a participação neste projeto se baseia num processo de observação e registo em grelha própria, desenvolvida com este propósito, efetuado pela Enfermeira Sandra Silveira, que se destina a observar o procedimento de cateterização venosa periférica no âmbito das intervenções em enfermagem.

Reconheço que os objetivos deste projeto me foram explicados, de forma a ter esclarecido as minhas questões, pelo que concordo de forma voluntaria a participar nesta observação. Tenho conhecimento que sou livre de abandonar a minha participação quando assim o entender, sem que advenham com a minha decisão prejuízos para a minha pessoa.

Agradeço desde já a sua disponibilidade

Sandra Maria Martins Silveira

Enfermeira do Serviço de Urgência do Hospital de Santa Luzia de Elvas, ULSNA, EPE

Autorizo a utilização dos dados obtidos no âmbito desta observação, e foi-me garantido que os mesmos serão unicamente utilizados neste projeto e que a minha identidade será oculta e os dados permanecerão confidenciais.

Subscribo-me de forma inteiramente livre, não estando sujeito a qualquer tipo de pressão ou promessas.

Data __/__/__

Assinatura _____

Apêndice VII – Poster – Sistema de Triagem de Manchester – Eficácia
na prática enfermagem ao doente crítico

Sistema de Triagem de Manchester Eficácia na Prática de Enfermagem na Abordagem do Doente Crítico

Ana Mafalda Balsam¹, Sandra Maria Silveira², Sónia Azeiteira Bilro³

Prof. Doutor João Mendes⁴, Prof. António Freitas⁵



Resumo: O Sistema de Triagem de Manchester (STM) permite priorizar os doentes de acordo com a gravidade do serviço de urgência. Com este estudo pretendemos perceber qual a eficácia do STM para a prática de enfermagem na abordagem ao doente crítico. Após realização de pesquisa bibliográfica em bases de dados científicas, concluímos que os doentes classificados no grau de risco mais elevado são os que necessitam de atendimento mais diferenciado e são os enfermeiros especialistas que estão mais habilitados para esta prestação de cuidados. Assim, o STM é eficaz e permite a identificação rápida destes doentes e uma gestão adequada de recursos.

Palavras chave: Sistema de Triagem de Manchester, enfermagem, doente crítico.

Introdução

O Sistema de Triagem de Manchester, é um instrumento de apoio à gestão do risco clínico no serviço de urgência, gerindo o fluxo de doentes com segurança e garantindo o atendimento imediato aos que dele necessitam. Identifica critérios de gravidade de forma objetiva e sistematizada, que indicam a prioridade clínica com que o doente deve ser atendido e tempo alvo recomendado até à observação médica.

A aplicação do STM é atribuída aos enfermeiros, que, de acordo com os fluxogramas, identificam a prioridade clínica, de forma a preservar os valores de saúde:¹ Proteger vidas humanas e saúde; 2^a - Utilizar os recursos de forma eficiente; 3^a - Manter equidade.(Wuip, 2010)

Quanto maior o grau de prioridade atribuída, maior a gravidade do doente, tendo o enfermeiro especialista maior habilitação para a prestação de cuidados destes doentes.

É competência específica do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica (PSC), cuidar da pessoa a viver processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica. A PSC é aquela "cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica. (DR, 2011)

Ao enfermeiro especialista é reconhecida competência para prestar cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica, identificando pontos de instabilidade e respondendo de forma pronta e antecipatória.

(OE,2011)

Metodologia

Tendo em conta o método de pesquisa de prática baseada na evidência, efetuamos uma revisão da literatura que nos permitisse responder à questão: Qual a eficácia do sistema de Triagem de Manchester para a prática de enfermagem na abordagem ao doente crítico?

Foi utilizado o motor de busca na internet EBSCOhost, bases de dados: MEDLINE e CINAHL Plus, site da Direção Geral de Saúde e site do Grupo Português de Triagem, Regulamento das Competências Específicas em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.

Foram englobados na pesquisa todos os estudos quantitativos, qualitativos e mistos, publicados entre 2014 e 2017, que possuísem texto integral e cujos participantes fossem doentes que recorrem aos serviços de saúde e sejam submetidos a Triagem de Manchester.



Figura 1-Fluxograma da estratégia de seleção de estudos

Autores

1- Enfermeira de 13.004, IPE, residente em Enfermagem Médico Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica, do Hospital em Associação 208/2018 Beira, Portugal. Contacto eletrónico: anabalsam@ua.pt

2- Enfermeira de 13.004, IPE, residente em Enfermagem Médico Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica, do Hospital em Associação 208/2018 Beira, Portugal. Contacto eletrónico: smsilveira@ua.pt

3- Enfermeira de 13.004, IPE, residente em Enfermagem Médico Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica, do Hospital em Associação 208/2018 Beira, Portugal. Contacto eletrónico: sofiaazeiteira@ua.pt

4- Professor Coordenador, Universidade de Beira, Faculdade Superior de Enfermagem (Beira de Saúde), Departamento de Enfermagem, Beira, Portugal. Contacto eletrónico: joaomendes@ua.pt

5- Professor Adjunto, Instituto Politécnico de Saúde, Faculdade Superior Saúde, Departamento de Enfermagem, Saúde, Portugal. Contacto eletrónico: antoniofreitas@ua.pt

Resultados

Os 4 estudos analisados mostram que a validade do STM é considerada no nível moderado e bom. A classificação de risco atribuída pelos enfermeiros quando da triagem corresponde na maior parte dos casos à gravidade dos doentes que dão entrada no serviço de urgência.

Segundo Zachariasse et al. (2017) o local onde é validado o sistema de triagem é importante, uma vez que a organização dos sistemas de saúde é diferente de país para país, e as características dos doentes que recorrem ao SU são diferentes.

Segundo Guedes et al., (2013) e Grift et al. (2014), o STM mostrou ser um bom preditor para a gravidade clínica, uma vez que: houve correspondência da classificação de risco com a gravidade; os doentes com alta prioridade clínica ficam internados e o tempo de internamento é maior; os doentes com alta prioridade são os que tem mais percentagem de óbito.

Diniz, Paula, Souza, Couto, & Chianca, (2014) referem que o STM é eficaz para prever a evolução dos pacientes em serviços de urgência, o que permite adotá-lo como ferramenta importante para gestão do risco clínico.

No entanto todos os estudos referem que há uma pequena sobrevalorização de atribuição de risco elevado em todas as unidades. Referem ainda que a maioria dos doentes a quem é atribuída a prioridade pouco urgente, são doentes que deviam recorrer aos cuidados de saúde primários, existindo uma necessidade de reestruturação do SNS e educação à população.

Conclusão

Após a análise dos estudos estes revelam que o STM é eficaz para priorizar os doentes de acordo com o nível de gravidade.

O STM permite: priorizar os doentes graves, protegendo a vida humana; gerir recursos, adequando-os às necessidades dos doentes; estabelece diretrizes sendo a tomada de decisão baseada em padrões.

Os doentes classificados como emergente ou muito urgente, são doentes críticos, e é o enfermeiro especialista que possui competência para prestar cuidados a estes doentes. Executa cuidados técnicos de alta complexidade, demonstra conhecimentos adequados em SAV, diagnóstica, precocemente complicações, planeia, executa e avalia intervenções para as minimizar, faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa e família e família nas suas perturbações emocionais, gere a comunicação interpessoal com a pessoa/ família e gere estabelecimento da relação terapêutica.

Assim, a aplicação do STM é eficaz e contribui positivamente para a prática diária do enfermeiro de cuidados gerais e do enfermeiro especialista no serviço de urgência.

Bibliografia

- * Diniz, A. T., Paula, A., Souza, C. C. De, Couto, T., & Chianca, M. (2014). Validade clínica de uma unidade de pronto atendimento, segundo o protocolo de Manchester. *Revista Brasileira de Enfermagem*. <https://doi.org/10.1515/0034-7167.201400000>
- * Dill, L., Bakicinski, R., Gies, F., Reigart, M., Pioners, R., Harl, A., Dignitz, D. (2016). The German version of the Manchester Triage system and its quality criteria - First assessment of validity and reliability. *PLoS ONE*. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0159000>
- * Guedes, H. M., Martins, J. C. A., & Chianca, T. C. M. (2013). Predictive value of the Manchester Triage System: evaluation of patient clinical outcomes. *Revista Brasileira de Enfermagem*. <https://doi.org/10.1515/0034-7167.201300000>
- * Zachariasse, J. M., Verge, Th., Bond, R. H. M., Aries, C. P., Feltus, P. G., & J. J. M. (2017). Validity of the Manchester Triage System in emergency care: A prospective observational study. *PLoS One*. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0177911>
- * Wuip, J. (em an.). (2010). *Reliability and validity of emergency department triage systems*. <http://www.who.int>

MESTRADO EM ENFERMAGEM
EM ASSOCIAÇÃO



Apêndice VIII - Artigo: Cuidados de Enfermagem ao Doente com
Cateterização Periférica - Revisão Integrativa

**Cuidados de Enfermagem ao Doente com Cateterização
Periférica - Revisão Integrativa**

**Nursing Care for Patients with Peripheral Catheterization -
Integrative Review**

**Cuidados de Enfermería al paciente con Cateterización
Periférica - Revisión Integrativa**

Sandra Maria Silveira¹, Maria Céu Marques²

1. Enfermeira da ULSNA, EPE, mestranda em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica, do Mestrado em Associação 2016/2018 Évora, Portugal, Correio eletrónico: sandrmsilveira1974@gmail.com

2. Doutora em Psicologia; Professor-Coordenador, Universidade de Évora, Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, Departamento de Enfermagem, Évora, Portugal, Correio eletrónico: mcmarques@uevora.pt

Resumo:

A cateterização venosa periférica é uma prática diária nas instituições de saúde, sendo um procedimento invasivo, pode resultar numa infecção associada aos cuidados de saúde (IACS), com complicações para o doente. Sendo a flebite a complicação mais frequente.

Os enfermeiros no âmbito das suas intervenções, são responsáveis pela inserção e manutenção do cateter venoso periférico, realizando um conjunto de ações para a prevenção de complicações.

Perante esta problemática surge a nossa questão: **Quais os cuidados de enfermagem na prevenção de flebites em doentes com cateterização periférica?** **Método:** Revisão integrativa, realizada através da síntese dos resultados obtidos a partir de estudos reconhecidos. As fontes de dados foram estudos publicados e indexados à plataforma EBSCO. **Resultados:** Tendo em atenção os critérios de inclusão e exclusão, foram identificados 4 artigos para a elaboração desta revisão. Todos os estudos referem que a realização correta do procedimento da cateterização venosa periférica podem ajudar a prevenir complicações. **Conclusões:** Perante os resultados, podemos concluir a necessidade de padronizar e uniformizar o procedimento relativo à cateterização venosa periférica

Palavras-chave: Cateterização periférica; flebite; enfermagem

Abstract:

Peripheral venous catheterization is a daily practice in health institutions. It is an invasive procedure and can result in a health care-associated infection (IACS), with complications for the patient. Phlebitis is the most frequent complication.

The nurses, within the scope of their interventions, are responsible for the insertion and maintenance of the peripheral venous catheter, performing a set of actions for the prevention of complications. Faced with this problem, our question arises: **What nursing care in the prevention of phlebitis in patients with peripheral catheterization?** **Method:** Integrative review, carried out through the synthesis of the results obtained from recognized studies. Data sources were published studies and indexed to the EBSCO platform. **Results:** Considering the inclusion and exclusion criteria, 4 articles were identified for the preparation of this review. All studies report that performing the correct peripheral venous catheterization procedure can help prevent complications. **Conclusions:** In light of the results, we can conclude the need to standardize and standardize the procedure for peripheral venous catheterization

Key words: Peripheral catheterization; phlebitis; nursing

Resumen:

La cateterización venosa periférica es una práctica diaria en las instituciones de salud, siendo un procedimiento invasivo, puede resultar en una infección asociada a la atención de salud (IACS), con complicaciones para el paciente. Siendo la flebitis la complicación más frecuente. Los enfermeros en el ámbito de sus intervenciones, son responsables de la inserción y mantenimiento del catéter venoso periférico, realizando un conjunto de acciones para la prevención de complicaciones.

Ante esta problemática surge nuestra cuestión: **Cuáles son los cuidados de enfermería en la prevención de flebitis en pacientes con cateterización periférica?** **Método:** Revisión integrativa, realizada a través de la síntesis de los resultados obtenidos a partir de estudios reconocidos. Las fuentes de datos fueron estudios publicados e indexados a la plataforma EBSCO. **Resultados:** Teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión, se identificaron 4 artículos para la elaboración de esta revisión. Todos los estudios indican que la realización correcta del procedimiento de la cateterización venosa periférica puede ayudar a prevenir complicaciones. **Conclusiones:** Ante los resultados, podemos concluir la necesidad de estandarizar y uniformizar el procedimiento relativo a la cateterización venosa periférica

Palabras clave: Cateterización periférica, flebitis, enfermería

Introdução

A infeção associada aos cuidados de saúde (IACS) é definida como infeção adquirida pelos utentes e profissionais, associada à prestação de cuidados, onde quer que estes sejam prestados, independentemente do nível dos cuidados (agudos, reabilitação, ambulatório, domiciliários).⁽¹⁾

O cateter venoso periférico (CVP) é um dos equipamentos mais utilizado nas instituições de saúde, contribuindo para o tratamento do doente. É necessário cuidado específico de enfermagem na inserção do cateter e durante a sua permanência, exigindo um rigor técnico e científico baseado em recomendações nacionais e internacionais assentes em evidência científica

Desde 2009, o Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) e o Comité Consultivo de Práticas de Controle de Infeção (HICPAC), emanam diretrizes na área da prevenção de controlo de infeção dirigidas para profissionais de saúde que procedem à cateterização de acessos venosos, a sua vigilância e o controlo da infeção hospitalar.⁽²⁾

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 visa, através de ações transversais, como a cultura de segurança, a partilha do conhecimento e da informação e de ações dirigidas a problemas específicos, melhorar a prestação segura de cuidados de saúde em todos os níveis de cuidados, de forma integrada e num processo de melhoria contínua da qualidade do Serviço Nacional de Saúde. Sendo uma das estratégias a prevenção e o controlo e as resistências aos antimicrobianos.⁽³⁾

As boas práticas estão intrinsecamente relacionadas com o conceito de melhoria contínua da qualidade e com o impacto desta cultura na redução do desperdício. Todos os agentes com ação no campo da saúde devem assegurar a melhoria contínua da qualidade, como um meio de promover a qualidade e garantir que os progressos científicos e tecnológicos são integrados e implementados de um modo sistemático e generalizado.⁽⁴⁾

Assim torna-se indispensável a instituições de saúde adotar estratégias de melhoria para a prevenção de controlo de infeção hospitalar. Entre estas recomendações, encontram-se as que são relativas à cateterização venosa periférica e incluem a técnica de inserção do CVP (normas de assepsia), locais de inserção, tipos de pensos utilizados na fixação do CVP ao cliente,

inspeção diária do local de inserção e a troca dos materiais utilizados rotineiramente .⁽⁵⁾

O uso de dispositivos intravasculares, pode, no entanto, resultar em complicações locais ou sistêmicas.⁽⁶⁾ Entre as várias complicações locais encontramos a infiltração e extravasamento, o hematoma, a flebite e a infecção.⁽⁷⁾ A flebite pode ser definida como a inflamação da íntima de uma veia, que poderá ter diferentes graus de severidade, e poderá ocorrer como resposta a uma agressão externa como a cateterização venosa periférica.⁽⁸⁾

Em ambiente hospitalar, a flebite é uma das complicações mais frequentes nos clientes e está associada ao desenvolvimento de um processo inflamatório da camada íntima das veias causado por irritação mecânica, química ou infecções bacterianas, cuja sintomatologia passa pela dor, edema, rubor e calor à palpação do local.⁽⁹⁾

Segundo Martins os fatores que poderão levar ao desenvolvimento das flebites ainda não é conclusivo, contudo existem alguns que podem aumentar o risco do seu progresso como: o material e o calibre do CVP, o tempo de permanência do CVP, o local de punção e a terapêutica EV administrada, a técnica e a assepsia utilizada na inserção do CVP, assim como a prévia e a correta higienização das mãos do profissional que insere o cateter ou o manuseia, além de fatores relacionados com o cliente, como a idade e presença de patologias associadas.⁽¹⁰⁾

O procedimento da higiene das mãos faz parte das precauções básicas do controlo de infeção, na norma emancipado pela DGS, "Precauções Básicas do Controlo da Infeção". Utilizando-se as soluções adequadas e cumprindo os tempos de lavagem indicadas para cada produto, reduzem o risco de transmissão de microrganismos entre enfermeiros e clientes.⁽¹¹⁾

Ainda preconiza que todos os profissionais de saúde usem luvas limpas sempre que seja previsível o contacto com sangue, contudo a sua utilização não deverá substituir nunca a higienização das mãos. Como tal, recomenda-se a utilização de luvas limpas previamente à inserção do CVP.⁽¹¹⁾

Sendo a pele a camada protetora do corpo, ela constituiu uma das fontes de infeção primárias relacionadas com o cateter, pela possibilidade de desenvolvimento de uma infeção no local de inserção do CVP, quando o dispositivo entra na pele.⁽¹²⁾

A preparação da pele tem como finalidade remover as bactérias, prevenindo a possível colonização microbiana. Após a seleção da veia a puncionar, a limpeza do local deverá ser à base de cloro-hexidina, com movimentos circulares, no sentido proximal para o distal, deixando a área desinfetada secar completamente. Após esta desinfecção não se deverá voltar a tocar no local a puncionar pois existe o risco de contaminação do mesmo.⁽¹³⁾

Após a seleção da veia a puncionar e sua desinfecção, insere-se o cateter escolhido na veia, com o bisel voltado para cima, formando um ângulo entre 5°-30°. Quando o cateter se introduz na veia provoca um refluxo de sangue, este facto comprova que a agulha e o cateter de plástico se encontram no lúmen da veia, nesta fase avança-se com o cateter na direção da veia e retira-se simultaneamente a agulha da veia. O garrote é removido do cliente quando o cateter estiver totalmente introduzido na veia.⁽¹³⁾

Depois da inserção do CVP é necessário confirmar se este se encontra permeável, para tal injeta-se soro fisiológico através dele, observando possíveis alterações da pele, como rubor, edema, tumefacção, extravasamento de líquido em redor do local de inserção do CVP ou desconforto manifestado pelo cliente.¹³

Posteriormente à inserção do CVP no cliente é muito importante que este fique bem fixado para não existir o risco de ele se mover, já que esta situação poderá arrastar microrganismos para dentro da ferida, provocada pela inserção do cateter na pele e aumentar o risco de flebite.⁽¹²⁾

Importa acima de tudo, que a escolha do penso pelo profissional que executa a técnica seja um penso esterilizado, pelas razões apontadas atrás, e que o mesmo permita uma visualização do local de inserção do CVP, sem que para isso seja necessário retirar o penso. Existem pensos com películas transparentes que permitem visualizar o local de inserção e assim detetar sinais precoces de flebite. Este tipo de penso permite também que o cliente faça a sua higiene, sem haver um risco acrescido de humidade do penso, uma vez que ele é impermeável, nem de descolamento deste.⁽¹²⁾

As recomendações emanadas pelos CDC relativamente a este item são que os pensos devem ser substituídos quando o CVP é removido, ou substituído ou quando o penso se encontra descolado, húmido ou com

repassse. Esta entidade aponta ainda que, em clientes com sudorese intensa os pensos devem ser substituídos frequentemente. ⁽²⁾

O tempo que o CVP está colocado é provavelmente um dos fatores mais importantes que influenciam o risco de infecção, já que quanto mais tempo estiver colocado, maior é a probabilidade de o cliente desenvolver uma infecção. Verifica-se um aumento do número de flebites e de colonização do CVP quando estes são mantidos por mais de 72h. ⁽¹²⁾

O CDC, alarga o tempo da permanência do CVP e recomenda que a substituição dos CVP e a rotação do local de inserção a cada 72-96h. Esta entidade preconiza ainda, que se deverá remover o CVP colocado numa situação de emergência e inserir um novo CVP num local diferente dentro de 48h. Os cateteres pediátricos não deverão ser substituídos rotineiramente, exceto se houver indicação clínica para tal. ⁽²⁾

A manipulação asséptica da extremidade exterior do CVP e dos pontos de conexão ao CVP é fundamental para prevenir a contaminação do CVP e possível infecção, já que a contaminação se dá principalmente por meio das mãos do profissional que manuseia o CVP durante a conexão e desconexão do sistema ou do uso inadequado das torneiras. ⁽¹⁴⁾ Para isso o local deverá ser limpo com uma solução desinfetante e só depois disso utilizado para administração de terapêutica. ⁽¹⁵⁾

O CDC recomenda substituir os sistemas de administração de fluídos, incluindo torneiras e prolongadores a cada 72h, exceto se existir outra indicação clínica. Já relativamente aos sistemas utilizados na administração de sangue, derivados do sangue ou emulsões lipídicas, indica que devam ser substituídos dentro das 24h após o início da infusão. ⁽²⁾

No que respeita à vigilância dos clientes com CVP, nomeadamente nos seus locais de inserção, é recomendado que a vigilância deveria ser feita diariamente em locais sem possibilidade de observar o local de inserção do CVP². Oliveira e Parreira reforçam esta ideia afirmando que esta vigilância deverá ser diária e deverá ser feita se possível recorrendo a instrumentos com base em Escalas de Avaliação de Flebites. ⁽¹⁶⁾

Os registos de enfermagem são parte integrante do trabalho diário, em que as intervenções de enfermagem relacionadas com a cateterização venosa periférica não são exceção e deverão ser registadas no processo do cliente.

Torna-se importante registar a data de inserção do CVP, o local de inserção do CVP, o calibre do CVP, o tipo de CVP e a terapêutica EV administrada.⁽¹⁷⁾

Torna-se importante que as intervenções de enfermagem relativas à cateterização venosa periférica sejam sustentada em boas praticas com rigor técnico e científico, com a finalidade de reduzir a infeção, aumentar a satisfação do cliente proporcionando segurança ao doente e obtendo ganhos em saúde

Metodologia

Tendo em conta o método de pesquisa de prática baseada na evidência, realizei uma revisão integrativa. Para tal comecei por formular a pergunta de investigação: - Quais os cuidados de enfermagem na prevenção de flebites em doentes com cateterização periférica?

Após formulação da pergunta definiram-se critérios de inclusão para seleção dos estudos a serem analisados:

Tipo de participantes: Todos os utentes hospitalizados com cateter venoso periférico

Indicador. As complicações associadas aos cuidados de enfermagem na cateterização venosa periférica

Outcomes: uniformizar os procedimentos nos cuidados de enfermagem ao doente com cateterização venosa periférica

Desenho: As fontes de dados foram estudos publicados e indexados à plataforma eletrónica EEBSCO.

Foram critérios de exclusão artigos não indexados à base de dados da pesquisa e artigos não gratuitos. Foi utilizado como operador booleano o and e os descritores Mesh¹⁸: cateterização periférica, flebite, enfermagem.

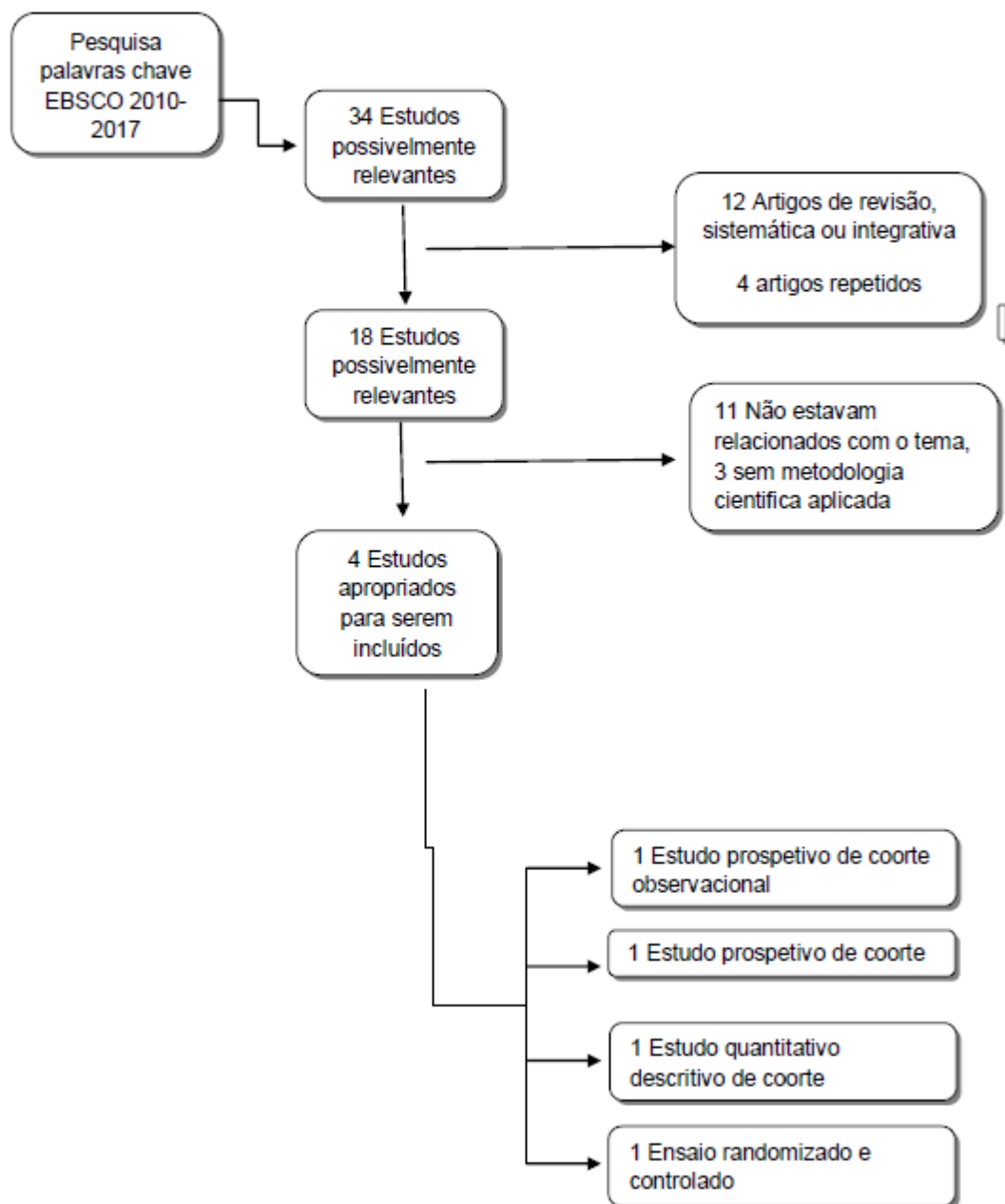
Ao realizar a pesquisa com as palavras-chave, com texto completo e realizados nos anos 2010-2017 foram selecionados 25 estudos, tendo sido excluídos: 4 artigos repetidos, 3 não apresentava metodologia científica aplicada, 4 artigos sem interesse para o tema, 6 revisões sistemáticas e 6 artigos com interesse. Depois da análise mais detalhada destes artigos, 3 eram revisões da literatura, 1 não relacionado com o tema.

Foi necessário alargar a pesquisa até 2010 o qual se obteve no total 34 estudos, tendo sido excluídos: 11 artigos que não estavam relacionados com o

tema, 3 não apresentavam metodologia científica aplicada, 4 repetidos, 10 revisões sistemáticas e 2 revisões integrativas.

Após a última fase, foram selecionados 4 artigos para a elaboração desta revisão integrativa.

Figura 1: Fluxograma da estratégia de seleção de estudos.



Os artigos foram avaliados de acordo com as grelhas de Joanna Briggs, 2016 ⁽¹⁹⁾. Após esta avaliação considerou-se que os artigos se situavam entre os 80% e os 100% de qualidade metodológica, sendo incluídos na realização desta revisão integrativa.

Resultados

| Artigos (autores, data, local) | Participantes | Intervenções | Outcomes | Desenho |
|---|--|---|---|--|
| <p>1</p> <p>Danski et al.,²⁰ 2016 Brazil</p> | <p>134 recém-nascidos-nascidos, tendo os pais conhecimento do estudo e assinado o termo de consentimento livre e esclarecido</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Os dados foram recolhidos por 2 pesquisadores. - Os dados foram obtidos por registos médicos, observação direta através de instrumento apropriado criado com perguntas fechadas. - O instrumento de colheita de dados está relacionado com a inserção, manutenção e remoção do cateter - Os pesquisadores participam em reuniões onde os conceitos foram padronizados com base em pesquisa científica <p>Incidência das complicações relacionadas com a cateterização venosa periférica nos recém-nascidos</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Reforça o papel da enfermagem para evitar complicações - A formação continua baseada em evidências científicas, do procedimento da inserção e manutenção do CVP levam a reduzir complicações graves. - As primeiras 48 horas após inserção do CVP no recém-nascido, há maior probabilidade de desenvolver complicações. - Registos de enfermagem inexistentes ou incompletos relacionados com a remoção do CVP ou de complicações. - Necessidade de gerar melhores evidências nos cuidados neonatais. | <p>Estudo prospetivo de coorte observacional</p> |

| | | | | | |
|---|--|--|---|---|--|
| 2 | Oliveira et al., ²¹ 2015 Brasil | 92 Participantes, internados com necessidade de cateterização venosa periférica, de ambos os sexos e com idade superior 18 anos. | <ul style="list-style-type: none"> - O estudo tenta estimar a incidência de complicações associadas ao CVP, identificando os fatores de risco e as complicações mais comuns. - Realizado teste piloto para verificar a adequação do instrumento de colheita de dados. - Observação após formação sobre o procedimento do CVP - Colheitas de dados através de instrumento criado e observação direta e diária. | <ul style="list-style-type: none"> - Formação realizada aos profissionais segundo as diretrizes do CDC, sobre higienização das mãos, punção, fixação e manutenção dos CVP. - Verificou-se que a permanência do CVP superior a 72 horas foi fator de risco para complicações. - A realização do correto procedimento do CVP, podem ajudar a prevenir complicações. | Estudo prospetivo de coorte |
| 3 | Xavier et al., ²² 2011 Brasil | 131 participantes, com cateter venoso periférico ou história de complicações, com idade superior a 16 anos | <ul style="list-style-type: none"> - Identificar a incidência das complicações locais da punção venosa periférica, em doentes hospitalizados, através da identificação dos sinais e sintomas, com vista a propor intervenções para a prevenção das mesmas. - Aplicar a Escala de Avaliação de Flebite, Infusion Nursing Standards of Praticce, nos doentes que apresentam sinais e sintomas de flebite. | <ul style="list-style-type: none"> - Aplicação da Escala de Avaliação de Flebite. - As complicações mais frequentes identificadas no estudo são as flebites. - Confirma a necessidade de uniformizar o procedimento CVP. - Falta de registos de enfermagem sobre o procedimento CVP, cuidados prestados, sinais e sintomas apresentados pelo doente ou o motivo da troca de CVP. - Compromisso da qualidade dos cuidados de enfermagem em relação ao CVP | Estudo quantitativo descritivo de coorte transversal |
| | Richard et | 362 Doentes com | Comparar o impacto da | - Os CVP inseridos por profissionais treinados | |

| | | | | | |
|---|---|---|--|--|---------------------------------|
| 4 | al., ²³ 2010 Australia | cateterização venosa periférica - 177 Doentes que foi substituído o CVP por rotina; - 185 Doentes que foi substituído o CVP por indicação clínica. Doentes maiores de 18 anos e com 4 dias com CVP | canalização venosa periférica por rotina com a remoção por indicação clínica quando surge complicações | minimizam as complicações. - Não encontrou benefícios na colocação do CVP por rotina. - Evidencia que puncionar o doente por rotina, aumenta o desconforto, o custo de saúde e não reduz as complicações como tradicionalmente pensado. - | Ensaio randomizado e controlado |
|---|---|---|--|--|---------------------------------|

Tabela 1: Resumo da Evidência Recolhida

Discussão de resultados

Após elaboração da revisão integrativa, verifiquei que existe um vasto leque de bibliografia que refere que os enfermeiros devem possuir conhecimentos atuais, que permita executar cuidados de enfermagem qualificados. É necessário cuidado específico de enfermagem na inserção do cateter e durante a sua permanência, exigindo um rigor técnico e científico baseado em recomendações nacionais e internacionais assentes em evidência científica. ⁽²⁰⁾ ⁽²¹⁾ ⁽²²⁾ ⁽²³⁾ Segundo Richard, evidencia que os CVP inseridos por profissionais treinados minimizam as complicações ⁽²³⁾

Está documentado que a flebite é uma das complicações mais frequentes⁽⁹⁾, e que os fatores que levam ao desenvolvimento não é conclusivos ⁽¹⁰⁾, quanto maior a permanência do CVP, aumenta o risco de desenvolvimento de flebite. ⁽²⁰⁾ ⁽²¹⁾. No entanto pode ser detetado precocemente de modo a evitar complicações. ⁽²³⁾

O CDC, recomenda que a substituição dos CVP e a rotação do local de inserção a cada 72-96h, ⁽²⁾ no entanto existem estudos que não encontra benefícios na substituição do cateter por rotina, aumentando o desconforto ao doente e não reduz as complicações. ⁽²³⁾

A pele, quando integra representa uma barreira importante para a entrada de microrganismos, sendo é colonizada por microbiana própria, na punção, se a antisepsia não for a correta, o que pode levar a desenvolvimento de infeções.

A limpeza do local deverá ser à base de cloro-hexidina, com movimentos circulares, no sentido proximal para o distal, deixando a área desinfetada secar completamente. Após esta desinfecção não se deverá voltar a tocar no local a punccionar pois existe o risco de contaminação do mesmo. ⁽¹³⁾

Muitas vezes este procedimento não é realizado por falta de tempo ou por desconhecimento do profissional, assim como a fraca adesão à correta higienização das mãos em que pode relevar um compromisso da qualidade dos cuidados prestados em relação ao CVP ⁽²²⁾. Utilizando-se as soluções adequadas e cumprindo os tempos de lavagem indicadas para cada produto, reduzem o risco de transmissão de microrganismos entre enfermeiros e clientes. ⁽¹¹⁾

No que respeita à vigilância dos clientes com CVP, nomeadamente nos seus locais de inserção, é recomendado que a vigilância deveria ser feita diariamente em locais sem possibilidade de observar o local de inserção do CVP. ⁽²⁾ A vigilância deve ser diária e sistematizada, se possível recorrendo a instrumentos com base em Escalas de Avaliação de Flebites. ^{(16) (22)}

Após leitura dos artigos verifiquei que todos eles, referem a falta de registos sobre o procedimento, vigilância e complicações referentes ao CVP. O enfermeiro deve documentar os cuidados de enfermagem prestada, sinais e sintomas apresentados pelo doente, a presença de complicações assim como as ações realizadas. ^{(17) (20) (22) (23)}

Conclusão

Os estudos analisados ao longo desta revisão integrativa comprovam a importância da uniformização do procedimento de cateterização venosa periférica, exigindo um rigor técnico e científico baseado em evidências científicas. Sendo a finalidade de reduzir a infeção, aumentar a satisfação do cliente proporcionando segurança ao cliente e obtendo ganhos em saúde.

Sendo um procedimento não isento de complicações, é recomendado a vigilância sistemática e diária do local da punção de modo a prevenir complicações. É importante que o enfermeiro documente os cuidados prestados, sinais e sintomas e complicações identificadas, para gerar evidência nos cuidados de enfermagem.

Esta análise confirma a necessidade de uniformizar e aperfeiçoar o procedimento, e exige uma mudança de atitude e maior compromisso dos enfermeiros em relação aos cuidados prestados. É importante o desenvolvimento do pensamento crítico e da capacidade de tomar decisões, como agentes de transformação nos cuidados prestados aos doentes.

Bibliografia

1. Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde: Manual de Operacionalização, 1–82(2008)
2. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION – Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections. [em linha]. 2011. [Consulta. em 25 outubro 2017]. Disponível em WWW:<<http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/guidelines/bsi-guidelines-2011.pdf>
3. http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Documents/2015/PlanoNacionalSegu_rancaDoentes.pdf
4. <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>
5. MARTINS, Maria Aparecida – **Manual de Infecção Hospitalar: Epidemiologia, Prevenção e Controle**. Rio de Janeiro: MEDSI, 2001. ISBN 85-7199-256-8.
6. Ho, K., & Cheung, D.. Guidelines on timing in replacing peripheral intravenous catheters. *Journal of Clinical Nursing*, 21(11/12), 1499-1506. (2012)doi:10.1111/j.1365-2702.2011.03974.x
7. Morris, W.. Complications. In S. Phillips, M. Collins, & L. Dougherty (Eds.), *Venepuncture and cannulation* (pp. 175-222). (2011)West Sussex: Blackwell Publishing.
8. Perucca, R.. Peripheral venous access devices. In I. N. Society, M. Alexander, A. G. Corrigan, & J. P. Hankins (Eds.), *Infusion nursing: evidence based approach* (3ª ed.,pp. 456-479). (2010)Missouri: Saunders Elsevier
9. MAGEROTE, Nelissa; *et al.* – Associação entre flebite e retirada de cateteres intravenosos periféricos. *Texto & Contexto – Enfermagem*. [Em linha]. Vol. 20, nº 3 (2011), p. 486-492. [Consult. em 18 janeiro 2018]. Disponível em WWW:<http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/S0104-07072011000300009&pid=S0104-07072011000300009&pdf_path=tce/v20n3/09.pdf> ISSN 0104-0707
10. MARTINS, Kelly; *et al.* – Adesão às medidas de prevenção e controlo de infecção do acesso vascular periférico pelos profissionais de equipa de enfermagem. *Ciência Cuidados e Saúde*. [Em linha]. Vol. 7, nº 4 (2008), p. 485-492. [Consult. em 15 janeiro 2018]. Disponível em WWW:<<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/6634/3908>>.
11. DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE – Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor (PENPCDor). [Em linha]. 2013c [Consult. em 18 janeiro 2018]. Disponível em WWW:<<https://www.dgs.pt/outros-programas-e-projetos/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/plano-estrategico-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-dor-penpcdor.aspx>>.
12. WILSON, Jennie – **Controlo de infeção na prática clínica**. Loures: Lusociência, 2003. ISBN 972-8383-576.

13. CARLOTTI, Ana Paula – Acesso Vascular. Revista Medicina. [Em linha]. Vol. 45, nº 2 (2012), p. 208-214 [Consult. em 15 janeiro 2018]. Disponível em WWW:<
http://revista.fmrp.usp.br/2012/vol45n2/Simp5_Acesso%20Vascular.pdf>.
14. MARTINS, Kelly; *et al.* – Adesão às medidas de prevenção e controlo de infeção do acesso vascular periférico pelos profissionais de equipa de enfermagem. Ciência Cuidados e Saúde. [Em linha]. Vol. 7, nº 4 (2008), p. 485-492. [Consult. em 10 janeiro 2018]. Disponível em WWW:<
<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/6634/3908>>.
- 15 - MENDONÇA, Katiane; *et al.* – Atuação da enfermagem na prevenção e controle de infeção de corrente sanguínea relacionada a cateter. Revista de Enfermagem UERJ. [Em linha]. Vol. 19, nº 2 (2010), p. 330-333. [Consult. em 10 janeiro 2018]. Disponível na WWW:<
<http://www.facenf.uerj.br/v19n2/v19n2a26.pdf>>.
16. OLIVEIRA, Anabela; PARREIRA, Pedro – Intervenções de enfermagem e flebitis decorrentes de cateteres venosos periféricos. Revisão sistemática da literatura. Revista de Enfermagem Referência. [Em linha]. Vol. III, nº 2 (2010), p. 137-147. [Consult. em 19 janeiro 2018]. Disponível em WWW:<
<http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserlln2/serlln2a15.pdf>>.
17. ELKIN, Martha; PERRY, Anne; POTTER, Patrícia – **Intervenções de enfermagem e procedimentos clínicos**. Loures: Lusociência, 2005. ISBN 972-8383-96-7.
18. Medicine NUSNL of. Medical Subject Headings 2018 [Internet]. 2018 [citado 15 de Janeiro de 2018]. Disponível em: <https://meshb.nlm.nih.gov/search>
19. Institute TJB. Critical Appraisal-tools. 2017.
20. Rickard CM, McCann D, Munnings J, McGrail MR. Routine resite of peripheral intravenous devices every 3 days did not reduce complications compared with clinically indicated resite: A randomised controlled trial. BMC Med. 2010;8.
21. Xavier P. Peripheral venous puncture: local complications in patients assisted in a university hospital. Rev Enferm UFPE line [Internet]. 2011;5(1):61–6. Disponível em: http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1197/pdf_278
22. Danski MTRD, Lind J, Mingorance P, Johann DA, Schwanke AA. Local complications in the peripheral venous catheterization in newborns prospective cohort. 2016;(Iv).
23. Danski MTR, Oliveira GLR de, Johann DA, Pedrolo E, Vayego SA. Incidence of local complications in peripheral venous catheters and associated risk factors. Acta Paul Enferm. 2015;28(6):517–23.

Apêndice IX – Projeto de Atuação em situação de catástrofe

Planeamento do Projeto

| | |
|--|--------------------------|
| Autores: Sónia Azeitona Bilro/Sandra Silveira/Ana Mafalda Balsas | |
| Instituição: ULSNA, EPE - Hospital Santa Luzia de Elvas | Serviço: Urgência |
| Título do Projeto: Plano de emergência Externa: Atuação em situação de catástrofe | |

Definição do Problema

Diagnóstico de situação

Definição geral do problema

O plano de atuação em situação de catástrofe não está atualizado e a equipa não tem formação recente nesta área.

Análise do problema

O Hospital de Santa Luzia está localizado numa área geográfica onde existem fatores que podem influenciar a existência de uma catástrofe. São eles: hospital localizado numa zona transfronteiriça, localidade situada perto de uma autoestrada que liga Portugal a Espanha, cidade de Elvas recentemente classificada como património mundial, e na qual se tem desenvolvido espetáculos e manifestações culturais de grande envolvimento e atração de pessoas a este local. Para além destes fatores, o aumento do terrorismo a nível mundial e o risco de qualquer catástrofe natural poder acontecer, levam a que cada vez mais esta temática seja abordada.

Como é imprevisível a existência de uma catástrofe, a equipa multidisciplinar do serviço de urgência tem que ter conhecimentos técnicos e científicos atualizados nesta área para poder atuar eficazmente, atendendo um maior número de vítimas possível, proporcionando-lhe o melhor atendimento utilizando o maior número de recursos.

Após análise do plano existente, verificou-se que este não se encontra atualizado e que há necessidade de o atualizar.

Também se verificou que os elementos da equipa de enfermagem não possuem formação atualizada nesta área.

Para além disso, após auditoria externa do Grupo Português de Triagem relativamente à Triagem de Manchester em situação de Catástrofe, verificou-se que os kits de catástrofe não estavam adequados e que não existia treino em Triagem em Catástrofe e treino de atuação de acordo com o plano.

Enquadramento Teórico

No artigo 3.º da lei n.º 27/2006, de 3 de julho, que aprova a lei de bases da proteção civil, catástrofe é definida como "... acidente grave ou a série de acidentes graves susceptíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional."

Esta definição surge no regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica da ordem dos enfermeiros.

Este regulamento acrescenta ainda que "A emergência multivítima envolve um número de vítimas suficientemente elevado para alterar o normal funcionamento dos serviços de emergência e a prática de cuidados de saúde. Exige um conjunto de procedimentos médicos de emergência com o propósito de salvar o maior número de vítimas e proporcionar o melhor tratamento as vítimas, fazendo o melhor uso dos recursos disponíveis"

Para Bandeira (1995), o conceito de catástrofe surge quando existe uma agregação entre o afluxo intenso de vítimas, as destruições de ordem material e a desproporcionalidade acentuada entre os meios humanos e materiais de socorro e as vítimas a socorrer.

Para Silva e Henrique (1986), citado por Santos (2008) do ponto de vista médico, catástrofe é uma situação de procura súbita, inesperada e excessiva de cuidados médicos de urgência esgotando todos os recursos disponíveis.

Tendo em conta estes conceitos e na nossa realidade da prática de cuidados, consideramos catástrofe quando algo acontece inesperadamente e que nos leva ao serviço de urgência uma procura súbita inesperada e excessiva de um número de vítimas desproporcional aos meios humanos e materiais disponíveis.

É para dar uma resposta eficaz a estas vítimas que surge este projeto de intervenção.

PLANEAMENTO DO PROJETO

| Objetivos Específicos | Atividades/Estratégias a desenvolver | Indicadores de Avaliação |
|--|--|---|
| 1-Rever plano emergência externa do serviço de urgência do HSLE | <ul style="list-style-type: none"> - Nomeação grupo de trabalho; - Reunião com a equipa interveniente; - Mencionar as necessidades de alteração do plano; - Efetuar as alterações do plano; - Aprovação do Plano pelo Conselho de Administração | Plano de prontidão hospitalar em Situação de Catástrofe atualizado |
| 2-Fazer formação a equipa multidisciplinar | Desenvolver a formação de acordo com o plano sessão (Anexo I) | Standard \geq 85% do grupo formado |
| 3-Realizar exercícios de prática simulada de Triagem em Catástrofe | <ul style="list-style-type: none"> - Criar cenários de multivítimas de acordo com os diferentes graus de alerta; -Efetuar triagem de acordo com estes cenários. | Standard \geq 85% dos enfermeiros participe no treino de triagem em Catástrofe |
| 4-Realizar exercícios de prática simulada de atuação de acordo com Plano | <ul style="list-style-type: none"> - Criar cenários de situações de catástrofe externa; - Fazer exercícios com a equipa para atuação de acordo com plano de Catástrofe. | Standard \geq 85% da equipa participem no treino de atuação de acordo com o plano de catástrofe |
| 5-Realizar simulacro | <ul style="list-style-type: none"> - Contactar com Conselho de Administração e entidades envolventes para realização de Simulacro (Proteção Civil, Bombeiros, Camara Municipal, PSP, GNR) - Realizar reuniões para definição de estratégias. - Realizar simulacro | Standard 25% da equipa multidisciplinar |

Referências Bibliográficas

Bandeira, R M. G. (1995). *Medicina de Catástrofe da exemplificação Histórica à Iatroética*. Dissertação de Doutoramento em Medicina de Catástrofe. Porto. Instituto de Ciências Biomédicas Professor Abel Salazar da Universidade do Porto (PDF)

Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. (2011). Ordem Enfermeiros

Silva, A. M. (2009) *Triagem de Prioridades Triagem de Manchester: dissertação de Mestrado em Medicina Catástrofe*. Porto. Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade Porto (PDF)

Silva, F. Rocha; Henriques, J. (1986). *Manual de Medicina de Catástrofe*. Lisboa, Ed: INEM.

ANEXO I - Plano Da Sessão De Formação

| | |
|--|--|
| <p>Local: Sala reuniões serviço urgência Título: Atuação da equipa multidisciplinar em situação de catástrofe de acordo com plano de emergência externa</p> | <p>Grupo: Equipa multidisciplinar Duração: 4H Preletores: Enf.º interlocutor risco, Enf.ª Chefe, Enf.ªs auditoras internas da Triagem de Manchester, Diretor de Serviço</p> |
|--|--|

Objetivos:

Geral: * Adquirir competências para atuação em situação de Catástrofe

Específicos:

* Dar a conhecer o plano de prontidão hospitalar em situação catástrofe atualizado;

* Atualizar conhecimentos no que respeita à triagem de Manchester em situação de catástrofe.

* Identificar situações em que o plano deve ser ativado;

| Conteúdos | Métodos/ Técnicas de Ensino | Meios Auxiliares de Ensino | Duração |
|---|-----------------------------------|---|---|
| 1-Introdução <ul style="list-style-type: none"> • Apresentação dos preletores • Apresentação do tema e enquadramento teórico | Expositivo | Computador/Multimédia | ±10 Minutos Enf.º interlocutor risco |
| 2- Desenvolvimento Apresentação do plano Níveis de prontidão de resposta, definidos para o serviço Tipos de alerta de acordo com os níveis Funções dos principais intervenientes no desencadeamento dos alertas | Expositivo Interativo | Computador/Multimédia Apresentação e discussão de casos práticos | 50 Minutos |
| Normas de funcionamento do serviço de urgência em alerta. | Expositivo Demonstrativo | | 20 Min. 60 Min |
| Triagem em situação catástrofe; Kit catástrofe | Expositivo | | 10 Min. |

| | | | |
|--|-------------------|------------------------------|--------------------|
| <p>Folha triagem</p> <p>Encaminhamento interno de doentes.</p> <p>Análise de situações que possam ser reais de catástrofe para discussão em grupo</p> | <p>Interativo</p> | | <p>40 Min.</p> |
| <p>3- Conclusão</p> <ul style="list-style-type: none"> • Resumo da Temática • Esclarecimento de Dúvidas • Avaliação da sessão | <p>Expositivo</p> | <p>Computador/Multimédia</p> | <p>±20 Minutos</p> |

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

| Meses | Abril 18 | | | | Maio 18 | | | | Junho 18 | | | | Outubro 18 | | | | Novembro 18 | | | | Dezembro 18 | | | | Janeiro 19 | | | | fev/março 19 |
|--------------------------------------|----------|----|----|----|---------|----|----|----|----------|----|----|----|------------|----|----|----|-------------|----|----|----|-------------|----|----|----|------------|----|----|----|--------------|
| | 1s | 2s | 3s | 4s | 1s | 2s | 3s | 4s | 1s | 2s | 3s | 4s | 1s | 2s | 3s | 4s | 1s | 2s | 3s | 4s | 1s | 2s | 3s | 4s | 1s | 2s | 3s | 4s | |
| Revisão do plano | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Formação (5 grupos) | | | | | | | | | | | | | ■ | ■ | ■ | ■ | | | | | | | | | | | | | |
| Exercícios de prática simulada | | | | | | | | | | | | | | | | | ■ | ■ | ■ | ■ | | | | | | | | | |
| Avaliação e divulgação de resultados | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ■ | ■ | | | |
| Realização de simulacro | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ■ |

Apêndice X – Projeto da intervenção da higienização das mãos

Planeamento do Projeto

| | |
|---|--------------------------|
| Autores: Sónia Azeitona Bilro/ Sandra Silveira/ Ana Mafalda Balsas | |
| Instituição: ULSNA, EPE - Hospital Santa Luzia de Elvas | Serviço: Urgência |
| Título do Projeto: Higienização das Mãos no Serviço de Urgência | |

Definição do Problema

Diagnóstico de situação

Definição geral do problema

A higienização das mãos dos profissionais do serviço de urgência não é efetuada de acordo com a norma da DGS, nem na sua técnica, nem nos momentos preconizados para a sua execução.

Análise do problema

Ao longo da prática diária, nota-se uma fraca adesão à higienização das mãos dos profissionais no serviço de urgência. Para obter dados concretos, durante a primeira semana de estágio foram realizadas 24 observações em 14 enfermeiros, 5 assistentes operacionais (AO's) e 5 médicos especialistas.

Para tal foi utilizada o formulário de observação da OMS, disponibilizado pela DGS inserido no programa: "*Medidas simples, salvam vidas*".

Não sendo esta uma amostra ainda significativa pois não engloba todos os profissionais e foi efetuada apenas uma observação por profissional, é-nos útil para fazer o diagnóstico da situação para este projeto de intervenção.

Foi realizado o cálculo, com o formulário de cálculo básico da DGS, com a fórmula:

$$\text{Adesão} = \frac{\text{n.º higienizações realizadas}}{\text{N.º ações requeridas}}$$

Verificamos que das 115 oportunidades existentes, apenas 61 foram efetuadas, o que corresponde a uma taxa de adesão de 53,04% no total das observações, nos 3 grupos profissionais.

Tendo em conta os critérios de avaliação da DGS, este é um resultado satisfatório. No entanto, ao efetuarmos a análise por grupo profissional, verificámos que:

Os enfermeiros apresentam uma taxa de adesão de 58,7%, os médicos apresentam uma taxa de adesão de 52 % e os AO's uma taxa de adesão de 35 %.

Tal como acontece nos serviços de internamento, os enfermeiros são o grupo profissional com maior adesão à técnica correta da higiene das mãos. No entanto, os AO's são o grupo com menor adesão a esta

prática no nosso serviço, ao contrário dos médicos que tem uma adesão que se situa muito perto dos enfermeiros.

Embora a análise dos resultados do total das observações se encontre satisfatória no global, os AO's são avaliados no critério razoável.

No entanto com estes números ainda nos encontramos abaixo da taxa global de adesão à higiene das mãos em 2015 nos serviços de urgência que aderiram ao programa nacional em Portugal. No total há uma taxa de adesão de 79,8%, sendo que os médicos tinham uma adesão de 74,3%, os enfermeiros de 84,9%, os assistentes operacionais de 66,4% e outros técnicos de 85,8%.(PPCIRA, D.N., 2016)

Para além das observações da higiene das mãos, um outro indicador definido pela OMS é a avaliação do consumo de SABA nos serviços.

Esta monitorização foi feita em todos os serviços da nossa unidade de saúde e no serviço de urgência em 2015 nota-se uma diminuição do consumo de SABA. (Newparth et al., 2015)

Consideramos como prováveis causas deste problema: um problema cultural, onde os profissionais não atribuem a devida importância à higienização das mãos, apesar das múltiplas campanhas, ouvindo ainda muitas vezes "... antigamente não era preciso tanta coisa...". Também o aumento do n.º de doentes que recorrem ao serviço de urgência, a falta de condições físicas e o reduzido número de profissionais contribui para a não adesão à Higiene das Mãos.

Alguns dispensadores de SABA estão colocados em locais pouco acessíveis a quem se desloca constantemente no serviço.

Não existe informação dirigida aos doentes e familiares e estes não são instruídos para a sua realização.

Perante os problemas parcelares identificados, consideramos que a prioridade é a sensibilização dos profissionais para a importância da técnica; colocar mais dispensadores de SABA, com cartazes informativos dirigidos aos utentes e famílias e a realização de ensinios.

A Comissão de Controlo de Infecção da nossa instituição, em 2013, editou um procedimento de qualidade sobre a higiene das mãos, resultante da norma da DGS que serve de orientação para a realização da higiene das mãos dos profissionais de saúde.

Da monitorização da higienização das mãos efetuada nos serviços de internamento, desde 2009, a melhoria dos resultados tem sido notória ao longo dos anos.(Newparth, Manuel; Rasquilha, 2015) O serviço de urgência é um serviço que, pela afluência de doentes com múltiplas patologias, é considerado como local ótimo para o desenvolvimento de microrganismos e conseqüentemente para o aumento da IACS, no entanto o nosso serviço não foi englobado na campanha nacional.

Será objetivo a curto prazo inserir o serviço de urgência na campanha Nacional, justificando este projeto.

Enquadramento Teórico

A segurança do doente tem-se assumido como componente chave da qualidade dos cuidados, tanto para os doentes, que se desejam sentir seguros, como para os profissionais, que pretendem prestar cuidados seguros, eficientes e efetivos. (DQS, DGS, 2017)

A IACS é um problema importante para a segurança do doente e a sua prevenção deve ser uma prioridade para as unidades de saúde, de forma a prestar cuidados mais seguros.(Who, 2009)

De acordo com o PNCI (2010) “estudos feitos já a partir de 1979, demonstram que a diminuição da transmissão de infeção hospitalar está ligada à frequente lavagem das mãos pelos profissionais de saúde”.

Para Wilson (2003), as mãos dos profissionais são o veículo mais comum de transmissão de microrganismos de doente para doente, e estão frequentemente implicadas como via de transmissão de surtos de infeção. Este procedimento constitui uma ação simples, acessível, rápida e que continua a ser uma das principais medidas para reduzir as IACS's em todo o mundo.

Desde 2004 que a OMS, iniciou o desenvolvimento de programas, planos e estratégias de controlo de infeção associada aos cuidados de saúde, no programa “ Clean Care is Safer Care

Inserido neste programa, a DGS aderiu à campanha da higienização das mãos em 2008.

Portugal regulamenta este procedimento na Circular Normativa da DGS N.º13 de 14 de Junho de 2010 – **Orientação de Boa Prática para a Higiene das mãos nas Unidades de Saúde** que determina que a higiene das mãos é uma das medidas mais simples e mais efetiva na redução da infeção associada aos cuidados de saúde. “ Os profissionais de saúde devem proceder à higiene das mãos de acordo com o modelo conceptual proposto pela OMS, designado por os “Cinco Momentos” e devem assumir o compromisso de alertar doentes, visitas, fornecedores e voluntários para a importância desta prática, sendo da responsabilidade do órgão de gestão da unidade de saúde, fornecer os produtos em quantidade e qualidade, dispondo-os nos locais estratégicos e acessíveis a todos.” (DGS, 2010)

Os cinco momentos preconizados pela OMS para a higienização das mãos são: 1.Antes do contacto com o doente; 2.Antes de procedimentos limpos/assépticos; 3.Após risco de exposição a fluidos orgânicos; 4.Após contato com o doente; 5.Após contato com o ambiente envolvente do doente.(DGS, 2010)

A monitorização dos cinco momentos de higiene das mãos por observação direta é uma prática padrão recomendada pela OMS e constitui uma medida crítica para a prevenção de infeções associadas à saúde.(Arias, Garcell, Ochoa, Arias, & Miranda, 2016)

Atualmente está em vigor o plano nacional para a segurança dos doentes 2015-2020, criado pelo despacho n.º 1400A/ 2015, de 10 de fevereiro de 2015, que é coordenado pelo Departamento da Qualidade na Saúde da Direção Geral da Saúde e constitui-se como um instrumento de apoio a gestores e clínicos na aplicação de boas práticas de segurança. Visa atingir o objetivo estratégico: Prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos. Tem como metas para o final de 2020: 1) atingir uma taxa de prevalência de infeção hospitalar de 8%; 2) Reduzir em 50% face a 2014, o consumo de antimicrobianos; 3) Attingir uma taxa de MRSA de 20%; 4) Reduzir em 50% face a 2014, o consumo de

carbapenemes.(DGS, 2015), sendo que a higiene das mãos está inserida na “Estratégia Multimodal de Promoção das PBCT” da DGS.

PLANEAMENTO DO PROJETO

OBJETIVO GERAL

Sensibilizar os enfermeiros e assistentes operacionais do serviço de urgência para a execução correta da técnica de higienização das mãos de forma a diminuir a IACS.

OBJETIVOS Específicos

- Aumentar a taxa de adesão dos enfermeiros à técnica de higienização das mãos em pelo menos 10%.
- Aumentar a taxa de adesão dos AO's à técnica de higienização das mãos em pelo menos 20%.
- Facilitar acesso dos doentes e familiares à informação sobre a higienização das mãos.

Identificação dos profissionais do serviço com quem vai articular a intervenção

Enfermeira Chefe do Serviço; Enfermeira do GCL-PPCIRA do HSLE; Elo de Ligação do GCL-PPCIRA; Interlocutor da gestão do risco do serviço;

| Objetivos Específicos | Atividades/Estratégias a desenvolver | Recursos Humanos | Ind. Avaliação |
|---|---|--|--|
| - Aumentar a taxa de adesão dos enfermeiros à técnica de higienização das mãos em pelo menos 10%. | <ul style="list-style-type: none"> - Apresentar projeto à equipa de enfermagem; - Elaborar IT para enfermeiros de higienização das mãos no serviço de urgência; - Solicitar validação pela Enf.ª Chefe e pelos elementos da equipa de enfermagem; - Facilitar o acesso dos profissionais aos dispensadores de SABA; - Identificar locais para a colocação de mais dispensadores se necessário; - Solicitar a sua aquisição e montagem; - Realizar formação em serviço para enfermeiros a pelo menos 80% da equipa. | <ul style="list-style-type: none"> -Dinam do projeto -Enfermeira Chefe -Enf.ª do GCL-PPCIRA -Elo do serviço -Equipa de enfermagem | Atingir uma taxa de adesão de pelo menos 68,7% |
| - Aumentar a taxa de adesão dos AO's à técnica de higienização das mãos em pelo menos 10%. | <ul style="list-style-type: none"> - Apresentar projeto à equipa de AOs; - Elaborar IT para AOs, de higienização das mãos no serviço de urgência; - Solicitar validação pela Enf. Chefe; - Facilitar o acesso dos profissionais aos dispensadores de SABA; -Realizar formação em serviço para AO's a pelo menos 80% da equipa. | <ul style="list-style-type: none"> -Dinam do projeto -Enfermeira Chefe -Enfermeira do GCL-PPCIRA -Elo do serviço -Equipa AO's | Atingir uma taxa de adesão de pelo menos 55% |

| | | | |
|--|---|--|--|
| <p>-Fornecer informação aos doentes e acompanhantes sobre importância da higienização das mãos</p> | <p>- Solicitar cartazes junto do GCL_PPCIRA; - Identificar locais de colocação; - Afixar cartazes dirigidos aos doentes, acompanhantes e visitas; - Realizar ensino aos doentes e família.</p> | <p>-Dinam do projeto -Enfermeira chefe -Enfermeira do GCL-PPCIRA</p> | <p>Cartazes afixados nos na sala de espera, corredor, balcões de atendimento e SO.</p> |
|--|---|--|--|

Referências Bibliográficas

Arias, A. V., Garcell, H. G., Ochoa, Y. R., Arias, K. F., & Miranda, F. R. (2016). Assessment of hand hygiene techniques using the World Health Organization's six steps. *Journal of Infection and Public Health*, 9(3), 366–369. <https://doi.org/10.1016/j.jiph.2015.11.006>

Direção-Geral da Saúde. (2015). *Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020*. Obtido de <https://dre.pt/application/file/6645715>

Newparth, Manuel; Rasquilha, P. (2015). Hospital Santa Luzia de Elvas RELATÓRIO DA Auditoria Às Precauções Básicas Análise Evolutiva Da Adesão À Higiene Das Mãos Dados de 2015.

Portugal, M. da S. (2015). Despacho n.º 1400-A/2015. *Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 - Diário da República, 2.ª série*(28), 3882(2)-(10). Obtido de <https://dre.pt/application/file/66457154>

PPCIRA, D. N. do. (2016). Relatório Auditoria Às precauções básicas de Controlo de Infecção e Monitorização da Higiene das Mãos Análise evolutiva 2014-2015.

Saúde, D. G. de. (2010). Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. *Circular Normativa N° 13, 1*, 44.

Who. (2009). on Hand Hygiene in Health Care First Global Patient Safety Challenge Clean Care is Safer Care. *World Health*, 30(1), 270. <https://doi.org/10.1086/600379>

Wilson, J. (2003). *Controlo de Infecção na Prática Clínica*. 2ª Edição. Loures: Lusociência

Sites

<https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/politica-nacional-para-a-qualidade-na-saude/estrategia-nacional-para-a-qualidade-na-saude-2015-2020.aspx> último acesso em 18/3/2107

<https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/politica-nacional-para-a-qualidade-na-saude/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2015-2020.aspx> ultimo acesso em 18/3/2017

Tabela 1 – Cronograma de atividades

| Meses Atividades | Abril | | | | Maio | | | | Junho | | | | Julho | | | |
|--|-------|----|----|----|------|----|----|----|-------|----|----|----|-------|----|----|----|
| | 1s | 2s | 3s | 4s | 1s | 2s | 3s | 4s | 1s | 2s | 3s | 4s | 1s | 2s | 3s | 4s |
| Apresentar projeto à equipa de Eferrmagem e AOs | ■ | | | | | | | | | | | | | | | |
| Elaborar IT para higienização das mãos enfermeiros | ■ | ■ | ■ | ■ | | | | | | | | | | | | |
| Validação IT | | | | | ■ | ■ | ■ | ■ | | | | | | | | |
| Elaborar IT para higienização das mãos Aos | ■ | ■ | ■ | ■ | | | | | | | | | | | | |
| Validação IT | | | | | ■ | ■ | ■ | ■ | | | | | | | | |
| Afixar cartazes | | | | | ■ | ■ | | | | | | | | | | |
| Formação em serviço Enf. – G1 | | | | | | | | | ■ | | | | | | | |
| Formação em serviço Enf. –G2 | | | | | | | | | ■ | | | | | | | |
| Formação em serviço AO – G1 | | | | | | | | | | ■ | | | | | | |
| Formação em serviço AO – G2 | | | | | | | | | | ■ | | | | | | |
| Avaliação através da observação | | | | | | | | | | | | ■ | ■ | | | |
| Análise de dados | | | | | | | | | | | | | | ■ | ■ | |
| Divulgação resultados | | | | | | | | | | | | | | | | ■ |

Font in: própria

Apêndice XI – Grelha de Observação

Prevenção da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde: Blundle do Cateterismo Venoso Periférico

MESTRADO EM ENFERMAGEM
EM ASSOCIAÇÃO



GRELHA DE OBSERVAÇÃO SOBRE O PROCEDIMENTO REALIZADO PELOS ENFERMEIROS DURANTE O CATETERISMO VENOSO PERIFERICO

Serviço: _____

Observação _____

Data: __/__/__

| PROCEDIMENTO DA CATETERISMO VENOSO PERIFERICO | SIM | NAO | NÃO APLICÁVEL |
|--|-----|-----|---------------|
| 1 - ANTES DA COLOCAÇÃO DO CATETER | | | |
| Explica procedimento ao utente e solicita o seu consentimento verbal | | | |
| Prepara o material necessário para realização da cateterização venosa periférica | | | |
| 2 HIGIENA DAS MÃOS | | | |
| Realiza a lavagem com agua e sabão | | | |
| Desinfecção com base alcoólica | | | |
| Antes e após palpar o local de inserção | | | |
| Antes e após a inserção | | | |
| Antes e depois de aceder ou realizar penso | | | |
| Não realiza | | | |
| 3 – DESINFEÇÃO DA PELE | | | |
| Desinfeta a pele com um antisséptico alcoólico | | | |
| Deixar o antisséptico atuar no local, secar ao ar | | | |
| Utilizou compressas esterilizadas | | | |
| Desinfecção da pele no sentido proximal-distal | | | |
| 4 - DURANTE A COLOCAÇÃO DO CATETER | | | |
| Usa luvas limpas | | | |
| Fez palpação do local de inserção após desinfecção | | | |
| Faz nova desinfecção com técnica asséptica | | | |
| Seleciona o cateter conforme a necessidade | | | |

Prevenção da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde: Bundle do Cateterismo Venoso Periférico

| | | | |
|---|--|--|--|
| Avaliou o funcionamento do cateter | | | |
| Local de Inserção: | | | |
| 5 - FIXAÇÃO DO CATETER VENOSO PERIFÉRICO | | | |
| Aplicou penso estéril | | | |
| Aplicou adesivo hipoalérgico | | | |
| Aplicou penso esterilizado transparente | | | |
| Outro: | | | |
| 6 - SUBSTITUIÇÃO DO PENSO | | | |
| Realiza o penso nas próximas 72h | | | |
| Substitui quando estiver: húmido, solto ou sujo | | | |
| Realizou com técnica asséptica | | | |
| Não realiza | | | |
| 7 - SISTEMAS DE ADMINISTRAÇÃO DE FLUIDOS | | | |
| Sistema de administração e torneira de 3 vias | | | |
| Sistema de administração, torneira de 3 vias e prolongamento | | | |
| obturador | | | |
| Substituir os sistemas de administração intravenosa, torneiras de 3 vias, prolongamentos às 72h | | | |
| Identifica o dispositivo com data | | | |
| 8 – MANUTENÇÃO E MANUSEAMENTO | | | |
| Realiza higiene das mãos e usa luvas limpo | | | |
| Desinfetar os acessos das torneiras de 3 vias com álcool a 70% antes de aceder ao sistema. | | | |
| Mantem técnica asséptica no tratamento e manuseamento do cateter | | | |
| Inspecionar com regularidade o local de inserção do CVP, para despiste de sinais inflamatórios | | | |
| 9 - PREPARAÇÃO DA TERAPEUTICA INTRAVENOSA | | | |
| Verifica a prescrição /alterações na embalagem e data de validade | | | |
| Utiliza material estéril na preparação de terapêutica | | | |
| Utiliza aditivos parentéricos de dose única | | | |
| Desinfeta a borracha do frasco multidose | | | |
| 10 – REMOÇÃO DO CATETER | | | |
| Quando não há indicação para a sua utilização | | | |
| Quando apresenta sinais inflamatórios | | | |
| Quando há funcionamento inadequado | | | |
| Outro: | | | |

Prevenção da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde: Blundle do Cateterismo Venoso
Periférico

| 11 – REGISTOS DE ENFERMAGEM | | | |
|--|--|--|--|
| Realizou registo do procedimento | | | |
| Especificou o calibre do cateter | | | |
| Especificou o local anatómico de inserção do cateter | | | |
| A data de colocação do cateter | | | |

Apêndice XII - Procedimento de Inserção, Fixação e Manutenção do
Cateter Venoso Periférico

**MESTRADO EM ENFERMAGEM
EM ASSOCIAÇÃO**



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO PORTUGUÊS DE SAÚDE
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
SÃO JOÃO DE DEUS

Procedimento de Inserção, Fixação e Manutenção do Cateter Venoso Periférico

O cateter venoso periférico (CVP) é um dos equipamentos mais utilizado nas instituições de saúde, contribuindo para o tratamento do doente. É necessário cuidado específico de enfermagem na inserção do cateter e durante a sua permanência, exigindo um rigor técnico e científico baseado em recomendações nacionais e internacionais assentes em evidência científica.

Desde 2009, o Centro de Controle e Prevenção de Doenças(CDC) e o Comité Consultivo de Práticas de Controle de Infecção (HICPAC), emanam diretrizes na área da prevenção de controlo de infeção dirigidas para profissionais de saúde que procedem à cateterização de acessos venosos, a sua vigilância e o controlo da infeção hospitalar.

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 visa, através de ações transversais, como a cultura de segurança, a partilha do conhecimento e da informação e de ações dirigidas a problemas específicos, melhorar a prestação segura de cuidados de saúde em todos os níveis de cuidados, de forma integrada e num processo de melhoria contínua da qualidade do Serviço Nacional de Saúde. Sendo uma das estratégias a prevenção e o controlo e as resistências aos antimicrobianos

As boas práticas estão intrinsecamente relacionadas com o conceito de melhoria contínua da qualidade e com o impacto desta cultura na redução do desperdício. Todos os agentes com ação no campo da saúde devem assegurar a melhoria contínua da qualidade, como um meio de promover a qualidade e garantir que os progressos científicos e tecnológicos são integrados e implementados de um modo sistemático e generalizado. (DGS,2015)

Assim torna-se indispensável a instituições de saúde adotar estratégias de melhoria para a prevenção de controle de infecção hospitalar. Entre estas recomendações, encontram-se as que são relativas à cateterização venosa periférica e incluem a técnica de inserção do CVP (normas de assepsia), locais de inserção, tipos de pensos utilizados na fixação do CVP ao cliente, inspeção diária do local de inserção e a troca dos materiais utilizados rotineiramente (Martins, 2001)

Torna-se importante que as intervenções de enfermagem relativas à cateterização venosa periférica sejam sustentada em boas praticas com rigor técnico e científico, com a finalidade de reduzir a infecção, aumentar a satisfação do cliente proporcionando segurança ao doente e obtendo ganhos em saúde

Sendo um procedimento não isento de complicações, é recomendado a vigilância sistemática e diária do local da punção de modo a prevenir complicações. É importante que o enfermeiro documente os cuidados prestados, sinais e sintomas e complicações identificadas, para gerar evidência nos cuidados de enfermagem.

Objetivo geral: Uniformizar procedimentos de enfermagem na cateterização venosa periférica na prevenção da infecção associada a cuidados de saúde

1 – GRUPO DESTINADO

A toda a Equipe de Enfermagem que prestam cuidados diretos aos utentes no Serviço de Urgência

2 - DEFINIÇÕES

Assepsia – Processo que impede a entrada de microrganismos num local que não os contém, conduzindo à ausência de microrganismos (Martins, 2001).

Bundles, que aqui se traduzem para “feixes”, são um conjunto de intervenções (geralmente 3 a 5) que, quando agrupadas e implementadas de forma integrada, promovem melhor resultado, com maior impacto do que a mera adição do efeito de cada uma das intervenções individualmente. CVCA bundle é uma forma estruturada de melhoria da prestação de cuidados e dos resultados dos pacientes. Para a sua constituição são usados pequenos e simples passos da prática, normalmente entre 3 a 5, cada um deles deve ser realizado de continuamente pelos elementos, de forma a melhorar os resultados. Os dados das observações frequentes, deverão ser comunicados aos intervenientes nestes procedimentos, bem como as acções que permitam reduzir as acções negativas. Quando os passos são cumpridos na sua totalidade de forma contínua pelos profissionais, outra bundle pode ser criada com os passos restantes do procedimento, para que a técnica seja cumprida de forma correcta na sua totalidade (*Heath Protection Scotland, 2008*).

Cateter venoso periférico é um dispositivo invasivo de curta duração, colocado por punção venosa periférica, com a finalidade de administração de fluidos e outras terapêuticas por via endovenosa. (Martelo et al, 2010)

Flebite – É uma das complicações mais frequentes nos clientes e está associada ao desenvolvimento de um processo inflamatório da camada íntima das veias causando por infecção mecânica, química ou infecção bacteriana, cuja sintomatologia passa pela dor, edema, rubor e calor à palpação do local (Magerote et al, 2011)

Infeção – Doença provocada pela invasão e multiplicação de um agente infeccioso no organismo da pessoa, causando uma resposta imunológica. (Martins, 2001)

A infecção associada aos cuidados de saúde (IACS) é definida como “... infecção adquirida pelos utentes e profissionais, associada à prestação de cuidados, onde quer que estes sejam prestados, independentemente do nível dos cuidados (agudos, reabilitação, ambulatório, domiciliários)” (Direção-Geral da Saúde, 2008)

3 – PROCEDIMENTOS

AS recomendações foram desenvolvidas tendo por base as Recomendações dos CDC-HICPAC, Centers for Disease Control and Prevention de Atlanta-USA: “*Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections*”, de Agosto de 2002 e as Recomendações desenvolvidas a nível Europeu num projeto coordenado pelo PHLS de Colindale – recomendações Harmony.

Estas recomendações estão divididas em seis níveis de intervenção, procedidas em fundamentação baseadas na evidência:

1. Seleção do cateter
2. Seleção do local de inserção
3. Técnica asséptica e desinfeção cutânea durante a inserção do cateter
4. Manutenção do cateter e do local de inserção
5. Estratégias para a substituição do cateter
6. Profilaxia antibiótica

Cada recomendação é categorizada segundo os critérios do CDC e HICPA com base nos dados científicos existentes, raciocínio lógico, aplicabilidade e impacto económico. As categorias são estabelecidas do seguinte modo:

· *Categoria IA.* Fortemente recomendado para implementação e de grande evidência baseada em estudos experimentais bem conduzidos, clínicos, ou estudos epidemiológicos.

· *Categoria IB.* Fortemente recomendado para implementação, baseada na racionalidade e evidência sugestiva de alguns estudos experimentais, clínicos, ou estudos epidemiológicos

· *Categoria IC.* Recomendação sugerida por normas ou recomendações de outras federações e associações.

Categoria II. Recomendação sugerida para implementação baseada na clínica sugestiva ou estudos epidemiológicos, ou uma forte fundamentação teórica.

· *Questão não resolvida.* Práticas para as quais não existe evidência ou consenso suficiente quanto à sua eficácia.

3.1 – Aspetos Gerais

- ✓ Informar o cliente do procedimento e obter o seu consentimento
- ✓ Respeitar a privacidade do cliente
- ✓ Explicar o procedimento, através de uma breve descrição do procedimento de cateterização venosa periférica

3.2 – Seleção do cateter venoso periférico

✓ A seleção do CVP têm como objetivo a necessidade e duração da duração da terapia endovenosa, complicações infecciosas e não infecciosas (flebite, infiltrações) e a experiencia do profissional que manipula o dispositivo. Categoria IB

3.3 – Seleção do local de inserção

✓ A inserção do CVP deve ser no membro superior, na região mais distal possível. Categoria II (CDC, 2011)

- ✓ Cateterizar a zona mais distal do membro, evitando as zonas de flexão.
- ✓ Cateterizar se possível, o membro não dominante do cliente.

3.4 – Higiene das mãos

✓ Realizar a higiene das mãos usando a técnica correta lavando com água e sabão e a desinfeção com base alcoólica. Categoria IB (CDC, 2011);

✓ A higiene das mãos deve ser realizada antes e após palpar o local de inserção, antes e depois de inserir, substituir, aceder ou realizar o penso do CVP. Categoria IB (CDC,2009);

✓ Uso de luvas limpas sempre que antecipar que vai entrar em contacto com sangue ou outros fluidos orgânicos. Categoria IC (CDC,2009);

3.5 – Desinfeção da pele

✓ Desinfetar a pele com um antisséptico alcoólico, antes de inserir o CVP. Categoria IB (CDC, 2011)

✓ Limpar a pele com clorhexidina antes da inserção do CVP e durante a mudança de penso. Categoria IA (CDC,2011);

- ✓ A desinfecção da pele deve ser feita com movimentos concêntricos de dentro para fora, no local da veia escolhida (DGS,2006);
- ✓ Se for necessária tricotomia, esta deve ser realizada com “clipper cirúrgico”.

3.6 – Penso do local da inserção do CVP

- ✓ Utilizar pensos estéreis no local de inserção do CVP. Categoria IA (DGS,2006);
- ✓ Utilizar compressas esterilizadas, pensos estéreis, transparentes e semipermeáveis para colocar no local de inserção do CVP: Categoria IA (CDC,2009);
- ✓ Não colocar pomadas antibióticas tópicas ou cremes no local de inserção do CVP. Categoria IB (CDC,2009)
- ✓ Não submergir o cateter ou o local de inserção em água. Durante o banho o local deve estar protegido com uma cobertura impermeável. Categoria IB (CDC, 2009)
- ✓ Os pensos transparentes devem ser substituídos cada 3 a 7 dias, de acordo com as recomendações dos fabricantes. Categoria IB (DGS, 2006)
- ✓ Avaliar diariamente o local de inserção do CVP, através do penso para despiste de complicações

3.6. – Mudança do penso

- ✓ Substituir o penso se o utente for diaforético ou com hemorragia local colocando o penso com compressa. Categoria II (CDC,2009);
- ✓ Substituir o penso quando este ficar húmido, solto ou visivelmente sujo. Categoria IB (CDC,2009)

3.7 – Manutenção e manuseamento do CVP (DGS,2006)

- ✓ Substituir o penso se o utente for diaforético ou com hemorragia local colocando o penso com compressa. Categoria II (CDC,2009);
- ✓ Substituir o penso quando este ficar húmido, solto ou visivelmente sujo. Categoria IB (CDC,2009)

3.8 – Substituição do CVP

- ✓ Substituir o CVP às 72-96 horas para reduzir o risco de infecção e flebite. Categoria IB (CDC,2009);
- ✓ Remover os cateteres colocados em situação de emergência, onde existe uma maior probabilidade de quebra da técnica asséptica. Deve ser colocado novo CVP, num local diferente nas próximas 48horas. Categoria II (DGS, 2006)

3.9 – Substituição dos sistemas de administração de fluidos

- ✓ Substituir os sistemas de administração intravenosa, torneiras de 3 vias, prolongamentos às 72h. Categoria IA (DGS,2006);
- ✓ Substituir o sistema de administração de sangue, derivados de sangue em 24h apos o inicio da perfusão. Categoria IB (CDC,2009);
- ✓ Substituir os sistemas de administração de infusões de propofol a cada 6 a 12 horas. Categoria IA (CDC,2009)
- ✓ A data de colocação do sistema de perfusão deve estar registada num pequeno autocolante na câmara de gotejo.

3.10 – Preparação da terapêutica intravenosa (DGS,2006)

- ✓ Verificar se é a medicação prescrita, alterações na embalagem e data de validade. Categoria IB
- ✓ Utilizar sempre que possíveis aditivos parentéricos ou medicação de dose única. Categoria II;
- ✓ Refrigerar os fracos de terapêutica de multidose apos terem sido abertos, se recomendado pelo fabricante. Categoria II

3.11 – Remoção do CVP

- ✓ Assim que não haja indicação para a sua utilização. Categoria IA (DGS,2006);
- ✓ Quando existe sinais de infecção no local de inserção do cateter. Categoria II
- ✓ remoção do cateter se o paciente apresentar os sinais de flebite, infecção ou funcionamento inadequado.

✓ Remover o CVP inserido numa situação de emergência e inserir um novo cateter num local diferente dentro de 48h. **Categoria II** (CDC, 2011).

3.12 – Registos de Enfermagem

- ✓ Realizar o registo do procedimento
- ✓ Especificar o calibre do cateter e o local anatómico onde é inserido;
- ✓ Registar a data de colocação do cateter venoso periféricos

4 – Material e equipamento necessário para colocação CVP

- ✓ Resguardo;
- ✓ Luvas não esterilizadas;
- ✓ Garrote;
- ✓ Cateter periférico venoso;
- ✓ Sistemas de administração, torneira de 3 vias e prolongamentos;
- ✓ Compressas esterilizadas;
- ✓ Penso estéril;
- ✓ Antisséptico para desinfeção da pele;
- ✓ SABA;
- ✓ Contentor para cortantes/perfurantes;
- ✓ Suporte de soro;
- ✓ Seringa e bomba infusora se necessário

| Cateter Venoso Periférico | |
|---|---|
| Intervenções de Enfermagem | Fundamentação |
| 1 – Verificar prescrição | 1 – Evitar o erro |
| 2 – Providenciar os recursos materiais para junto do cliente | 2 – Gerir o tempo |
| 3 – Instruir o cliente sobre o procedimento | 3 – Obter consentimento e colaboração do cliente, diminuir a ansiedade |
| 4 – Proceder à higienização das mãos conforme os 5 momentos, relativo à inserção do CVP | 4 – Realizar a higienização das mãos: antes do contacto com o cliente, antes da inserção do CVP mantendo a técnica asséptica para a prevenção de contaminação |
| 5 – Posicionar o cliente e auxiliá-lo se necessário, de acordo com o local de inserção do CVP | 5 – Proporcionar conforto ao cliente e facilitar a execução da técnica para inserção do cateter |
| 6 – Proteger a roupa da cama com resguardo | 6- Evitar derrame de sangue |
| 7 – Selecionar o cateter a utilizar | 7 – O cateter deve ser adequado ao local de inserção e ao objetivo da perfusão |
| 8 – Selecionar o local da punção | 8 – Facilita a acessibilidade da veia |
| 9 – Aplicar garrote, cerca de 5 a 10 cm acima do local da punção | |
| 10 – Instruir o cliente para abrir e fechar várias vezes a mão | |
| 11- Proceder à higienização das mãos | 11 – Antes do procedimento asséptico |
| 12- Calçar luvas não esterilizadas | 12 – Previne exposição a fluidos orgânicos e contaminação |
| 13 – Palpar a veia | |
| 14 – Desinfetar a zona a puncionar com movimentos circulares, do centro para a periferia com compressas esterilizadas | 14 – Prevenir a infeção |

Prevenção da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde: Bundle do Cateterismo Venoso Periférico

| | |
|--|--|
| <p>embebidas em desinfetante ou aplicar desinfetante em spray e deixar secar</p> <p>15 – Remover a cápsula protetora do cateter</p> <p>16 – Coma mão dominante, estabilizar a pele circundante do local da punção venosa</p> <p>17 – Puncionar a veia com a mão dominante, com bisel virado para cima num ângulo aproximadamente de 10-30° com a pele, perfurando a pele fazendo-o progredir lentamente na veia, exteriorizando o mandril, sem retirar completamente</p> <p>18 -Observar se há refluxo de sangue</p> <p>19 – Retirar garrote</p> <p>20 – Verificar a permeabilidade da veia injetando soro fisiológico 0,9% na veia puncionada</p> <p>21 – Colocar, de acordo com o objetivo da punção, prolongamento, torneira de três vias ou obturador</p> <p>22 – Fixar o cateter com penso esterilizado, transparente e semipermeável, no local de inserção do CVP</p> <p>23 – Regular o debito da perfusão, se aplicável</p> <p>24 – Providenciar a recolha do material utilizado</p> <p>25 – Remover as luvas e providenciar a higiene das mãos</p> <p>26 – Apreciar o bem-estar do cliente</p> <p>27 – Colocar data no penso e perfusão se aplicável</p> | <p>16 – Facilitar a técnica de inserção do cateter</p> <p>17 – Facilitar a inserção do cateter, prevenindo a perfuração da veia</p> <p>19 – Restabelece o fluxo sanguíneo e reduz o desconforto do cliente</p> <p>20 – Prevenir complicações</p> <p>21 – Manter a permeabilidade do cateter</p> <p>22 – Evitar a remoção acidental do cateter. Previne contaminação do local de inserção do cateter. Facilita a observação do local de inserção do cateter para deteção de sinais de complicações.</p> <p>25 – Higienizar os mãos após exposição de fluidos orgânicos. Prevenir a infeção cruzadas</p> |
|--|--|

Prevenção da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde: Bundle do Cateterismo Venoso Periférico

| | |
|---|--|
| <p>28 – Elucidar as duvidas surgidas pelo cliente</p> <p>29 – Registrar no processo clinico do cliente: data, local, calibre do CVP: data de substituição do cateter e dos circuitos (prolongamento, torneira de três vias, sistema de soro ou obturador)</p> | <p>27 – Identifica a colocação do CVP, sistemas de soro, de modo a permitir a continuidade de cuidados</p> <p>28 – Diminuir a ansiedade do cliente</p> <p>29 – Possibilita a continuidade dos cuidados</p> |
|---|--|

GRELHA DE AUDITORIA “OBSERVAÇÃO DO PROCEDIMENTO DA CATETERISMO VENOSO PERIFERICO PELOS ENFERMEIROS

| | | |
|-----------------|----------|---------------------------|
| Elaboração: | Revisão | Retificação |
| Sandra Silveira | GCLCIPRA | Conselho de Administração |
| | | Data __/__/__ |

| Grelha de Auditoria: Procedimento do cateterismo venoso periferico | | | | | |
|--|-------|-------------------------|------------|-----|-------------|
| Serviço: | Data: | Responsavel do Serviço: | Auditores: | | |
| Critérios | | Sim | Não | N/A | Observações |
| Existe evidencia que foi provenciada os recursos materias necessarios para junto do utente | | | | | |

Prevenção da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde: Bundle do Cateterismo Venoso Periférico

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| Existe evidência que instruiu o utente do procedimento e que obtem o seu consentimento | | | | |
| Existe evidência que é realizada a higiene das mãos conforme o preconizado | | | | |
| Existe evidência que a desinfeção da pele é realizada com antisseptico alcoólico, deixa-se atuar no local e secar ao ar, utilizando compressas esterilizadas no sentido proximal-distal conforme o preconizado | | | | |
| Existe evidência que durante a colocação do cateter periférico se utilizou a técnica aséptica, foi seleccionado o cateter conforme a necessidade e verificado a sua permeabilidade | | | | |
| Existe evidência na fixação do cateter venoso periférico é realizado com penso estéril e colocado data | | | | |
| Existe evidência que o sistema de administração de fluidos se aplicou conforme o objetivo da punção (sistema de soro, torneira de 3 vias, prolongamento e obturador) e se colocou data | | | | |

Prevenção da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde: Bundle do Cateterismo Venoso Periférico

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| Existe evidência que a preparação de medicação intravenosa foi conforme a técnica asséptica e preconizada, e, verificou-se a prescrição. | | | | |
| Existe evidência que são desinfetadas as conexões com cloro-hexidina a 2% ou álcool a 70% antes manuseamento local: torneira de 3 vias, obturador, durante 10 a 15 segundos, antes de conectar qualquer dispositivo estéril | | | | |
| Existe evidência que é avaliada a necessidade de manter o cateter venoso periférico no utente | | | | |
| Existe evidência que o penso é realizado com técnica asséptica sempre: às 72h, visivelmente sujo, húmido ou descolado | | | | |
| Existe evidência que o cateter venoso periférico é removido sempre que não haja indicação para a sua utilização, presente sinais inflamatórios ou funcionamento inadequado | | | | |
| Existe evidência nos registos de enfermagem sobre o procedimento, data de | | | | |

Prevenção da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde: Bundle do Cateterismo Venoso Periférico

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| colocação, calibre do cateter e local anatómico de inserção | | | | |
| Subtotal | | | | |
| Índice Conformidade | | | | |

Avaliação de cada padrão: $X = \frac{\text{total de respostas aplicáveis} - \text{total de resposta sim}}{\text{total de respostas aplicáveis}} \times 100 = \text{de } \underline{\quad} \%$

Bibliografia

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION – Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections. [em linha]. 2011. [Consulta. em 25 outubro 2017]. Disponível em WWW:<<http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/guidelines/bsi-guidelines-2011.pdf>

DECRETO-LEI nº 104/98 de 21 de Abril, alterado e republicado pela Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro - Estatuto da Ordem dos Enfermeiros

Direção-Geral da Saúde. (2008). Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde: Manual de Operacionalização, 1–82

Heath Protection Scotland (2008). Using bundles to reliably improve care. [Em linha]. Disponível em <<http://www.documents.hps.scot.nhs.uk/posters/2008/using-bundlesreliably-improve-care.pdf>>. [consultado em 10/01/2018].

Instituto Nacional de Saúde, Dr. Ricardo Jorge (2006) Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infecção, Recomendações para prevenção da infecção associada aos dispositivos intravasculares

MAGEROTE, Nelissa; *et al.* (2011) – Associação entre flebite e retirada de cateteres intravenosos periféricos. Texto & Contexto – Enfermagem. [em linha]. Vol. 20, nº 3, p. 486-492. [Consult. em 18 janeiro 2018]. Disponível em WWW:<<http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/S0104>

Prevenção da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde: Bundle do Cateterismo Venoso Periférico

07072011000300009&pid=S0104-07072011000300009&pdf_path=tce/v20n3/09.pdf>
ISSN 0104-0707.

MARTINS, Maria Aparecida – **Manual de Infecção Hospitalar: Epidemiologia, Prevenção e Controle**. Rio de Janeiro: MEDSI, 2001. ISBN 85-7199-256-8.

MARTELETO, Cristiane; *et al.* – A supervisão no processo de trabalho do enfermeiro: um olhar sobre a punção venosa periférica. *Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental online*. [Em linha]. Vol. 2, nº 3 (2010), p. 1095-1104. [Consult. em 19 Janeiro 2018]. Disponível em WWW:<
<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/577/pdf>> ISSN 2175-5361.

O'Grady NP, Alexander M, Burns LA, H MP, Dellinger EP, Garland J, O. Heard S et al.(2011) Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections. Centers for Disease Control and Prevention. ; 1-89.

Veiga, B., Henriques, E., Barata, F., Santos, F., Santos, I., Martins, M., ... Silva, P. (2011). *Manual de Normas de Enfermagem*. ACSS Administração Central Do Sistema de Saúde, IP, 2a Ed, 285. <https://doi.org/10.1007/s10840-016-0104-y>

Sites:

<https://www.passeidireto.com/arquivo/6094316/manual-de-normas-de-enfermagem-procedimentos-tecnicos/48>

Apêndice XIII - Bundle



“Feixe de Intervenções” da Prevenção de Infecção Relacionada com o Cateter Venoso Periférico

NORMA

1 – Têm de ser implementadas de forma integrada, as seguintes intervenções no momento da colocação do cateter venoso periférico:

a) Avaliar a necessidade de colocar cateter venoso periférico, registar a sua necessidade e, seleccionar o cateter conforme a necessidade e duração da terapia endovenosa (Categoria IB).

b) Realizar higiene das mãos usando a técnica correta com água e sabão e desinfecção com base alcoólica (Categoria IB).

I. Antes e após palpar o local de inserção;

II. Antes e depois de inserir o cateter venoso periférico;

III. Antes e depois de aceder ou realizar o penso do cateter venoso periféricos;

IV. Uso de luvas limpas.

c) Realizar antisepsia da pele do doente com um antisséptico alcoólico, antes de inserir o cateter venoso periférico (Categoria IB)

I. Permitir que o antisséptico atue no local de inserção, até secar ao ar, antes de inserir o cateter;

II. A desinfecção da pele deve ser feita com movimentos concêntricos de dentro para fora, no local da veia escolhida;

III. A desinfecção da pele deve ser feita com movimentos concêntricos de dentro para fora, no local da veia escolhida

IV. Utilizar compressas esterilizadas.

V. Se a tricotomia for necessária a opção de escolha será o uso de “clipper cirúrgico”

- d) A inserção do cateter venoso periférico deve ser no membro superior, na região mais distal possível (Categoria II)
- e) O penso do local de inserção do cateter venoso periféricos devem ser estéreis (Categoria IA)

I. Utilizar pensos estéreis, transparentes e semipermeáveis;

II. Datar o penso.

f) Preparação da terapêutica intravenosa

I. Verificar prescrição terapêutica, alterações na embalagem e data de validade;

II. Utilizar material estéril antes de aceder aos fracos.

g) Realizar Registos de Enfermagem

I. Registar o procedimento, especificando o calibre do cateter e o local anatómico

2 - Têm de ser implementadas de forma íntegra, as seguintes intervenções na manutenção do cateter venoso periférico:

a) Avaliar diariamente a necessidade da manutenção do cateter venoso periféricos

b) Realizar higiene das mãos e manter a assepsia antes de manusear o cateter venoso periférico (Categoria IA)

c) Descontaminar as conexões com álcool a 70% antes de aceder ao sistema (Categoria IC)

d). Manter os acessos das torneiras de 3 vias tapados os que não estão a ser utilizado (Categoria IB)

I. Descontaminar os pontos de acesso e prolongadores (obturador, torneira de 3 vias, etc.) com álcool a 70%, deixar secar, antes de conectar qualquer dispositivo estéril (Categoria IC)

e) Substituir os sistemas de administração intravenosa, torneiras de 3 vias, prolongamentos às 72h (Categoria IA).

f) Mudar penso com a periodicidade adequada e utilizando a técnica asséptica (Categoria IA.)

I. Substituir penso às 72h;

II. Substituir se utente for diaforético ou haja hemorragia local;

III. Substituir se quando estiver: húmido, sujo ou descolado da pele.

g) Inspeccionar com regularidade o local de inserção do cateter venoso periférico, para despiste de sinais inflamatórios. (Categoria IB).

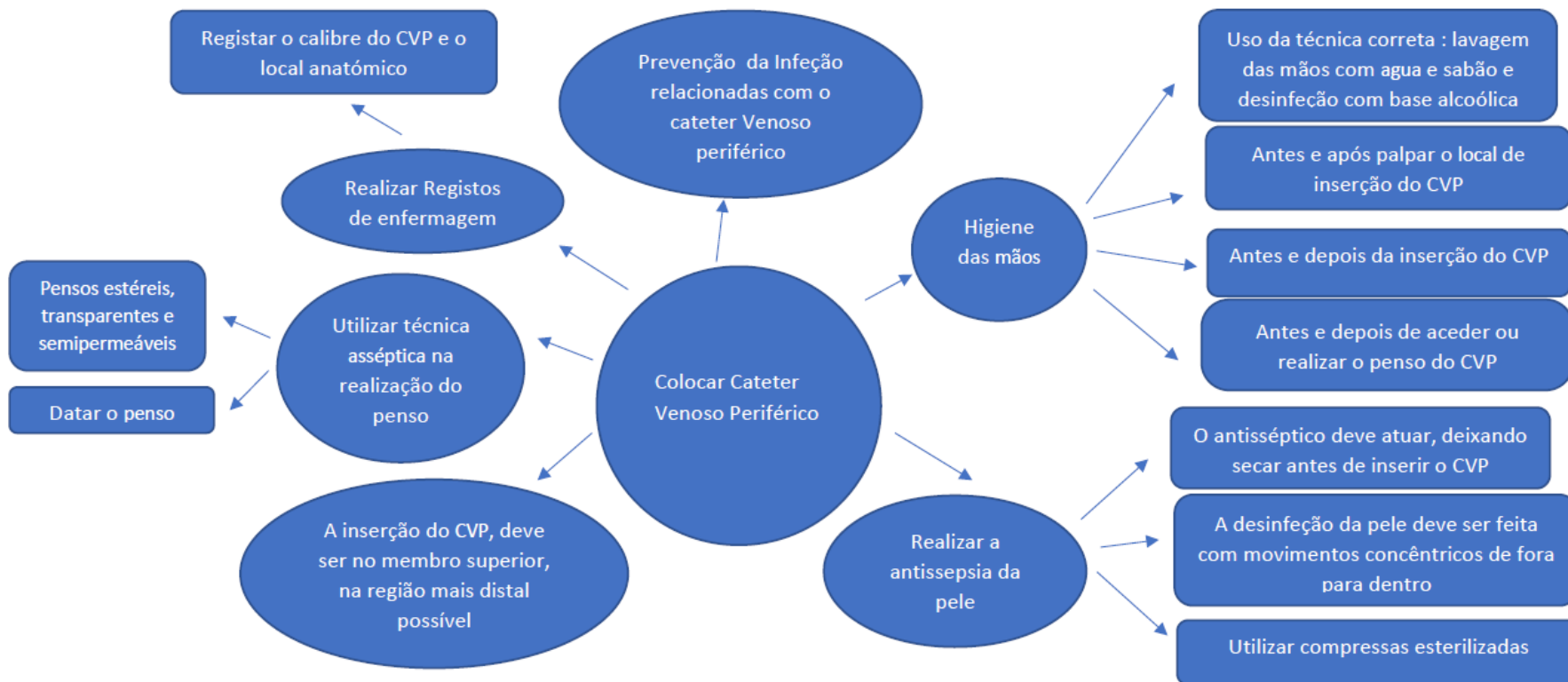
h) Substituir o cateter venoso periférico às 72-92 horas para reduzir o risco de infeção e flebite (Categoria IB).

I. Remover os cateteres colocados em situação de emergência, onde pode existir quebra de técnica asséptica. Deve ser colocado cateter venoso periférico nas próximas 48horas em local diferente.

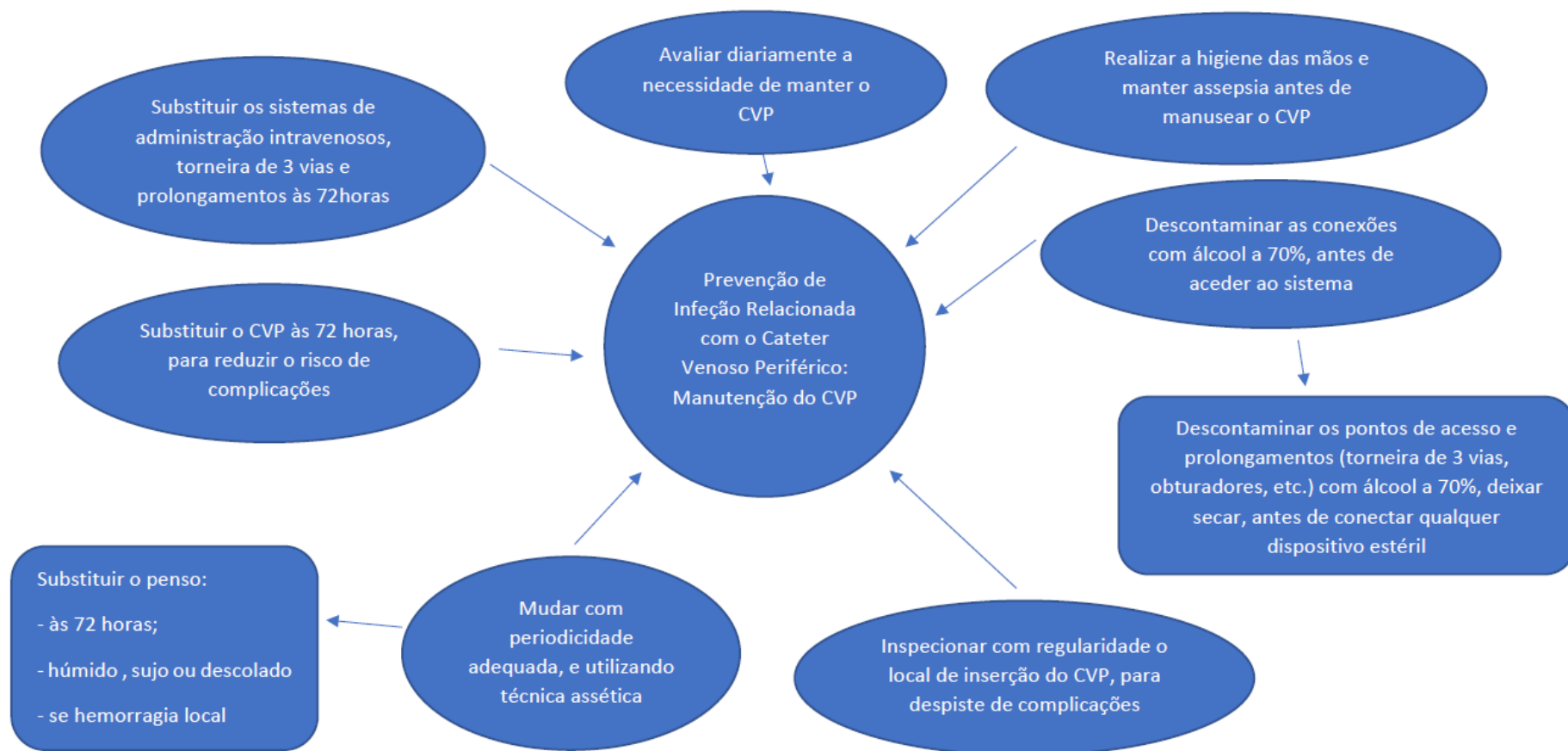
i) Substituir os sistemas de administração intravenoso, torneira de 3 vias e prolongamentos às 72h (Categoria IA).

ALGORITMOS

FEIXE DE INTERVENÇÃO DE PREVENÇÃO DE INFEÇÃO RELACIONADA COM A COLOCAÇÃO DO CATETER VENOSO PERIFÉRICO



“Feixe de Intervenção” de Prevenção Infecção Relacionada com Cateter Venoso Periférico: Manutenção do Cateter Venoso Periférico



Apêndice XIV – Plano da sessão de formação

CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA CATETERIZAÇÃO VENOSA PERIFÉRICA

Sessão de Formação: cuidados de enfermagem na inserção, fixação e manutenção do cateter venoso periférico.

Formador: Enf^a Sandra Silveira (estudante do Mestrado em Associação)

Destinatários: Enfermeiros do Serviço de Urgência.

Local: Sala

Data:

Início da formação: 14:00h

Término da formação: 15:00h

Sumário da sessão de formação:

Apresentação do tema

Justificação da escolha do tema

Objetivos da ação de formação

Exposição da grelha de observação sobre o procedimento

Elucidação dos dados obtidos

Abordagem dos conceitos sobre a cateterização venosa periférica

Apresentação do feixe de intervenção

Objetivos da formação

Objetivo geral

- ✓ Uniformizar procedimentos relativos à inserção, fixação e manutenção do cateterismo venoso periférico

Objetivos específicos

- ✓ Relembrar conceitos baseados em evidencia científica relativos à cateterização venosa periférica
- ✓ Apresentar o feixe de intervenção.....

Recursos materiais

- ✓ Sala para apresentação da sessão de formação
- ✓ Computador
- ✓ Retroprojektor
- ✓ Ficha de avaliação de formação em rigor na instituição onde decorre a formação.

Plano da Sessão de Formação

| Etapas | Conteúdos Abordados | Método e Meios utilizados | Tempo Previsto |
|-----------------|--|--|-----------------------|
| Introdução | <ul style="list-style-type: none">- Apresentação do tema- Justificação da escolha do tema- Objetivos da ação de formação | <ul style="list-style-type: none">- Método expositivo- Computador- Retroprojeter | 10 min |
| Desenvolvimento | <ul style="list-style-type: none">- Abordagem dos conceitos relacionados com a cateterização venosa periférica- Exposição dos dados obtidos através a grelha de observação- Descrição dos cuidados de enfermagem relacionados com CVP- Apresentação do Feixe de Intervenção | <ul style="list-style-type: none">- Método expositivo- Computador- Retroprojeter | 30 min |
| Conclusão | <ul style="list-style-type: none">- Apresentação de sugestões- Esclarecimento de duvidas- Referências bibliográficas | <ul style="list-style-type: none">- Método expositivo- Computador- Retroprojeter | 10 min |
| Avaliação | <ul style="list-style-type: none">- Preenchimento do questionário de avaliação da sessão de formação | <ul style="list-style-type: none">- Questionário | 5 min |

Anexo I – Parecer de pedido da Comissão de Ética da Universidade de
Évora



| | | | | | |
|-----------|---|---|---|---|---|
| Documento | 1 | 8 | 0 | 7 | 2 |
|-----------|---|---|---|---|---|

**Comissão de Ética para a Investigação Científica
nas Áreas de Saúde Humana e Bem-Estar
Universidade de Évora**

A Comissão de Ética para a Investigação Científica nas Áreas da Saúde Humana e do Bem-Estar vem deste modo informar que os seus membros, Prof. Doutor Paulo Infante e Prof.ª Doutora Margarida Amoedo, deliberaram dar

Parecer Positivo

para a realização do Projeto "*Prevenção da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde: Bundle do Cateterismo Venoso Periférico*" da investigadora **Sandra Maria Martins Silveira** (mestranda) e Prof. Doutor João Manuel Galhanas Mendes (responsável académico).

Universidade de Évora, 10 de Janeiro de 2018

O Presidente da Comissão de Ética

(Professor Doutor Jorge Quina Ribeiro de Araújo)

Anexo II – Parecer do Conselho de Administração da ULSNA, EPE

De: Maria Luiza Lopes- Comissão de Ética
Para: Sr. Enfermeiro Diretor- Dr. Artur Lopes
C/C:

T.C.
Notif. p
2018-01-22

MARIA LUÍZA LOPES
Adv. do Serviço
Jurídico e Contencioso

ASSUNTO: "Prevenção da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde: Bundle do Cateterismo Venoso Periférico".

PARECER
do Sr. ~~Artur Lopes~~ *Sandra Martins*
do CA.
11/1/18
Artur Lopes
Enfermeiro-Diretor

DESPACHO/DELIBERAÇÃO
Autoriza a efectuação do trabalho de investigação facto. A investigação deve ser marcada em reunião clínica na ULSNA onde esporeia o resultado do seu trabalho

A Sr.ª Enf.ª Sandra Maria Martins Silveira, a exercer funções no Serviço de Urgência do Hospital de Santa Luzia de Elvas, HSLE, solicitou autorização para realização de um projeto de intervenção no serviço, o qual pretende realizar no SU do HSLE, a esta Comissão de Ética, denominado: "Prevenção da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde: Bundle do Cateterismo Venoso Periférico."

Junta a documentação sobre o estudo, cumpre então proceder à sua análise e informar o seguinte.

1- Enquadramento do estudo

O presente projeto de intervenção insere-se no âmbito do 1º Mestrado em Associação, na área de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica, nos termos do Aviso n.º 5622/2016.

A linha de investigação escolhida pela requerente, assenta no facto do cateter venoso periférico ser um dos equipamentos mais utilizado nas instituições de saúde e requerer um cuidado específico de enfermagem na inserção do mesmo, durante a sua permanência, exigindo um rigor técnico e científico baseado em recomendações nacionais e internacionais.

2- Objetivos

2.1- Objetivo geral

- Uniformizar procedimentos de enfermagem na cateterização venosa periférica na prevenção da infecção associada a cuidados de saúde.

2.2- Objetivos específicos

- Elaborar instrução de trabalho. Bundle: cateterização venosa periférica.

*CS
2*



- Realizar formação sobre a cateterização venosa periférica de acordo com Bundle elaborada.
- Aumentar a qualidade dos cuidados motivando a equipa para boa prática.

3- População alvo

Serão abordados a equipa de enfermagem, a equipa do Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção ao Combate de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA).

4- Tipo de Projeto

O estudo será observacional, assente na observação direta da equipa de enfermagem na prestação de cuidados.

5- Instrumentos e Técnica de Recolha de Dados

A recolha de dados é efetuada através da observação direta da equipa de enfermagem na prestação de cuidados do serviço de urgência do HSIE, preenchendo-se simultaneamente uma grelha de observação de procedimentos realizados pelos enfermeiros durante a cateterização venosa periférica, sem a equipa ter conhecimento prévio do estudo.

6- Tratamento de dados

Os resultados são divulgados em formação em serviço, sendo apenas divulgados os procedimentos que foram observados, não existindo qualquer tratamento de dados de doentes.

7- Análise

A Comissão de Ética em reunião, procedeu à análise de toda a documentação e metodologia a aplicar no presente projeto de investigação e deliberou o seguinte:

O objetivo do projeto, apresenta relevância que se encontra suficientemente descrita na sumula do protocolo pelo que aqui nos estusamos a repetir.

Quanto às questões éticas e legais encontram-se salvaguardadas, pois são observados apenas procedimentos efetuados pela equipa de enfermagem na prestação de cuidados, sendo que a própria requerente é prestadora de cuidados no serviço de urgência, não existindo qualquer intromissão que coloque em crise a ética na proteção de dados e confidencialidade da informação.

Por outro lado, não são tratados dados de doentes, mas apenas os procedimentos a ter em conta para inserção do cateter venoso periférico, pelo que não é necessária a autorização da Comissão Nacional de Proteção de Dados.

Nesta sequência, a Comissão de Ética, delibera emitir parecer favorável e, conseqüentemente, propõe que seja autorizado a realização do projeto, subordinado ao tema: "Prevenção da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde: Bundle do Cateterismo Venoso Periférico."

A decisão que recair sobre a presente informação, deverá ser notificada:

- À requerente, Sr.ª Enf.ª Sandra Silveira;



- Ao Sr. Diretor do Serviço de Urgência, Dr. Juan Alba Gil;
- À Sr.ª Enf.ª Chefe do Serviço de Urgência, Catarina Aranha;
- À Comissão de Ética.

É tudo quanto cumpre informar

A Comissão de Ética para a Saúde da ILSNA, E.P.E.

Handwritten signature and official stamp of the Comissão de Ética para a Saúde da ILSNA, E.P.E.

Anexo: Protocolo do projeto com documentação anexa.

Anexo III – III Jornadas da Urgência do Hospital Dr. ° José Maria Grande

CERTIFICADO

Para os devidos efeitos se certifica que **Sandra Maria Martins Silveira** participou nas III Jornadas da Urgência, que decorreram nos dias 23 e 24 de Novembro de 2017, com a duração de 12 horas, organizadas pelo Serviço de Urgência do Hospital Doutor José Maria Grande.

Portalegre, 24 de Novembro de 2017

Pel'A Organização



Aminda Pedro

O Presidente do CTC da ESSP/IPP



Raul Cordeiro

Anexo IV – Certificado do póster – “Sistema de triagem de Manchester
– eficácia na prática de enfermagem na abordagem ao
doente crítico”

CERTIFICADO

Para os devidos efeitos se certifica que **Sandra Silveira** apresentou o *poster* com o título "*Sistema de triagem de Manchester – eficácia na prática de enfermagem na abordagem ao doente crítico*" integrado nas III Jornadas da Urgência, que decorreram nos dias 23 e 24 de Novembro de 2017, organizadas pelo Serviço de Urgência do Hospital Doutor José Maria Grande, tendo sido classificado com o 1º lugar, após avaliação da Comissão Científica.

Portalegre, 24 de Novembro de 2017

Pe' A Organização



Aminda Pedro

O Presidente do CTC da ESSP/IPP



Raul Cordeiro

Anexo V - Avaliação da sessão

AVALIAÇÃO DA SESSÃO

| |
|--|
| |
|--|

Agradecemos o preenchimento do presente questionário, de modo a apoiar-nos na análise e preparação de próximos eventos formativos, promovidos pelo GPGQ:

Comentários e/ou sugestões são também, para nós, muito importantes.

| | Nada Adequada | Pouco Adequada | Adequada | Muito Adequada |
|--|---------------|----------------|----------|----------------|
| 1. Como avalia o tema apresentado na Sessão? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Como avalia a apresentação realizada? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Qual a importância desta Sessão para o conhecimento do SGQ Do seu serviço? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Qual a importância do uso desta metodologia da Qualidade para Bom desempenho da actividade do serviço? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Como avalia a organização desta Sessão de relativamente a: | | | | |
| <i>I – Divulgação</i> | 1 | 2 | 3 | 4 |
| <i>II – Sala da Sessão</i> | 1 | 2 | 3 | 4 |
| <i>III – Som / Imagem</i> | 1 | 2 | 3 | 4 |
| <i>IV – Duração</i> | 1 | 2 | 3 | 4 |

6. Como classifica a Sessão de acordo com as suas expectativas: _____

7. Sugestões e/ou Comentários que considere relevantes: _____

Nome (Facultativo): _____

(Coloque este questionário na cadeira antes de sair)
 Agradecemos a sua valiosa colaboração.