



UNIVERSIDADE | INSTITUTO DE  
CATÓLICA | CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PORTUGUESA

# CUIDAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

## PREVENÇÃO DE INFECÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa

para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização

em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Por Alexandre Miguel Alves Tomás

LISBOA, Maio 2011



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

# CUIDAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

## PREVENÇÃO DE INFECÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa  
para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização  
em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Por Alexandre Miguel Alves Tomás

Sob orientação da Prof<sup>a</sup> Patrícia Pontífice de Sousa

LISBOA, Maio 2011

“Claro em pensar, e claro no sentir,  
E claro no querer;  
Indiferente ao que há em conseguir  
Que seja só obter;  
Dúplice dono, sem me dividir,  
De dever e de ser!”

Fernando Pessoa *in* Mensagem

“Claro em pensar, e claro no sentir,  
E claro no querer;  
Indiferente ao que há em conseguir  
Que seja só obter;  
Dúplice dono, sem me dividir,  
De dever e de ser!”

Fernando Pessoa *in* Mensagem

## **SIGLAS**

CCI – Comissão de Controlo de Infecção

CDC - Center for Disease Control

CVC – Cateter Venoso Central

EOT – Entubação Orotraqueal

HELICS - Hospital in Europe Link for Infection Control Trought Surveillance

HSFX – Hospital de São Francisco Xavier

HSJ – Hospital de São José

IACS - Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

INCS – Infecção Nosocomial da Corrente Sanguínea

MCDT – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

OMS – Organização Mundial de Saúde

RENDA – Registo Nacional de Não Dadores

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SABA – Solução Anti-séptica de Base Alcoólica

SU – Serviço de Urgência

TAC – Tomografia Axial Computorizada

UCI- Unidade de Cuidados Intensivos

VE – Vigilância Epidemiológica

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

## SUMÁRIO

0 - INTRODUÇÃO.....	7
1 - OS ENCONTROS NO CAMINHO PERCORRIDO .....	10
1.1 – MÓDULO III - COMISSÃO DE CONTROLO DE INFECÇÃO .....	11
1.2 – MÓDULO II - UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS, NEUROCIRURGIA .....	18
1.3 – MÓDULO I - SERVIÇO DE URGÊNCIA.....	27
2 - CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	34
3 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	36
ANEXOS .....	39
ANEXO I – Projeto de colocação de CVC, Módulo III.....	40
ANEXO II – Questionário, Módulo II.....	43
ANEXO III – Plano de sessão e apresentação sobre prevenção de IACS, Módulo II.....	45
ANEXO IV – Projeto de IACS, Módulo II.....	57
ANEXO V – Projeto avaliação da dor no doente neurocrítico, Módulo I.....	60
ANEXO VI - Plano de sessão e apresentação sobre dor em doente neurocrítico, Módulo I.....	63
ANEXO VII – Projeto de prevenção de Infecção na colocação de CVC, Módulo I.....	70
ANEXO VIII - Plano de sessão e apresentação sobre prevenção de IACS em CVC, Módulo I.....	73

## 0 - INTRODUÇÃO

No âmbito do plano de estudos do curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional, Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, está previsto a realização de um estágio constituído por três módulos, dedicados a áreas de intervenção específica e diferenciada do Enfermeiro Especialista.

De acordo com o ponto 2, do Artigo 9º do Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-lei n.º 104/98, de 21 de Abril, “*consideram-se autónomas as ações realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respectivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem*”.

Contudo, o desenvolvimento profissional dos enfermeiros que permite o reconhecimento e a atribuição do título de enfermeiro especialista, circunscreve-se ao âmbito da prestação de cuidados, ou seja, em contexto de prática clínica.

Considerando a aprovação em Assembleia Geral da Ordem dos Enfermeiros, do regulamento de competências específicas de enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica, utilizaremos também esse referencial no que concerne à enunciação de competências a desenvolver durante o estágio. (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010)

Neste contexto pretendemos neste estágio:

- Prestar cuidados de enfermagem à pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica, como enfermeiro especialista, desenvolvendo competências científicas, técnicas e relacionais;
- Promover intervenções de prevenção e controlo de Infecção Associada aos Cuidados de Saúde, prevenindo complicações;
- Colaborar na concepção e elaboração de projetos de prevenção de IACS.

Em nosso entender, a prática clínica diferenciada, que caracteriza os enfermeiros especialistas, deve estar intrinsecamente alicerçada na fundamentação das intervenções, na promoção de reflexão crítica, na garantia da prestação de cuidados seguros e na contribuição para a melhoria contínua da qualidade.

Neste sentido, optámos por iniciar o estágio com a realização do módulo opcional numa Comissão de Controlo de Infecção. O contexto de prática clínica em Unidades de Cuidados Intensivos e em Serviço de Urgência caracteriza-se por um elevado nível de intervenções em saúde, para as quais frequentemente se recorre a técnicas invasivas. Conhecemos que os processos de Infecção Associada a Cuidados de Saúde estão diretamente relacionados com as intervenções dos profissionais junto dos clientes, (WILSON, 2001) (PITTET, 2006), (DGS, 2008), (SCOTT II, D., 2009), (CASEY & ELLIOTT, 2010). Assim, considerámos que seria uma mais-valia, podermos contactar inicialmente com a área de controlo e prevenção de infecção, para que pudéssemos mobilizar conhecimentos e competências para as unidades onde realizaríamos os módulos de estágio seguintes.

Em face das considerações da Professora orientadora e das possibilidades de locais optámos por realizar o estágio nas seguintes unidades:

- Módulo III (opcional), Comissão de Controlo de Infecção do Hospital de S. Francisco Xavier, no período de 19 de Abril a 19 de Junho de 2010;
- Módulo II, Unidade de Cuidados Intensivos Neurocirurgia do Hospital de S. José, no período de 27 de Setembro a 19 de Novembro de 2010;
- Módulo I, Serviço de Urgência do Hospital de S. Francisco Xavier no período de 22 de Novembro de 2010 a 28 de Janeiro de 2011, que no nosso caso se prolongou até ao dia 16 de Fevereiro.

Em face do exposto, assumimos dois eixos centrais e estruturantes de desenvolvimento durante este estágio: «aplica conhecimento e desenvolve a capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com pessoas a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica», e «maximiza a intervenção na prevenção e controlo da Infecção perante a Pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas».

Consideramos que o percurso que pretendemos elucidar com este relatório, terá sido seguramente de maior amplitude e profundidade que a capacidade de registo, análise e síntese o permitem. Suportamo-nos em BENNER (2001), AMENDOEIRA (2006) e VIEIRA (2007), para enunciarmos que o desenvolvimento de competências é um processo multidimensional e complexo, de consolidação progressiva de competências e também de reconhecimento externo por pares.

Apresentamos este relatório explicitando as atividades desenvolvidas em cada um dos módulos de estágio relacionadas com objetivos e competências, sendo os módulos apresentados de forma cronológica.

Para a elaboração deste relatório utilizámos os referenciais explícitos no guia de elaboração e apresentação de trabalhos escritos da Universidade Católica Portuguesa

## 1 - OS ENCONTROS NO CAMINHO PERCORRIDO

“A Prática dos Cuidados de Enfermagem insere-se assim num encontro entre uma pessoa que é cuidada e pessoas que cuidam”

WALTER HESBEEN (2000,p:102)

“A análise dos problemas num ambiente multidisciplinar enriquece a qualidade das soluções e, portanto, melhora a qualidade dos cuidados de saúde.”

ABEL PAIVA E SILVA (2007, p:18)

No corpo de desenvolvimento do relatório de estágio, optámos por apresentar de forma estruturada as principais atividades desenvolvidas e respectivas análises críticas, em cada um dos módulos do estágio, fundamentando a pertinência e sentido de cada atividade.

Conscientes que, em bom rigor, a descrição exaustiva de todas as atividades desenvolvidas no estágio seria uma tarefa difícil de concretizar e demasiado exaustiva para o leitor, optámos por apresentar as atividades que em nosso entender melhor traduzem a relação com os objectivos específicos do estágio expressos no guia de estágio com os objectivos que propusemos no projeto de estágio, bem como com as competências de Enfermeiros Especialista que pretendemos alcançar e consolidar.

Sobre cada módulo, será efectuada uma breve descrição do serviço onde realizámos o estágio, por forma a contextualizar o percurso desenvolvido.

## 1.1 – MÓDULO III - COMISSÃO DE CONTROLO DE INFECÇÃO

Iniciámos o estágio com a realização do Módulo III (Opcional), dedicado à “Infecção Hospitalar”, tendo para tal integrado a Comissão de Controlo de Infecção do Hospital de S. Francisco Xavier, durante o período de Abril a Junho de 2010.

De acordo com a DGS (2008, p:5), a *“Comissão de Controlo de Infecção é uma equipa multidisciplinar de profissionais das unidades de saúde, apoiada pelos Órgãos de Gestão e que tem por missão, planear, implementar e monitorizar um plano operacional de prevenção e controlo da infecção, de acordo com as diretivas Ministeriais, nacionais e regionais e as características e especificidades das unidades de saúde.”*

Esta Comissão assume especial relevo de autoridade institucional pela relação directa com os órgãos de gestão das organizações, bem como pelo imperativo de implementação de orientações ministeriais, a que todas as unidades prestadoras de cuidados se obrigam. No cumprimento das várias responsabilidades da CCI, a autoridade formal tem de ser acompanhada de forma firme e permanente por capacidade de proximidade aos serviços, por comunicação com equipas, pela partilha de informação e pela promoção do envolvimento em projectos comuns.

Neste sentido, reconhecesse que a existência da ‘rede de interlocutores’ nos serviços é de extrema importância para a concretização do objectivo fundamental da CCI: *«implementar nas unidades de saúde uma cultura de segurança»*.

O Hospital de S. Francisco Xavier é uma das três Unidades Hospitalares que integra o Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, sendo as outras duas o Hospital Egas Moniz e o Hospital de St<sup>a</sup> Cruz. Apesar do processo de integração de serviços que caracteriza a criação dos centros hospitalares, no momento em que realizamos o estágio existia uma Comissão de Controlo de Infecção em cada uma das unidades hospitalares.

Integramos a CCI do HSF, tendo como orientadora a Enf<sup>a</sup> Responsável da CCI, Enfermeira Especialista, com a categoria de Enfermeira Chefe.

Na fase inicial deste módulo pretendemos:

*- Identificar com a Enfermeira Orientadora de Estágio, as áreas de intervenção prioritárias.*

*- Colaborar nas atividades propostas/planeadas pela Comissão de Controlo de Infecção, nomeadamente na divulgação de boas práticas para a prevenção e controlo de IACS, nas auditorias internas e no programa anual de formação;*

O processo de integração na CCI foi efectuado de forma progressiva através do acompanhamento das atividades desenvolvidas pela enfermeira orientadora. Este processo foi simultaneamente de integração à própria unidade hospitalar, bem como de conhecimento e contato com os elementos de referência dos serviços (elos de ligação) da CCI.

Este acompanhamento permitiu constatar a existência de um planeamento sistemático de atividades, em função da identificação prévia de áreas prioritárias para os serviços da unidade hospitalar. A heterogeneidade de atividades, bem como a amplitude de potenciais intervenções da CCI nomeadamente da enfermeira da comissão, exigem a estruturação de um planeamento que permita maximizar os recursos existentes.

Para além das características internas dos serviços do Hospital, para este planeamento concorrem também os elementos externos como sejam, orientações da Direção Geral da Saúde, do HELICS (Hospital in Europe Link for Infection Control Thought Surveillance) ou do CDC (Center for Disease Control), no sentido de garantir a melhor atualização de processos e procedimentos.

Os objectivos estratégicos da CCI e as atividades desenvolvidas, podem ser agrupadas em três grandes categorias: formação; elaboração de normas/protocolos/orientações para atuação em termos de prevenção e controlo de infecção; e vigilância epidemiológica.

Em relação à **FORMAÇÃO**, foram efectuados dois cursos durante o mês de Maio, um destinado a Assistentes Operacionais e outro destinado a Enfermeiros e Médicos, ambos sobre ‘medidas de controlo de infecção’. Consideramos que a formação constitui-se como instrumento de elevada mais-valia para a partilha de informação e posterior adopção de comportamentos adequados a uma prática segura.

Estes cursos estavam devidamente estruturados antes do início do nosso estágio, sendo os formadores os elos de ligação da CCI aos serviços. Desta forma a nossa participação consistiu na presença durante as sessões, intervindo sobretudo nas análises e discussões promovidas.

Podemos verificar, que os participantes nestas sessões apresentavam uma relativa heterogeneidade de conhecimentos sobre infecção associada a cuidados de saúde, nomeadamente em relação à cadeia epidemiológica, principais medidas de prevenção de infecção, bem como sobre a higienização das mãos. A esta última dimensão dedicámos uma especial atenção ao longo deste módulo, com evidentes repercussões nos módulos seguintes.

Em 2004 a OMS desenvolveu o projeto World Alliance for Patient Safety, com o objectivo de reduzir os efeitos adversos associados aos cuidados de saúde. Este programa integra cinco áreas de intervenção específica, no que respeita à segurança dos cuidados, nomeadamente, a segurança das transfusões, a segurança nos injetáveis, a segurança nos procedimentos clínicos, a gestão do risco e a higienização das mãos.

Em 2008, Portugal adere a este projeto, através da celebração de um protocolo ministerial. Na sequência desta adesão, diversas unidades prestadoras de cuidados de saúde sistematizaram o desenvolvimento de atividades conducentes à operacionalização deste projeto. No que diz respeito ao processo promotor de higienização das mãos por parte dos profissionais de saúde, foram propostas cinco componentes estratégicas: disponibilização de solução antisséptica de base alcoólica nos locais de prestação de cuidados; formação e treino dos profissionais de saúde; observação da higiene das mãos e informação de retorno aos profissionais; disponibilização de posters e cartazes no local de trabalho, e o estabelecimento de um clima de segurança promovendo a participação individual e suporte institucional. (DGS, 2008)

A evidência de que as mãos dos profissionais de saúde são um elemento de extrema importância para as políticas de prevenção de infecção, é expressa por vários autores (PITTET, 2001), (WILSON, 2001), (PITTET, 2006) (DGS, 2008), (CASEY & ELLIOTT, 2010).

Contudo, evidenciamos que em contexto de prática clínica, o comportamento dos profissionais face à higienização das mãos nem sempre corresponde à evidência científica produzida, corroborando com PITTET (2006).

Em face do exposto, torna-se necessário promover atividades promotoras de melhoria do comportamento dos profissionais de saúde, face à higienização das mãos.

A partir das intervenções nas sessões de formação que mencionámos anteriormente, foi possível, «*comunicar aspectos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros (...)*» como a outros profissionais de saúde, e concomitantemente contribuir para a «*promoção do desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros*». Da organização dessas sessões de formação destacamos a importância de as mesmas serem apresentadas principalmente por elementos elos de ligação dos serviços à CCI. Para além de se dar a conhecer esses elementos, esta estratégia permite um maior envolvimento por parte dos formandos, uma melhor mobilização de casos concretos dos contextos de prática clínica, bem como promove vinculação para momentos e atividades posteriores à formação.

Estes aspectos foram também razão suficiente para que não tivéssemos participado como formadores nas sessões já organizadas, considerando que o envolvimento, participação, partilha de conhecimentos, e envolvimento com os formandos, que assumimos, permitiram «*produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspectivas sobre os problemas de saúde*».

Em relação à **ELABORAÇÃO DE NORMAS**/protocolos/orientações para atuação em termos de prevenção e controlo de infeção, pudemos constatar que esta Comissão elaborou e atualizou o manual de controlo de infeção, estando disponível em todos os serviços clínicos do Hospital. Durante o período de estágio, acompanhamos a recepção de alguns pedidos de esclarecimento por parte dos profissionais de saúde, cuja resposta teve origem nos documentos constantes no referido manual ou, para casos mais específicos, o recurso a orientações da Direção Geral de Saúde.

De entre as Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde, as Infeções Nosocomiais da Corrente Sanguínea, assumem especial destaque pela elevada incidência em doentes com Cateter Venoso Central, e pela significativa implicação que tem na taxa de mortalidade

atribuída à infecção sanguínea relacionada com o CVC. Apesar da diversidade de resultados dos vários estudos, esta taxa situa-se num intervalo de cerca de 4% a 20%; (DGS, 2006), (JONATHAN, 2009).

Estas infecções, implicam para a unidade prestadora de cuidados, um acréscimo significativo de recursos dedicados à pessoa com infecção, determinado um elevado custo financeiro (SCOTT II, 2009).

Considerando a relevância desta temática, a pertinência para a CCI e para uma Unidade de Cuidados Intensivos, estabelecemos como objectivo:

***Elaborar 'Bundles' sobre a colocação de CVC, contribuindo para a garantia da segurança dos cuidados de saúde.***

Neste sentido, considerámos pertinente, elaborar um projeto com o objectivo de contribuir para a caracterização das medidas de prevenção de infecção utilizadas durante a técnica de colocação de Cateter Venoso Central, numa Unidade de Cuidados Intensivos. (ANEXO I)

Reconhecemos que as atividades desenvolvidas pelos enfermeiros, no complexo procedimento clínico de colocação de um cateter venoso central, são sobretudo intervenções interdependentes, uma vez que o processo de decisão desta intervenção não está na esfera de decisão do enfermeiro. Todavia, reforçamos que o enfermeiro é um elemento estruturante e qualificante da equipa multidisciplinar, devendo assumir um papel participativo e construtivo no processo de tomada de decisão. Neste processo, reconhecemos que os princípios de prevenção de infecção, nem sempre estão plenamente assumidos por todos os membros da equipa, cabendo também ao enfermeiro especialista a responsabilidade de promover e garantir cuidados seguros. Foram também estes os pressupostos que fundamentaram a nossa decisão de propor a elaboração deste projeto, bem como o enquadramento na responsabilidade da CCI, uma vez que segundo a DGS (2008, p:9) as CCI devem “*Implementar um programa de auditorias internas regulares às práticas e estruturas mais significativas para a prevenção e controlo das infecções de forma a melhorar a prática clínica*”

As observações de colocação de cateter venoso central que efetuámos, no sentido de validar o guia de observação, foram o pretexto para analisar com os colegas alguns elementos relacionados com prevenção de infeção nosocomial da corrente sanguínea, nomeadamente a importância da higienização das mãos, a necessidade de utilização de

barreiras de proteção e os princípios de desinfecção. Foi também uma extraordinária ocasião para abordar como os colegas os princípios de utilização e manutenção dos dispositivos médicos associados ao cateter, elementos estes que se enquadram na autonomia de intervenção dos enfermeiros. Com este comportamento foi possível «*gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da formação inicial, da experiência profissional e de vida, e da formação pós-graduada*», assim como «*demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área de especialização*».

A CCI desenvolve também um conjunto significativo de atividades no que concerne à vigilância epidemiológica.

Para esta área de intervenção estabelecemos o seguinte objectivo:

***Participar como enfermeiro especialista na Vigilância Epidemiológica, com vista à promoção da prestação de cuidados seguros.***

“A vigilância epidemiológica (VE) é uma componente fundamental da prevenção e controlo de infecção.” DGS (2008, p:10)

O processo exaustivo de VE total das infecções foi progressivamente substituído pela VE seletiva, com o objectivo de avaliar de forma contínua e sistemática ou periódica (anual), as taxas de infecção estratificadas por níveis de risco, para reduzir a incidência da infecção nas unidades de saúde. A VE pode ser promotora do ajustamento dos comportamentos dos profissionais de saúde às recomendações de boa-prática. A VE permite também detectar precocemente surtos de infecção. (DGS, 2008)

“Neste contexto, o papel do Laboratório de Microbiologia é fundamental para a prevenção e controlo das IACS. A articulação efetiva e eficaz entre o Laboratório de Microbiologia, a CCI e os serviços permite gerar informação relevante para adequar as práticas, melhorando a qualidade dos cuidados e a segurança do doente”. (DGS, 2008, p. 11)

A CCI do HSFX recebe diariamente do laboratório de microbiologia um conjunto de suspeitas de infeção, com a identificação do doente, serviço onde está internado, data de colheita, amostra analisada, microrganismo isolado bem como o respectivo antibiograma. Cada uma das suspeitas é criteriosamente analisada seguindo-se o contacto com a equipa

de profissionais do serviço onde cada uma dos doentes se encontra. Nestas visitas, procura-se recolher informação clínica com a qual se confirma ou se exclui a suspeita de infeção.

Durante o estágio, acompanhámos a enfermeira orientadora na realização sistemática e quotidiana deste conjunto de atividades, assumindo progressivamente maior autonomia.

A análise que efetuámos das suspeitas de infeção permitiu *«manter, de forma contínua e autónoma, o processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional»*, tendo sido necessário procedeu a inúmeras pesquisas bibliográficas. Permitiu também *«abordar questões complexas de modo sistemático e criativo»*.

Como referido anteriormente a VE exige a recolha de informação clínica dos doentes com suspeita de infeção, pelo que pudemos interagir de forma integrada com os enfermeiros dos contextos de prática clínica. Estas atividades foram promotoras do processo de comunicação, através do qual foi possível *«demonstrar conhecimentos específicos na área de higiene hospitalar»*. Este contacto com os enfermeiros mostrou ser uma mais-valia para *«demonstrar consciência crítica para os problemas de prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família»*. Procurámos estabelecer uma relação de proximidade e de disponibilidade, contribuindo sempre que possível para *«fazer cumprir os procedimentos estabelecidos na prevenção e controlo de infeção»*.

Destacamos como elemento promotor do desenvolvimento de competências, a nossa participação nas atividades de sensibilização dos profissionais de saúde para a importância da correta higienização das mãos, integradas nas comemorações da campanha de higiene das mãos, que decorreram no dia 5 de Maio de 2010. Foi instalada uma ‘banca’ com material alusivo à higienização das mãos, num local de elevado fluxo de profissionais. Nesse espaço era possível os profissionais procederem à higienização das mãos com solução antisséptica de base alcoólica, cuja posterior exposição a luz fluorescente, permitia identificar as áreas das mãos que não tinham sido convenientemente higienizadas. Verificamos que esta atividade teve elevada adesão por parte dos profissionais, tendo sido um momento relevante para a nossa intervenção no sentido de promover práticas seguras.

Em termos de reflexão podemos referir que a realização do Módulo de Estágio no âmbito da prevenção de infeção, integrado nas atividades da Comissão de Controlo de Infeção do Hospital de S. Francisco Xavier, permitiu desenvolver a competência específica de

enfermeiro especialista: *«maximiza a intervenção na prevenção e controlo de infeção perante a pessoa em situação criativa e/ou falência orgânica, face á complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas»*

Considerando que as infeções nosocomiais são um indicador de qualidade dos cuidados de saúde prestados em contexto hospitalar, deve ser promovida a sua sistemática monitorização. Neste sentido, as atividades de vigilância epidemiológica assumem um papel importante na prevenção e controlo de infeção.

Podemos constatar que nesta Comissão de Controlo de Infeção, cabe à enfermeira a liderança deste processo junto da equipa de saúde, realçando o contacto que é estabelecido permanentemente com os diversos serviços da Unidade Hospitalar.

As atividades que desenvolvemos foram planeadas em função de referenciais internacionais sobre prática segura de cuidados, em função das responsabilidades da CCI, bem como das oportunidades identificadas em cada momento/situação.

Desta área de prática profissional, destacamos a possibilidade que tivemos de aquisição de competências de Enfermeiro Especialista de ordem cognitiva e relacional, com especial enfoque na mobilização de conhecimento específico e atualizado, bem como na utilização de estratégias de comunicação ajustadas aos várias e diversificadas agentes das equipas multidisciplinares.

Consideramos que o conhecimento, habilidades e competências desenvolvidas, foram mobilizados para os módulos de estágio seguintes, reconhecendo que a capacidade de transferir e integrar diferentes saberes em distintos contextos é em si mesmo uma competência diferenciada, mestria esta que se pretende de um Enfermeiro Especialista.

## **1.2 – MÓDULO II - UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS, NEUROCIRURGIA**

O Módulo II do estágio foi realizado de Setembro a Novembro de 2010, na Unidade de Cuidados Intensivos de Neurocirurgia do Hospital de S. José, que integra o Centro Hospitalar de Lisboa Central.

O Hospital de S. José é conhecido pelo seu passado de resposta estruturada a vítimas politraumatizadas, possuindo uma vasta diversidade de áreas de especialidade disponíveis para responder às situações de urgências/emergência, privilegiando e promovendo o desenvolvimento das potencialidades da equipa multidisciplinar.

A Unidade de Cuidados Intensivos de Neurocirurgia encontra-se num edifício lateral do complexo hospitalar, integrada no departamento de neurocirurgia. A UCI é constituída por 5 unidades fechadas com duas camas cada, perfazendo uma lotação de 10 camas, destinadas prioritariamente a doentes neurocríticos com necessidade de suporte ventilatório. Este departamento, tem também uma unidade de cuidados intermédios com uma lotação de 12 camas, e uma enfermaria com 26 camas. Neste departamento existem duas equipas de enfermagem, uma dedicada aos doentes da Unidade de Cuidados Intensivos e da Unidade de Cuidado Intermédios, e outra equipa dedicada aos doentes da enfermaria. A equipa de enfermagem é constituída por 60 enfermeiros integrados em 5 equipas em regime de trabalho por turnos, e mais 5 enfermeiros em horário fixo. Existem no serviço cerca de 20 enfermeiros especialistas ou em processo de formação.

Os doentes internados nesta UCI, apresentam predominantemente situações clínicas decorrente de neurotrauma ou de patologia vascular cerebral, sendo frequente o recurso a procedimentos cirúrgicos. São doentes com alteração do estado de consciência, com um nível significativo de dependência na satisfação das suas necessidades humanas básicas. Neste sentido, existe a permanente necessidade de monitorização clínica e da prestação de cuidados de enfermagem diferenciados e complexos, que exige elevada dedicação da equipa de enfermagem.

Durante este módulo do estágio, privilegiámos o desenvolvimento de competências que permitiram *«cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica»*.

O processo de integração foi facilitado pelo facto de já ter desenvolvido anteriormente atividade clínica neste serviço até ao ano de 2003.

A orientação foi realizada por uma enfermeira graduada chefe de equipa, coadjuvada por um enfermeiro dessa mesma equipa.

Estabelecemos como objectivos prioritários nesta fase inicial do Módulo de estágio:

**- Prestar cuidados de enfermagem à pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica, como enfermeiro especialista, desenvolvendo competências técnicas, científicas e relacionais;**

**- Promover o cumprimento dos procedimentos estabelecidos na prevenção e controlo da infecção;**

Considerando estes objectivos, acompanhámos os orientadores na prestação de cuidados ao doente neurocrítico, de forma participativa e proactiva, procurando em cada contexto «refletir na e sobre a prática, de forma crítica». Esta atitude, nem sempre frequente nos contextos profissionais, foi progressivamente desenvolvida por nós, concomitantemente com aquisição de autonomia na prestação de cuidados, elementos amplamente incentivados pelos orientadores.

A **PRESTAÇÃO DE CUIDADOS**, de forma reflexiva, foi suportada pela identificação de necessidades e planeamento de cuidados de enfermagem à pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica. Durante este módulo de estágio, assumimos como eixo central a prestação de cuidados de enfermeiro especialista, o que nos permitiu «identificar e responder prontamente a focos de instabilidade», bem como «executar cuidados técnicos de alta complexidade».

A prestação de cuidados que desenvolvemos nesta UCI, posicionou-se de forma equidistante entre a autonomia e a orientação, sendo que assumimos como estruturante a «tomada de decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às responsabilidades sociais e éticas». Consideramos que esta dialética permanente, decorrente da plena integração na equipa, foi para nós um enorme desafio, de confronto e crescimento, de iniciativa e análise, de discussão e fundamentação, de cumplicidade e decisão, que permitiram «demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar» e evidenciaram competência para «tomar iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas da área de especialidade».

Perante um cliente neurocrítico com ligeiro agravamento do estado de consciência, reconhecendo o potencial impacto no agravamento do padrão respiratório, avaliámos e monitorizamos a ventilação. Constatámos, poucos momentos depois, de forma antecipatória, algumas alterações. Esta avaliação fundamentou o contacto com outro

elemento da equipa multidisciplinar, tendo sido decidido proceder a entubação endotraqueal e iniciado ventilação mecânica.

A prestação de cuidados e consequente contacto permanente com os clientes, permitiu-nos de forma progressivamente mais autónoma, *«avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao cliente, segundo uma perspectiva profissional avançada»*, *«demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas»* e também *«desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente»*.

Estávamos perante uma cliente de aproximadamente 50 anos, com uma alteração fisiopatológica das estruturas cerebrais na região intra-hemisférica, diagnosticada como 'Lesão Ocupante de Espaço'. Apesar de não apresentar alteração do estado de consciência nem défices focais, assumimos como prioritário a avaliação sistemática de estado neurológico. Perante a identificação precoce de agravamento súbito do estado neurológico, acompanhado de alteração pupilar, alertámos outros elementos da equipa multidisciplinar. Perante estes dados, foi necessário o acompanhamento da cliente na realização de uma Tomografia Axial Computorizada, que confirmou a presença de hidrocefalia. Esta situação desencadeou a necessidade de intervenção cirúrgica para colocação de uma Drenagem Ventricular Externa. Reconhecemos que as complexas, diversificadas e urgentes necessidades desta pessoa em cuidados de saúde, exigiram a mobilização de um conjunto, também ele diversificado, de competências específicas de enfermeiro especialista.

Considerando que o eixo estruturante do nosso estágio, transversal a todos os módulos e complementar à prática clínica é *«maximizar a intervenção na prevenção e controlo da Infecção»*, procurámos assumir esse desígnio na prestação de cuidados. Verificamos que nesta UCI existem recursos materiais de suporte à prática de cuidados seguros, nomeadamente, equipamentos de proteção individual, solução antisséptica de base alcoólica à entrada dos quartos e em todas as unidades, bem como dispositivos médicos próximo da atividade clínica. Apesar de estarmos na presença de uma estrutura física antiga com limitações espaciais evidentes, verifica-se a correta adaptação às necessidades da equipa multidisciplinar. Neste contexto, procurámos *«incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização»*.

Das várias áreas de intervenção autónoma de enfermagem perante a pessoa em situação crítica, consideramos relevante destacar, no âmbito deste relatório, a abordagem face às **FAMÍLIAS DOS CLIENTES EM SITUAÇÃO CRÍTICA**.

No atual contexto, as famílias assumem diferentes níveis de responsabilidade e de intervenção para com os seus membros, bem como de maior ou menor intervenção social. Partimos do referencial que a família *“é o grupo natural onde se inserem os seres humanos e constitui-se por todas as pessoas significativas. Destas destacam-se as que assumem a responsabilidade de cuidar dos mais dependentes, crianças e/ou doentes e idosos, quer no desempenho de papéis parentais, quer na prestação informal de cuidados”* (VIEIRA, 2007, p. 83)

Perante um momento de internamento hospitalar de um indivíduo e concretamente em Unidade de Cuidados Intensivos, as famílias vivenciam situações de adversidade, conflito, dúvida, angústia e crise (WALSH, 2003), aos quais os enfermeiros não são indiferentes.

Durante o estágio, desenvolvemos em parceria com os orientadores, estratégias de aproximação às famílias e utilizámos diversas *«técnicas de comunicação, no relacionamento com a família, respeitando as suas crenças e cultura»*.

Estávamos perante uma senhora de aproximadamente 30 anos, da região do Alentejo, no pós-operatório imediato, após ter sido submetida a uma ‘craniotomia para clipagem de aneurisma na artéria comunicante anterior’. Apresentava-se em ventilação mecânica, sedada, e naturalmente com défices significativos de comunicação, apesar de transitórios. Estivemos presentes no momento em que os pais, com cerca de 60 anos, estabeleceram o primeiro contacto com a filha no pós-operatório. Pudemos constatar a manifestação de ansiedade, angústia, medo e dúvidas inerentes a esta fase concreta de vida daquela família. Mas pudemos sobretudo prestar cuidados a estes pais. Mais tarde, passados alguns dias e com a situação clínica da filha fracamente melhorada, pudemos constatar o equilíbrio familiar (re) estabelecido.

Apesar do perfil de complexidade e exigência em que as famílias se encontram, do desgaste psicológico e emocional a que somos submetidos, verificámos um elevado reconhecimento desta atividade, por parte das famílias. Ouvimos com frequência fazer-se alusão discursiva, de que são os enfermeiros que passam 24h com os doentes. Mas um olhar atento sobre e nos contextos de prática clínica, permite-nos identificar algumas

dificuldades em mobilizar esse facto para prestar melhores cuidados à família e em promover o reconhecimento da profissão de Enfermagem.

Perante estes elementos e conscientes quer da dificuldade quer do desafio, promovemos sistematicamente **REFLEXÕES** em pequenos grupos de colegas, no sentido de analisarmos os nossos comportamentos como enfermeiros, perante as famílias, bem como identificarmos estratégias para possíveis melhorias. Assim, foi viável *«avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspectiva académica avançada»* reconhecendo que a promoção de relação de ajuda, exige o recurso a competências profissionais de carácter emocional. Neste sentido, não somos indiferentes aos resultados do trabalho de AGOSTINHO (2010, p.165), quando identifica que *“Os enfermeiros com especialidade percebem em média e mais frequentemente a sua competência emocional, relativamente aos enfermeiros sem especialidade”*.

Perante as dúvidas e relativas inquietações manifestadas pelos colegas face o impacto do internamento na estrutura familiar, recorreremos às orientações de WALSH (2003) ao afirmar que todas as famílias têm potencial para recuperar de situações de crise, podendo ser optimizado pela identificação e criação de forças chave assim como pelo recrutamento de recursos dentro da família. Esta orientação fundamenta a necessidade de identificarmos, durante a fase de internamento, os elementos familiares significativos para o processo de adaptação familiar. Em complementaridade, incorporamos na nossa prática profissional e nas reflexões com os colegas, os princípios do modelo de sistema familiar apresentado por (OLSON, 1983). Apesar de este modelo não ter sido desenvolvido especificamente para o contexto de internamento hospitalar, consideramos ser um importante referencial, no que concerne aos três elementos estruturantes do modelo: a coesão familiar, a adaptabilidade e a comunicação familiar.

A **EQUIPA DE ENFERMAGEM** nesta UCI utiliza método individual de trabalho com recurso à colaboração da equipa para as diversas atividades de maior complexidade, nem sempre sendo clara a liderança dos processos. Constatámos também o recurso aos nossos orientadores por parte de elementos mais jovens da equipa, na procura de soluções e de estratégias perante problemas identificados. Reconhecemos a relevância da nossa participação deste processo, pelo que rapidamente aderimos numa perspectiva de *«promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros»*.

Mobilizamos para estas intervenções os princípios de desenvolvimento de competências apresentados por Benner, (BENNER, 2001) reconhecendo a importância, e promovendo, momentos de análise da prática clínica. O percurso que trilhámos não foi indiferente aos atores com que contactámos, foi sobretudo influenciado e influenciador, na promoção do desenvolvimento mútuo.

Nesta UCI, existem vários clientes que decorrente da gravidade da sua situação clínica, evoluem para situação de morte cerebral, iniciando-se sempre que possível protocolo de manutenção de órgãos para doação. Constatámos que, apesar de ser frequente, é uma situação que representa para alguns enfermeiros fonte de desconhecimento. Nesta área, foi possível partilhar, clarificar e refletir com os colegas sobre os processos bio fisiológicos de fim de vida, bem como sobre a dignidade de vida humana, dignidade da morte e importância dos processos de luto. Apesar de no atual enquadramento jurídico Português, todo o cidadão não inscrito no RENDA ser potencial dador de órgãos e consequentemente não ser necessário autorização da família para procedermos à manutenção e colheita de órgãos, considerámos importante a partilha de informação com as famílias. Assumindo este pressuposto, colaborámos com os colegas nesta complexa atividade, utilizando em cada caso, em cada momento e para cada pessoa, a estratégia comunicacional que percecionámos como mais indicada.

Pretendemos também neste módulo:

***- Colaborar na concepção e elaboração de um plano de prevenção de IACS.***

Para a consecução deste objectivo procurámos identificar com as duas enfermeiras elos de ligação à CCI as atividades que melhor se ajustariam, ao plano anual de intervenção no serviço, no diagnóstico das necessidades da equipa de enfermagem em matéria de prevenção e controlo de infeção, bem como a eventuais solicitações efectuadas pelos enfermeiros.

Encontrando-se a Unidade Hospitalar envolvida no projeto internacional *World Alliance for Patient Safety*, decidimos, em conformidade com os orientadores, desenvolver atividades relacionadas com a promoção da higienização das mãos, com vista à prevenção de infeção. Neste sentido, assumimos uma postura proactiva de contacto com os colegas no sentido de sensibilizar para a correta higienização das mãos, nomeadamente no que diz

respeito ao procedimento propriamente dito, aos cinco momentos chave para a sua realização, bem como para os problemas e as implicações relacionados com as IACS.

Sendo amplamente reconhecida a importância de implementar medidas simples como a higienização das mãos, constatamos que ainda não estamos perante uma verdadeira cultura de segurança dos cuidados.

Apesar de, utilizarmos um processo de comunicação ajustado ao público-alvo, transmitirmos uma mensagem simples, e de haver condições estruturais no serviço para a higienização das mãos, verificámos uma reduzida alteração do comportamento por parte da equipa. Conscientes de que os colegas eram detentores de informação sobre a importância e responsabilidade de cada um para a prática de cuidados seguros, questionámos de forma informal e exploratória sobre as razões que fundamentava tal dificuldade de mudança de comportamentos. Sem termos recorrido a metodologia de investigação estruturada, e sem pretendermos generalizar, foram-nos referidos os seguintes factores: “a falta de tempo, o excesso de trabalho, a desvalorização da problemática das IACS por não se verem as mãos «sujas/contaminadas», o facto de outros profissionais higienizarem muito menos as mãos, e não responsabilização hierárquica com esta problemática.” Apesar de terem emergido, em nosso entender, elementos relevantes para posteriores investigações, estabelecemos como prioritário sensibilizar e promover a correta higienização das mãos, por parte da equipa.

Neste sentido, aplicámos um inquérito por questionário (ANEXO II) a uma amostra não probabilística de 14 enfermeiros, seleccionada de forma acidental, durante uma passagem de turno do dia 6 de Novembro de 2010, com o objectivo de conhecer a percepção dos enfermeiros face ao seu comportamento de higienização das mãos.

Identificámos com as enfermeiras elos de ligação, a necessidade de apresentar à equipa os dados das observações da higienização das mãos, efectuadas no ano anterior, por forma a analisar e refletir sobre a informação recolhida.

Neste sentido, estruturámos e apresentámos duas sessões de formação em serviço nos dias 9 e 10 de Novembro, com as quais pudemos «*promover a formação em serviço na área de especialização*». (ANEXO III)

Estas sessões foram momentos de partilha de informação, de análise dos contextos de prática clínica relativamente à prevenção de IACS e de reflexão crítica sobre os comportamentos promotores de cuidados seguros.

Integrado no projeto *World Alliance for Patient Safety*, participámos com as enfermeiras elos de ligação na observação da higienização das mãos, nos dias 16 e 17 de Novembro. Apesar de não termos tido acesso aos resultados finais dessa observação, considerámos esta experiência como um momento de aprendizagem, uma vez que o ato de observar de forma estruturada, permite-nos identificar momentos e procedimentos onde poderemos também melhorar a nossa própria prestação, conducente à prevenção de IACS. Após as observações, foi possível analisar com os colegas os momentos mais críticos, promovendo a adesão a comportamentos promotores de prevenção de infecção.

Na fase final deste módulo, e em função da relevância da temática que explorámos, elaborámos uma proposta de projeto de prevenção de IACS para esta Unidade. (ANEXO IV)

Em termos de reflexão podemos referir que as atividades desenvolvidas durante o Módulo II de estágio, permitiram desenvolver e consolidar a competência específica de Enfermeiro Especialista *«cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica»*.

O conhecimento da estrutura física do serviço, da metodologia de trabalho da equipa de enfermagem, bem como das suas características socioprofissionais e organizacionais, foram sendo apreendidos numa dinâmica de relação proactiva.

A mobilização de conhecimento fundamentado permitiu a promoção de reflexão de práticas clínicas, em permanente dialéctica relacional com orientadores e restantes elementos da equipa de enfermagem.

Os cuidados de elevada complexidade prestados à pessoa a viver processos de situação crítica, foram em si mesmo um meio e um resultado de desenvolvimento enquanto enfermeiro especialista. Por um lado, porque permitiram e foram o pretexto para a promoção de reflexão e consequente desenvolvimento profissional dos vários colegas, e

por outro lado, os cuidados por nós prestados foram indicador de demonstração das competências adquiridas.

### **1.3 – MÓDULO I - SERVIÇO DE URGÊNCIA**

O Módulo I (Urgência) foi realizado no Serviço de Urgência do Hospital de S. Francisco Xavier, no período de Novembro de 2010 a Fevereiro de 2011.

O Serviço de Urgência do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, localizado no Hospital de São Francisco Xavier de acordo com a Rede Nacional de Serviços de Urgência, é considerado um Serviço de Urgência Polivalente,

O centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E, presta cuidados a uma população de cerca de 950.000 habitantes, sendo que o SU atende por ano cerca de 100 000 utentes.

*“O número total de doentes entrados em 2009 foi de 104.193, representando um decréscimo de 1,1% em relação a 2008, com uma frequência diária de cerca de 285 doentes. Dos 104.193 doentes entrados na urgência geral, 9.318 foram internados o que equivale a uma percentagem de internamento de 8,9%.”* (CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA OCIDENTAL, 2009, p. 38)

Os Serviços de Urgência estão organizados estruturalmente em duas grandes áreas; a primeira caracterizada por ser de curta permanência para os clientes onde se pretende predominantemente diagnosticar e intervir no sentido da resolução da situação clínica que determinou a ocorrência a SU; uma outra área onde os clientes permanecem a aguardar a realização de MCDT, ou a reavaliação clínica, para posterior decisão de eventual internamento. Ao longo deste relatório ir-nos-emos referir à primeira área como a de ambulatório e a segunda como a de internamento.

Após a admissão dos doentes, estes são submetidos a um processo de triagem clínica, realizado por enfermeiros de acordo com o protocolo de triagem de Manchester. Em função do grau de prioridade estabelecido, o cliente pode ser encaminhado para: ‘Sala de Reanimação’, ‘Balcão’ (‘Sala de Inalatórios’), ‘Pequena Cirurgia’, ‘Balcão de Trauma’, ‘Gabinete de Psiquiatria’ ou ‘Atendimento Geral’, sendo que estes sectores constituem a

área de ambulatório. Após a observação médica, efectuada pós-triagem, o cliente pode ser encaminhado para a área de internamento, constituída por duas ‘Salas de Decisão Clínica’, uma ‘Sala de Observação’ e por uma ‘Sala de Isolamento’.

O excessivo recurso por parte da população aos Serviços de Urgência em Portugal, está relacionado não só com a percepção da gravidade da situação mas também com as dificuldades de acesso aos Cuidados Primários (CABRAL e ALCÂNTARA, 2009)

Esta característica também determina que o SU tenha elevados fluxos inesperados e imprevisíveis de clientes com múltiplas causas e com multipatologias. Verificamos que o envelhecimento da população tem uma relação direta com o perfil etário dos utilizadores dos serviços de urgência.

Assim, elevada afluência, diversidade de situações clínicas, distintos níveis de prioridade e população predominantemente envelhecida, determinam que o SU seja um espaço de intervenção clínica crítica, complexo, que exige profissionais qualificados, competentes e resilientes.

Foi neste contexto de exigência, desafio e potencial desenvolvimento profissional que integrámos a equipa de enfermagem do SU, sob orientação de uma enfermeira especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. A equipa de Enfermagem é constituída por aproximadamente 80 enfermeiros, distribuídos por cinco equipas em regime de trabalho por turnos, e por quatro enfermeiros com diversas responsabilidades de apoio/colaboração com a gestão do serviço. Dos enfermeiros que integram as cinco equipas, existem cerca 15 Enfermeiros Especialistas ou em fase de formação conducente à atribuição desse título.

No SU os processos clínicos são electrónicos, decorrente da existência e da plena utilização de um aplicativo informático por parte dos profissionais da equipa multidisciplinar. Este sistema fornece dados para a gestão dos sectores, uma vez que é possível acompanhar o circuito de cada doente entrado, em tempo real. Permite também aos profissionais identificar por nível de prioridade de triagem, os doentes por sector. Parece-nos evidente que, esta ferramenta é genericamente uma mais-valia para a segurança na prestação de cuidados.

Neste contexto, estabelecemos como objectivo central deste módulo:

***- Prestar cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica aguda, como enfermeiro especialista, desenvolvendo e consolidando competências técnicas, científicas e relacionais;***

Durante este módulo de estágio, realizamos atividades principalmente na ‘Sala de Reanimação’ e no ‘Balcão’, o que nos permitiu «*Cuidar de Pessoas a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica*», adquirindo, desenvolvendo e consolidando competências de Enfermeiro Especialista.

A diversidade de situações clínicas com as quais fomos confrontados, exigiram e permitiram, que ao longo do módulo fomos capazes de «*manter, de forma contínua a autonomia, o nosso próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional*».

Apesar de toda componente teórico-prática com que contactámos no nosso percurso profissional e durante a fase inicial deste Curso de Mestrado, foi no contexto de prática clínica que mais sentimos necessidade de aprofundar, e posteriormente mobilizar, conhecimentos de ordem científica, técnica e de suporte à promoção da dimensão relacional.

Esta atitude proactiva permitiu que, ao longo do módulo de estágio, estivéssemos em melhores condições para podermos «*identificar prontamente focos de instabilidade*», assim como «*responder de forma pronta e antecipatória a focos de instabilidade*» competências, que consideramos serem muito relevantes no contexto de prática profissional em Serviço de Urgência.

A ‘SALA DE REANIMAÇÃO’ está preparada estruturalmente para receber até 4 clientes em situação crítica urgente/emergente, estando em permanência dois enfermeiros, um médico e um assistente operacional, podendo ser apoiados por outros elementos da equipa. Realizámos um processo de integração neste sector com a orientadora, em plena articulação com os elementos da equipa multidisciplinar, procurando «*demonstrar capacidade de trabalhar em equipa*». Identificamos que a postura responsável e de permanente disponibilidade foi promotora do acolhimento e reconhecimento por parte dos elementos da equipa.

Tinha entrado uma mulher com cerca de 60 anos, por afasia e monoparésia à direita. Suspeitava-se que poderia ter sofrido um Acidente Vascular Cerebral. Na avaliação inicial, de acordo com a metodologia ABCDE, evidenciámos alteração nos padrões de ventilação,

facto que determinou a necessidade de entubação endotraqueal (EOT) para garantir a permeabilidade da via aérea. Assumimos a realização das atividades interdependentes complementares à EOT, bem como à consequente ventilação mecânica, que se verificou vir a ser necessário instituir.

A imprevisibilidade de ocorrência de situações clínicas urgentes/emergentes que caracteriza a ‘Sala de Reanimação’ exige ao enfermeiro especialista, e permitiu-nos, *«demonstrar a capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas»*, *«abordar questões complexas de modo sistemático»*, *«tomar decisões fundamentadas»*, bem como *«demonstrar conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida»*.

Tínhamos terminado de transferir e acompanhar um cliente para ‘Balcão’, quando chega à ‘Sala de Reanimação’ uma mulher de cerca de 70 anos por taquicardia identificada na triagem. Durante a monitorização cardíaca a situação clínica evolui subitamente para fibrilhação ventricular, e paragem cardio-respiratória. Perante esta evidência, a intervenção da equipa precipitou-se, inicialmente de forma desorganizada e progressivamente estruturada por ‘ajustamento mútuo’. Neste contexto, participámos nas manobras de reanimação integrados na equipa, intervindo de acordo com a mobilização e adequação de conhecimentos. Após se ter estabilizado a situação e efectivado a transferência da cliente para uma Unidade de Cuidados Intensivos, foi promovida uma reflexão sobre a atuação dos enfermeiros naquela reanimação. De entre os vários contributos, enunciámos a importância da existência de um ‘team leader’ para situações similares à que tinha sido vivenciada, sendo que deveria assumir o seu papel de forma imediata, assertiva e participativa, tal como alude (SHEELY, 2001).

Num outro momento, recebemos na ‘sala de reanimação’ um jovem do sexo masculino com cerca de 18 anos, vítima de acidente de motociclo. Apesar de ser cada vez menos frequente a admissão de um doente politraumatizado, esta envolve uma participação mais alargada de elementos da equipa multidisciplinar, sobretudo ao nível das especialidades médicas e cirúrgicas. A situação, apesar de estável, apresentava elevado nível de gravidade. Encontrava-se EOT, conectado a prótese ventilatória, com score Glasgow 7, pupilas anisocóricas. O resultado da TAC não revelou nenhum hematoma cerebral que poderia justificar o estado clínico. A gravidade da situação e a cinemática do trauma, remete-nos para a elevada probabilidade de existência de lesões axoniais difusas (GREENBERG, 2010). A partir deste facto pudemos analisar com os elementos da equipa,

as prioridades de intervenção, nomeadamente relacionadas com manutenção da ventilação, garantia de perfusão cerebral, e controlo da dor.

Em relação às atividades desenvolvidas no ‘BALCÃO’, de referir que são encaminhados para este sector os doentes com situações clínicas das especialidades Médica ou Cirúrgica não traumáticas, maioritariamente triados com prioridade ‘amarela’ ou ‘verde’. Sobre este sector, consideramos de elevada relevância enfatizar sobretudo a componente organizacional. Neste espaço físico efetuam-se as primeiras observações médicas pós-triagem, prestam-se cuidados de enfermagem a doentes que sairão do SU em breve, permanecem doentes a aguardar diagnóstico diferencial bem como permanecem doentes já com decisão de internamento mas a aguardar vaga para que possam ser transferidos. Confluem para este balcão doentes com perfil de necessidade em cuidados de enfermagem muito distintos.

Deste modo, o ‘Balcão’ apresenta particularidades específicas que em nosso entender caracterizam-no com um sistema imperfeitamente conectado (ORTON & WEICK, 1990). Estes contextos requerem aos profissionais elevada capacidade de organização, e neste caso concreto, para implementar medidas de prevenção de complicações, nomeadamente prevenção do erro, pelo que realçamos como estruturante para o enfermeiro especialista neste sector, o «*desenvolvimento de metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente*».

Para este módulo de estágio, estabelecemos também como objectivos:

- ***Promover a avaliação da dor no doente neurocrítico no serviço de urgência;***
- ***Contribuir para a caracterização das medidas de prevenção de infecção utilizadas durante a colocação de cateter venoso central.***

Os enfermeiros do Serviço de Urgência são sensíveis à problemática da dor dos clientes, nomeadamente a importância da adequada avaliação.

A dor é uma experiência fisiológica, com repercussões na integridade física e mental da pessoa. A dor provoca alterações fisiológicas do sistema imunitário, endócrino e nervoso e ainda induz sofrimento e redução da qualidade de vida contribuindo para o aumento da morbilidade. (DGS, 2008).

A avaliação deste sinal vital, requer do enfermeiro peculiar capacidade, para integrar todos os fatores que interferem neste processo, sem excluir a subjetividade que o caracteriza. Acresce especial atenção o doente com alteração do estado neurológico e concomitantemente alteração na atividade de vida comunicação, cuja manifestação explícita de dor se encontra limitada.

Da observação exploratória que efetuámos, inferimos que quando nos reportamos ao doente neurocrítico no contexto do serviço de urgência, a prática de avaliação e monitorização da dor, torna-se menos estruturada e menos uniforme

Neste sentido, no contexto do estágio, elaborámos um projeto de implementação da monitorização da dor no doente neurocrítico no serviço de urgência (ANEXO V). Integrado neste projeto, planeamos e expusemos aos colegas uma sessão de formação nos dias 23 e 25 de Fevereiro, com o objectivo de apresentar a “escala não-verbal de avaliação da dor em adultos” (Adult Non-Verbal Pain Score) (ODHNER, M. et al., 2003). (ANEXO VI)

Por outro lado, considerando como eixos estruturantes do nosso estágio, a prestação de cuidados de enfermagem e a prevenção de IACS, desenvolvemos um projeto relacionado com a segurança na colocação de cateter venoso central. (ANEXO VII)

A instabilidade hemodinâmica de doentes que chegam ao SU, a necessidade de administrar elevadas quantidades de soluções endovenosas, bem como a prescrição de medicação endovenosa agressiva para a estrutura venosa periférica, determinam que se recorra por vezes à colocação de CVC. Integrado neste projeto elaborámos e apresentámos uma sessão de formação subordinada à temática da prevenção de IACS relacionadas com CVC. (ANEXO VIII)

No que concerne à prevenção de IACS, planeámos, organizámos e concretizámos também uma atividade de sensibilização aos profissionais do SU para a importância da correta higienização das mãos, com enfoque especial para a utilização de SABA, em articulação com a enfermeira orientadora e a enfermeira da CCI. Durante dois turnos instalamo-nos numa área próxima do ‘secretário de unidade’, local de passagem de profissionais, propondo-lhes que colocassem solução alcoólica nas mãos e identificassem, através da aplicação de uma luz fluorescente, os locais das mãos onde a solução tinham sido menos bem aplicada. Para além de verificarmos lacunas na forma como os profissionais aplicam a

solução, aproveitamos este momento para sensibilizar para os cinco momentos em que os profissionais devem utilizar solução alcoólica (PITTET, 2001). Também neste serviço os vários profissionais referem efetuar mais frequentemente lavagem das mãos do que higienização com SABA.

Em termos de reflexão poderemos afirmar que a complexidade de situações clínicas, a imprevisibilidade de ocorrências e a permanente necessidade de estabelecer prioridades para intervir rápida e eficazmente, caracteriza o SU como um local de evidente potencial de evolução profissional e simultaneamente de elevado risco. As oportunidades para desenvolver competências, são vastas e diversificadas, em virtude, por um lado dos ‘casos clínicos’ e por outro, pela sensibilidade e disponibilidade da equipa multidisciplinar para a presença e intervenção de estudantes.

Consideramos que o processo que desenvolvemos de integração no serviço e na equipa, promovido pela enfermeira orientadora, foi promotor do estabelecimento de relações profissionais de confiança, fundamentais para o trabalho em equipa, elemento este fundamental para a prática de cuidados seguros.

Consideramos que o nosso desempenho como Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, foi desenvolvido de forma estruturada, consolidada e segura, com progressiva aquisição de autonomia. Evidenciámos capacidade para mobilizar, transferir e integrar conhecimentos de várias áreas de saber, em permanente análise e discussão com equipa. Por outro lado, a nossa permanente intenção de reflexão crítica de desempenho fundamentou a melhoria das nossas intervenções e conseqüentemente garantiu um significativo nível de satisfação profissional.

Procurámos também, durante este módulo ter uma participação positiva e promotora de desenvolvimento da equipa e com a equipa. A iniciativa e espontaneidade com que fomos estabelecendo as relações interpessoais permitiram identificar oportunidades e intervir em conformidade.

## 2 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Chegados a mais uma fase final de um percurso profissional, recorro com entusiasmo as orientações de JORDÃO (1997) cit por DIAS (2006, p. 51), ao afirmar que “*a realização do balanço conduz à reflexão sobre a própria pessoa e sobre as experiências adquiridas.*”

No atual contexto de vida e de percurso profissional ter decidido candidatar-me à realização deste curso de Mestrado, foi sem dúvida uma opção arrojada, desafiadora mas de elevado potencial. Não tanto pelo eventual reconhecimento final, mas sobretudo por todo o processo de possibilidade, de envolvimento, progresso, crescimento, demonstração de capacidade (competências) e de satisfação profissional que proporcionou.

O privilégio de contacto com o ‘outro’ no cerne da prestação de cuidados é seguramente dos melhores acontecimentos que agora recordamos e mobilizamos, para este momento de confronto com um passado que já não controlamos, e de um futuro para o qual nos preparamos.

Consideramos que foi possível adquirir, desenvolver e consolidar competências de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, nomeadamente: cuidar da pessoa a vivenciar processo complexo de doença crítica e/ou falência orgânica, e maximizar a intervenção na prevenção e controlo de infeção, face à complexidade das situações e à necessidade de respostas adequadas em tempo útil.

O nosso desempenho foi amplamente promovido quer pelos orientadores, quer pelos elementos das equipas que connosco abraçaram os desafios propostos durante os momentos de prática clínica.

Evidenciamos também que a opção de nos dedicarmos à área de prevenção e controlo de infeção, foi uma mais-valia para o nosso desempenho mas sobretudo para os momentos seguintes de percurso profissional e académico a que nos propomos.

Consideramos que no atual momento estamos em melhores condições para promovermos uma análise estruturada sobre esta temática do plano de estudos da instituição de Ensino Superior onde exercemos funções, e eventualmente propor alguma melhoria nesse mesmo plano. Reconhecemos que o contacto com os estudantes, em contexto de sala de aula e em contexto de acompanhamento em ensino clínico podem sair reforçados depois deste nosso percurso.

Durante este Curso de Mestrado, confrontámo-nos com uma área de suporte à prática clínica de extrema relevância, para garantir a prestação de cuidados seguros. Neste contexto, identificámos necessidade de formação/informação dos vários elementos da equipa multidisciplinar mas particularmente a necessidade de alteração de comportamentos em torno de uma cultura de segurança nas unidades prestadoras de cuidados de saúde, onde os enfermeiros e concretamente os enfermeiros especialistas podem vir a ser elementos essenciais.

Em todo este percurso podemos, eventualmente invocar que a maior dificuldade foi a necessidade de compatibilizar os vários compromissos profissionais com as responsabilidades académicas, apesar de, em nossa opinião ter sido possível corresponder.

Estamos convictos que os momentos de desenvolvimento vividos e proporcionados, foram promotores de mudança de práticas profissionais que poderão ser consolidadas no futuro próximo, em cada espaço/tempo de prática clínica, porque acreditamos que depois das relações e contactos estabelecidos não permanecemos como anteriormente.

Vivemos ou não processos de transição...

### 3 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGOSTINHO, L. M. (2010). Competências Emocional em Enfermeiros. Coimbra: Formasau.

AGUIAR, E. d. (2010). Historia Natural da Sepse. Brasília Med, 47, pp. 69-76.

ALTO COMISSARIADO DA SAÚDE. (2011). Plano Nacional de Saúde 2011-2016. Lisboa: Ministério da Saúde.

AMENDOEIRA, J. (2006). Uma Biografia Partilhada da Enfermagem. Coimbra: Formasau.

BENNER, P. (2001). De Iniciado a Perito, excelência e poder na prática clínica de enfermagem. Coimbra: Quarteto Editora.

CABRAL, Manuel V., ALCÂNTARA P. (2009). O Estado da Saúde em Portugal. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.

CASEY, A., & ELLIOTT, T. (2010). Prevention of central venous catheter related infection: update. British Journal of Nursing, 19, N°2.

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA OCIDENTAL. (2009). Relatório de Gestão e Contas. CHLO.

CHICK N., MELEIS A. (1986). Transitions: a nursing concern. Rockeville: Chinn & Aspen.

COLLIÉRE, M. (2003). Cuidar... a Primeira Arte da Vida (2ª ed.). Loures: Lusociência.

DGS, D. G. (Fevereiro de 2008). Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde, Manual de Operacionalização.

DGS. Programa Nacional de Controlo da dor. Circular Normativa nº 11/DSCS/DPCD de 18/06/2008.

DIAS, M. d. (2006). Construção e Validação de um Inventário de Competências. Loures: Lusociência.

EMERGENCY NURSES ASSOCIATION. (2007). Emergency Nurse Core Curriculum (6<sup>a</sup> ed.). USA: Elsevier.

GREENBERG, M. (2010). Handbook of Neurosurgery (7<sup>a</sup> ed.). USA: Thieme Medical Publishers.

JONATHAN Edwads, K. P.-B. (Dezembro de 2009). National Healthcare Safety Network (NHSN) report: Data summary for 2006 through 2008, issued December 2009. American Journal of Infection Control, pp. 783-805.

KÉROUAC, S., PEPIN, S., & DUQUETTE, A. (1996). El Pensamiento Enfermero. Barcelona: Masson.

LOPES, M. (1999). Concepções de Enfermagem e Desenvolvimento Sócio-Moral: Alguns dados e implicações. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.

MADUREIRA, M. (Abril de 2010). Guia de Estágio, Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional: Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Lisboa: Insituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica.

MARCELINO, P. (2008). Manual de Ventilação Mecânica no Adulto: Abordagem ao docente crítico. Loures: Lusociência.

MELEIS A., TRANGENSTEIN P. (1994). Facilitating Transitions: Redefinition of the Nursing Mission. Nursing Outlook (42) , pp. 255-259.

ODHNER, M. WEGMAN, D. FREELAND, N. STEINMETZ, A. AND INGERSOLL, G. L. (2003). Assessing Pain Control in Nonverbal Critically ill Patients. Dimensions of Critical Care Nursing, 22, nº 6, pp. 260-267.

OLSON DH, R. C. (Março de 1983). Circumplex model of marital and family systems. Fam Process, pp. 69-83.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. (Outubro de 2010). Proposta de Regulamento das Competências Especificas do Enfermeiros Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

ORTON, D., & WEICK, K. (1990). Loosely Coupled Systems: A Reconceptualization. *Academy of Management Review*, 15, nº2, pp. 203-223.

PENNSYLVANIA PATIENT SAFETY AUTHORITY. (Março de 2010). Beyond the Bundle: Reducing the Risk of Central Line-Associated Bloodstream Infections. *Pennsylvania Patient Safety Advisor*, 7, pp. 1-9.

PITTTET D, B. A. (Outubro de 2006). Evidence-based model for hand transmission during patient care and the role of improved practices. *The Lancet Infectious Diseases*, 6, pp. 641-652.

PITTTET, D. (Dezembro de 2001). Improving adherence to hand hygiene practice: a multidisciplinary approach. *Centers for Disease Control*.

SCOTT II, D. (2009). The Direct Medical Costs of Healthcare-Associated Infections in U.S. Hospitals and the Benefits of Prevention. USA: Centers for Disease Control and Prevention.

SHEELY, S. (2001). *Enfermagem de Emergência, da teoria à prática* (4ª ed.). Loures: Lusociência.

SOCIETY OF CRITICAL CARE MEDICINE. (2008). *Fundamental Critical Care Support* (4ª ed.). USA.

TOMEY, A., ALLIGOOD, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra-Modelos e Teorias de Enfermagem* (5ª ed.). Loures: Lusociência.

VIEIRA, M. (2007). *Ser enfermeiro, da Compaixão à Proficiência*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.

WALSH, F. (2003). Family resilience: a framework for clinical practice. *Family Process*, 42, 1-18.

WILSON, J. (2001). *Controlo de Infecção na Prática Clínica* (2ª Edição ed.). Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, lda.

WOODS, S. (2005). *Cardiac Nursing* (5ª ed.). USA: Elsevier.

## **ANEXOS**

## **ANEXOS I**

Projeto de colocação de CVC,

Módulo III



Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional:

Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

**Estágio, Módulo III (Infecção Hospitalar)**

Comissão de Controlo de Infecção, Hospital de S. Francisco Xavier

**Projecto: Segurança na Colocação de Cateter Venoso Central**

**OBJETIVO:** Contribuir para a caracterização das medidas de prevenção de infecção utilizadas durante a técnica de colocação de Cateter Venoso Central

Atividades	Calendarização	Observações
<b>1ª Fase: Validação de guia de observação</b>		
Selecionar a Unidade de Cuidados Intensivos para proceder à observação	Até 15 de Maio de 2010	Selecionada UCIP
Solicitar autorização para efetuar observações	Até 20 de Maio de 2010	Autorização concedida por Director de serviço e Enfª Chefe
Elaborar guia de observação	Até 15 de Maio de 2010	Elaborado
Efetuar Observações para validar guia de observação	Até 19 de Junho de 2010	Efetuadas 3 observações. Guia validado pela enfª orientadora
<b>2ª Fase: Proceder às observações</b>		
Determinar período de tempo para observação	Pós Estágio	
Observar		
Analisar os resultados		
<b>3ª Fase: Intervenção no serviço</b>		
Comunicar os resultados ao serviço	Pós Estágio	
Identificar os pontos fortes e fracos resultantes da análise de resultado		
Discutir sobre propostas de melhoria		

## Monitorização de Inserção de Cateter Venoso Central

Hospital   
 Serviço

Dia  Hora Início  Hora Fim   
 Doente  Sexo  Data Nacs.

	Sénior	Junior	Profissão/Nome
<b>1 Profissional que executa procedimento</b>			

<b>2 Higiene das mãos</b>	Oportun	Acção	SABA	Lavagem
Antes de contacto com doente				
Antes de realizar o procedimento asséptico				
Após risco de exposição				
Após contacto com o doente				
Após o contacto com ambiente do doente				

<b>3 Equipamento de Protecção Individual</b>	Sim	Não
Touca		
Máscara		
Luvas Esterilizadas		
Bata esterilizada		
Usa campo esterilizado grande (no doente)		

<b>4 Desinfeção da pele Antes do Procedimento</b>	Sim	Não
clorexidina (2%) com alcool (70%)		
Iodopovidona		
Alcool		
Outro:		
A pele encontrava-se seca antes da punção		

<b>5 Local de Colocação</b>	Direita	Esquerda
Sub-clávia		
Jugular		
Femoral		
Outro:		
número de Lúmens		

<b>6 Procedimento</b>	Sim	Não
Utiliza anestesia local		
Testou material antes de utilizar		
Número de punções realizadas		

<b>7 Fixação</b>	Sim	Não
Ponto à pele		
Outro:		
<b>Desinfeção da pele após procedimento</b>	Sim	Não
clorexidina (2%) com alcool (70%)		
Iodopovidona		
Alcool		
Outro: Não utilizou nada		
<b>Aplicação de Penso</b>	Sim	Não
Oclusivo		
Transparente		
Opaco		
Cobre toda a área		

DATA:

Observador:

--

## **ANEXOS II**

Questionário,

Módulo II

## Questionário

Género	M	F
--------	---	---

Idade	Anos
-------	------

Experiência Profissional	Anos
--------------------------	------

Experiência Profissional no Serviço	Anos
-------------------------------------	------

Enfermeiro(a)	
Médico(a)	
Assistente operacional	
Outro:	

Em que sector esteve no último turno: \_\_\_\_\_.

Quantas vezes efectuou a <b>lavagem</b> das mãos?	
---	--

Quantas vezes efectuou a higienização das mãos com <b>solução alcoólica</b> ?	
---	--

Ordene em função do momento que considera ser mais realizado pela sua equipa  
(1 – mais realizado, 2, 3, 4, 5 – menos realizado)

Momento	Ordenação
A – Antes do contacto com o doente	
B – Antes de Procedimento Assépticos	
C – Após risco de exposição a fluidos orgânicos	
D – Após contacto com doente	
E – Após contacto com ambiente envolvente do doente	

## **ANEXOS III**

Plano de sessão e apresentação sobre prevenção de IACS,

Módulo II



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

ESCOLA SUPERIOR POLITÉCNICA DE SAÚDE

Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional:

Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

**Estágio, Módulo II (Unidade de Cuidados Intensivos)**

Unidade de Cuidados Intensivos de Neurocirurgia, Hospital de S. José

### **PLANEAMENTO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO**

**TEMA: PREVENÇÃO DE INFEÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE**

**Objectivo geral:**

- Sensibilizar os enfermeiros para a importância de higienização das mãos

**Grupo Alvo:**

Enfermeiros da Unidade de Cuidados Intensivos de Neurocirurgia

**DATA : 9 E 10 DE NOVEMBRO, 2010**

**Horário: 15:30 às 16:00**



**Duração: 20 min**

**Local: Sala de reuniões da Unidade**

**Apresentado por: Alexandre Tomás**

Tabela 1 - PLANO DA SESSÃO

<b>FASES</b>	<b>Sumário de Conteúdos</b>	<b>Metodologia</b>	<b>Recursos</b>	<b>Tempo</b>
<b>Introdução</b>	<p><b>Apresentação</b></p> <p><b>Contextualização do tema</b></p> <p><b>Objectivo Geral</b></p>	<b>Expositiva</b>	<p><b>Computador</b></p> <p><b>Projector</b></p>	<b>3</b>
<b>Desenvolvimento</b>	<p><b>Definição e impacto das IACS</b></p> <p><b>Apresentação dos dados das observações da higienização das mãos de 2009</b></p> <p><b>Enunciação dos momentos para higienização das mãos</b></p>	<p><b>Expositiva</b></p> <p><b>Participativa</b></p>	<p><b>Computador</b></p> <p><b>Projector</b></p>	<b>14</b>
<b>Conclusão</b>	<p><b>Síntese de pontos principais</b></p>	<b>Expositiva</b>	<p><b>Computador</b></p> <p><b>Projector</b></p>	<b>3</b>



	<p><b>Neurocirurgia, UCI</b></p> <p><b>Esp Enf Médico-Cirurgica</b> <b>Prevenção de IACS</b> 9 de Novembro, 2010</p>	
---	--	---

  
UNIVERSIDADE CATOLICA PORTUGUESA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA SUPERIOR POLITÉCNICA DE SAÚDE

*medidas simples  
salvam vidas*



Adapted with permission from  
Canada's Hand Hygiene Campaign

	<p><b>Neurocirurgia, UCI</b></p> <p><b>Esp Enf Médico-Cirurgica</b> <b>Prevenção de IACS</b> 9 de Novembro, 2010</p>	
---	--	---

**Objectivos:**

- Apresentar os resultados da observação da higienização das mãos;
- Analisar as práticas de controlo de infecção;
- Sensibilizar para adopção de comportamentos de prevenção de infecção.



## Definição de IACS

*“É uma infecção que ocorre num utente durante a prestação de cuidados no hospital, ou em qualquer outra instituição prestadora de cuidados de saúde, a qual não estava presente ou em incubação no momento da admissão.*

Estão também incluídas as infecções adquiridas no hospital e que só se manifestam após a alta, bem como, as **Infecções adquiridas pelos profissionais, relacionadas com a prestação de cuidados (ocupacionais)**

Ducef G et al. Prevention of hospital-acquired infections. A practical guide. WHO 2002



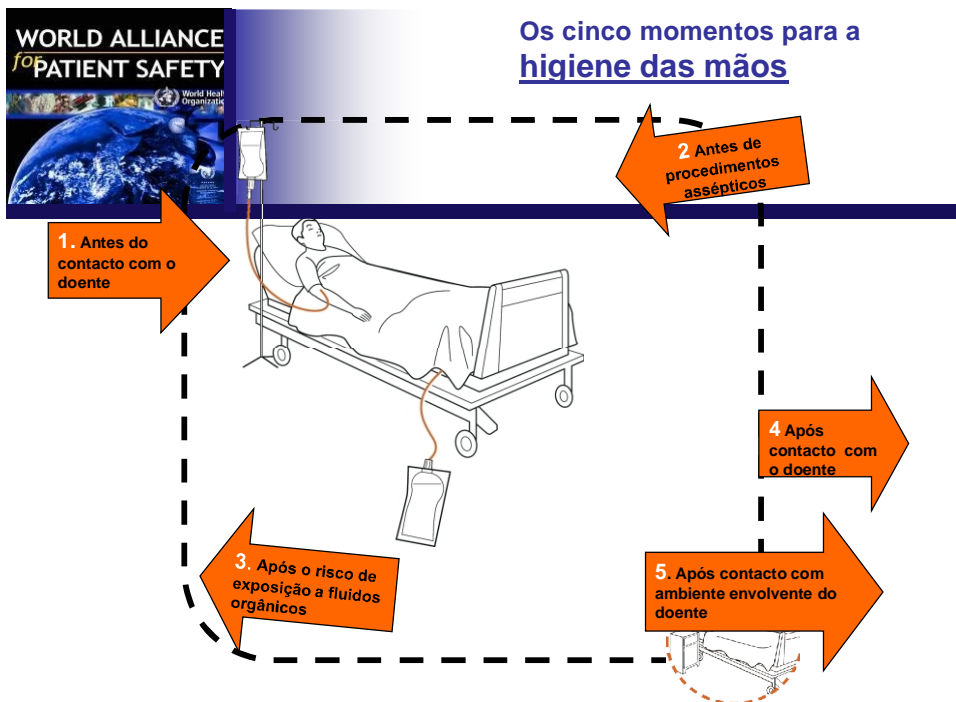
## Consequências das IACS

- **Agravamento do estado de saúde, sequelas;**
- **Aumento de dias de internamento;**
- **Aumento da mortalidade/morbilidade;**
- **Custos económicos adicionais elevados;**

No Inquérito de Prevalência de 2003 realizado em Portugal, 8.4 em cada 100 doentes tinham pelo menos uma Infecção Nosocomial

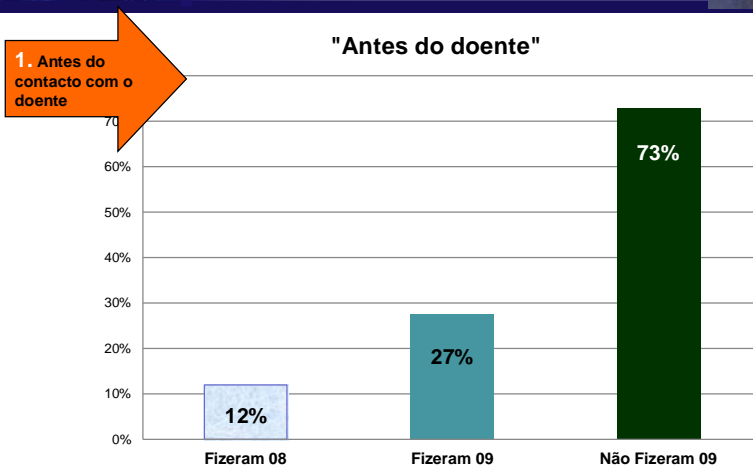
Nas UCI:

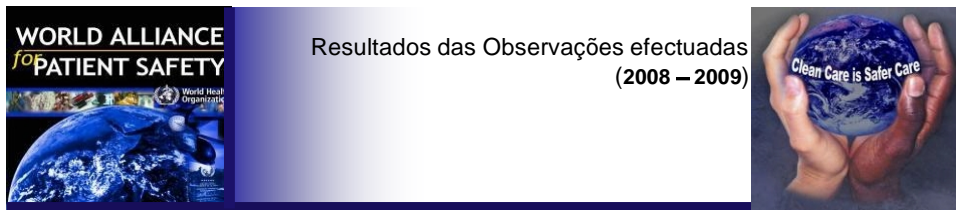
- IACS afectam cerca de 30% dos doentes;
- A mortalidade atribuível às IACS, aproxima-se do 44%.



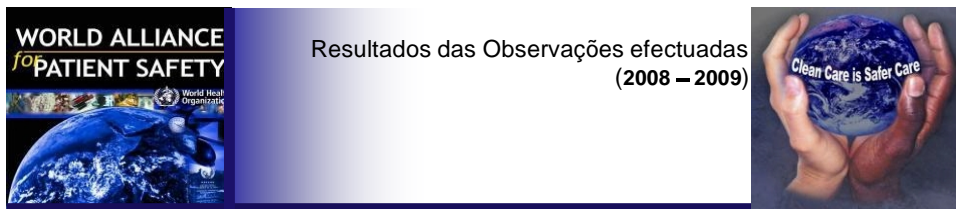
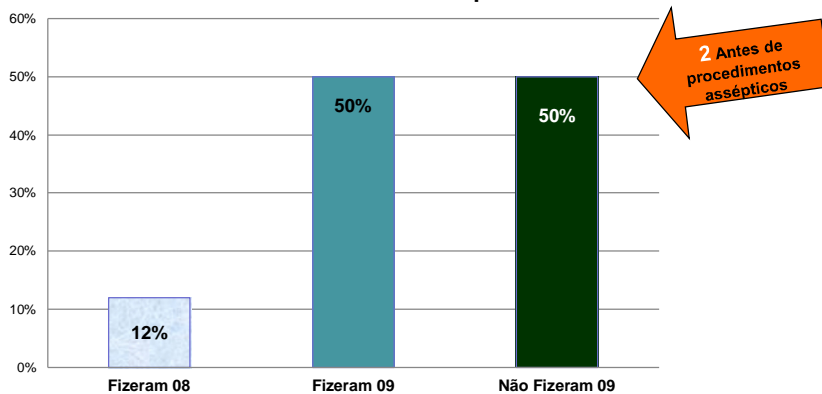
**WORLD ALLIANCE for PATIENT SAFETY**

Resultados das Observações efectuadas (2008 – 2009)

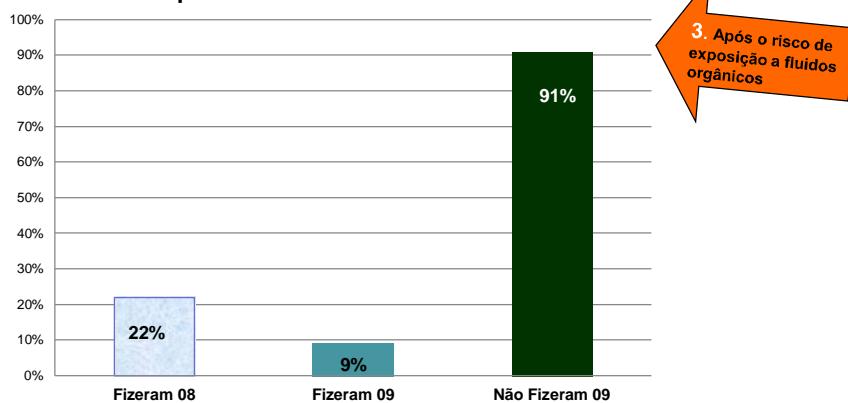





**"Antes de Procedimento Asséptico"**




**"Depois de Contacto com Fluidos"**



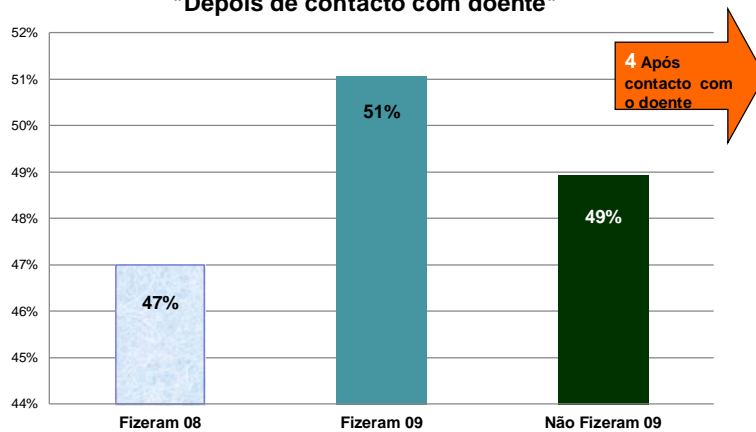



**WORLD ALLIANCE  
for PATIENT SAFETY**

Resultados das Observações efectuadas  
(2008 – 2009)




**"Depois de contacto com doente"**



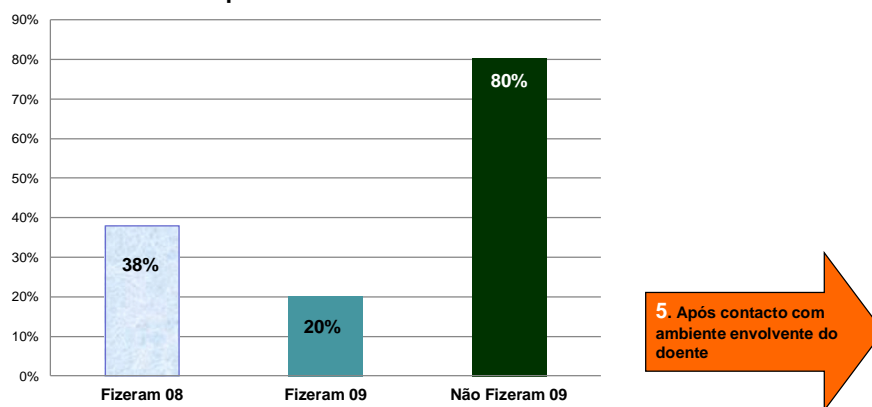



**WORLD ALLIANCE  
for PATIENT SAFETY**

Resultados das Observações efectuadas  
(2008 – 2009)



**"Depois de Ambiente"**






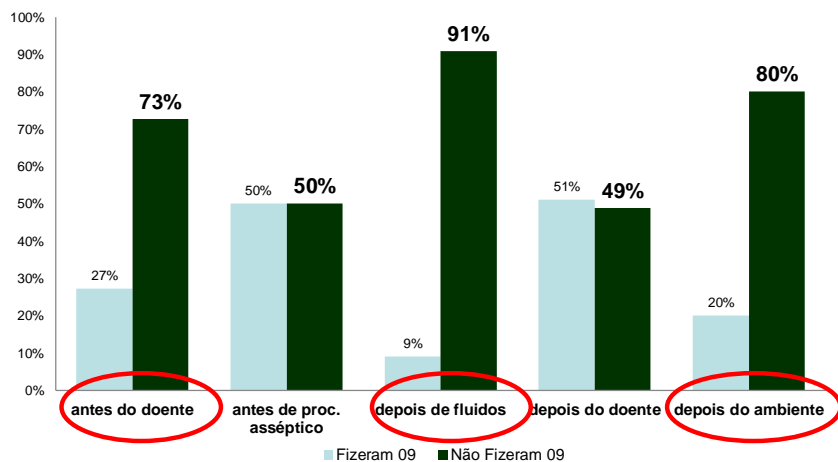
**WORLD ALLIANCE  
for  
PATIENT SAFETY**


Resultados das Observações efectuadas  
(2008 – 2009)

**Gráfico Resumo**




Clean Care is Safer Care





**WORLD ALLIANCE  
for  
PATIENT SAFETY**

Inquérito por Questionário,  
Análise Exploratória




Clean Care is Safer Care

Masculino	8
Feminino	6
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>


Idade	33,4
Experiência Profissional	11,1
Experiência Prof. no serviço	7,9

Actividade realizada no último turno	Média	Desv. Padrão	Máximo	Mínimo
Lavagem das mãos	13,7	7,3	30	2
Utilização de SABA	18	20,1	80	0



**WORLD ALLIANCE  
for  
PATIENT SAFETY**


**Inquérito por Questionário,  
Análise Exploratória**



**Clean Care is Safer Care**


Utilização de SABA (turno)		
menos de 10 vezes	8	57%
entre 11 e 20	3	21%
mais de 21	3	21%
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>100%</b>

**6 enfermeiros, (43%) referem lavar mais vezes as mãos do que utilizar solução alcoólica.**

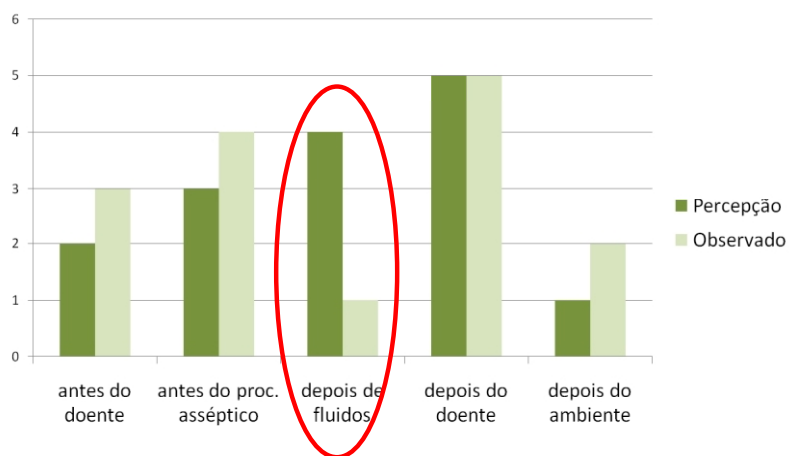


**WORLD ALLIANCE  
for  
PATIENT SAFETY**

**Inquérito por Questionário,  
Análise Exploratória**



**Clean Care is Safer Care**





O tempo é o principal obstáculo para a higiene das mãos



Adequada lavagem das mãos com água e sabão requer:  
1 - 1.5 min (60-90'')

Tempo médio dispendido pelos profissionais é de < 10 seg.



Fricção com SABA é a resposta para o constrangimento do tempo



Lavagem



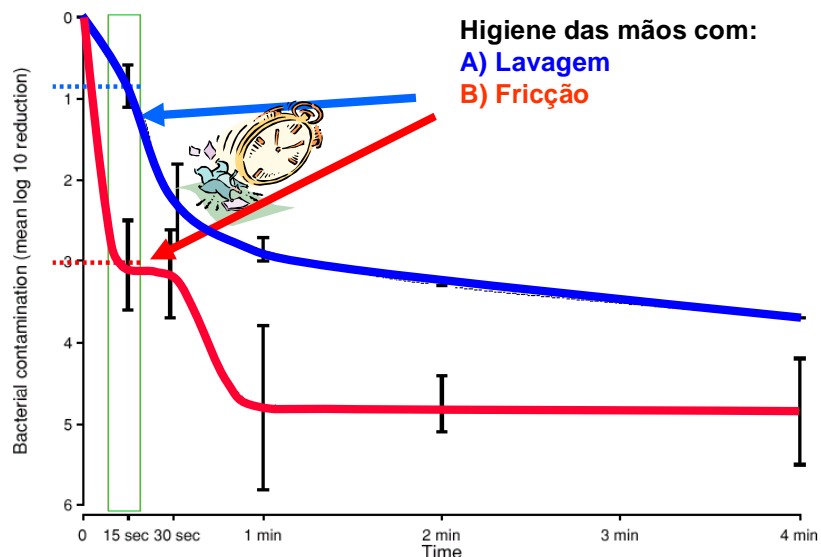
40 a 60 segundos

Fricção com SABA



20 a 30 segundos

## Tempo aplicado na higiene das mãos segundo o método e redução da contaminação bacteriana



*Pittet and Boyce, Lancet Infectious Diseases 2001*



## Prevenção de Infecção através das mãos

As mãos são o veículo mais comum de transmissão cruzada de agentes infecciosos associados às IACS

A flora transitória pode permanecer nas mãos com a lavagem, enquanto que a fricção com solução alcoólica demonstra ser mais efectiva.

O uso de luvas **exige a higienização prévia das mãos** (não substitui a necessidade de higienizar as mãos).

Após o uso/entre a troca de luvas deve higienizar **sempre** as mãos.

Lavar as suas mãos com água e sabão apenas quando estas estiverem visivelmente sujas ou contaminadas com matéria orgânica.

## **ANEXOS IV**

Projeto de IACS,

Módulo II



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

ESCOLA SUPERIOR POLITÉCNICA DE SAÚDE

Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional:

Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

**Estágio: Módulo II (Cuidados Intensivos)**

Unidade de Cuidados Intensivos de Neurocirurgia, Hospital de S. José

**Projeto: Prevenção de IACS – Higienização das mãos**

**OBJETIVO:**

- Prevenir a ocorrência de Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

Atividades	Calendarização	Observações
<b>1ª Fase:</b> Identificação da percepção dos enfermeiros face ao seu comportamento de higienização das mãos		
Elaborar instrumento de recolha de dados	Até 1 de Novembro	Elaborado
Recolher dados	Dia 6 de Novembro	Dados Recolhidos
Apresentar Resultados	9 e 10 de Novembro	Resultados Apresentados
<b>2ª Fase:</b> Proceder à observação da Higienização das Mãos por parte da equipa multidisciplinar		
Definir os dias de observação	Até 10 de Novembro	Definidos
Proceder à Observação	16 e 17 de Novembro	Realizadas 210 observações
Analisar os resultados	Pós Estágio	
<b>3ª Fase:</b> Intervenção no serviço		
Comunicar os resultados ao serviço	Pós Estágio	
Identificar os pontos fortes e fracos resultantes da análise de resultado		
Discutir sobre propostas de melhoria		

## Questionário

Género	M	F
--------	---	---

Idade	Anos
-------	------

Experiência Profissional	Anos
--------------------------	------

Experiência Profissional no Serviço	Anos
-------------------------------------	------

Enfermeiro(a)	
Médico(a)	
Assistente operacional	
Outro:	

Em que sector esteve no último turno: \_\_\_\_\_.

Quantas vezes efectuou a <b>lavagem</b> das mãos?	
---	--

Quantas vezes efectuou a higienização das mãos com <b>solução alcoólica</b> ?	
---	--

Ordene em função do momento que considera ser mais realizado pela sua equipa  
(1 – mais realizado, 2, 3, 4, 5 – menos realizado)

Momento	Ordenação
A – Antes do contacto com o doente	
B – Antes de Procedimento Assépticos	
C – Após risco de exposição a fluidos orgânicos	
D – Após contacto com doente	
E – Após contacto com ambiente envolvente do doente	

## **ANEXOS V**

Projeto avaliação da dor no doente neurocrítico,

Módulo I



Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional:

Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

**Estágio, Módulo I (Serviço de Urgência)**

Serviço de Urgência Geral, Hospital de S. Francisco Xavier

**Projeto: Avaliação da Dor no Doente Neurocrítico**

**OBJETIVO:** Promover a avaliação da dor do doente neurocrítico no serviço de urgência

Atividades	Calendarização	Observações
<b>1ª Fase: Sensibilizar para a importância da avaliação da dor no doente neurocrítico</b>		
Realizar sessões de formação	23 e 25 de Fevereiro 2011	Sessões realizadas
<b>2ª Fase: Elaborar Projeto de avaliação da dor no doente neurocrítico</b>		
Elaborar Projeto	25 de Fevereiro 2011	Projeto elaborado
Apresentar escala de avaliação da dor	25 de Fevereiro 2011	Escala Apresentada
<b>3ª Fase: Proceder à implementação da avaliação da dor no doente neurocrítico</b>		
Realizar a sessão de formação a todas as equipas do serviço		Pós Estágio
Envolver os enfermeiros chefes de equipa		
Incorporar escala proposta no aplicativo informático do SU		
Determinar o dia para iniciar a avaliação sistemática da dor no doente neurocrítico		
Iniciar processo de avaliação e registo		
<b>4ª Fase: Análise do processo de implementação</b>		
Avaliar processo de implementação		Pós Estágio
Identificar eventuais dificuldades de implementação		
Discutir sobre propostas de melhoria		

	<b>Face</b>	<b>Actividade Mobilidade</b>	<b>Vigilância</b>	<b>Sinais Vitais</b>	<b>Respiração</b>
<b>0</b>	Expressão facial neutra ou sorriso	Posição normal	Posição corporal neutra, Não coloca as mãos sobre uma área específica do corpo.	Sinais Vitais estáveis	Adaptado ao ventilador <b>(Eupneico)</b>
<b>1</b>	Face contraída ocasionalmente	Procura atenção, realiza movimentos lentos e cautelosos	Tensão leve a moderada	TAS>20mmHg e/ou FC>20b/min	Assincronia relativa <b>(Polipneico)</b>
<b>2</b>	Face contraída frequentemente ou choro	Movimento excessivo	Rígido/tenso	TAS>30mmHg e/ou FC>25b/min	Desadaptação severa <b>(polipneico com sinais dificuldade respiratória)</b>

#### **(ANVPS) Adult Non-Verbal Pain Score**

Odhner, M. Wegman, D. Freeland, N. Steinmetz, A. and Ingersoll, G. L. (2003) Assessing Pain Control in Nonverbal Critically ill Patients Dimensions of Critical Care Nursing Vol 22: No 6: pp 260-267

## **ANEXOS VI**

Plano de sessão e apresentação sobre dor em doente neurocrítico,

Módulo I



**Mestrado Profissionalizante em Enfermagem Médico-Cirúrgica**  
**Estágio em Serviço de Urgência**

**Avaliação da Dor no Doente Neurocrítico**

---

**Professor Orientador: Profª Patricia Pontice**  
**Orientador de Estágio: Enfª Paula Batista**

**Estudante (Apresentado por): Enf. Alexandre Tomás**

**AVALIAÇÃO DA DOR NO**  
**DOENTE NEUROCRÍTICO**

---

## AVALIAÇÃO DA DOR NO DOENTE NEUROCRÍTICO

### A dor

- “Experiência sensorial e emocional desagradável, relacionada com uma lesão real ou potencial dos tecidos, ou descrita em termos que evocam essa lesão”.

(International Association for the Study of Pain, IASP)

“Um conceito abstracto que se refere a uma sensação pessoal e privada de dor, um estímulo nocivo que anuncia uma lesão tecidual, actual ou eminente e um padrão de resposta para proteger o organismo contra um dano”

(Sternbach citado por Serrano e Pires, 2000)

## AVALIAÇÃO DA DOR NO DOENTE NEUROCRÍTICO

“Dor é tudo aquilo que a pessoa que a vive diz que é e existe da forma que a pessoa diz que existe”

(McCaffery, 1972)

**Doente Neurocrítico, Alteração do estado de consciência**

## AVALIAÇÃO DA DOR NO DOENTE NEUROCRÍTICO

“Dor é tudo aquilo que a pessoa que a vive diz que é e existe da forma que a pessoa diz que existe”

(McCaffery,1972)

Doente Neurocrítico, Alteração do estado de consciência

O doente neurocritico pode dizer o que é... ?

## AVALIAÇÃO DA DOR NO DOENTE NEUROCRÍTICO

**A dor como 5º Sinal Vital, (DGS, circular Normativa, 14/06/2003)**

- a) ...
- b) O controlo eficaz da Dor é um dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes que dela padecem e um passo fundamental para a efectiva humanização das Unidades de Saúde;
- c) ...
- d) ...
- e) O sucesso da estratégia terapêutica analgésica planeada depende da monitorização da Dor em todas as suas vertentes;
- f) A avaliação e registo da intensidade da Dor, pelos profissionais de saúde, tem que ser feita de forma contínua e regular, à semelhança dos sinais vitais (...);

**(ANVPS) Adult Non-Verbal Pain Score**

	Face	Actividade Mobilidade	Vigilância	Sinais Vitais	Respiração
<b>0</b>	Expressão facial neutra ou sorriso	Posição normal	Posição corporal neutra, Não coloca as mãos sobre uma área específica do corpo.	Sinais Vitais estáveis	Adaptado ao ventilador <b>(Eupneico)</b>
<b>1</b>	Face contraída ocasionalmente	Procura atenção, realiza movimentos lentos e cautelosos	Tensão leve a moderada	TAS>20mmHg e/ou FC>20b/min	Assincronia relativa <b>(Polipneico)</b>
<b>2</b>	Face contraída frequentemente ou choro	Movimento excessivo	Rígido/tenso	TAS>30mmHg e/ou FC>25b/min	Desadaptação severa <b>(polipneico com sinais dificuldade respiratória)</b>

Odhner, M. Wegman, D. Freeland, N. Steinmetz, A. and Ingersoll, G. L. (2003) Assessing Pain Control in Nonverbal Critically ill Patients *Dimensions of Critical Care Nursing* Vol 22: No 6: pp 260-267

**AVALIAÇÃO DA DOR NO DOENTE NEUROCRÍTICO****(ANVPS) Adult Non-Verbal Pain Score**

- 0 (não existência de dor)
- 1-3 (dor leve)
- 4-7 (dor moderada)
- 8 a 10 (dor severa)

Projecto a desenvolver...(!?)

## **ANEXOS VII**

Projeto de prevenção de Infecção na colocação de CVC,

Módulo I



Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional:

Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

**Estágio, Módulo I (Serviço de Urgência)**

Serviço de Urgência Geral, Hospital de S. Francisco Xavier

**Projecto: Segurança na Colocação de Cateter Venoso Central**

**OBJETIVO:** Contribuir para a caracterização das medidas de prevenção de infecção utilizadas durante a técnica de colocação de Cateter Venoso Central

Atividades	Calendarização	Observações
<b>1ª Fase: Sensibilizar para as medidas de prevenção de infecção associada a Cateter Venoso Central</b>		
Realizar sessão de formação	23 e 25 de Fevereiro 2011	Sessões realizadas
<b>2ª Fase: Elaborar Projeto de observação da colocação de Cateter Venoso Central</b>		
Elaborar Projeto	25 de Fevereiro	Projeto elaborado
Apresentar guião de observação	25 de Fevereiro	Guião apresentado
<b>3ª Fase: Proceder às Observações</b>		
Envolver elementos elos de ligação à CCI		Pós Estágio
Envolver enf chefes de equipa		
Determinar período de tempo para observação		
Observar		
Analisar os resultados		
<b>4ª Fase: Intervenção no serviço</b>		
Comunicar os resultados ao serviço		Pós Estágio
Identificar os pontos fortes e fracos resultantes da análise de resultado		
Discutir sobre propostas de melhoria		

## Monitorização de Inserção de Cateter Venoso Central

Hospital   
 Serviço

Dia  Hora Início  Hora Fim   
 Doente  Sexo  Data Nacs.

	Sénior	Junior	Profissão/Nome
<b>1 Profissional que executa procedimento</b>			

<b>2 Higiene das mãos</b>	Oportun	Acção	SABA	Lavagem
Antes de contacto com doente				
Antes de realizar o procedimento asséptico				
Após risco de exposição				
Após contacto com o doente				
Após o contacto com ambiente do doente				

<b>3 Equipamento de Protecção Individual</b>	Sim	Não
Touca		
Máscara		
Luvas Esterilizadas		
Bata esterilizada		
Usa campo esterilizado grande (no doente)		

<b>4 Desinfecção da pele Antes do Procedimento</b>	Sim	Não
clorexidina (2%) com alcool (70%)		
Iodopovidona		
Alcool		
Outro:		
A pele encontrava-se seca antes da punção		

<b>5 Local de Colocação</b>	Direita	Esquerda
Sub-clávia		
Jugular		
Femoral		
Outro:		
número de Lúmens		

<b>6 Procedimento</b>	Sim	Não
Utiliza anestesia local		
Testou material antes de utilizar		
Número de punções realizadas		

<b>7 Fixação</b>	Sim	Não
Ponto à pele		
Outro:		
<b>Desinfecção da pele após procedimento</b>	Sim	Não
clorexidina (2%) com alcool (70%)		
Iodopovidona		
Alcool		
Outro: Não utilizou nada		
<b>Aplicação de Penso</b>	Sim	Não
Oclusivo		
Transparente		
Opaco		
Cobre toda a área		

DATA:   
 Observador:

--

## **ANEXOS VIII**

Plano de sessão e apresentação sobre prevenção de IACS em CVC,

Módulo I



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

ESCOLA SUPERIOR POLITÉCNICA DE SAÚDE

Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional:

Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

**Estágio, Módulo I (Serviço de Urgência)**

Serviço de Urgência Geral, Hospital de S. Francisco Xavier

## PLANEAMENTO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO

**TEMA: PREVENÇÃO DE INFEÇÃO ASSOCIADA A CATETER VENOSO CENTRAL**

**Objectivos gerais:**

- Apresentar os princípios de prevenção de infecção relacionados com o momento de colocação de Cateter Venoso Central

**Grupo Alvo:**

Enfermeiros do Serviço de Urgência do Hospital de São Francisco Xavier

**DATA : 23 E 25 DE FEVEREIRO DE 2011**

**Horário: 15:00 às 16:30**

**Duração:** 12 min

**Local:** Sala de reuniões do Serviço de Urgência.

**Apresentado por:** Alexandre Tomás

Tabela 1 - PLANO DA SESSÃO

<b>FASES</b>	<b>Sumário de Conteúdos</b>	<b>Metodologia</b>	<b>Recursos</b>	<b>Tempo</b>
<b>Introdução</b>	<p><b>Apresentação</b></p> <p><b>Contextualização do tema</b></p> <p><b>Objectivo Geral</b></p>	<b>Expositiva</b>	<p><b>Computador</b></p> <p><b>Projektor</b></p>	<b>2</b>
<b>Desenvolvimento</b>	<p><b>Conceito de cateter Venoso Central</b></p> <p><b>Principais Indicações</b></p> <p><b>Medidas de Prevenção de Infecção</b></p> <p><b>Importância da Higienização das mãos</b></p>	<p><b>Expositiva</b></p> <p><b>Interpelativa</b></p>	<p><b>Computador</b></p> <p><b>Projektor</b></p>	<b>8</b>
<b>Conclusão</b>	<p><b>Síntese de pontos principais</b></p>	<b>Expositiva</b>	<p><b>Computador</b></p> <p><b>Projektor</b></p>	<b>2</b>



**Mestrado Profissionalizante em Enfermagem Médico-Cirúrgica**  
**Estágio em Serviço de Urgência**  
**Cateter Venoso Central**

**Professor Orientador: Profª Patricia Pontifice**  
**Orientador de Estágio: Enfª Paula Batista**

**Estudante (Apresentado por): Enf. Alexandre Tomás**

**CATETER VENOSO CENTRAL**

## Cateter Venoso Central

### Conceito

- Consiste numa “Punção Venosa em veias de grande calibre, que não possuem válvulas e se encontram junto ao coração direito.”  
(Schäffler & Menche, 2004: 28)

### Localização

- “As grande veias do tórax superior (sub-clávia ou Jugular Interna) são as mais usadas para a inserção percutânea de cateter venosos central.”  
(Thelan et al, 1996: 273)
- “As veias sub-clávia, jugular interna e cefálica são usadas para acesso vascular de curta e longa duração”  
(Sheehy, 2010:110)

## Cateter Venoso Central

### Indicações

- Soroterapia prolongada;
- Administração de ‘grandes’ volumes;
- Administração de soluções hipertónicas;
- Administração de medicamentos tóxicos para os vasos;
- Avaliação de Pressão Venosa Central;

(Schäffler & Menche, 2004: 28)

## Cateter Venoso Central

### Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) Infecção Nosocomial da Corrente Sanguínea (INCS)

- A maioria das Infecções Nosocomiais da Corrente Sanguínea (INCS) adquiridas no hospital estão associadas ao uso de **cateteres venosos centrais**;
- Cerca de 1 em 20 doentes que necessitam de cateteres venosos centrais, num curto espaço de tempo desenvolve infecção sanguínea relacionada com o cateter venoso central;
- A **mortalidade** atribuída à infecção sanguínea relacionada com o CVC permanece incerta, no entanto, os estudos analisados pelos autores são consistentes com um intervalo de cerca de **4% a 20%**;  
(DGS, 2006)

## Cateter Venoso Central

### Factores que influenciam a taxa de infecção

- Dimensão do hospital
- Tipologia de serviços
- Tipo de cateter
- Factores de risco intrínsecos aos doente
- Tipo e gravidade de doença
- Parâmetros relacionados com o cateter:  
(condições em que foi colocado ou local de inserção)

## Cateter Venoso Central

### Fontes de contaminação dos dispositivos intravasculares

- Mãos dos profissionais;
- Microflora da pele do doente,
- Ponta do cateter contaminada durante a inserção,
- Colonização das conexões do cateter,
- Fluidos contaminados.

## Cateter Venoso Central

### Seleção do Local de Inserção

- “O local de inserção do cateter tem sido, de longe a porta de entrada mais comum dos agentes infecciosos.”
- “A **sub-clávia** é o local de eleição para inserção do CVC, em detrimento da jugular, pois está mais afastada da orofaringe e permite uma melhor fixação.”

(Silva, 2009)

Os cateteres femorais em adultos apresentam uma elevada colonização e devem ser evitados. (DGS, 2006)

## Cateter Venoso Central

### Seleção do Catéter

- Utilizar CVC com um número mínimo de lúmens.
- Os cateteres de **teflon** ou de **poliuretano** estão associados a um menor risco de complicações infecciosas

(DGS, 2006)

## Cateter Venoso Central

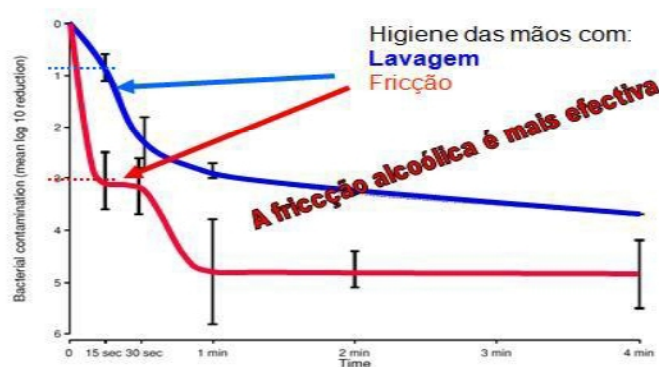
### Higienização das mãos

- Utilização de solução de base alcoólica (30 segundos) ou
- Lavagem cirúrgica das mãos com água e sabão (2 minutos)

E as mãos...?

## Cateter Venoso Central

### Higienização das mãos



## Cateter Venoso Central

### Desinfecção cutânea para inserção do Cateter

- Desinfetar a pele com um anti-séptico apropriado, preferencialmente uma solução anti-séptica alcoólica, antes de inserir o cateter (gluconato de clorhexidina);
- Deixar secar devidamente depois de aplicar a solução;
- Considera-se a desinfecção cutânea como sendo uma das principais medidas de prevenção de infecção;
- As soluções antisépticas de base alcoólica são as mais aconselhadas em toda a bibliografia, porque combinam os benefícios de rapidez de acção, com a actividade residual e espectro bacteriano.

### Evitar a tricotomia no local de inserção do cateter

## Cateter Venoso Central

### Equipamento de Protecção Individual

- O uso de máximas barreiras protectoras por parte de quem coloca o CVC.

(i.e; barrete, máscara, bata esterilizada, luvas esterilizadas e campo esterilizado 'grande' com óculo)

reduz significativamente a incidência de infecções relacionadas com o catéter.

(DGS, 2006)

## Cateter Venoso Central

### Colocação e manutenção de Penso

- Utilizar pensos transparentes de poliuretano semi-permeáveis ("pensos transparentes") e os de gaze (compressa com banda adesiva).
- Ambos devem ser permeáveis ao vapor de água e estéreis, de forma a manter um ambiente limpo e seco no local de inserção.

Uma meta-análise de estudos comparativos do risco de infecção relacionado com catéter, entre grupos que utilizavam pensos transparentes versus pensos de gaze, concluiu não haver diferenças de risco de infecção entre os dois grupos

## Cateter Venoso Central

### Manutenção de Penso e Sistemas

Substituir os pensos dos CVC a cada 2 dias se forem pensos de gaze ou pelo menos a cada 7 dias se forem pensos transparentes.

(DGS, 2006)

- Substituir sistemas de administração intravenosos (IV), incluindo torneiras e prolongamentos (72 horas)
- Substituir os sistemas utilizados para administração de sangue, derivados de sangue, ou emulsões lipídicas (24h)
- Substituir os prolongamentos utilizados na administração das infusões de propofol (6 a 12h)

## Cateter Venoso Central

### Permeabilidade dos lúmens

Utilização de heparina (10-100 unidades/ml)  
(2,5 a 5 ml após utilização, 12-12h ou 24-24h)

(Sheehy, 2010:110)

«La heparinización de CVC es recomendada, desaconsejada o no se toma partido basándose prácticamente en la misma bibliografía»

(E. López-Briz y V. Ruiz-García. Farm Hosp 2005; 29: 258-264)

## Cateter Venoso Central

### Bundle

#### Integração em eventual Projecto de Padrões de Qualidade

Observação sistemática de um procedimento  
calendarização de observações  
(instrumento de observação)  
Identificação de eventuais desvios  
Planeamento de Intervenção  
Envolvimento/sensibilização dos vários intervenientes  
Ajustamento de recursos necessários

Projecto a desenvolver...(!?)