



**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA
DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Desenvolvimento de Competências Especializadas em Enfermagem
à Pessoa em Situação Crítica

Cuidados ao Cateterismo Periférico: Análise da frequência das práticas dos Enfermeiros

Mestrando: Ana Beatriz Melo Furtado

Orientador: Professora Doutora Maria dos Anjos Dixe

Unidade Curricular: Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica com Relatório II

Leiria, março de 2025



**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA
DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Desenvolvimento de Competências Especializadas em Enfermagem
à Pessoa em Situação Crítica

Cuidados ao Cateterismo Periférico: Análise da frequência das práticas dos Enfermeiros

Relatório de Estágio apresentado para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Nome Completo e Número de Mestrando: Ana Beatriz Melo Furtado, 5230087

Orientador: Professora Doutora Maria dos Anjos Dixe

Unidade Curricular: Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica com Relatório II

Leiria, março 2025

PENSAMENTO / DEDICATÓRIA

“Somos do tamanho do que nos permitimos ser. Sonhe, trabalhe, lute e insista. Permita-se. “

- Gilberto Vieira

AGRADECIMENTOS

Este trabalho é fruto não só do meu esforço, mas também do suporte inestimável de muitas pessoas que estiveram ao meu lado ao longo desta jornada.

Ao João, meu marido e, acima de tudo, companheiro, agradeço por nunca me deixar desistir e por apoiar incondicionalmente cada passo da minha vida. Sem dúvida, sem ele, este percurso não teria sido o mesmo.

Aos meus pais, que sempre foram o meu porto de abrigo, agradeço por me oferecerem a calma que me permitiu seguir em frente.

À minha irmã, sou imensamente grata pelo apoio, compreensão e por todas as vezes que releu os meus trabalhos. Que eu possa continuar a mostrar-lhe, todos os dias, que existe um mundo vasto a conquistar.

À Joana e à Ana, minhas companheiras de guerra nesta viagem, agradeço por me ouvirem, por permitirem os meus desabafos e por estarem sempre presentes para me apoiar.

À Paula, à Marina, à Margarida e ao David, o meu muito obrigado pela disponibilidade na partilha de conhecimentos, por me ajudarem a evoluir e por terem sido um suporte fundamental durante este processo.

À Prof.^a Cátia e à Prof.^a Maria dos Anjos Dixe, agradeço por me terem fornecido as ferramentas necessárias para construir e finalizar este caminho.

E assim, com o coração repleto de emoção, encerro estes agradecimentos, consciente de que cada palavra aqui escrita reflete o amor, o apoio e a inspiração que me impulsionaram a terminar esta jornada.

RESUMO

O presente relatório surge no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, do Instituto Politécnico de Leiria - Escola Superior de Saúde de Leiria.

Dividido em duas partes, o documento dedica-se inicialmente a uma reflexão sobre as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, evidenciando a importância do conhecimento técnico-científico, do julgamento clínico e da tomada de decisão em contextos de alta complexidade. A partir de experiências práticas em diversos contextos – como o Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica, a Unidade de Evacuações Aéreas, o Instituto Nacional de Emergência Médica e o Serviço de Medicina Intensiva – o relatório descreve as práticas realizadas e as reflexões críticas desenvolvidas que permitem dar respostas à aquisição das competências inerentes à especialidade escolhida.

A segunda parte, concentra-se no projeto de investigação desenvolvido, que tem como foco os cuidados ao cateterismo periférico. Com base na fundamentação teórica e na utilização de instrumentos de auditoria, o estudo avalia a autoperceção dos enfermeiros acerca da frequência com que realizam as práticas de cuidado ao cateter venoso periférico e compara os resultados obtidos com a prática real através de auditorias clínicas realizadas aos cateteres inseridos em doentes, contribuindo para a identificação de áreas a aprimorar e para a implementação de intervenções que visem reduzir complicações associadas ao seu uso. Assim, a integração entre teoria e prática revela-se essencial para a construção de um cuidado mais seguro e centrado no doente.

Em síntese, o relatório evidencia a importância da integração da teoria na prática para o aprimoramento dos cuidados de enfermagem, ressaltando que o fortalecimento das competências do Enfermeiro Especialista é fundamental para assegurar um cuidado seguro e centrado no doente. Essa abordagem não só potencializa a qualidade dos cuidados prestados em situações críticas, como também promove a evolução contínua dos processos e protocolos clínicos, contribuindo para a excelência no serviço de saúde.

Palavras-chave: Enfermagem, Especialização, Conhecimento, Cateteres, Auditoria Clínica

ABSTRACT

This report is part of the Master's Degree in Medical-Surgical Nursing in the area of Nursing for People in Critical Situations, at the Polytechnic Institute of Leiria - Leiria School of Health.

Divided into two parts, the document initially focuses on a reflection on the common and specific skills of specialist nurses, highlighting the importance of technical-scientific knowledge, clinical judgment and decision-making in highly complex contexts. Based on practical experiences in various contexts – such as the Medical-Surgical Emergency Service, the Air Evacuation Unit, the National Institute of Medical Emergency and the Intensive Care Service – the report describes the practices carried out and the critical reflections developed that allow for responses to the acquisition of skills inherent to the chosen specialty.

The second part focuses on the research project developed that focuses on peripheral catheterization care. Based on theoretical foundations and the use of audit instruments, the study assesses nurses' self-perception regarding the frequency with which they perform peripheral venous catheter care practices and compares the results obtained with actual practice through clinical audits performed on catheters inserted in patients, contributing to the identification of areas for improvement and the implementation of interventions aimed at reducing complications associated with their use. Thus, the integration between theory and practice is essential for the construction of safer, more patient-centered care.

In summary, the report highlights the importance of integrating theory into practice for the improvement of nursing care, emphasizing that strengthening the skills of the Specialist Nurse is essential to ensure safe and patient-centered care. This approach not only enhances the quality of care provided in critical situations, but also promotes the continuous evolution of clinical processes and protocols, contributing to excellence in health services.

Keywords: Nursing, Specialization, Knowledge, Catheters, Clinical Audit

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AVC - Acidente Vascular Cerebral

BIS – Índice bispectral

BPS – *Behavioral Pain Scale*

CDE – Código Deontológico dos Enfermeiros

CVP - Cateter Venoso Periférico

CPOT - *Critical-Care Pain Observation Tool*

DGS – Direção Geral de Saúde

EC - Estágio Curricular

EE - Enfermeiro Especialista

EMC-PSC - Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em situação Crítica

ERI - Equipa de Reanimação Intra-hospitalar

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica

IACS – Infecções Associadas ao Cuidados Saúde

LASA - *Look-Alike, Sound-Alike*

MAM - Medicamentos de alerta máximo

NAS - *Nursing Activities Score*

OE – Ordem dos Enfermeiros

PCR – Paragem Cardiorrespiratória

PNSD - Plano Nacional de Segurança de Doentes

RAA - Região Autónoma dos Açores

RASS – Richmond Agitation-Sedation Scale

SAV - Suporte Avançado de Vida

SE - Sala de Emergência

SIV - Suporte Imediato de Vida

SMI - Serviço de Medicina Intensiva

SPICI - Síndrome Pós-Internamento em Cuidados Intensivos

SU – Serviço de Urgência

SUMC - Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica

UEA - Unidade de Evacuações Aéreas

ULS - Unidade Local de Saúde

VV - Via Verde

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
PARTE I – REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NOS ESTÁGIOS	15
1. CARATERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM	16
1.1 SERVIÇO DE URGÊNCIA MÉDICO – CIRÚRGICA	16
1.2. UNIDADE DE EVACUAÇÕES AÉREAS E INEM	18
1.3. SERVIÇO MEDICINA INTENSIVA	20
2. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	23
2.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	23
2.2.1. Responsabilidade profissional, ética e legal	23
2.2.2. Melhoria contínua da qualidade	28
2.2.3. Gestão dos cuidados	31
2.2.4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais	34
2.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	37
2.2.1. Cuida da pessoa a vivenciar processo complexos de doença crítica e/ou falência orgânica	37
2.2.2. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação	42
2.2.3. Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica /ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas	45
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	48
PARTE II – PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA	54
Cuidados ao Cateterismo Periférico: Análise da frequência das práticas dos Enfermeiros.....	55
Resumo	55
Introdução	56
Fundamentação Teórica.....	57
Questão de Investigação.....	58
Metodologia	58
Discussão.....	64

Conclusão	66
Referências bibliográficas	67
REFLEXÃO FINAL	69

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição das respostas da amostra quanto aos dados Sociodemográficos, profissionais, formativos e de inspeção do local dos cateteres.	60
Tabela 2 - Distribuição das respostas da amostra quanto à frequência das práticas dos Enfermeiros na abordagem aos CVP	62
Tabela 3 - Resultados da auditoria realizada a 88 catéteres colocados em 84 doentes.....	63

INTRODUÇÃO

O presente relatório, elaborado no âmbito do mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em situação Crítica (EMC-PSC), da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, reflete o desenvolvimento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista (EE) em cenários de elevada complexidade, fundamentais para a prestação de cuidados de saúde de excelência.

O percurso académico decorreu em três períodos distintos de Estágio Curricular (EC), em diferentes contextos: no Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC) e no Serviço de Medicina Intensiva (SMI) de uma Unidade Local de Saúde (ULS) da região centro; na Unidade de Evacuações Aéreas (UEA) de um hospital da Região Autónoma dos Açores (RAA); no Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), em contexto de Ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV). Essas experiências, realizadas entre 6 de maio de 2024 e 3 de fevereiro de 2025, constituem a base para a análise crítica desenvolvida neste trabalho.

Cada local de EC foi estrategicamente selecionado para oferecer uma aprendizagem integral, fundamentada na necessidade de compreender, de forma holística, os diversos processos que envolvem a prestação de cuidados a doentes em situação crítica. No SUMC, o foco recaiu sobre a dinâmica dos cuidados de urgência e emergência, permitindo uma análise aprofundada dos fluxos de atendimento e dos desafios inerentes à continuidade do cuidado, desde a admissão do utente até à sua estabilização. Na UEA e no INEM, a experiência abrangeu o contexto extra-hospitalar, evidenciando as especificidades dos transportes terrestre e aéreo e enfatizando a importância da coordenação, agilidade e precisão nas intervenções de emergência. Por fim, no SMI o contacto direto com o ambiente de cuidados intensivos destacou a complexidade dos processos terapêuticos e a necessidade de respostas rápidas e precisas.

Lopes et al. (2018) defendem que a área da saúde, devido às suas especificidades, é um dos setores que mais depende de recursos humanos qualificados, sendo que enfermagem assegura uma parte essencial na prestação de cuidados. A qualificação destes profissionais impacta o acesso aos cuidados de saúde, a satisfação dos utentes, os indicadores de saúde e bem-estar, a qualidade dos serviços prestados, os custos associados à prestação de cuidados, pelo que se justifica o investimento na qualificação dos mesmos.

Desta forma, no presente relatório, pretende-se demonstrar a reflexão e operacionalização das atividades desenvolvidas, revelando como estas capacitaram e promoveram o desenvolvimento das competências comuns e específicas do EE em EMC-PSC.

O EE possui um conhecimento aprofundado numa área específica da enfermagem, sendo detentor de elevados níveis de julgamento clínico e tomada de decisão, expressos por um conjunto de competências especializadas na sua área de atuação (OE, 2018a).

Desta forma, este profissional na área em estudo deve padecer de competências na área da responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão de cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais, comuns a todos os EE, como legislado no Regulamento nr.º 140/2019 porém, diferencia-se dos restantes nas competências específicas que adquire, nomeadamente cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica, dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítimas e maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de resposta em tempo útil e adequadas, como descrito no Regulamento nr.º 429/2018.

Assim, a metodologia adotada neste relatório procurou integrar teoria e prática de forma coerente e sistemática, possibilitando uma reflexão aprofundada sobre os desafios enfrentados e as soluções implementadas no contexto dos cuidados a doentes em situação crítica. A combinação entre a experiência prática em ambientes de alta complexidade e o rigor teórico das intervenções baseadas em evidências contribuiu para o desenvolvimento de competências que transcendem a prática clínica convencional, evidenciando a importância da formação contínua e especializada na área de enfermagem.

Para a elaboração desta reflexão foi tida em conta as Teorias de Enfermagem aplicadas ao contexto de EC. Durante os EC realizados a prática foi guiada à luz da Teoria das Transições de Afaf Meleis que orienta as intervenções de enfermagem de forma a tornar as transições mais eficientes e bem-sucedidas. Ao aplicar tais intervenções, espera-se alcançar um cuidado de saúde mais holístico e eficaz.

O referencial teórico de Afaf Meleis define transições como sendo uma passagem ou movimento de uma fase da vida, condição ou estado para o outro. A transição é compreendida como um processo psicológico envolvido na adaptação a um evento de mudança, visando incorporá-lo (Carvalho et al., 2019).

A Teoria das Transições é estruturada em torno de vários componentes: a natureza das transições (tipos, padrões e propriedades); os fatores condicionantes que facilitam ou inibem a transição (pessoais, comunitários e sociais); os padrões de resposta (indicadores de processos e resultados) e a terapêutica de enfermagem (Guimarães & Silva, 2016).

Considerando a natureza das transições, estas podem ser de desenvolvimento, relacionadas com mudanças ao longo do ciclo vital; situacionais, associadas à alteração de papéis previamente desempenhados; saúde/doença, quando ocorre uma transição de um estado saudável para um estado doente e organizacionais, relacionadas com alterações ambientais, sociais, políticas, entre outras. Além disso, as transições podem ocorrer em diferentes padrões: simples, quando a pessoa vivencia apenas uma transição ou sequenciais, quando ocorrem em intervalos de tempo diferentes. Existem propriedades que influenciam o processo de transição, como a consciência, o empenho e o espaço temporal. Adicionalmente, há condicionantes que podem ser facilitadoras ou inibidoras, destacando-se as condições pessoais, comunitárias e sociais (Carvalho et al., 2019).

Posteriormente, a segunda parte consiste na apresentação do estudo de investigação, realizado nos serviços de cirurgia e medicina de uma ULS da região centro, intitulado “Cuidados ao Cateterismo Periférico: Análise da frequência das práticas dos Enfermeiros”.

O presente estudo configura-se como um desafio intencional, com o objetivo primordial de promover a melhoria contínua nos cuidados de enfermagem. A adoção de uma abordagem proativa na adaptação e implementação de novas diretrizes torna-se, atualmente, essencial. Este projeto visa não apenas identificar áreas a aprimorar nos cuidados de enfermagem, mas também obter dados no que concerne à importância das auditorias como método de prevenção de complicações.

Desta forma, o presente estudo tem como objetivo avaliar a autopercepção dos enfermeiros acerca da frequência com que realiza as práticas de cuidado aos cateteres venosos periféricos (CVP) e compará-la com os resultados obtidos através de auditorias clínicas realizadas aos cateteres inseridos em doentes. Ao identificar e avaliar essas práticas, espera-se contribuir para o desenvolvimento de intervenções que permitam melhorar as práticas e reduzir as complicações associadas ao uso de CVP.

Para a correta elaboração e formatação deste trabalho, seguiram-se as diretrizes da American Psychological Association (7ª edição) e o guia de elaboração de trabalhos escritos do Conselho

Técnico-Científico da Escola Superior de Saúde de Leiria (Gomes & Ramalho, 2018) para a parte I. Para a parte II foram tidas em consideração as regras de formatação exigidas pela revista Referência escolhida para a submissão do respetivo trabalho de investigação.

Em suma, a integração das diversas experiências clínicas e a reflexão crítica sobre os processos de aprendizagem permitiram uma compreensão abrangente e aprofundada dos desafios e das potencialidades inerentes ao cuidado da pessoa em situação crítica. Espera-se que o presente relatório possa servir como referência para futuras práticas e estudos na área, contribuindo para o aprimoramento contínuo dos cuidados de saúde e para a formação de profissionais altamente qualificados e comprometidos com a excelência dos cuidados.

PARTE I – REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NOS ESTÁGIOS

1. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM

A compreensão profunda das dinâmicas inerentes à prática especializada revela-se fundamental para a consolidação do conhecimento e o desenvolvimento contínuo dos profissionais, sendo os EC momentos cruciais para a vivência prática dos desafios e oportunidades do contexto clínico (OE, 2021a).

1.1 SERVIÇO DE URGÊNCIA MÉDICO – CIRÚRGICA

A escolha deste percurso formativo decorreu do desejo de aprofundar conhecimentos e aprimorar a prática profissional, permitindo um papel mais ativo e diferenciado na prestação de cuidados. Nesse contexto, os EC representaram um marco significativo, especialmente ao serem realizados na ULS onde desempenham funções. Conhecer de forma integral a dinâmica interna do hospital – desde o trajeto do doente no serviço de urgência, porta de entrada, até os serviços de internamento, prováveis portas de saída – é essencial para identificar pontos críticos e oportunidades de melhoria, otimizando a eficiência dos processos internos e a qualidade dos cuidados prestados. Além disso, a identificação pessoal com a missão e visão da instituição reforça o sentido de pertença e confiança entre colaboradores e utentes, contribuindo para o reconhecimento da organização como referência em excelência na promoção da saúde e na prevenção da doença.

O SUMC em questão integra a Rede Hospitalar de Urgência/Emergência, funcionando 24 horas por dia, todos os dias do ano, em articulação com hospitais de nível superior – para situações que exigem transferências inter-hospitalares para especialidades ausentes – e com os Serviços de Urgência Básica da ULS, no que diz respeito à receção de utentes. A coordenação da referência e do transporte, além do contacto direto, é de responsabilidade do INEM como referido pela DGS (2001).

O serviço conta com uma equipa multidisciplinar composta por médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, assistentes sociais, técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica, assistentes técnicos administrativos e funcionários de segurança. A equipa de enfermagem, em particular, é formada por 92 enfermeiros, dos quais 9 especialistas em EMC-PSC, 4 em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, 2 em Enfermagem de Reabilitação e 1 em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

O Regulamento n.º 743/2019 recomenda que, em contexto de urgência, 50 % dos enfermeiros sejam especialistas em EMC-PSC, além de apresentar uma fórmula de cálculo para dotações seguras dos cuidados de enfermagem que deve ser adaptada a cada SU, ao conhecimento casuístico e aos fluxos de procura ao longo do dia, da semana e do mês. Desta forma, atendendo aos rácios previamente descritos, percebe-se que a aplicabilidade desta recomendação no presente SUMC torna-se inviável.

Quanto à distribuição de funções, a chefia adota critérios rigorosos: apenas os enfermeiros com certificação de Suporte Avançado de Vida (SAV), Curso de Trauma e competências reconhecidas pela chefia são alocados à Sala de Emergência (SE), resultando em 35 elementos nesta função.

Tal como recomendado pelo Despacho n.º 1057/2015, o serviço tem implementado o sistema de triagem de Manchester, sendo que da totalidade dos enfermeiros, 67 possuem formação específica de triagem pelo que apenas estes se encontram habilitados a exercer esta função. Entretanto, a norma 002/2018 da DGS (2018) estabelece que a triagem deve prever a retriagem, sempre que o tempo de espera exceda o limite previsto, de acordo com as características da pessoa, por iniciativa do profissional de saúde e sempre que a família/acompanhante o solicite, o que, até o término do EC, ainda não ocorria. Salienta-se que o Regulamento n.º 743/2019, recomenda que este posto de trabalho seja assegurado, preferencialmente, por enfermeiro especialista em EMC-PSC, o que também não é viável neste SUMC.

Estruturalmente, o serviço está distribuído em dois pisos: o piso 2 e o piso 7. O piso 2, que funciona como porta de entrada ao serviço de urgência, abriga a admissão, a triagem, a observação e os tratamentos de especialidades como clínica geral e medicina interna, além de se encontrar a sala de emergência (SE) e os serviços de imagiologia e patologia clínica. Em contraste, o piso 7, destinado à observação de doentes encaminhados para cirurgia e ortopedia, apresenta a desvantagem de ser necessário fazer uso dos elevadores para aceder aos serviços de imagiologia e patologia clínica, tornando o processo mais demorado e menos eficiente. Ademais, a distância em relação à SE exige a disponibilização de um carro de emergência e, quando necessário, a ativação da Equipa de Reanimação Intra-hospitalar (ERI), problema que deverá ser solucionado após as obras de requalificação.

Durante o EC, foi possível integrar ativamente a SE, sendo que a participação nas verificações da mesma facilitou o processo de adaptação. A SE é composta por duas boxes individualizadas,

ambas equipadas com materiais clínicos, farmacológicos e equipamentos críticos – como rampas de oxigénio e vácuo, monitores cardíacos, ventiladores, desfibriladores, carros de emergência para adultos e crianças, material de trauma, além de kits para procedimentos invasivos específicos. A reposição rigorosa dos materiais após cada emergência garante que a mesma se mantenha sempre apta para novas intervenções.

A análise das recomendações técnicas para a SE revelou que, de forma global, o serviço atende às normas, exceto o facto de os doentes precisarem de transitar por outros espaços funcionais, como a zona de espera para observação por clínica geral, contrariando a diretriz que prevê que “deverá existir acesso direto à SE a partir da entrada do SU, sem passagem por outros espaços funcionais” (ACSS, 2019, p.8).

Através do relatório anual da SE fornecido pelo enfermeiro responsável de serviço, constatou-se que em 2023, a mesma foi utilizada por um total de 852 horas, sendo que em 63,8% dos casos houve apenas um enfermeiro na prestação de cuidados. A Via Verde (VV) Acidente Vascular Cerebral (AVC) foi o principal motivo de entrada na SE, com um total de 274 casos.

1.2. UNIDADE DE EVACUAÇÕES AÉREAS E INEM

Este EC decorreu em dois serviços distintos escolhidos pela sua especificidade e diferenciação. De forma a obter competências na área de especialização escolhida, foi realizado o presente EC onde a escolha do mesmo foi motivada pelo desejo de incremento de conhecimentos e práticas em áreas que, além de serem desafiadoras e diferenciadas, despertavam interesse pela in experiência associada a estes contextos. Além disso, a escolha foi ainda baseada na esperança de que este EC ofereça uma visão abrangente de diferentes áreas da enfermagem, onde o enfermeiro desempenha um papel preponderante na equipa. Assim, o EC teve início na UEA, onde foi possível realizar transportes secundários de doentes críticos, e terminus no INEM, onde foi possível experienciar a abordagem inicial à vítima crítica e realizar transportes primários e secundários. A escolha destes locais complementa-se na medida em que foi permitindo vivenciar diferentes transportes e conhecer as particularidades inerentes ao transporte terrestre e aéreo, tornando a experiência mais enriquecedora.

Sabendo que o exercício de enfermagem em emergência extra-hospitalar é determinante para assegurar o suporte efetivo e integral à pessoa, em qualquer etapa do ciclo vital, família e comunidade, desde o local da emergência, até à unidade de saúde de referência, assegurando a continuidade de cuidados contribuindo para a obtenção de ganhos em saúde, nomeadamente a

diminuição da taxa da mortalidade e a diminuição da taxa de morbilidade (Regulamento nr.º 226/2018), compreende-se que o EC nesta área proporcionará a oportunidade de aprofundar conhecimentos e desenvolver competências específicas para atuar de forma eficaz e humanizada, contribuindo para a promoção da saúde e a melhoria contínua dos cuidados prestados aos doentes críticos.

Assim sendo, a primeira parte decorreu na UEA, um serviço que opera num regime específico e encontra-se em fase de crescimento, estando em curso a criação de um regulamento interno para estruturar e regulamentar as suas atividades. Esta unidade dispõe de um espaço próprio no piso 2, de um hospital da RAA e trabalha em colaboração com a Força Aérea Portuguesa (FAP). A equipa de enfermagem é composta por 18 elementos, dos quais 11 especialistas em EMC-PSC. Estes enfermeiros exercem atualmente funções em serviços de urgência, cuidados intensivos ou bloco operatório, e possuem formação avançada em SAV, SAV Pediátrico, Trauma, Emergências Obstétricas e Fisiologia de Voo, trabalhando em regime de prevenção de 24 horas, através de escalas de disponibilidade.

Diariamente, encontram-se duas equipas de prevenção, cada uma composta por um médico e um enfermeiro, que realizam transferências de carácter urgente. A equipa A é responsável pela transferência de doentes com 12 ou mais meses de idade, dentro da RAA, sendo que as transferências de doentes para fora da RAA ou de urgências obstétricas e pediátricas de doentes com idade inferior a 12 meses são realizadas pela equipa B. Acrescesse ainda que, de modo a salvaguardar os melhores cuidados, sempre que se trate de um doente com idade inferior a 12 meses aloca-se um EE em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

Segundo os dados internos da UEA acessíveis através do sistema operativo, em 2023 foram realizadas 413 evacuações, das quais 308 de natureza médica e 71 de trauma. A maioria dos doentes evacuados apresentavam idades compreendidas entre os 50 e 80 anos, sendo a ilha de São Jorge o local de origem mais frequente, e a Ilha de São Miguel, o destino mais comum.

A segunda parte do EC decorreu no INEM em Ambulância de SIV, que se encontra sediada no piso 2, piso térreo, de uma urgência básica de um hospital da região centro. A equipa é composta por 12 enfermeiros, dos quais 3 EE em EMC-PSC e 1 em Enfermagem de Reabilitação. Dentre deles, 3 enfermeiros apresentam vínculo de trabalho com o INEM e os demais integrantes exercem funções no SU do respetivo hospital. Adicionalmente, a equipa contempla 4 Técnicos de Emergência Pré-Hospitalar que juntamente com os enfermeiros, formam uma equipa

composta por 2 elementos que diariamente se encontram disponíveis para prestar assistência às vítimas de doença súbita ou de acidente, garantindo um apoio diferenciado no local das ocorrências (OE, 2021b).

Os dados internos, acessíveis também através do sistema de registo próprio, deste serviço refletem que em 2023 as ativações mais frequentes foram motivadas por pedidos de apoio diferenciado e dor torácica, sendo esta equipa ativada 1080 vezes, correspondendo a uma média de 3 saídas por dia.

Demonstrar competência em ambientes extra-hospitalares exige que o enfermeiro integre, de maneira abrangente, conhecimento, comportamento, habilidade e eficácia na prestação de cuidados, devendo-se isso à singularidade deste cenário de trabalho, que requer não só domínio teórico e prático para resolver problemas emergentes, mas também autonomia, flexibilidade e criatividade para enfrentar os desafios impostos pela pessoa em situação crítica, em conformidade com as diretrizes estabelecidas para o EE (Coimbra, 2021).

1.3. SERVIÇO MEDICINA INTENSIVA

Este campo de EC apresenta-se como uma realização de um desejo pessoal sendo que a escolha do mesmo foi motivada pela vontade de evoluir, crescer quer profissionalmente como pessoalmente, adquirindo competências especializadas no cuidado ao doente crítico. Esta escolha reflete o desejo de contribuir para a excelência dos cuidados de saúde, com base em práticas baseadas em evidências, além de reforçar a capacidade de atuar em contextos de elevada exigência e complexidade.

Vocci et al. (2021) referem que os SMI apresentam um ambiente de trabalho caracterizado por alta tensão e stress, exigindo agilidade e atenção constante. Os enfermeiros que exercem funções neste âmbito enfrentam diversos fatores stressantes tais como jornadas de trabalho exaustivas, equipas insuficientes e procedimentos de alta complexidade.

Camelo et al. (2013) acrescentam que o enfermeiro, neste contexto, necessita de um perfil que lhe permita alinhar conhecimento técnico-científico, domínio da tecnologia e humanização do cuidado, sendo que este profissional deve ser capaz de tomar decisões rápidas e precisas, mantendo a empatia e a comunicação eficaz com o doente e a sua família. Estas são características essenciais para garantir não só a eficácia terapêutica, como também o bem-estar

emocional do doente em situações de grande vulnerabilidade, pelo que se considera que este EC será uma mais-valia para o enriquecimento deste percurso.

Assim, o EC decorreu no SMI de uma ULS da região centro, sendo contemplado por uma equipa multidisciplinar onde se encontram médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, farmacêuticos, fisioterapeutas, técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica e assistentes técnicos administrativos.

O SMI em causa é detentor de um regulamento interno onde se encontra a identificação do diretor clínico e do seu substituto, a estrutura organizacional, os deveres gerais dos profissionais, as categorias e graduações profissionais, as funções e competências de cada grupo profissional e as normas de funcionamento, sendo fundamental para a integração no serviço e a compreensão da sua funcionalidade.

No que diz respeito à equipa de enfermagem, esta é composta por 37 enfermeiros dos quais 6 especialistas em EMC- PSC, 7 em Enfermagem de Reabilitação e 1 em Enfermagem de Saúde Comunitária. Os EE em EMC- PSC encontram-se responsáveis pela realização das consultas de *Follow up*, e os EE em Enfermagem de Reabilitação integram a escala do serviço, sendo contemplados turnos de prestação de cuidados na sua área de especialização, todos os dias da semana, das 12h-20h.

Relativamente às dotações seguras dos recursos de enfermagem, observa-se que os rácios recomendados são atendidos, com 1 enfermeiro para cada 2 camas de nível III e 1 enfermeiro para cada 3 camas de nível II como regulamentado no Regulamento n.º 743/2019. Contudo, não se verifica o seu cumprimento integral na medida em que este preconiza que 50% da equipa de enfermagem seja especialista, preferencialmente em EMC-PSC, sendo este aspeto limitado pelo número reduzido de EE na equipa.

A par disso, torna-se inviável o cumprimento do Parecer nr ° 15/2018 da OE no que diz respeito aos responsáveis de turno, uma vez que se encontra definido que deverão ser os EE em EMC a exercer funções de coordenação de turno, algo que não se verifica, sendo esta função distribuída equitativamente por todos os elementos da equipa.

No que diz respeito à estrutura física do serviço, verifica-se que este se encontra organizado em duas unidades: a Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, com 8 camas de nível III (inclui 2 salas com pressão negativa) e a Unidade de Cuidados Intermédios Polivalente, com 4 camas

de nível II, sendo que o exercício da sua atividade estende-se para além do espaço físico do SMI, nomeadamente através da sua presença na SE e da equipa de reanimação intra-hospitalar (ERI).

Funcionalmente, a disposição das camas em boxes individualizadas segue um formato *open space*, com um posto de vigilância central que possibilita a monitorização contínua dos doentes. Cada unidade é equipada de forma sistematizada, com a cama ao centro, equipamentos de ventilação mecânica, monitorização hemodinâmica e insuflador manual à esquerda, e material de cuidados, como bombas infusoras e rampas de aspiração, à direita.

Por fim, salienta-se o trabalho em equipa multidisciplinar existente, sendo que são realizadas reuniões de trabalho diariamente, durante a semana, com equipa multidisciplinar (enfermeiros, médicos, farmacêuticos e fisioterapeutas) onde se avalia o plano dos doentes internados e se discute os doentes em consultadoria.

2. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Segundo a OE (2017) competência é definida como sendo um conjunto integrado de conhecimentos relacionados com a formação inicial e com a experiência prática adquirida ao longo do tempo. Trata-se de um saber complexo que requer a mobilização e a combinação habilidosa de conhecimentos, habilidades, atitudes e recursos externos adequados para cada contexto em particular. Assim, neste capítulo serão aprofundadas de forma reflexiva a aquisição das competências inerentes à especialidade em estudo, correlacionando a experiência prática adquirida com a evidência científica.

2.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Os cuidados de Enfermagem litigiam um rigor técnico-científico crescente, tornando a especialização uma realidade essencial. Além das competências específicas, a OE (2019) reconhece a existência de um conjunto de competências comuns a todas as áreas de especialização, aplicáveis em todos os contextos de cuidados de saúde que serão de seguida evidenciadas.

2.2.1. Responsabilidade profissional, ética e legal

Os diferentes EC representaram uma experiência enriquecedora e desafiadora sendo que através da experiência adquirida, foi possível aprofundar os conhecimentos sobre ética, humanização dos cuidados, privacidade, confidencialidade e segurança da informação, bem como desenvolver uma abordagem crítica e reflexiva sustentada pelos princípios do Código Deontológico dos Enfermeiros (CDE) e pelo Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros.

A OE (2021c) ressalta que no exercício profissional de enfermagem, o foco está na relação interpessoal entre o enfermeiro e o indivíduo, sendo que o enfermeiro se distingue pela formação e experiência que adquire, que facilitam a compreensão e o respeito mútuo, onde se exclui julgamentos de valor em relação ao indivíduo.

A dignidade humana, no que se refere à intimidade e privacidade, foi um aspeto marcante no contacto com o doente crítico. No SUMC a dificuldade em alocar os doentes em função do género e com o devido espaço entre si é um desafio constante. Mesmo com os esforços realizados no que concerne à prestação de cuidados com recurso a cortinas ou a biombos, a exposição constante em que se encontram os doentes põe em causa o artigo nº 107 do CDE,

que expressa claramente que é dever do enfermeiro salvaguardar sempre a privacidade e intimidade da pessoa (Nunes et al., 2005). Diante dessa realidade, a prática clínica centrou-se na otimização dos recursos disponíveis e na recolha de *feedback* dos doentes, permitindo-lhes expressar preocupações e sugestões.

Já na UEA verificou-se que esta situação se torna complexa, especialmente no avião de asa fixa da FAP, onde diversos doentes podem ser transportados simultaneamente. Nesse tipo de aeronave, os doentes são posicionados em macas dispostas no chão, e a falta de cortinas impede a individualização e a promoção da privacidade, levantando-se uma preocupação também partilhada com a equipa de profissionais da UEA, que reconhece essa limitação estrutural. Apesar dessas restrições, as evacuações foram conduzidas com o máximo cuidado possível para proteger a privacidade, utilizando técnicas como o recurso a roupas para minimizar a exposição.

No SMI a vulnerabilidade dos doentes críticos foi um dos aspetos mais marcantes. Estes encontram-se frequentemente incapazes de expressar as suas necessidades ou de proteger a sua privacidade. A exposição corporal dos mesmos, evidenciou a necessidade de implementar medidas que preservem a dignidade e a intimidade, mesmo em situações em que a acessibilidade e a rapidez dos cuidados técnicos são prioritárias. Esta preocupação está alinhada com o Artigo 85.º do CDE, que estipula o dever do enfermeiro em assegurar o respeito pela dignidade da pessoa, independentemente das circunstâncias clínicas ou ambientais (Nunes et al., 2005).

A confidencialidade também se revelou um ponto crítico, pela dificuldade encontrada na segurança da informação. No SUMC, observou-se que a transmissão de cuidados ocorre frequentemente na presença de doentes, comprometendo a privacidade da informação. Para minimizar este risco, foram adotadas estratégias como o distanciamento dos doentes durante a comunicação e o controlo do tom de voz. Além disso, todas as informações foram registadas no sistema informático, garantindo a segurança e qualidade dos dados.

Algo parecido foi encontrado no SMI, onde a prática das passagens de turno na sala de cuidados foi outro ponto alvo de reflexão, uma vez que as informações sobre vários doentes eram discutidas na presença de outros. Essa prática revela-se problemática no que concerne à confidencialidade e à privacidade dos doentes, contrariando o Artigo 84.º do CDE, que determina que os dados de saúde devem ser partilhados apenas com profissionais diretamente envolvidos nos cuidados, e em condições que garantam a sua confidencialidade (Nunes et al.,

2005). Diante disso, enquanto futura EE, foi possível promover reflexões com a equipa sobre alternativas, como a utilização de espaços reservados ou a adoção de uma comunicação mais neutra, reduzindo informações identificáveis na presença de outros doentes, sensibilizando a equipa para a necessidade de melhorias nesta prática.

No que diz respeito ao direito à informação, regulamentado pela Lei nr. ° 15/2014, foi possível participar no Gabinete de Informação à Família, sediado no SMUC, que se dedica a transmitir informações aos familiares de forma atempada, promovendo a proteção dos direitos dos doentes. Ressalta-se que as informações eram prestadas exclusivamente a familiares de referência, mediante o consentimento dos doentes devidamente orientados, contribuindo para restabelecer o equilíbrio na transição entre saúde e doença, conforme definido por Meleis.

No SMI, constata-se uma relação igualmente estreita com as famílias, caracterizada pela disponibilidade constante na prestação de esclarecimentos. Além disso, o cuidado aos doentes em fim de vida destacou-se pela implementação de práticas humanizadas, como o apoio emocional consistente às famílias e a criação de um ambiente sereno e acolhedor para os doentes. A existência de uma sala específica para a comunicação de más notícias evidenciou a sensibilidade da equipa em relação a esta temática. Esta abordagem alinha-se com a Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson, que enfatiza a centralidade da relação humana e da empatia no processo de cuidado, realçando a importância do apoio emocional, da comunicação efetiva e da criação de um ambiente acolhedor. Esses pressupostos contribuem para a promoção de um cuidado humanizado, que valoriza a experiência e o bem-estar emocional tanto dos doentes quanto das suas famílias (Malta et al., 2023; Evangelista et al., 2020)

A humanização dos cuidados foi um eixo central nos três contextos. No SMI reforçou-se a importância de envolver o doente e, sempre que possível, a família nas decisões relacionadas aos cuidados, garantindo que, mesmo em situações de sedação ou incapacidade comunicativa, os doentes fossem tratados com respeito, empatia e dignidade.

Além disso, neste serviço, evidenciou-se a interdisciplinaridade com a equipa de cuidados paliativos, cuja presença revela-se essencial para o controlo eficaz dos sintomas, a tomada de decisões partilhadas e a definição de objetivos que garantem a dignidade e autodeterminação dos doentes (Andrade et al. 2024). Além disso, a atuação desta equipa contribui para evitar o encarniçamento terapêutico, uma vez que, nestas situações “o sofrimento infligido deixa de ter justificação, por não ser conforme ao estado da arte e por isso poder ficar sob a alçada penal,

além de ser deontológica, moral e eticamente reprovável” (Carneiro et al., 2018, p.160). Dessa forma, reforça-se o compromisso com a humanização e a qualidade dos cuidados prestados

A abordagem implementada reflete um processo de cuidar sob a perspetiva da vulnerabilidade, reconhecendo a dependência dos doentes críticos e as suas necessidades específicas. Neste contexto, a teoria ética do cuidado revelou-se particularmente aplicável, orientando as intervenções baseadas em princípios como a empatia, a responsabilidade e a valorização das relações interpessoais, sendo que esta abordagem garantiu práticas sensíveis, éticas e humanizadas, mesmo em cenários onde não existe uma resposta direta dos doentes (Torralba, 2002).

Neste seguimento, a reflexão conjunta com o enfermeiro orientador e o enfermeiro responsável permitiu identificar oportunidades de melhoria na prática assistencial, com foco na humanização dos cuidados. A comunicação eficaz com o doente ventilado emergiu como uma temática crucial para a equipa, sendo uma preocupação crescente na prestação dos cuidados. A importância desta prática foi fundamentada no artigo Nr. ° 110 do CDE, que destaca a necessidade de garantir uma comunicação clara e humanizada, mesmo em contextos críticos (Nunes et al., 2005).

Respeitar a pessoa na sua individualidade e como parte de um núcleo familiar foi algo verificado na UEA, onde se observou uma proximidade com as famílias, que são autorizadas a acompanhar o doente até ao destino, juntamente com a equipa dentro da aeronave. Essa proximidade favorece uma comunicação clara e direta com a equipa, permitindo esclarecimentos céleres sobre o estado clínico do doente. Também no INEM, a interação com a família ocorre diretamente no local da ocorrência, onde se valoriza o respeito na abordagem. A família é frequentemente envolvida na colheita de informações essenciais, como antecedentes médicos, medicação habitual, condições prévias, desejos e crenças.

A passagem pelo SMI permitiu ainda um contacto direto com o processo de doação e colheita de órgãos, um tema que envolve dilemas éticos complexos, especialmente no que concerne ao respeito pela autonomia do dador e à comunicação com a família. Embora em Portugal vigore o princípio da doação presumida, estabelecido no artigo N.º 10 da Lei n.º 12/93, de 22 de abril, muitas famílias desconhecem a vontade do seu familiar, o que gera conflitos éticos para os profissionais de saúde. Além disso, o diagnóstico de morte cerebral nem sempre é bem compreendido, levando à desconfiança e resistência à doação. Nessa situação, o enfermeiro

desempenha um papel fundamental como mediador, adotando uma abordagem humanizada e sensível no apoio às famílias.

Outro desafio ético envolve a manutenção hemodinâmica do dador e a equidade na distribuição dos órgãos, considerando que o uso de suporte ventilatório para preservar a viabilidade dos órgãos pode ser interpretado como um prolongamento artificial da vida, dificultando a aceitação da morte pela família, enquanto a escassez de órgãos suscita preocupações quanto à justiça no acesso ao transplante, exigindo um sistema transparente e baseado em critérios clínicos rigorosos. Além disso, destaca-se a complexidade do diagnóstico de morte cerebral e os conflitos gerados por fatores culturais, religiosos e éticos, sobretudo perante discrepâncias entre a procura e a oferta de órgãos, o que reforça a necessidade de um processo transparente (Melo et al., 2021).

Nesta linha de pensamento, surge a temática da objeção de consciência, um direito reconhecido pela OE. Considera-se objeitor de consciência o enfermeiro que “por motivos de ordem filosófica, ética, moral ou religiosa, esteja convicto de que lhe não é legítimo obedecer a uma ordem concreta, por considerar que atenta contra a vida, contra a dignidade da pessoa humana ou contra o código deontológico” (Regulamento 344/2017, p. 12943). Apesar de não de ter existido contacto com esta prática, assume-se e reconhecesse que a mesma existe e que se encontra claramente legislada, permitindo aos profissionais a manutenção dos seus valores e crenças pessoais, sem, contudo, comprometer o acesso dos doentes aos cuidados necessários.

No contexto do INEM, foi ainda possível refletir sobre o papel fundamental do EE na monitorização e avaliação de práticas indevidas. Como profissional capacitado para avaliar e assegurar que os cuidados prestados sejam adequados e dignos, o enfermeiro atua na salvaguarda das condições que respeitam a integridade dos doentes. Este papel está em conformidade com o artigo 82º do CDE, que define o dever do enfermeiro de “recusar a participação em qualquer forma de tortura, tratamento cruel, desumano ou degradante” (Nunes et al., 2005, p. 99), reforçando a importância de um cuidado que valorize a vida e a qualidade da mesma. Assim, a ativação para uma casa de acolhimento por queda de uma vítima do sexo feminino com alteração do estado de consciência, proporcionou uma reflexão sobre o papel do enfermeiro, destacando-se a importância da vigilância ativa e da responsabilidade ética associada. Nestas situações compreendeu-se que os enfermeiros dispõem da possibilidade de notificar, através do sistema operativo, situações de cuidados inadequados que serão

posteriormente reportados a entidades competentes como a segurança social, salvaguardando condições que respeitem a dignidade e os direitos dos doentes.

A experiência nos diferentes contextos clínicos permitiu então uma reflexão aprofundada sobre os desafios éticos na prática da enfermagem, sendo que cada serviço apresentou especificidades que exigiram uma adaptação constante. Assim, a experiência consolidou competências essenciais para a prática futura, contribuindo para um exercício da enfermagem mais ético, seguro e humanizado.

2.2.2. Melhoria contínua da qualidade

A OE (2021c) na procura da melhoria dos cuidados de enfermagem procurou desenvolver padrões de qualidade dos cuidados que se tornam linhas orientadoras na medida em que fornecem diretrizes claras sobre as intervenções dos enfermeiros, procurando minimizar os erros e maximizar os resultados dos cuidados. Nesse sentido, a promoção da qualidade e da segurança constitui-se como um imperativo, reduzindo significativamente os riscos evitáveis, ampliando o acesso aos cuidados e assegurando a equidade e o respeito na prestação dos serviços (Ribeiro et al., 2017).

Para organizar os cuidados de saúde, tendo em vista a segurança e excelência dos cuidados prestados, os indicadores assumem um papel importante. Pereira (2018) destaca que o seu uso promove melhorias significativas nos processos organizacionais, contribuindo para melhores resultados em saúde, enquanto Paz et al. (2023) acrescentam que os indicadores de qualidade permitem avaliar a performance técnica e a metodologia das intervenções realizadas sendo cruciais para avaliar as áreas que necessitam de maior investigação assegurando a segurança dos cuidados prestados.

Observou-se, nos locais de EC, uma preocupação evidente com essa prática. No SUMC verificou-se pela análise do relatório anual (fornecido pelo enfermeiro responsável) da Triagem de Manchester, que a satisfação dos doentes com a mesma é elevada, com apenas 3% dos utentes expressando insatisfação com o tempo de espera. No contexto extra-hospitalar, a existência, em ambos os locais, de uma base de dados própria para registar informações sobre as ativações permite uma análise detalhada da casuística, otimizando os processos. No INEM, são monitorizados indicadores de qualidade que avaliam aspetos fundamentais, como a satisfação dos doentes e os tempos de ativação, e, no SMI, evidencia-se a sensibilidade da equipa para aspetos relacionados com a iatrogenia (ex.: incidência de úlceras de pressão,

número de pneumonias associadas ao ventilador, extubações não planeadas e tempos de resposta da ERI).

Além dos indicadores, o INEM contempla ainda auditorias regulares, sendo que estas permitem avaliar a qualidade dos cuidados com o objetivo de alcançar a excelência dos mesmos (Alves & Banaszkeski, 2021). Em casos de paragem cardiorrespiratória (PCR), por exemplo, existe a obrigatoriedade de registo na Plataforma Nacional de PCR Pré-Hospitalar. A integração desses dados juntamente com as informações dos monitores/desfibrilhadores fornece uma base robusta para as auditorias, que visam melhorar continuamente a atuação em PCR, promovendo segurança e eficiência, evidenciando a preocupação da melhoria contínua nos cuidados prestados.

No âmbito da melhoria contínua, foi realizada uma reflexão sobre a existência de um ambiente seguro nos serviços, tendo por base o Plano Nacional de Segurança de Doentes (PNSD) 2021-2026 da Direção-Geral de Saúde (2022). Este plano prevê o aumento da cultura e transparência na notificação de incidentes de segurança, por meio do Sistema NOTIFICA, que visa um incremento de 20% na notificação desses incidentes até 2026. Contudo, através de conversas informais foi verificado que os profissionais ainda não estão suficientemente sensibilizados para a notificação de eventos, porém, estes EC permitiram desenvolver reflexões e compreender a sua importância, verificando-se que esta prática permite a prevenção de eventos adversos e procura um incremento na cultura de segurança.

Carvalho & Aguiar (2023) corroboram essa constatação, afirmando que, embora a consciencialização dos profissionais de saúde quanto à necessidade e importância da notificação de eventos tenha aumentado, ela permanece aquém do esperado. Ressalta-se que os enfermeiros são considerados essenciais nesse processo, não só por estarem na linha da frente da prestação de cuidados, mas também por serem os profissionais que se encontram mais tempo com os doentes.

Paralelamente, a segurança – um dos pilares do PNSD 2021-2026 – evidencia a complexidade e as exigências inerentes à atuação dos enfermeiros, visto que a qualidade do ambiente de prática está intrinsecamente ligada à segurança dos cuidados prestados, pelo que em contexto SIV, os enfermeiros fundamentam a sua prática em protocolos estabelecidos pelo INEM. Degasperi et al. (2020) afirma que os protocolos funcionam como guias essenciais, promovem cuidados qualificados, organizados e humanizados, contribuindo significativamente para a

diminuição da morbimortalidade e o aprimoramento da qualidade assistencial. Assim, a integração desses protocolos ao quotidiano profissional tem se mostrado crucial para o contínuo processo de aprendizagem e evolução da prática clínica.

Também o SMI se coaduna com esta metodologia na medida em que se verifica a adoção de protocolos padronizados para a segurança na administração de terapêuticas sendo cumprida a regra dos nove certos. Na Europa estima-se que 18,7% a 56% de todos os eventos adversos associados a medicamentos são erros evitáveis sendo que os enfermeiros desempenham um papel crucial na segurança da medicação (Teixeira et al., 2024). A existência de protocolos enquadra-se com o enfatizado pela OE (2021c), sendo que os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, incluem a implementação de protocolos que permitam orientar a execução das ações e direcionar o trabalho dos profissionais. Vieira et al. (2020) acrescentam que os protocolos objetivam facilitar a tomada de decisão, descrevendo uma situação específica de cuidado com detalhes e especificações operacionais além de contribuírem para a avaliação da qualidade e segurança do cuidado prestado.

No que tange à cultura de segurança no uso de medicamentos, é essencial seguir as diretrizes da Norma nr.º 008/2023, que aborda os medicamentos de alerta máximo (MAM). Esta norma determina medidas como armazenamento separado, sinalização específica para medicamentos *Look-Alike, Sound-Alike* (LASA) e a utilização de cores ou pictogramas. No SUMC, foi possível integrar o projeto do circuito do medicamento, que procura promover a segurança através da verificação de todas as gavetas de medicação para identificar incongruências e garantir a correspondência correta com as respetivas etiquetas. Tanto no SUMC quanto no SMI, verifica-se que a medicação prescrita já apresenta alterações no grafismo da denominação, adotando o método de inserção de letras maiúsculas na medicação LASA, em conformidade com as orientações da DGS (2015).

A comunicação considerada “eficaz e eficiente numa instituição de saúde é um dos principais pilares para a promoção de cuidados seguros (...) essencial na prevenção de eventos adversos” (PNSD 2021-2026, p.29), foi fortalecida durante os EC, através da aplicação da técnica ISBAR, garantindo a continuidade dos cuidados conforme recomendado na norma nr.º 001/2017.

A continuidade da informação, por sua vez, depende de registos precisos. No SUMC, o sistema de informação SCLINICO demonstra essa importância, enquanto no INEM o sistema iTEAMS serve como uma plataforma interativa que permite o intercâmbio de informações entre o médico

regulador e os meios extra-hospitalares, estratificando a gravidade clínica das ocorrências com recurso a várias escalas de avaliação. Este sistema permite um registo completo dos incidentes, incluindo a identificação da vítima, os diagnósticos de enfermagem de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, os protocolos utilizados, as intervenções realizadas e o encaminhamento final do doente. Já na UEA, constatou-se uma realidade marcada por registos predominantemente médicos. No entanto, foi possível perceber a existência de esforços e sensibilidade da equipa para a necessidade de mudança, sendo que se encontra em curso a elaboração de um sistema operativo que incluirá a avaliação inicial, diagnósticos de enfermagem, registos de intervenções autónomas e a terapêutica efetuada, visando melhorar a qualidade dos registos e a integração dos cuidados de enfermagem na documentação clínica.

Por fim, foi possível perceber a problemática da falta de interoperabilidade dos sistemas, que impede o acesso aos dados do transporte pondo em causa esta questão da continuidade dos cuidados. A interoperabilidade é crucial para que todos os dados sejam acessíveis e integrados entre as equipas, otimizando a eficiência e a segurança dos cuidados. Assim, a interoperabilidade dos sistemas de informação em saúde garante a coexistência e a operacionalidade dos vários sistemas, que, embora inicialmente desenhados para operar de forma isolada em redes locais, devem assegurar a segurança clínica de doentes e profissionais em todos os níveis de prestação de cuidados, em todas as entidades e localizações geográficas (Caridade, 2023).

Em resumo, a integração eficaz de protocolos, indicadores e sistemas de informação, aliada a uma cultura sólida de segurança e melhoria contínua, consolida o compromisso com a excelência dos cuidados de enfermagem.

2.2.3. Gestão dos cuidados

No domínio da gestão dos cuidados, o EE gere os cuidados de enfermagem, otimizando e articulando a resposta da sua equipa e procura adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto (Regulamento n.º 140/2019). Os enunciados de qualidade para o exercício profissional dos enfermeiros destacam a responsabilidade do enfermeiro em prevenir complicações, assumindo a responsabilidade pelas decisões que toma e pelos atos que executa ou delega, sempre centrado na excelência dos cuidados (OE, 2021c). Nesse sentido, durante os EC foi possível perceber a prática dos EE, especialmente na dinâmica e desempenho na identificação de problemas e no processo de tomada de decisão.

No SUMC e no SMI, no que concerne à gestão de cuidados verificou-se a aplicação do método individual de trabalho. Este método permite que cada enfermeiro seja responsável por todos os cuidados prestados a um doente durante um turno, assegurando uma abordagem holística (Almeida Ventura-Silva et al., 2021). Essa metodologia, ao se enquadrar no contexto específico destes serviços, favorece a continuidade dos cuidados. Por outro lado, no contexto extra-hospitalar contactou-se a aplicabilidade do método de trabalho em equipa, fundamentado numa filosofia na qual todos os membros, conduzidos por um líder - o médico, na UEA, ou o enfermeiro, na SIV- estão cientes das necessidades e dos problemas do doente, contribuindo individualmente para o seu bem-estar (Parreira et al., 2022).

Tanto no SUMC quanto no SMI, constatou-se a existência de um enfermeiro responsável que gere o serviço em todos os turnos. Contudo, enquanto no SUMC este profissional é, sempre que possível, um EE em EMC – conforme recomenda o parecer da OE (2017) –, no SMI essa função encontra-se distribuída equitativamente entre os membros da equipa, o que se mostra contraproducente face ao referido parecer da OE (2018).

A proximidade com estes profissionais permitiu compreender as suas funções e confirmar o papel ativo que desempenham na tomada de decisões em conjunto com a equipa médica, ao mesmo tempo em que se constatou a inviabilidade de cumprir a recomendação em função da insuficiência de EE nos serviços em questão.

Diante desse cenário, a estratégia adotada no SUMC passa pela atribuição desta função a enfermeiros perito, descritos como um profissional que possui uma “enorme experiência, compreende de maneira intuitiva cada situação e apreendem diretamente o problema sem se perderem com soluções e diagnósticos estéreis” (Benner, 2001, p. 54). A expertise associada a esses profissionais possibilita a manutenção de um padrão elevado de cuidados, promovendo uma dinâmica colaborativa na prestação de cuidados e assegurando que as decisões clínicas estejam fundamentadas numa prática experiente, tendo por base uma abordagem centrada no doente (Benner, 2005).

No SMI, o contacto com os doentes é prolongado quando comparado com os restantes locais de EC, o que permite uma participação ativa na abordagem dos doentes desde o momento da admissão, passando pela avaliação inicial e pela implementação do processo de Enfermagem. Esse envolvimento, que inclui a aplicação de instrumentos de avaliação das necessidades do doente, possibilita a elaboração de planos de cuidados individualizados, garantindo que cada

intervenção esteja alinhada com as condições e necessidades específicas de cada doente. Sabendo que a Teoria das Transições de Meleis enfatiza que as mudanças no estado de saúde exigem um acompanhamento contínuo para uma adaptação adequada do doente, a proximidade proporcionada pelo SMI não só permite a identificação precoce das necessidades emergentes, mas também uma intervenção estruturada que promove um cuidado centrado no indivíduo, facilitando o processo de transição e contribuindo para uma recuperação mais eficiente (Carvalho et al., 2019).

No que diz respeito ao trabalho de Enfermagem, no SMI, foi ainda possível contactar com o *Nursing Activities Score* (NAS) uma medida segura de avaliação da carga de trabalho de enfermagem em unidades de cuidados intensivos (Cyrino et al., 2017). Pinno et al. (2020) acrescentam que este instrumento ao avaliar o tempo da prestação de cuidados de enfermagem, possibilita a validação da dimensão dos profissionais necessários de forma adequada, beneficiando a equipa e os doentes.

Quer no SMI quer no SUMC foi ainda possível acompanhar o trabalho do enfermeiro responsável, onde se analisaram e refletiram as decisões clínicas, a gestão da equipa e o trabalho burocrático inerente à profissão tais como horários, trocas, pedidos mobilidade, reposição de stock, sendo que esta experiência foi crucial para compreender os desafios da liderança em contextos de alta complexidade. Pires et al. (2023) afirmam que a enfermagem, enquanto ciência em constante transformação, enfrenta desafios crescentes na prestação dos cuidados, exigindo excelência na prática fundamentada em evidências científicas para oferecer cuidados avançados e tomar decisões bem fundamentas. Assim, a liderança nos ambientes de saúde deve ser abordada de maneira abrangente, destacando a importância da seleção criteriosa de profissionais capazes de contribuir significativamente para a melhoria dos serviços.

Por outro lado, no ambiente extra-hospitalar vivenciou-se uma abordagem relacionada com uma gestão dos cuidados diferenciada. Na UEA, a familiarização com o armazém avançado e a reposição de materiais foi crucial para a otimização dos cuidados em cada ativação. Neste ambiente, a sistematização dos processos, a organização dos materiais, a manutenção dos equipamentos, o uso de *checklists* e a reposição rigorosa de materiais são fundamentais para o sucesso das operações. A falta de algum material ou uma avaria pode ter graves consequências, uma vez que a reposição só é possível a grandes distâncias da base, frequentemente a dezenas ou até milhares de quilómetros.

No contacto com o ambiente SIV, foi possível compreender a responsabilidade profissional do enfermeiro como membro de maior diferenciação dentro da equipa. Essa responsabilidade vai além da prestação de cuidados, abrangendo também a gestão do ambiente, como a limpeza da célula sanitária, a verificação e reposição de materiais e medicamentos, bem como a manutenção da funcionalidade dos equipamentos, assegurando que estejam em perfeito estado de operação (OE, 2021b).

Além disto, e com o objetivo de melhorar os cuidados e garantir um ambiente seguro para o transporte de doentes, a prática envolveu a aplicação de princípios de ergonomia, reduzindo os riscos para os profissionais e para os doentes durante os transportes. O posicionamento e manipulação dos equipamentos foram planeados de maneira a diminuir o esforço físico e o tempo de alcance. Contudo, na UEA, foram identificadas limitações no que diz respeito à redução da vibração e do ruído durante o transporte aéreo, pela falta de sistemas de suspensão e pela não adesão ao uso de protetores auditivos. Apesar de os profissionais da FAP usarem protetores auditivos, a adesão por parte dos profissionais de saúde é limitada, referindo como justificação o desconforto e o acréscimo de dificuldades comunicacionais.

Em síntese, a gestão dos cuidados, tanto em ambientes hospitalares quanto extra-hospitalares, revela a complexidade e a necessidade de abordagens diferenciadas que atendam às especificidades de cada contexto. A integração de métodos de trabalho, a designação de enfermeiros responsáveis em função das recomendações e a aplicação de instrumentos de avaliação de carga de trabalho reforçam a importância de uma liderança eficaz e de uma prática de enfermagem fundamentada na excelência e na segurança.

2.2.4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, sabe-se que o EE procura desenvolver o autoconhecimento e a assertividade, alicerçando os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como um agente ativo no campo da investigação (Regulamento nr. ° 140/2019).

Os EC foram marcados por uma atuação contínua, na qual a abordagem proativa na prestação de cuidados ao doente crítico – sustentada pelo conhecimento técnico-científico – contribuiu para um ganho progressivo de autonomia. Essa evolução resultou em maior segurança tanto na tomada de decisões quanto na execução das intervenções.

Durante os turnos foi trabalhada a capacidade de comunicar em ambientes de *stress* e com profissionais desconhecidos, sendo que, se no início era uma dificuldade sentida, com o decorrer do tempo e com a autoconfiança ganha, foi uma dificuldade ultrapassada, sendo atualmente capaz de comunicar e ser um elemento ouvido no seio de uma situação de *stress*.

A constante procura de *feedback*, após situações emergentes, foi crucial para o incremento do conhecimento e para a reorganização das práticas. Cada nova experiência incorporava os pontos de melhoria identificados previamente, possibilitando uma evolução gradual e positiva.

No ambiente extra-hospitalar, além da comunicação, foi ainda possível desenvolver competências no que diz respeito à gestão de respostas e à adaptabilidade individual e organizacional. Quer o EC da UEA como da SIV, exigiu uma resposta contínua a emergências, tornando estes ambientes desafiadores e exigentes, reforçando a capacidade de integração e adaptação a contextos hostis e imprevisíveis.

As recomendações sobre o Transporte de Doentes Críticos Adultos serviram como linhas orientadoras para a integração e adaptação ao transporte, alinhando o trabalho às boas práticas estabelecidas pela Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2023). Este incremento de conhecimento culminou na percepção da necessidade de melhoria das práticas e na partilha de conhecimentos no local onde desempenha funções, evidenciando a importância da especialização no ganho de conhecimentos e na segurança dos doentes.

Já no SMI, o enfermeiro necessita de competências essenciais como tomada de decisão em tempo útil, comunicação assertiva e capacidade de priorização, as quais foram exercitadas no decorrer do EC, corroborando Camelo (2012) que evidencia a necessidade de competências na área da tomada de decisão, liderança, comunicação, educação permanente, gestão de recursos humanos e materiais nos enfermeiros que trabalhem neste âmbito.

Relativamente à comunicação, o contacto com o doente ventilado incapaz de comunicar permitiu o desenvolvimento desta capacidade. Os profissionais de saúde, reconhecem a comunicação como uma competência de extrema importância, mas a impossibilidade de comunicar através da fala, concomitantemente com as dificuldades de interpretar sinais atípicos produzidos pelos doentes gera barreiras à comunicação (Cabral et al., 2024). Neste contexto, surge o estudo de Sias et al (2022) que destaca medidas de comunicação aumentativas como utilização gestos e expressões faciais, linguagem corporal, utilização de materiais (papel e lápis)

e ainda utilização de imagens, acrescentando como estratégias mais tecnológicas a eletrolaringe, os teclados virtuais, o *eye tracking* e as válvulas fonatórias, que ainda não se encontram disponíveis neste serviço.

Posto isto, procurou-se enriquecer este caminho procurando a evidência científica mais recente em diversos contextos. A participação no 1º Congresso Internacional do Doente Crítico, um momento importante de partilha de conhecimento e reflexão sobre áreas específicas em estudo, contribui-o para o aprofundamento do saber e atualização de práticas existentes fora de Portugal.

A participação no Simpósio Internacional de Enfermagem de Cuidados Intensivos: Transição do Doente Crítico para a Comunidade proporcionou uma visão ampliada sobre os desafios associados à continuidade dos cuidados após a alta, as alterações na imagem corporal dos doentes, cuidados aos acessos vasculares e a importância da segurança do doente. Essas discussões reforçaram a necessidade de uma abordagem holística e centrada no doente bem como obter perceção das problemáticas associadas a estes ambientes através de profissionais da área.

Paralelamente, a oportunidade de moderar uma mesa nas jornadas “Queimadura – Presente e Futuro: Uma Cicatriz de dor, uma marca de resiliência” foi uma mais-valia que contribuiu para o desenvolvimento de competências comunicacionais, gerando novas aprendizagens e experiências. A participação na organização da mesma foi igualmente enriquecedora, promovendo competências em áreas como o planeamento, a gestão de equipas, a organização e a resolução de problemas. Esse envolvimento trouxe ainda a experiência de negociar e comunicar com diferentes partes interessadas, como palestrantes, patrocinadores e fornecedores, fortalecendo a comunicação interpessoal, habilidades importantes no processo de desenvolvimento profissional como EE.

Adicionalmente, as pesquisas realizadas sobre SAV, capnografia, eletrocardiografia, preparação e correta administração de terapêutica, cuidados ao doente ventilado, técnica dialítica, entre outras, também enriqueceram este processo de aprendizagem.

Assim, o contacto com o doente crítico reforçou que o exercício da enfermagem exige uma atualização contínua dos conhecimentos, os quais devem ser aplicados de forma objetiva e fundamentada em evidências científicas, sendo essenciais para garantir a qualidade e a

segurança no cuidado. Nesse sentido, procurou-se maximizar todas as oportunidades de aprendizagem, promovendo uma análise e reflexão sistemática sobre os cuidados prestados. A prática reflexiva, como argumenta Mendes (2016), é fundamental na aprendizagem clínica, pois contribui para o desenvolvimento do pensamento crítico em enfermagem, o que, por sua vez, fortalece a prática profissional.

2.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica requerem a observação contínua e sistemática de dados com objetivo de conhecer a situação do doente e da sua família/cuidador, prever e detetar complicações precocemente e garantir intervenções precisas e eficientes em tempo útil (OE, 2018b). Neste capítulo serão apresentadas as atividades e as reflexões realizadas nos EC que procuraram dar resposta às competências do EE em EMC-PSC.

2.2.1. Cuida da pessoa a vivenciar processo complexos de doença crítica e/ou falência orgânica

A pessoa em situação crítica é definida como sendo “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (OE, 2018b, p. 19362). Desta forma, os cuidados de enfermagem a estes indivíduos devem integrar tanto competências relacionais quanto técnico-científicas, estabelecendo uma ligação entre a tecnologia e o aspeto humano do cuidado.

Assim, os EC realizados proporcionaram o contacto diário com doentes em situações complexas de saúde onde a vida se encontrava ameaçada. Entre desses destacam-se os casos de enfarte agudo do miocárdio, AVC, politrauma coma hipoglicémico, reações alérgicas graves, PCR, traumatismo craneoencefálico, traumatismos vertebro-medulares, morte cerebral, entre outros, abrangendo uma ampla faixa etária, desde idade pediátrica a geriátrica.

Foi, ainda, possível contactar diretamente com a operacionalização das VV, tais como VV Trauma, AVC, Coronária e Sepsis, permitindo compreender a interligação entre o ambiente extra-hospitalar com o intra-hospitalar. Segundo declarações do INEM (2025), esta instituição em 2024, encaminhou, 2.397 casos de suspeita de Enfarte Agudo do Miocárdio para tratamento hospitalar através da VV Coronária. Ainda segundo o INEM (2024a), em 2023 foram encaminhados para os hospitais adequados mais de 8.796 utentes com sinais e sintomas de

AVC, afirmando que esta interligação possibilita um encaminhamento rápido e eficaz para as unidades de saúde mais adequadas.

No SMI, de forma mais premente, foi possível o incremento de conhecimento sobre os diferentes meios de monitorização hemodinâmica do doente crítico, incluindo a pressão arterial invasiva, monitorização da pressão venosa central e o uso de monitorização cardíaca contínua, eletroencefalograma, o pulmão vista. A interpretação desses dados revelou-se desafiadora, exigindo um aprofundamento no estudo para possibilitar intervenções mais eficaz na estabilidade do doente.

A abordagem XABCDE foi fundamental nos cuidados prestados, sendo melhorada ao longo dos EC, esta metodologia permite, de uma forma sequencial e por ordem de importância, identificar e corrigir as situações que ameaçam a vida (DGS,2022a).

Também no ambiente extra-hospitalar se verificou que esta abordagem era amplamente utilizada e adaptada às especificidades de cada contexto. Na UEA, esta metodologia serve de base para avaliar continuamente a estabilidade do doente durante o transporte, a passo que no INEM permite avaliar de forma primária focos de instabilidade e tratá-los com base na priorização estabelecida pela abordagem, permitindo identificar e tratar ameaças imediatas à vida. Assim, a identificação precoce de sinais de instabilidade clínica e a atuação coordenada da equipa multidisciplinar, permite a máxima estabilização do doente e um transporte seguro NHS (2022).

A dor no doente crítico é frequente, independentemente do seu critério de admissão, podendo estar ou não relacionada com procedimentos invasivos e não invasivos a que o doente é sujeito tornando-se uma preocupação constante (Teixeira & Silva, 2023).

O SUMC permitiu o contacto inicial e direto com esta preocupação, destacando a necessidade de fluidez e rapidez na manipulação, preparação e administração, principalmente na SE. No SMI, a gestão da analgesia manteve-se como uma prática frequente, sendo que neste ambiente a avaliação da dor decorre de forma sistemática tendo por base a aplicação de escalas específicas, sendo no contexto de EC utilizada a *Behavioral Pain Scale* (BPS). Esta ferramenta encontra-se alinhada com a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (n.d.), que recomenda a sua utilização para doentes incapazes de comunicar verbalmente. No entanto, durante os EC foi possível conhecer a escala *Critical-Care Pain Observation Tool* (CPOT), verificando-se que esta é também uma escala validada para este contexto e que permite aos

enfermeiros realizar avaliações rigorosas da dor, baseando-se em indicadores do doente, como expressão facial, movimentos corporais, tensão muscular e adaptação ao ventilador. Neste âmbito, foram desenvolvidas reflexões com a equipa de enfermagem sobre a importância da adoção de escalas validadas e a necessidade de atualização contínua das práticas, garantindo um cuidado centrado no doente, facilitando a compreensão das suas necessidades e promovendo intervenções de enfermagem adaptadas a cada situação (Marques et al., 2022).

Pinheiro & Marques (2019) referem no seu estudo que ambas as escalas apresentam propriedades psicométricas semelhantes, com boa confiabilidade e fiabilidade. Tanto a BPS quanto a CPOT foram consideradas pelos profissionais de saúde como ferramentas úteis em contexto de SMI, por serem de fácil utilização e memorização. Verifica-se que a aplicação de pelo menos uma das escalas contribui para o aumento da frequência de avaliações e, conseqüentemente, para uma gestão mais adequada da sedoanalgesia.

A gestão da sedação era realizada com base na monitorização através da *Richmond Agitation-Sedation Scale* (RASS) e do índice biespectral (BIS). Estudos demonstram que a correlação entre a RASS e o BIS reforça a utilidade da monitorização do BIS como ferramenta coadjuvante na avaliação da sedação (Zheng et al, 2018).

Sobre a temática da gestão da sedação, na UEA, um exemplo marcante decorreu durante um transporte de um doente com diagnóstico de AVC Isquémico, evacuado da ilha de São Miguel para a ilha da Madeira para realização de trombectomia. Este transporte foi marcado pelo estado confusional e agitação psicomotora do doente, onde ficou patente a importância do trabalho em equipa, que incluiu ajustes terapêuticos e intervenções autónomas de enfermagem, bem como pelo envolvimento da família. No que concerne ao ajuste terapêutico as recomendações de transporte de doentes críticos da Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2023), verifica-se que se encontra contraindicado o transporte de doentes com agitação psicomotora sem sedação prévia, pelo que a manutenção da sedação foi essencial para o sucesso desta ativação. A par disso, associa-se a função do enfermeiro, sendo que Sousa et al. (2019) reforçam a importância das intervenções autónomas na gestão da confusão aguda, como a promoção da orientação, a gestão ambiental e o incentivo ao sono, porém o ambiente do transporte aéreo impõe desafios significativos, como o ruído, que interfere diretamente na aplicação dessas medidas.

O contacto com o doente ventilado decorreu em todos os contextos de EC, mas a compreensão mais profunda dos cuidados a esses doentes foi adquirida no SMI, onde foi possível compreender os modos ventilatórios bem como interpretar a informação obtida nos ventiladores.

No ambiente extra-hospitalar, a experiência possibilitou a capacitação em situações de tomada de decisão e de adaptação constante, destacando a importância do controlo emocional e do trabalho em equipa sob pressão. Compreendeu-se o papel essencial do EE na avaliação inicial, na identificação rápida de sinais de gravidade e no estabelecimento de prioridades. O uso de escalas de avaliação foi particularmente relevante, sendo utilizadas ferramentas como a escala NEWS, para sinais de deterioração clínica, a PAINAD, para avaliação de dor em doentes com demência avançada, e a escala Pré-Hospitalar de Cincinnati, para identificação de suspeitas de AVC.

O contacto com o transporte terrestre e aéreo permitiu perceber semelhanças e diferenças nos materiais e equipamentos utilizados. A ambulância SIV encontram-se destinadas à estabilização e transporte de doentes urgentes e emergentes, possuindo capacidade para prestar diversos cuidados aos doentes críticos (Portaria n.º 260/2014). A passo que as aeronaves da FAP não são estruturadas especificamente para realizar apenas transportes secundários de emergências médicas, sendo que estas tem como principal missão “participar, de forma integrada, na defesa militar da República, ..., sendo fundamentalmente vocacionada para a geração, preparação, aprontamento e sustentação de forças e meios da componente operacional do sistema de forças” (FAP, 2024, p.8) Desta forma é necessário que todo o equipamento seja preparado e transportado em cada evacuação pela equipa da UEA. A ausência de qualquer material durante o voo pode resultar em limitações por várias horas, o que exige que a equipa se encontre organizada e sensível para acondicionar materiais em quantidade suficiente para a imprevisibilidade de ativações que possam decorrer.

Desta forma, os transportes prolongados e imprevisíveis realizados pela UEA alertaram para desafios e preocupações constantes, dentre os quais a manutenção de acessos venosos, a reserva adequada de oxigênio e a gestão de materiais como ventiladores com atenção especial à duração da bateria, uma vez que algumas aeronaves não dispõem de eletricidade. Estes fatores ressaltam a responsabilidade e a necessidade de uma avaliação inicial rigorosa, para o sucesso da fase de efetivação do transporte.

Em relação ao material, especificamente no que diz respeito ao trauma, foi observado que, na UEA, o equipamento de transporte não contempla plano duro, uma vez que se tratam de transportes secundários. Assim, em caso de necessidade de imobilização, a mesma é realizada com recurso à maca de vácuo, tal como recomendado pelo INEM (2024b).

No SMI foi possível o contacto com doentes com diagnóstico de morte cerebral no SMI, intervindo no processo de doação e recolha de órgãos. Constatou-se que o enfermeiro desempenha um papel fundamental em todas as etapas do processo, assegurando não apenas a manutenção hemodinâmica do dador, mas também a dignidade e o respeito pelo seu corpo. Durante a preparação para a colheita, cabe ao enfermeiro garantir a monitorização contínua, a administração de terapêutica necessária e a coordenação com a equipa multidisciplinar, assegurando que todas as condições são otimizadas para a viabilidade dos órgãos. Além disso, é responsável pelo registo detalhado de cada intervenção, garantindo a rastreabilidade e a conformidade com os protocolos estabelecidos (Batista, 2018; Hoffmann et al., 2022).

A logística do transporte dos órgãos depende de uma comunicação eficaz entre os diversos intervenientes, sendo o enfermeiro um elo essencial entre o bloco operatório, as equipas de transplantação e as entidades responsáveis pelo transporte. Para além do seu papel técnico, o enfermeiro também desempenha uma função humanizadora, assegurando que o processo decorre com respeito e empatia, tanto para o dador como para a sua família. A ausência de experiência prévia nesta área exigiu um aprofundamento de conhecimentos, sendo o Guia para a Qualidade e Segurança dos Órgãos para Transplantação uma referência fundamental para a orientação dos cuidados prestados (IPST, 2013).

A passagem pelo SMI também possibilitou o contacto com a problemática do Síndrome Pós Internamento em Cuidados Intensivos (SPICI) que se foca nas sequelas pós-doença crítica que afetam tanto o doente como a sua família, diminuindo a qualidade de vida destes, pelo menos no primeiro ano pós-internamento. Desta forma, ao acompanhar o EE em EMC-PSC que conduz a consulta, foi possível verificar que este profissional deve ser capaz de realizar uma avaliação pormenorizada do suporte emocional, identificando as necessidades emocionais de cada doente – como ansiedade, o stress pós-traumático e a depressão – e famílias, que podem experienciar inquietação, angústia, ansiedade e sentimento de impotência diante da situação que vivenciam e após a alta verificam grande stress e sobrecarga no cuidado com o seu familiar (Moraes et al., 2024).

Em virtude do exposto, foi possível constatar a aplicação prática e eficaz de conhecimentos especializados em cuidados de alta complexidade. Desta forma, para além da competência técnica na execução das intervenções, verificasse que os enfermeiros demonstram uma habilidade ímpar na interpretação ágil dos dados, identificando com precisão alterações sugestivas de deterioração clínica, sendo que o contacto direto com os mesmos propiciou um crescimento significativo e o desenvolvimento de competências práticas e clínicas essenciais para a tomada de decisão.

Desta forma, considera-se que este período de aprendizagem reforçou a importância da formação contínua e do trabalho em equipa multidisciplinar, permitindo uma atuação mais eficaz e segura na abordagem ao doente crítico.

2.2.2. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação

As situações de catástrofe são definidas pela Lei de bases da Proteção Civil - Decreto-Lei n.º 27/2006, no seu artigo 3.º, ponto 2 como sendo “um acidente grave ou a série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional” (OE, 2018b, p. 19363).

Perante uma situação de emergência, exceção ou catástrofe o EE atua concebendo, planeando e gerindo a resposta, de forma pronta e sistematizada, no sentido da sua eficácia e eficiência (Regulamento n.º 429/2018). No decorrer dos EC não foi possível presenciar nenhuma situação de catástrofe, mas a familiarização com o plano interno de catástrofe e a manipulação dos materiais destinados à sua ativação permitiram compreender a operacionalidade dos procedimentos. Assim, foi possível perceber a operacionalidade do escoamento dos doentes que se encontram no SU e a operacionalidade da triagem primária e secundária realizada com recurso a etiquetas de triagem. Estas permitem operacionalizar os métodos de triagem, numerar as vítimas, registar a sua evolução e os cuidados prestados, estabelecer um fluxo ordenado de vítimas, controlar a cadeia de evacuação, evitar evacuações descontroladas e elaborar registos, conforme descrito nas orientações do INEM (2024c).

No SMI, foi possível verificar a existência e a correlação do plano com o serviço de urgência e com os restantes serviços hospitalares bem como identificar e localizar os recursos e materiais necessários para a ativação do plano de catástrofe. Este reconhecimento permite uma resposta

célere e organizada em situações de crise, garantindo que os profissionais estejam familiarizados com os equipamentos disponíveis e saibam onde encontrá-los rapidamente.

Considerando que não foi possível verificar a operacionalidade do plano na prática, foram realizadas indagações quanto à familiaridade dos enfermeiros com o mesmo, constatando-se algumas lacunas e receios. A Autoridade Nacional de Emergência e Proteção Civil (2016) com base o artigo 23.º do Decreto-Lei nr. ° 150/2015 de 5 de agosto, recomenda que deve existir formação interna neste âmbito, bem como simulacros de 2/2 anos, sendo que a sua ausência pode condicionar as práticas neste tipo de situações.

O estudo de Ferreira et al. (2024), reforça esta necessidade, uma vez que destaca a importância dos planos de emergência institucionais, no entanto reforça que, para que estes sejam implementados de forma eficiente e eficaz, é essencial mantê-los constantemente atualizados e realizar simulacros regulares. Esses exercícios permitem que cada profissional compreenda a relevância do plano, esteja ciente do seu papel e tenha clareza sobre as suas responsabilidades.

Mota et al. (2020) referem que uma das premissas da enfermagem pré-hospitalar assenta na salvaguarda da segurança dos cuidados de saúde, através da implementação de metodologias de gestão do risco e do desenvolvimento de estratégias de gestão para a segurança do socorro. O EC realizado neste contexto sustenta esta afirmação na medida em que foi possível advogar a segurança como fator crítico na atuação em emergência extra-hospitalar, onde ao prestar cuidados em ambientes hostis foram procuradas e refletidas estratégias de segurança.

NA UEA a segurança do doente e equipa destacou-se como um fator preponderante durante o voo. Foram observadas e treinadas práticas rigorosas neste âmbito, como a aplicação cuidadosa de cintos de segurança, a comunicação constante com os elementos da FAP para coordenar a mobilização de profissionais durante o voo e o armazenamento seguro dos materiais. A descolagem e a aterragem destacam-se como momentos importantes, sendo que as vibrações sentidas provocam *stress* no doente exigindo uma monitorização rigorosa. A Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2023) descreve como fases de maior risco dos transportes os primeiros 5 minutos do transporte, a passagem do doente e o transporte prolongado (> 30minutos), pelo que a necessidade de antever complicações é preponderante.

No INEM, a experiência foi enriquecida ao observar situações em que a segurança da equipa e do doente se encontravam diretamente relacionada com a capacidade de responder rapidamente

a imprevistos. Numa ativação para um acidente rodoviário, foi necessário retirar as vítimas e prestar os cuidados dentro da ambulância para assegurar a integridade da equipa. O cenário incluiu a necessidade de gerir conflitos, onde o ambiente condiciona a segurança dos profissionais. Esse cenário trouxe aprendizagens significativas, permitindo desenvolver um juízo crítico sobre a importância da segurança e do papel do enfermeiro como elemento central na gestão de riscos e no controlo das variáveis ambientais que podem impactar os cuidados.

O exercício de Enfermagem Forense assenta na particularidade de se revelar “decisivo para assegurar o suporte efetivo e integral à pessoa, família e comunidade, envolvida em cenários de violência, violação dos direitos humanos, trauma e/ou desastre de massa visando uma responsabilidade mútua da saúde e da lei” (Regulamento n.º 728/2021, pp. 173).

Entre os vestígios passíveis de ser colhidos, podem estar impressões digitais, palmares e plantares, elementos biológicos como sangue, sémen, saliva, cabelo, secreções vaginais e projéteis, bem como aspetos e componentes físicos e biológicos presentes na indumentária das vítimas. O profissional de enfermagem desempenha um papel crucial no acolhimento e na avaliação inicial das vítimas, sendo responsável pela manutenção da cadeia de custódia – desde a identificação e colheita até ao armazenamento dos vestígios (Monteiro et al., 2025).

No SUMC, embora não tenham sido observadas situações de cuidados a vítimas com indícios de crime, constatou-se uma sensibilidade para estas situações. Existe um protocolo interno e um grupo de trabalho dedicados à matéria, bem como um local destinado à manutenção da cadeia de custódia, onde se encontra o material necessário para a colheita de vestígios. Ainda que as ocorrências sejam escassas – conforme o relatório anual de 2023 da SE, que apontou apenas 0,2% das ocorrências por agressão com arma de fogo e 0,1% por envenenamento – os profissionais demonstram conhecimentos na área.

No SMI, partilharam-se conhecimentos específicos a partir de uma situação com um doente que alegava ser vítima de maus-tratos físicos, onde o processo de alerta foi iniciado já no SU. O contínuo processo de aprendizagem durante os EC permitiu uma melhor compreensão da interligação entre as diversas áreas, destacando a importância da articulação multidisciplinar entre a equipa médica, assistente social, enfermeiros e familiares. Essa colaboração foi fundamental para definir o plano de cuidados do doente e gerir adequadamente as visitas, garantindo uma abordagem integral e eficaz.

Em síntese, a dinâmica da resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, revela a importância de uma preparação contínua, multidisciplinar e integrada, que possibilite uma atuação rápida e eficaz mesmo diante de cenários adversos e imprevisíveis. Os EC demonstraram que a coordenação e o domínio de protocolos, aliados à familiarização com os equipamentos e à execução de simulacros regulares, são fundamentais para garantir não só a segurança dos doentes e profissionais, mas também a efetividade dos cuidados prestados. A formação especializada, a atualização constante dos planos de emergência e a articulação estreita entre as diversas equipas evidenciam que o sucesso na resposta a situações críticas depende, sobretudo, da capacidade de dinamizar a intervenção, transformando a teoria em ação concreta e salvaguardando vidas de forma integrada e resiliente.

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

A prática de enfermagem na prevenção e controlo de infeções é essencial para oferecer um suporte completo e eficaz à pessoa sob cuidados, bem como à sua família/cuidador, em diferentes contextos de saúde, assegurando a qualidade e a segurança dos cuidados prestados promovendo ganhos em saúde (Regulamento nr. ° 674/2021).

As Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) são definidas como sendo uma infeção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade (DGS, 2007). Neste sentido, o PNSD 2021-2026 destaca como um dos seus objetivos que 90 % das instituições de saúde detenham estratégias definidas para a implementação de práticas seguras, especificando como um dos principais focos a prevenção das IACS (Direção-Geral de Saúde, 2022b).

O Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistências a Antimicrobianos propõe a promoção da adesão das instituições de saúde à estratégia multimodal em precauções básicas de controlo de infeção, tendo como alicerce a implementação e monitorização das *bundles* de prevenção de IACS (Direção-Geral de Saúde, 2022c). Pinho et al. (2020) reforçam esta abordagem, destacando que, nas unidades de cuidados intensivos, diversos fatores contribuem para o desenvolvimento de IACS – entre eles, o uso de tecnologias hospitalares, como cateteres venosos centrais, cateterismos vesicais, ventilação mecânica, internamentos prolongados e o

uso de antimicrobianos de largo espectro. Para minimizar essas infeções e garantir a segurança dos doentes, é imprescindível a sistematização dos cuidados, com as *bundles* demonstrando ser um método eficaz para melhoria processos e resultados assistenciais.

No contexto extra-hospitalar, o controlo de infeção revela-se particularmente desafiante devido a diversos fatores. Pereira et al (2021) salienta que a gestão do risco infeccioso é distinta da vivenciada dentro das instituições de saúde, nomeadamente pela incapacidade de controlar o ambiente no local das ocorrências, pela ausência de informação sobre o estado infeccioso do doente, pela exposição dos profissionais a fluidos orgânicos durante procedimentos e pelo transporte de doentes em espaços de pequena dimensão com inadequada ventilação. Desta forma, o papel dos profissionais de saúde, é crucial para implementar práticas que minimizem o risco de infeção. Medidas como a higienização rigorosa das mãos, a recolha segura de resíduos, as práticas seguras na preparação e administração de injetáveis e a descontaminação do equipamento clínico são fundamentais sendo que se denotou a preocupação e respeito pelas mesmas em ambos os locais de EC.

Adicionalmente, em ambos os locais, observou-se o uso rigoroso de equipamento de proteção individual por parte de toda equipa. Nota-se, entretanto, que na UEA, há uma adesão reforçada por parte dos elementos da FAP presentes na evacuação, os quais se mostram sensibilizados para a importância do seu uso.

A DGS (2019) enfatiza que a higiene as mãos é a medida isolada com mais impacto na prevenção e controlo da infeção. Em todos os locais de EC verificou-se uma adesão sólida a esta prática, assente principalmente no uso de solução antisséptica de base alcoólica, dada a sua facilidade de uso e transporte, bem como pela sua eficiência na redução da propagação de infeções.

No SUMC, apesar da sensibilidade existente no que diz respeito ao controlo de infeções, observam-se desafios na correta alocação dos doentes e na realização de isolamentos de acordo com as normas, devido à inexistência de quartos individuais e ao facto da estrutura física se caracterizar por salas amplas e abertas. Como medida compensatória, o SUMC contempla cortinas antimicrobianas e esporicidas na tentativa de controlo de infeção.

Já no SMI, verifica-se que a gestão organizacional de cada unidade de cuidados, assegura que os equipamentos sejam utilizados de forma individualizada, minimizando o risco de

contaminação cruzada, fortalecendo a segurança no controlo das infeções bem como facilitando a rigorosa aplicação das precauções básicas de controlo de infeção.

Neste serviço, constatou-se que existem auditorias regulares realizadas deste foro, descritas no relatório anual (fornecido pelo enfermeiro responsável). Na sua leitura verifica-se uma taxa de 0% no que concerne a infeções associadas ao cateter vesical e bacteriemias relacionadas com cateteres e uma taxa de 12,23% de ocorrência de pneumonias associadas à ventilação mecânica invasiva – facto este justificável pela rigorosa aplicabilidade das *bundles*, observando-se uma prática coesa.

No entanto, é importante salientar a não adesão à utilização de proteção ocular durante a entubação endotraqueal, uma medida recomendada quando existe risco de projeção de salpicos de fluidos orgânicos para a face. A utilização correta desse equipamento de proteção é essencial para garantir a segurança durante o procedimento.

Por outro lado, no SUMC verificou-se que a *bundle* da Infeção da Corrente Sanguínea Relacionada com Cateter Venoso Central levanta ainda algumas dúvidas. No que diz respeito ao momento de colocação recomenda-se o uso de clorhexidina a 2% para desinfeção da pele, porém, observaram-se práticas que não se encontram alinhadas com as recomendações, uma vez que, por vezes, se recorre ao uso de iodopovidona (Direção-Geral de Saúde, 2022b). O conhecimento da norma possibilitou a participação na discussão que decorreu desta inconformidade com vista a sua correção.

A análise dos diversos contextos de cuidados evidencia a complexidade inerente ao controlo das infeções. A implementação de estratégias baseadas em *bundles* e a rigorosa aplicação das precauções básicas demonstram-se cruciais para reduzir as infeções associadas aos cuidados de saúde. Em última análise, a excelência no controlo de infeções não só melhora os resultados clínicos, mas também fortalece a segurança dos cuidados prestados, promovendo uma cultura de prevenção e responsabilidade partilhada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACSS. (2019). *Recomendações Técnicas para a Sala de Emergência*.
- Almeida Ventura-Silva, J. M., Ferreira Pereira da Silva Martins, M. M., de Lima Trindade, L., Pimenta Lopes Ribeiro, O. M., & Passos Teixeira Cardoso, M. F. (2021). Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: scoping review. *Journal Health NPEPS*, 6(2), 278–295. <https://doi.org/10.30681/252610105480>
- Alves, W. F. P., & Banaszkeski, C. L. (2021). The use of auditing as an improvement instrument for nursing care. *Caderno Saúde e Desenvolvimento*, 10, 63–77.
- Andrade, A. M., França, C., Isabel, C., Santos, G., Maria, L., Martins, S., Dias Pires, M. H., Manuel De Matos, P., & Pinto, L. (2024). Cuidados paliativos em cuidados intensivos: oportunidades de melhoria. *RIAGE – Revista Ibero-Americana Da Gerontologia*, 5, 52. <https://doi.org/https://doi.org/10.61415/riage.226>
- Autoridade Nacional de Emergência e Proteção Civil. (2016). *Guia de Orientação para a elaboração do Plano de Emergência Interno Simplificado*. <https://prociv.gov.pt/media/02ilknc0/guia-de-orienta%C3%A7%C3%A3o-para-elabora%C3%A7%C3%A3o-do-plano-de-emergencia-interno-simplificado.pdf>
- Batista, M. J. (2018). Doação de órgãos e tecidos: produção científica por enfermeiros portugueses em formação pós-graduada. *Pensar Enfermagem* |, 22.
- Benner, Patrícia (2001). *De Iniciado a Perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Benner, Patrícia (2005). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. 2ª ed. Coimbra: Quarteto Editora.
- Benner, Patrícia (2005). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. 2ª ed. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN 972-8535-97-X
- Cabral, A., Silva, D., & Silva, M. (2024). Comunicação com o doente crítico no serviço de medicina intensiva. *Millenium: Journal of Education, Technologies, and Health*, 2024(14 Especial). <https://doi.org/10.29352/mill0214e.32763>
- Camelo, S. H. H. (2012). Competência profissional do enfermeiro para atuar em Unidades de Terapia Intensiva: uma revisão integrativa. *Rev. Latino - Am. Enfermagem*, 20(1). www.eerp.usp.br/rlae
- Camelo, S. H. H., Silva, V. L. dos S., Laus, A. M., & Chaves, L. D. P. (2013). Professional profile of nurses working in intensive care units of a teaching hospital. *Ciencia y Enfermaria*, XIX (3), 51–62.
- Caridade, L. M. M. (2023). Os hospitais em Portugal estão igualmente preparado para a privacidade e interoperabilidade dos dados?
- Carneiro, A., Carneiro, R., & Simões, C. (2018). Termos e Conceitos na Relação Clínica. *Revista Da Sociedade de Medicina Interna*, 25(3). <https://doi.org/10.24950/rspmi/Opinao/139/3/2018>
- Carvalho, A. M., Rebelo, L., Pinho, N., & Araújo, T. (2019). Contributos do referencial teórico de Afaf Meleis para a Enfermagem de Reabilitação. <https://www.researchgate.net/publication/337313131>
- Carvalho, J. I. C., & Aguiar, P. (2023). Nurses adverse events report adding safety to pediatric nursing. *Pensar Enfermagem - Revista Científica | Journal of Nursing*, 27(1), 30–36. <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v27i1.212>
- Cyrino, C. M. S., Dell'Acqua, M. C. Q., Castro, M. C. N. e, Oliveira, E. M. de, Deodato, S., & Almeida, P. M. V. de. (2017). Nursing Activities Score by assistance sites in Intensive Care Units. *Escola Anna Nery*, 22(1). <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0145>
- Degasperi, A., Lohmann, P. M., Costa, A. E. K. da, & Lavall, E. (2020). O uso de protocolos nas unidades de urgência e emergência: uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 9(11), e64691110140. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i11.10140>

- DGS (2001). Rede de Referência Hospitalar de Urgência/ Emergência. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Urgencia_Emergencia_2001.pdf
- DGS (2015). Norma no 020/2014 - Medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes. https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/1.NORMA020_2014_ACT.DEZ_2015.pdf
- DGS (2015). Norma nr.º 021/2015 “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Pneumonia associada à Intubação. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_021_2015_atualizada_17_11_2022_prev_pneum_assoc_intubacao_corrigid_a_marco_2023.pdf
- DGS (2015). Norma nr.º: 019/2015 "Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_019_2015_atualizada_29_08_2022_feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-urinaria-associada-a-cateter-vesical.pdf
- DGS (2017). Norma 001/2017: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>
- DGS (2018). Norma 002/2018 - Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referência Interna Imediata. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/sistemas-de-triagem-dos-servicos-de-urgencia-e-referenciacao-interna-imediate.pdf>
- DGS (2022a). Norma nr.º 012/2022: Via Verde do Trauma no Adulto.
- DGS (2023). Norma 008/2023: Medicamentos de alta vigilância. 1–28. <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082023-de-19122023-medicamentos-de-alta-vigilancia-pdf.aspx>
- DGS. (2019) Norma 007/2019: Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/higiene-das-maos-nas-unidades-de-saude.pdf>
- Direção-Geral de Saúde. (2007). *Programa nacional de prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde*. https://www.anci.pt/sites/default/files/legisla%C3%A7%C3%B5es/programa_nacional_de_prevencao_e_controlo_de_infecao_associada_oas_cuidados_de_saude_0.pdf
- Direção-Geral de Saúde. (2022b). Documento Técnico para a Implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2021-2026-pdf.aspx>
- Direção-Geral de Saúde. (2022c). Norma 022/2015 “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção Relacionada com o Cateter Vascular Central. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_022_2015_atualizada_29_08_2022-prev_inf_cvc.pdf
- Evangelista, C. B., Lopes, M. E. L., da Nóbrega, M. M. L., de Vasconcelos, M. F., & Viana, A. C. G. (2020). An analysis of jean watson’s theory according to Chinn and Kramer’s model. *Revista de Enfermagem Referência*, Série V, no4: e20045(4), 1–6. <https://doi.org/10.12707/RV20045>
- Ferreira, M. T., Sousa, C., & Gonçalves, R. (2024). Preparedness to act in a disaster: the perspective of nurses in the emergency department. *Millenium: Journal of Education, Technologies, and Health*, 2024-July(15e). <https://doi.org/10.29352/mill0215e.34538>
- Força Aérea Portuguesa. (2024). Transformação do Poder Aeroespacial Nacional 2024-2030. https://www.google.com/search?q=for%C3%A7a+aerea+5.3&rlz=1C1OKWM_pt-PTPT980PT980&oq=for%C3%A7a+aerea+5.3&gs_lcrp=EgZjaHJvbWUyBggAEEUYOTIHCAEQABiABDIKCAIQABiiBBIJBTIHCAMQABjvBTIKCAQQABiABBiiBDIKCAUQABiABBiiBNIBCDIzMDIqMG03qAIAAsAIA&sourceid=chrome&ie=UTF-8

- Gomes, M., & Ramalho, S. (2018). Guia de elaboração de trabalhos académicos.
- Guimarães, M. S. de F., & Silva, L. R. (2016). Conhecendo a teoria das transições e sua aplicabilidade para enfermagem. <https://journaldedados.wordpress.com/wp-content/uploads/2016/10/conhecendo-a-teoria-das-transic3a7c3b5es-e-sua-aplicabilidade.pdf>
- Hoffmann, M., Rhoden, J. E., Ferraz, K. M., Kromann Romero, B., Gonçalves, A. de F., Oliveira, H., Silva, G., & Oliveira, R. B. S. R. (2022). Atuação do Enfermeiro no Processo de Doação de Órgãos. *Revista Cereus*, 14(2). <https://doi.org/10.18605/2175-7275/cereus.v14n2p182-195>
- INEM (2024a). INEM encaminhou 24 doentes por dia, em 2023, através da Via Verde do AVC. <https://www.inem.pt/2024/04/03/inem-encaminhou-24-doentes-por-dia-em-2023-atraves-da-via-verde-do-avc/>
- INEM. (2024b). Manual Técnicas de Trauma. <https://www.prociv.azores.gov.pt/fotos/documentos/1716976646.pdf>
- INEM. (2024c). Manual Operações das Equipas de Emergência Pré-hospitalar: Vol. VERSÃO 1.0. <https://www.prociv.azores.gov.pt/fotos/documentos/1716974782.pdf>
- INEM. (2025). INEM encaminhou 2.937 casos suspeitos de Enfarte através da Via Verde Coronária. <https://www.inem.pt/2025/02/14/inem-encaminhou-2-937-casos-suspeitos-de-enfarte-atraves-da-via-verde-coronaria/>
- IPST. (2013). Guia para a qualidade e segurança dos órgãos para transplantação. www.edqm.eu
- Lei nr. ° 12/93, de 22 de abril. (1993). *Diário da República n.o 94/1993, Série I-A de 1993-04-22* (pp. 1961–1963). <https://data.dre.pt/eli/lei/12/1993/04/22/p/dre/pt/html>
- Lei nr. ° 15/2014 (2019). Direitos e deveres do utente dos serviços de saúde, Consolidação Lei nr.° 15_2014 - *Diário da República n.° 57_2014, Série I de 2014-03-21*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/15-2014-571943>
- Lopes, M., Gomes, S., & Almada-Lobo, B. (2018). Os cuidados de enfermagem especializados como resposta à evolução das necessidades em cuidados de saúde. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5908/estudocuidadosespecializadososenfermagem_inesctecabril2018.pdf
- Malta, H. F., Fernandes, I. M., Santos, E., Baptista, R., Pereira, M. A., & Parente, P. (2023). Bad news communication as seen through the lens of Meleis and Watson: A narrative review. *Servir*, 2(04), 28390. <https://doi.org/10.48492/servir0204.28390>
- Marques, R., Araújo, F., Fernandes, M., Freitas, J., Dixe, M. A., & Gélinas, C. (2022). Validation Testing of the European Portuguese Critical-Care Pain Observation Tool. *Healthcare (Switzerland)*, 10(6). <https://doi.org/10.3390/healthcare10061075>
- Melo, G. B., Leite, A. M. C., Costa, W. T., Moraes, L. X., Andrade, C. A. A., Abrão, F. M. S., & Costa, A. M. (2021). Dilemas bioéticos relacionados ao transplante de órgãos: uma revisão integrativa. *Internacional Journal of Development Research*, 11(09). <https://doi.org/10.37118/ijdr.22826.09.2021>
- Mendes, A. P. (2016). Reflective Practice in the Clinical Learning: Earnings for the Building of the Nursing Thinking. *Revista Electrónica Educare*, 20(1), 1–23. <https://doi.org/10.15359/ree.20-1.9>
- Ministério da Saúde. (2015). Despacho nr.° 1057/2015 - Diário da República, 2.a série-Nr.° 22-2 de fevereiro de 2015.
- Monteiro, S. F., Mota, D. S. de M., Godoy, E. S. de, & Almeida, A. C. de. (2025). Preservação de vestígios de crime e cadeia de custódia em vítimas de estupro. *Derecho y Cambio Social*, 22(79). <https://doi.org/10.54899/dcs.v22i79.150>

- Moraes, S. C., Pereira, J. S. V., & Miranda, D. R. de. (2024). Post intensive care syndrome and its impact on the quality of life of patients and families. *REVISTA FOCO*, e5670, 1–12. <https://doi.org/10.54751/revistafoco.ed.esp-035>
- Mota, M., Cunha, M., & Santos, M. R. (2020). O enfermeiro no pré-hospitalar: cuidar para a cura. *Millenium: Journal of Education, Technologies, and Health*, 2020(5), 147–152. <https://doi.org/10.29352/mill0205e.14.00333>
- NHS. (2022). *Guidance for the Safe Transfer of Patients: Vol. 5.1.*
- Nunes, L., Amaral, M., & Gonçalves, R. (2005). Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8889/codigodeontologicoenfermeiro_edicao2005.pdf
- OE (2021a). Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos Mestrados e Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomenda%C3%A7%C3%B5es-para-est%C3%A1gio-e-relat%C3%B3rio-da-componente-cl%C3%ADnica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf>
- OE (2021b). Parecer Nr. ° 04/2021 do Conselho de Enfermagem e Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem médico Cirúrgica: Exercício profissional de Enfermeiros nas Ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (SIV) e nos Serviços de Urgência Básica (SUB).
- Ordem dos Enfermeiros (2018a). Parecer Nr.° 14 / 2018 Rectificado - alocação do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na sala de reanimação - posto de trabalho nos serviços de urgência/ emergência. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8287/parecer-n%C2%BA-14_2018_rectificado.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2018b). Parecer Nr.°15/2018: Funções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica nas unidades de Cuidados Intensivos/ Serviços Medicina Intensiva. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8264/parecer-n%C2%BA15_2018-fun%C3%A7%C3%B5es-eeemc-de-cuidados-intensivos-e-medicina-intensiva.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento 140/2019: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário Da República*, 2a Série, Nr.o 26, 4744–4750. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2021c). Padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual enunciados descritivos. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). Parecer Nr.° 10/2017 - Diferenciação das intervenções de Enfermagem do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico- Cirúrgica em relação ao Enfermeiro Generalista, num serviço de Urgência. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_10_2017_MCEEMC_DiferenciacaoIntervencoesEnfermagemServicoUrgencia.pdf
- Ordem Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2023). Transporte de Doentes Críticos Adultos: Recomendações. https://www.spci.pt/media/noticias/transporte-doente-critico-2023-versao-CEMI_OM_3.pdf
- Parreira, P., Castilho, A., Rocha, M., Martins, M., Santos, M., Souza, M., Sousa, L., Mónico, L., & Padro, F. (2022). *Gestão nas Organizações de Saúde.*
- Paz, D. D., de Souza, L. M., Brinati, L. M., de Souza Lima Coutinho, J., de Souza, S. M., Correia, M. D. L., & Toledo, L. V. (2023). Analysis of quality indicators in an adult Intensive Care Unit: a descriptive study. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 22. <https://doi.org/10.17665/1676-4285.20236663>
- Pereira, A. L. (2018). Indicadores: o que são, o que não devem ser e o que poderão ser. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 34, 124–126.

- Pereira, M., Silva, M., Pereira, S., Pissarra, H., Ramos, M. J. (2021). Atividade da Comissão e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos do INEM, em contexto Covid, no ano 2020. *Life Saving: Revistas da VMER de Faro e Albufeira*, 20. <https://abcmedicalg.pt/app/abc/files-module/local/documents/Lifesaving%2020.pdf>
- Pinheiro, A. R. P. de Q., & Marques, R. M. D. (2019). Behavioral Pain Scale and Critical Care Pain Observation Tool for pain evaluation in orotracheally tubed critical patients. A systematic review of the literature. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 31(4), 571–581. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20190070>
- Pinho, C. M., Bezerra, B. L., Lima, A. B. A. de, Silva, D. A. V., Silva, E. L. da, Reis, J. D. de O., & Lima, M. C. L. de. (2020). The use of bundles in intensive care units: prevention and reduction of infections. *Revista Enfermagem Digital Cuidado e Promoção Da Saúde*, 5(2), 117–124. <https://doi.org/10.5935/2446-5682.20200021>
- Pinno, C., Taschetto, C. da F., Freitas, E. de O., Nunes, L. M., de Menezes, J. A. L., Petry, K. E., & Camponogara, S. (2020). Workload in a hospital inpatient unit using the nursing activities score. *Revista de Enfermagem Referencia*, 2020(4), 1–8. <https://doi.org/10.12707/RV20047>
- Pires, M. F. S., Lopes, R. S., Caetano, C. S. F., Mota, L. A. N. da, & Ferreira, F. M. P. B. (2023). Competências de Liderança do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 76(6)(6). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0721pt>
- Portaria 260/2014 (2014). Regulamento do Transporte de Doentes do Ministérios da Administração Interna e da Saúde, Diário da República n.º 241/2014, Série I de 2014-12-15. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/260-2014-64797338>
- Regulamento 344/2017 (2017). Regulamento do exercício do direito à objeção de consciência da Ordem dos Enfermeiros, Diário da República, 2.ª série, N.º 122 de 27/06/ 2017. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/344-2017-107571559>
- Regulamento nr.º 429/2018 (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica da Ordem dos Enfermeiros, Diário da República n.º 135/2018, Série II de 2018-07-16. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>
- Regulamento nr.º 674/2021(2021). Regulamento da competência acrescida diferenciada em enfermagem em prevenção e controlo de infeção da Ordem dos Enfermeiros, Diário da República n.º 139/2021, Série II de 2021-07-20. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23309/regulamento-da-compet%C3%AAncia-acrescida-diferenciada-em-enfermagem-em-preven%C3%A7%C3%A3o-e-controlo-de-infe%C3%A7%C3%A3o.pdf>
- Regulamento nr.º 226/2018 (2018). Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada em Emergência Extra-Hospitalar da Ordem dos Enfermeiros, Diário da República n.º 74/2018, Série II de 2018-04-16 <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/226-2018-115116048>
- Regulamento nr.º 728/2021(2021). Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada em Enfermagem Forense da Ordem dos Enfermeiros, Diário da República n.º 151/2021, Série II de 2021-08-05. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/728-2021-169107949>
- Regulamento nr.º 743/2019 (2019). Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros, Diário da República, 2.a série de 25/9/2019. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>
- Ribeiro, O., Martins, M. M. F. P. da S., & Tronchin, D. M. R. (2017). Nursing care quality: a study carried out in Portuguese hospitals. *Revista de Enfermagem Referencia*, 4(14), 89–100. <https://doi.org/10.12707/RIV16086>
- Sias, S., Silva, A., Rosado, J., & Baixinho, C. L. (2022). The nursing intervention to promote communication with the person ventilated in an intensive care unit (ICU). *New Trends in Qualitative Research*, 13. <https://doi.org/10.36367/ntqr.13.2022.e721>

- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (n.d.). Resultados do Plano Nacional de Avaliação da Dor. <https://www.spci.pt/media/documentos/15827260875e567bc79f633.pdf>
- Sousa, L., Simões, C., & Araújo, I. (2019). Prevenção da confusão aguda em doentes adultos internados em cuidados intensivos: Intervenções autónomas do enfermeiro. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 22. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0263>
- Teixeira, J. M. F., & Da Silva, M. A. C. P. (2023). Monitorização e avaliação da dor na pessoa em situação crítica: uma revisão integrativa de literatura. *Brazilian Journal of Health Review*, 6(1), 1056–1072. <https://doi.org/10.34119/bjhrv6n1-082>
- Teixeira, M., Quintão, J., Rocha, A., Leomaro, V., & Sales, L. (2024). Segurança na gestão de medicação pelo enfermeiro: quantos são os “certos”? Safety in medication management by nurses: how many “rights”? *Salutis Scientia*, 14–27.
- Torralba, Roselló Francesc (2002). "Ética del cuidar." *Fundamentos, contextos y problemas*. Madrid: Instituto Borja de Bioética. Fundación MAPFRE Medicina.
- Vieira, T. W., Sakamoto, V. T. M., de Moraes, L. C., Blatt, C. R., & Caregnato, R. C. A. (2020). Validation methods of nursing protocols: an integrative review. In *Revista Brasileira de Enfermagem* (Vol. 73). Associação Brasileira de Enfermagem. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0050>
- Vocci, M. C., Gallo, I. G., Spiri, W. C., Borgato, M. H., & Fontes, C. M. B. (2021). Vulnerabilities of nurses in an intensive care unit: an integrative review. In *Revista Brasileira de Enfermagem* (Vol. 74, Issue 3). Associação Brasileira de Enfermagem. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0724>
- Zheng, J., Gao, Y., Xu, X., Kang, K., Liu, H., Wang, H., & Yu, K. (2018). Correlation of bispectral index and Richmond agitation sedation scale for evaluating sedation depth: a retrospective study. *Journal of thoracic disease*, 10(1), 190–195. <https://doi.org/10.21037/jtd.2017.11.129>

PARTE II – PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA

1 **Cuidados ao Cateterismo Periférico: Análise da frequência das práticas dos** 2 **Enfermeiros**

3 Peripheral Catheterization Care: Analysis of the Frequency of Nurses' Practices
4 Cuidados del Cateterismo Periférico: Análisis de la frecuencia de las prácticas de
5 enfermería

6 **Resumo**

7 **Enquadramento:** O Cateter Venoso Periférico (CVP) é um procedimento essencial para
8 a administração de terapêutica intravenosa, mas sujeito a complicações como infeções,
9 exigindo auditorias e formação contínua. **Objetivos:** Avaliar a autoperceção dos
10 enfermeiros acerca da frequência com que realizam as práticas de cuidado ao CVP e
11 compará-la com os resultados obtidos através de auditorias clínicas realizadas aos
12 cateteres inseridos em doentes. **Metodologia:** Estudo descritivo e observacional
13 realizado em 64 enfermeiros e 88 cateteres de 84 doentes Foi utilizado um questionário
14 constituído por dados sociodemográficos, profissionais e de formação, a autoperceção
15 da frequência da realização das práticas de cuidados ao CVP e uma grelha de auditoria
16 (adaptado de Catarino et.al, 2022). **Resultados:** Verificou-se uma discrepância entre a
17 autoperceção dos profissionais e as práticas efetivas resultantes da auditoria, sobretudo
18 na renovação dos pensos, utilização de técnicas assépticas e registos dos
19 procedimentos. **Conclusão:** É imperativo reforçar a formação contínua e realizar
20 auditorias regulares para alinhar a prática clínica às melhores evidências, assegurando
21 a qualidade dos cuidados e a segurança dos doentes.

22 **Palavras-Chave:** Enfermagem; Catéteres; Auditoria Clínica

23 **Abstract**

24 **Background:** Peripheral Venous Catheter (PVC) is an essential procedure for the
25 administration of intravenous therapy, but subject to complications such as infections,
26 requiring audits and continuous training. **Objectives:** To assess nurses' self-perception
27 regarding the frequency with which they perform PVC care practices and compare it with
28 the results obtained through clinical audits performed on catheters inserted in patients.
29 **Methodology:** Descriptive and observational study carried out with 64 nurses and 88
30 catheters from 84 patients. A questionnaire composed of sociodemographic,
31 professional and training data, self-perception of the frequency of carrying out PVC care
32 practices and an audit grid (adapted from Catarino et.al, 2022) was used. **Results:** There
33 was a discrepancy between the professionals' self-perception and the effective practices
34 resulting from the audit, especially in the renewal of dressings, use of aseptic techniques

35 and recording of procedures. **Conclusion:** It is imperative to strengthen continuing
36 education and carry out regular audits to align clinical practice with the best evidence,
37 ensuring quality of care and patient safety.

38 **Keywords:** Nursing; Catheters; Clinical Audit

39 **Resumen**

40 **Marco Contextual:** El catéter venoso periférico (CVP) es un procedimiento esencial
41 para la administración de terapia intravenosa, pero sujeto a complicaciones como
42 infecciones, requiriendo auditorías y entrenamiento continuo. **Objetivos:** Evaluar la
43 autopercepción de las enfermeras respecto a la frecuencia con que realizan prácticas
44 de cuidados de CVP y compararla con los resultados obtenidos a través de auditorías
45 clínicas realizadas a catéteres insertados en pacientes. **Metodología:** Estudio
46 descriptivo y observacional realizado con 64 enfermeras y 88 catéteres de 84 pacientes.
47 Se utilizó un cuestionario compuesto por datos sociodemográficos, profesionales y de
48 formación, autopercepción de la frecuencia de realización de prácticas de atención de
49 PVC y una cuadrícula de auditoría (adaptada de Catarino et.al, 2022). **Resultados:**
50 Hubo discrepancia entre la autopercepción de los profesionales y las prácticas efectivas
51 resultantes de la auditoría, especialmente en la renovación de curativos, uso de técnicas
52 asépticas y registro de procedimientos. **Conclusión:** Es imperativo fortalecer la
53 educación continua y realizar auditorías periódicas para alinear la práctica clínica con la
54 mejor evidencia, garantizando la calidad de la atención y la seguridad del paciente.

55 **Palabras Clave:** Enfermería; Catéteres; Auditoría Clínica

56 **Introdução:**

57 O Cateter Venoso Periférico (CVP) é amplamente reconhecido como uma ferramenta
58 essencial para a administração de terapia intravenosa, representando o procedimento
59 invasivo mais comum em ambientes hospitalares (Costa et al., 2023). A punção venosa
60 periférica é uma técnica frequentemente realizada pelos enfermeiros que permite
61 administrar terapêutica e hemoderivados diretamente na corrente sanguínea,
62 proporcionando um efeito imediato e crucial em diversos procedimentos clínicos
63 (Teixeira et al., 2022).

64 Embora os estudos recentes sugiram uma melhoria na incidência das infecções
65 associadas aos cuidados de saúde (IACS) em Portugal, a crescente longevidade dos
66 doentes e a evolução contínua das tecnologias médicas, que se tornam cada vez mais
67 sofisticadas e invasivas, podem aumentar o risco de tais infecções. Diante deste cenário,

68 a continuidade de pesquisas na área é imperativa para garantir a qualidade dos
69 cuidados e a segurança dos doentes (Direção-Geral de Saúde, 2007).

70 O estudo de Catarino et al. (2022) surge como uma contribuição valiosa ao apresentar
71 um instrumento de auditoria desenvolvido para promover boas práticas no cuidado aos
72 doentes com CVP, com o objetivo de reduzir as IACS. A utilização desta grelha de
73 auditoria visa melhorar a qualidade dos cuidados prestados e assegurar que os
74 procedimentos sejam realizados de acordo com as melhores práticas.

75 Desta forma, o presente estudo tem como objetivos avaliar a autopercepção dos
76 enfermeiros acerca da frequência com que realizam as práticas de cuidado ao CVP e
77 compará-la com os resultados obtidos através de auditorias clínicas realizadas aos
78 cateteres inseridos em doentes tendo por base a proposta de por Catarino et. al (2022).
79 Ao identificar e avaliar essas práticas, espera-se contribuir para o desenvolvimento de
80 intervenções que permitam melhorar as práticas e reduzir as complicações associadas
81 ao uso de CVP.

82 **Fundamentação Teórica**

83 As IACS são definidas como sendo uma situação clínica resultante de reações
84 orgânicas de agentes infecciosos ou das suas toxinas, adquirida pelas pessoas em
85 consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também,
86 afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade (Ordem dos
87 Enfermeiros, 2017). Entre as IACS, as infeções primárias da corrente sanguínea estão
88 entre as mais comumente relacionadas com os cuidados de saúde. Contudo entre 2015
89 e 2020, observou-se uma redução em 22,2% da taxa de incidência de bacteriemia
90 adquirida no hospital por 1000 dias de internamento (Direção-Geral de Saúde, 2022).

91 Os CVP apesar de serem um recurso indispensável em contexto hospital, não estão
92 isentos de complicações, com impacto na segurança e o bem-estar do doente, sendo a
93 flebite uma das complicações mais frequente (Oliveira et al., 2019).

94 A literatura apresenta divergências sobre as práticas de enfermagem relacionadas com
95 o CVP. Enquanto Oliveira et al. (2019) concluíram que as práticas de enfermagem
96 apresentavam desvios em relação às evidências científicas, Massante et al. (2021)
97 concluem que a maioria dos profissionais de enfermagem seguem as boas práticas
98 recomendadas na literatura científica nacional e internacional.

99 A par disto, um estudo efetuado em Portugal por Costa et al. (2023) conclui que um
100 número significativo de práticas relacionadas com o CVP não seguiam as

101 recomendações de padrões de cuidados internacionais, levantando-se o risco da
102 segurança do doente e da qualidade dos cuidados.

103 E nesta linha de pensamento Costa et al. (2023), realizaram um estudo com objetivo de
104 mapear a evidência científica dos parâmetros e dos instrumentos para avaliar a
105 qualidade dos cuidados com o CVP e concluíram que é necessário que sejam
106 providenciadas medidas para lidar com os desafios decorrentes das complicações
107 associadas ao uso de CVP, as quais provocam dano ao doente, mas também prolongam
108 o tempo de internamento hospitalar, resultando em custos adicionais significativos
109 relacionados à prestação de cuidados de saúde.

110 Neste contexto, Bitencourt et al. (2020) referem que as auditorias em enfermagem
111 permitem “garantir a qualidade assistencial e o controle dos processos internos por meio
112 de uma avaliação sistemática” (p. 2), sendo que Serra et al. (2022) acrescentam que as
113 mesmas promovem a qualidade dos cuidados, a sensibilização das equipas para
114 verificação dos processos, a satisfação e segurança dos doentes.

115 Alves & Banaszkeski (2021) ressaltam que a auditoria é uma ferramenta capaz de avaliar
116 as não conformidades e atuar sobre estas lacunas, tendo a capacidade de tornar os
117 cuidados mais seguros, conduzindo à melhoria dos processos de enfermagem. Barroso
118 et al. (2021) corroboram esta afirmação, afirmando que a auditoria clínica é um dos
119 pilares da governação clínica, essencial para a segurança dos cuidados de saúde
120 especialmente na prevenção de IACS.

121 O *Center for Disease Control and Prevention*, destaca como recomendação para a
122 redução das Infecções da Corrente Sanguínea, a avaliação periódica do conhecimento
123 e da adesão às diretrizes por parte de todo o pessoal envolvido na inserção e
124 manutenção de cateteres intravasculares (O’Grady et al, 2011), o que sublinha a
125 importância das auditorias neste processo.

126 **Questão de Investigação**

127 Qual é a autoperceção dos enfermeiros acerca da frequência da realização das práticas
128 de cuidados ao CVP? A autoperceção dos enfermeiros sobre a frequência da realização
129 das práticas de cuidados ao CVP é diferente da frequência da realização das práticas
130 de cuidados ao CVP obtidos através da auditoria aos CVP aplicados nos doentes?

131 **Metodologia**

132 Trata-se de um estudo de natureza quantitativa, transversal, descritiva e observacional,
133 conduzido nos serviços de medicina e cirurgia de um hospital. A escolha destes serviços

134 baseia-se no volume de cuidados prestados e na frequência das práticas relacionadas
135 com CVP, decisão esta discutida previamente com a enfermeira diretora do hospital. O
136 estudo em causa foi implementado durante o mês de agosto de 2024, em dias e turnos
137 ao acaso, sem qualquer intervenção nas rotinas dos serviços.

138 Face ao descrito anteriormente neste estudo participaram dois tipos de método de
139 recolha de dados (grelha de observação e questionário) e dois tipos de amostra: 64
140 enfermeiros dos 193 enfermeiros que exercem funções em serviço de medicina e cirurgia
141 de uma ULS da região centro (taxa de adesão de 33,2%) e 88 cateteres observados em
142 84 utentes internados nos mesmos serviços.

143 Desta forma, procurou-se identificar a autoperceção das práticas realizadas pelos
144 enfermeiros aos CVPs realizadas pelos enfermeiros. Para isso foi utilizada uma grelha
145 de auditoria adaptada e validada por Catarino (2022) em que os indicadores foram
146 transformados para serem aplicados pelo método de questionário. Os indicadores
147 propostos por este autor foram convertidos em questões e operacionalizados em
148 formato de uma escala de resposta tipo likert e aplicada através da plataforma Google
149 Forms®. Esta abrange tópicos relacionados com os principais momentos de cuidado
150 aos CVP, nomeadamente a inserção do cateter, o penso e proteção, a remoção e
151 substituição, e os cuidados na manutenção do cateter. Esta transformação teve
152 autorização do seu autor sendo que os enfermeiros avaliaram a sua perceção sobre a
153 frequência com que realizavam os cuidados aos CVP.

154 Os enfermeiros foram igualmente convidados a responder a dados sociodemográficos
155 e profissionais, incluindo informações como idade, sexo, anos de experiência
156 profissional, e especialização em enfermagem.

157 Paralelamente ao questionário de autoperceção, foi realizada uma auditoria aos CVP
158 implantados nos doentes, com o objetivo de avaliar os seguintes aspetos: condições do
159 penso do cateter, presença de sinais inflamatórios no local de inserção, evidências de
160 registos clínicos adequados sobre o CVP e a necessidade de permanência do mesmo.
161 Foram ainda recolhidos dados sociodemográficos dos doentes, como a idade e o sexo,
162 bem como informações clínicas, tais como o número de dias de internamento, o número
163 de cateteres aplicados e a localização anatómica dos mesmos.

164 Os dados recolhidos foram analisados utilizando técnicas de estatística descritiva,
165 nomeadamente frequências absolutas e relativas e medidas de tendência central e
166 variabilidade.

167 O estudo teve parecer favorável da comissão de ética competente (nº122/CA/PCA).

168 **Resultados**

169 Dos 193 enfermeiros, 64 aceitaram participar no estudo, tendo estes uma média de
 170 idade de 39,1±9,1 anos, com idades variando entre 26 e 64 anos. A maioria é do sexo
 171 feminino sendo que em média os participantes trabalham à 15,5±9,4 anos.

172 Verifica-se que 14 participantes têm o grau de mestre sendo que 20 são detentores da
 173 especialidade em média à 7,8 ±7,9 anos (dados referentes apenas a 19 enfermeiros).
 174 De notar que há pelo menos 1 enfermeiro com especialidade há 36 anos.

175 Quanto à formação na área de controlo de infeções, 57,8% dos profissionais não
 176 possuem qualificação específica. Entre os que possuem formação, a maioria (88,9%)
 177 participou em cursos de curta duração. Apesar disso, 100% dos inquiridos indicaram
 178 reconhecer a necessidade de formação adicional nesta área.

179 A maior parte dos respondentes inspeciona o local do CVP (75%) 1 vez por turno mesmo
 180 nos casos de doentes críticos (42,2%) (tabela 1).

181 Tabela 1 - Distribuição das respostas da amostra quanto aos dados Sociodemográficos, profissionais, formativos e de
 182 inspeção do local dos cateteres.

Variáveis		Nº	%
Sexo (n=64)	Feminino	56	87,5
	Masculino	8	12,5
Grau académico (n=64)	Licenciado	43	67,2
	Licenciado com Especialização	7	10,9
	Mestrado Académico	1	1,6
	Mestrado com Especialização	13	20,3
Especialidade (n=20)	Enfermagem de Reabilitação	9	45
	Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública	2	10
	Enfermagem de Saúde Familiar	1	5
	Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	3	15
	Enfermagem Médico-Cirúrgica	3	15
	Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica,	2	10
	Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica	1	5
Exerce funções de Especialista (n=20)	Não	11	55
	Sim	9	45
Formação na área de Controlo de Infeção (n=64)	Não	37	57,8
	Sim	27	42,2
Tipo de Formação (n=27)	Curta Duração (8h)	24	88,9
	Longa Duração (40h)	3	11,1
PPCIRA (n=64)	Não	55	85,9
	Sim	9	14,1
Necessidade Formação em Infeção (n=64)	Não	0	0
	Sim	64	100,0
Com que frequência, inspeciona o local do CVP?	1x por Turno	48	75,0
	De 4/4h	12	18,8
	De 6/6h	4	6,3
No caso de doentes críticos, com que frequência, inspeciona o local do CVP	1 vez por turno	27	42,2
	De 2/2h	7	10,9
	De 4/4h	23	35,9
	De 6/6h	7	10,9

183 Da análise da autoperceção das práticas salientam-se as que se consideram de relevo
 184 tendo em conta a necessidades de formação/intervenção. No que diz respeito à inserção

185 do cateter, um pouco mais de metade (54,7%,35) dos enfermeiros afirmam utilizar a
186 técnica asséptica "muito frequentemente". A limpeza do local da punção com antisséptico
187 é uma prática predominante, com 78,1% (n=50) a realizá-la "muito frequentemente".

188 Quanto ao penso e proteção do CVP, verificou-se que 59,4% (n=38) dos enfermeiros
189 percebem renovar o penso de forma "muito frequentemente". No entanto, é
190 preocupante que apenas 21,9% (n=14) utilizem compressas esterilizadas com
191 regularidade. A utilização de película transparente, destaca-se como uma prática com
192 bastante adesão, com 75% (n=48) a relatar uso "muito frequente".

193 No que concerne aos cuidados na manutenção do cateter verifica-se que 65,6% (n=42)
194 dos enfermeiros higienizam as mãos "muito frequentemente" antes do contacto com o
195 CVP, e 71,9% (n=46) após o contacto, evidenciando um compromisso com a higiene
196 das mãos. Além disso apenas 23,4% (n=15) utilizam técnica asséptica durante a
197 manutenção do cateter "muito frequentemente", o que levanta a questão do risco de
198 infeção e a necessidade de maior rigor nestes procedimentos.

199 Nunca realizam aspiração antes da administração de terapêutica, 18,8% (n=12) dos
200 enfermeiros, porém a lavagem do cateter com solução salina é uma prática consolidada,
201 com 78,1% (n=50) dos enfermeiros a utilizá-la "muito frequentemente".

202 No que diz respeito à remoção e substituição do CVP verificasse que a remoção do
203 cateter parece seguir boas práticas, com 75% (n=48) dos enfermeiros a removê-lo
204 "muito frequentemente" em casos de ausência de indicação clínica ou mau
205 funcionamento.

206 A prática de exercer pressão firme no local após a remoção do CVP é realizada "muito
207 frequentemente" por 70,3% (n=45) dos enfermeiros, no entanto, a inspeção e avaliação
208 da integridade do cateter após a remoção é uma prática menos comum, com apenas
209 42,2% (n=27) a verificar a integridade de forma muito frequente.

210 A análise dos registos indica lacunas na documentação dos cuidados ao CVP, sendo
211 que apenas 17,2% (n=11) dos enfermeiros registam "muito frequentemente" a remoção
212 do cateter, e apenas 6,3% (n=4) mencionam o motivo da remoção, tempo de
213 permanência e avaliação do local (tabela 2).

214

215

216
217
218

Tabela 2 - Distribuição das respostas da amostra quanto à frequência das práticas dos Enfermeiros na abordagem aos CVP

	Muito frequente		Frequente		Ocasionalmente		Raramente		Nunca	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Com que frequência utiliza técnica asséptica na inserção do CVP?	35	54,7	13	20,3	9	14,1	5	7,8	2	3,1
Com que frequência limpa o local da punção com antisséptico?	50	78,1	10	15,6	3	4,7	1	1,6	0	0
Em doentes com baixo limiar de dor, com que frequência, considera a utilização de um anestésico tópico previamente à punção?	3	4,7	7	10,9	9	14,1	30	46,9	15	23,4
Com que frequência, utilizada película transparente no local da inserção do cateter?	48	75,0	13	20,3	3	4,7	0	0	0	0
Com que frequência, utiliza compressa esterilizada, em caso de sangue ou exsudado?	14	21,9	11	17,2	21	32,8	15	23,4	3	4,7
Com que frequência, renova o penso caso este não se encontre íntegro (húmido, sujo ou descolado)?	38	59,4	24	37,5	2	3,1	0	0	0	0
Com que frequência, remove o cateter por este não apresentar indicação clínica, apresentar mau funcionamento ou apresentar sinas de flebite?	48	75,0	14	21,9	1	1,6	1	1,6	0	0
Com que frequência, exerce pressão firme no local após remoção do CVP?	45	70,3	17	26,6	2	3,1	0	0	0	0
Com que frequência, verifica a integridade do CVP após a sua remoção?	27	42,2	19	29,7	10	15,6	7	10,9	1	1,6
Com que frequência, realiza registo da remoção do cateter?	11	17,2	18	28,1	17	26,6	15	23,4	3	4,7
Com que frequência, no registo menciona o motivo da remoção, tempo de permanência e a avaliação do local?	4	6,3	17	26,6	17	26,6	19	29,7	7	10,9
Com que frequência, inspeciona o CVP quer visualmente quer por contacto com o local (palpação)?	22	34,4	39	60,9	3	4,7	0	0	0	0
Com que frequência, higieniza as mãos antes do contacto com o CVP?	42	65,6	19	29,7	3	4,7	0	0	0	0
Com que frequência, higieniza as mãos após o contacto com o CVP?	46	71,9	17	26,6	1	1,6	0	0	0	0
Com que frequência, utiliza técnica asséptica durante os cuidados na manutenção do cateter?	15	23,4	24	37,5	13	20,3	9	14,1	3	4,7
Com que frequência, realiza aspiração antes da administração de terapêutica, para avaliar a permeabilidade do CVP?	9	14,1	15	23,4	15	23,4	13	20,3	12	18,8
Com que frequência, lava e oclui com tampa o cateter após o seu uso?	41	64,1	12	18,8	8	12,5	1	1,6	2	3,1
Com que frequência, lava o cateter quando este não foi utilizado?	10	15,6	20	31,3	16	25,0	17	26,6	1	1,6
Com que frequência, utiliza solução salina na lavagem do cateter?	50	78,1	7	10,9	5	7,8	2	3,1	0	0
Com que frequência, garante que a quantidade de solução é, no mínimo, duas vezes o volume interno do cateter (mínimo 5ml)?	34	53,1	16	25,0	10	15,6	3	4,7	1	1,6

219

220 No que diz respeito à auditoria realizada aos CVP aplicados nos doentes, verifica-se
221 que foram auditados 88 cateteres a 84 doentes com média de idades de 74,94±13,27

222 anos, maioritariamente do sexo masculino (n= 51) com média de dias de internamento
223 de 10,36 ± 11,15 dias.

224 Em relação às condições do CVP verifica-se que 75% (n=66) dos cateteres apresentam
225 película transparente, porém 53,4% (n=47) dos pensos apresentam-se húmidos, sujos
226 ou descolados e 14,8% (n=13) dos casos apresentavam sinais inflamatórios. A par
227 disso, verificou-se também que em 65,9% (n=58) dos casos não existe evidência da
228 data de inserção sendo que em 10% (n=9) dos CVP não existe necessidade de
229 permanecer com o mesmo (tabela 3).

230 Tabela 3 - Resultados da auditoria realizada a 88 catéteres colocados em 84 doentes

Itens observáveis	Sim		Não	
	N.º	%	N.º	%
O CVP encontra-se com película transparente no local da inserção do cateter?	66	75,0	22	25,0
O penso encontra-se húmido, sujo ou descolado?	47	53,4	41	46,6
O local de inserção apresenta sinais inflamatórios?	13	14,8	75	85,2
Existe evidência da data de inserção do cateter?	30	34,1	58	65,9
Existe necessidade de permanecer com CVP?	79	89,8	9	10,2

231

232 Da análise da autoperceção, verifica-se que 54,7% (n=35) dos enfermeiros afirmam
233 utilizar a técnica assética de forma "muito frequente", e 75% (n= 48) mencionam fazer
234 uso de película transparente no local da inserção. A auditoria revela que 75% (n= 66)
235 dos CVP encontravam-se com película transparente, no entanto, 53,4% (n=47) dos
236 pensos estavam húmidos, sujos ou descolados, sugerindo que, apesar do uso do
237 material, a manutenção pode não ser tão eficiente quanto os enfermeiros a
238 percecionam. Além disso, 78,1% (n=50) dos enfermeiros relatam limpar "muito
239 frequentemente" o local da punção com antisséptico, e 59,4% (n=38) afirmam renovar
240 o penso em caso de integridade comprometida. Atendendo ao número de pensos
241 auditados em boas condições, verifica-se que embora a limpeza e a renovação sejam
242 reconhecidas como práticas frequentes, a sua aplicabilidade na prática pode ser
243 inconsistente.

244 Quanto aos registos, apenas 17,2% (n=11) dos enfermeiros afirmam registar "muito
245 frequentemente" a remoção do cateter, e 6,3% (n= 4) mencionam registar informações
246 como motivo da remoção, tempo de permanência e avaliação do local. Na auditoria,
247 constatou-se que apenas 34,1% (n=30) dos CVP apresentavam evidência da data de
248 inserção do cateter, corroborando a baixa frequência de registos mencionada pelos
249 enfermeiros. No entanto, 89,8% (n=79) dos CVP auditados apresentavam indicação

250 clínica para permanecer a sua a utilização, mostrando que a necessidade de
251 permanência é verificada com maior consistência na prática.

252 Em relação ao controlo de infeções, 65,6% (n=42) dos enfermeiros indicam que
253 higienizam "muito frequentemente" as mãos antes do contacto com o CVP, o que pode
254 contribuir para a baixa incidência de sinais inflamatórios (14,8%) observada na auditoria,
255 considerada um indicador indireto de boas práticas de prevenção de infeções. Por fim,
256 a baixa incidência de sinais inflamatórios no local de inserção indica que a inspeção
257 regular parece ser uma prática consistente, com 34,4% (n=22) dos enfermeiros a
258 inspecionar "muito frequentemente" o local do CVP e 60,9% (n=39) fazendo-o
259 "frequentemente", contribuindo assim para a prevenção de infeções.

260 **Discussão**

261 Da população estudada, observa-se que a maioria dos enfermeiros é do sexo feminino,
262 o que está de acordo com dados da OE da região sul, que indicam uma predominância
263 feminina na profissão. A par disso, o mesmo estudo verifica que a faixa de etária dos
264 36-45 anos é onde se encontram situados o maior número de enfermeiros, sendo que
265 a idade média dos enfermeiros deste estudo corresponde a 39,1±9,1 anos (OE, 2024).

266 Já no que diz respeito às condições académicas, a maioria dos enfermeiros possui
267 licenciatura, alinhando-se com os dados da OE (2024), que relatam um alto percentual
268 de licenciados. Entre os enfermeiros com especialização, as áreas mais comuns são
269 Enfermagem Médico-Cirúrgica e Enfermagem de Reabilitação, o que está em
270 conformidade com a amostra do estudo.

271 Mais do que metade da amostra (57,8%) não possuem qualquer formação específica
272 em controlo de infeção. Entre os 42,2% que possuem formação nesta área, verifica-se
273 que a maioria corresponde a enfermeiros com licenciatura, sendo que 53,9% dos
274 licenciados têm formação em controlo de infeção. Por outro lado, apenas 33% dos
275 enfermeiros com grau superior possuem este tipo de formação. Os dados da OE (2024)
276 indicam que apenas 179 enfermeiros possuem Competência Diferenciada em
277 Enfermagem na Prevenção e Controlo de Infeção, evidenciando a necessidade de mais
278 investimentos nesta área.

279 Em relação à amostra de doentes, no que se refere ao tempo de internamento, dados
280 do INE (2021) apontam para uma média de 9,1 dias, o que corrobora os dados obtidos
281 neste estudo.

282 No presente estudo, verifica-se uma discrepância entre a autopercepção dos enfermeiros
283 sobre a sua adesão às melhores práticas e as práticas auditadas. Essa lacuna evidencia
284 a necessidade de uma análise crítica em áreas específicas, como a renovação dos
285 pensos, a inspeção do local de inserção dos CVP, a técnica asséptica utilizada durante
286 os cuidados e os registos associados ao procedimento. Tais discrepâncias,
287 semelhantes às identificadas no estudo de Oliveira et al. (2019) apontam para a
288 influência do desconhecimento ou subvalorização de ações que podem comprometer a
289 segurança do doente, reforçando a importância de intervenções focadas nas áreas
290 deficitárias para garantir a uniformidade dos cuidados prestados.

291 Apesar dessas discrepâncias, algumas práticas observadas estavam alinhadas com as
292 diretrizes recomendadas, em concordância com o estudo de Massante et al. (2021) que
293 afirma que a maioria dos profissionais de enfermagem seguem as boas práticas
294 documentadas na literatura científica. Embora o estudo tenha identificado lacunas
295 significativas, houve áreas onde as práticas auditadas e percebidas se encontram
296 adequadas, como o cuidado com a fixação dos cateteres e a desinfecção correta antes
297 da inserção.

298 A formação contínua é apontada como uma estratégia central nos estudos encontrados,
299 sendo considerada uma medida essencial por Teixeira et al. (2022) e de Costa et al.
300 (2023), que sublinham a importância da educação para garantir a implementação
301 adequada das melhores práticas nos cuidados com CVP. No presente estudo, a baixa
302 percentagem de enfermeiros com formação específica em infeções (57,8%) pode
303 justificar as lacunas observadas nas práticas, sugerindo que uma maior qualificação
304 pode contribuir para uma melhoria na adesão aos protocolos.

305 Porém, apesar da autopercepção positiva dos enfermeiros em relação às suas práticas,
306 as auditorias realizadas identificaram elementos críticos que poderão comprometer a
307 segurança do doente tais como a renovação adequada dos pensos, a aplicação
308 consistente de técnicas assépticas durante os cuidados e a sistematização dos registos
309 clínico. Rocha et al. (2018) defendem que a auditoria em enfermagem é uma ferramenta
310 eficaz para medir a qualidade dos cuidados e sugerir medidas corretivas e preventivas.
311 Souza et al. (2022) acrescentam que as auditorias se destacam como um fator
312 imprescindível para o controlo e garantia da qualidade do serviço prestado aos doentes.

313 A identificação das lacunas entre a autopercepção e a prática real justifica a necessidade
314 de auditorias mais frequentes, que podem atuar como um vetor de validação dos
315 cuidados e contribuir para a implementação de boas práticas, reforçando o estudo de

316 Estequi et al. (2020) que também salienta a necessidade de auditorias contínuas para
317 avaliar a adesão aos protocolos na manutenção dos cateteres intravenosos periféricos.

318 Apesar dos resultados, este estudo apresenta algumas limitações nomeadamente o
319 tamanho da amostra de enfermeiros como cateteres e o facto do estudo ser efetuado
320 apenas numa instituição de saúde e não ter sido realizado em todos os contextos de
321 saúde. Além disso, a autoperceção dos enfermeiros, avaliada através de questionários,
322 está sujeita a uma limitação inerente de subjetividade. Finalmente, a formação em
323 controlo de infeções variava significativamente na amostra, o que pode ter impactado
324 as práticas observadas e relatadas, dado que enfermeiros com menor formação tendem
325 a apresentar maior variabilidade nas suas práticas.

326 **Conclusão**

327 O presente estudo teve como objetivo avaliar a autoperceção dos enfermeiros em
328 relação acerca da frequência com que realizam as práticas no cuidado aos CVP e
329 determinar se existe uma correlação entre essa autoperceção e os resultados das
330 auditorias realizadas aos CVP implantados nos doentes. Os resultados mostraram que,
331 apesar de uma autoperceção globalmente positiva das práticas, as auditorias
332 evidenciaram inconsistências, particularmente relacionadas a renovação dos pensos, a
333 inspeção do local de inserção dos CVP, a técnica asséptica utilizada durante os
334 cuidados e os registos associados ao procedimento. Estes achados apontam para uma
335 discrepância significativa entre a perceção dos profissionais e as práticas observadas.

336 As implicações práticas do estudo destacam a necessidade de reforçar a formação
337 contínua e a monitorização de práticas tendo por base auditorias regulares, como
338 estratégias essenciais para garantir a adesão aos protocolos e a qualidade dos
339 cuidados. No plano teórico, este estudo contribui para a compreensão da relação entre
340 autoperceção e práticas observáveis, reforçando a importância de métodos de avaliação
341 triangulados que combinem dados subjetivos e objetivos.

342 Face ao exposto já foi realizada a partilha dos resultados com as equipas onde o estudo
343 foi realizado para que se dê início ao planeamento de estratégias de melhoria.

344 Conclui-se que o fortalecimento das políticas institucionais de auditoria regular,
345 associadas a feedbacks construtivos e intervenções formativas direcionadas, pode ser
346 uma estratégia eficaz para melhorar a segurança do doente e a qualidade dos cuidados
347 com CVP, contribuindo para o avanço das práticas de enfermagem baseadas em
348 evidências.

349 **Referências bibliográficas**

- 350 Alves, W., & Luiz Banaszkeski, C. (2021). O uso da auditoria como instrumento de
351 melhoria para a assistência de Enfermagem. *Caderno Saúde e Desenvolvimento*,
352 10(18), 63–77.
- 353 Barroso, Fernand, Sales, Leil & Ramos, Susana. (2021). Guia prático para a segurança
354 do doente. Lidel, Edições Técnicas.
- 355 Bitencourt, J. V. de O. V., Pinheiro, L. J., Percisi, A. R., Parker, A. G., Teixeira, A. L. S.,
356 & Bertocello, K. C. G. (2020). Auditoria: Uma tecnologia de gestão para qualificação do
357 processo de enfermagem. *Revista Baiana de Enfermagem*, 34.
358 <https://doi.org/10.18471/rbe.v34.36251>
- 359 Catarino, F., Lourenço, C., Correia, C., Dória, J., Dixe, M., Santos, C., Sousa, J.,
360 Mendonça, S., Cardoso, D., & Costeira, C. R. (2022). Nursing Care in Peripheral
361 Intravenous Catheter (PIVC): Protocol of a Best Practice Implementation Project.
362 *Nursing Reports*, 12(3), 515–519. <https://doi.org/10.3390/nursrep12030049>
- 363 Costa, S. P. da, Silveira, R. E. da, Monteiro, D. A. T., Contim, D., & Toffano, S. E. M.
364 (2023b). Qualidade assistencial em cateterismo venoso periférico: uma revisão de
365 escopo. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 76(6). [https://doi.org/10.1590/0034-7167-
366 2022-0578pt](https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0578pt)
- 367 Direção-Geral de Saúde. (2007). Programa nacional de prevenção e controlo da infeção
368 associada aos cuidados de saúde.
369 [https://www.anci.pt/sites/default/files/legisla%C3%A7%C3%B5es/programa_nacional
370 de_prevencao_e_controlo_de_infeccao_associada_oas_cuidados_de_saude_0.pdf](https://www.anci.pt/sites/default/files/legisla%C3%A7%C3%B5es/programa_nacional_de_prevencao_e_controlo_de_infeccao_associada_oas_cuidados_de_saude_0.pdf)
- 371 Direção-Geral de Saúde. (2022). Infeções e resistências a antimicrobianos: relatório do
372 programa prioritário PPCIRA. [https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/infecoes-
373 hospitalares-e-consumo-de-antibioticos-diminuiram-entre-2015-e-2020-pdf.aspx](https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/infecoes-hospitalares-e-consumo-de-antibioticos-diminuiram-entre-2015-e-2020-pdf.aspx)
- 374 Estequi, J. G., Roseira, C. E., Jesus, J. B., & Figueiredo, R. M. (2020). Boas Práticas na
375 Manutenção do cateter intravenoso periférico. *Enfermagem Foco*, 11(1), 10–14.
376 <https://orcid.org/0000-0003-1975-4059>
- 377 INE (2021). Dos 19,6 anos de esperança de vida aos 65 anos em 2019, 7,3 são de
378 vida saudável. Lisboa, Portugal: INE, Instituto Nacional de Estatística.
- 379 Massante, C. C., Peres, E. M., Gomes, H. F., Andrade, P. C. da S. T., Costa, I. de O., &
380 Pires, B. M. F. B. (2021). Conhecimento dos Enfermeiros sobre boas práticas com
381 cateteres venosos periféricos. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, 95(35).
382 <https://doi.org/10.31011/reaid-2021-v.95-n.35-art.1125>
- 383 O'Grady, N. P., Alexander, M., Burns, L. A., Dellinger, E. P., Garland, J., Heard, S. O.,
384 Lipsett, P. A., Masur, H., Mermel, L. A., Pearson, M. L., Raad, I. I., Randolph, A. G.,
385 Rupp, M. E., Saint, S., & Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee
386 (HICPAC) (Appendix 1). (2011). Summary of recommendations: Guidelines for the
387 Prevention of Intravascular Catheter-related Infections. *Clinical Infectious Diseases* : An
388 Official Publication of the Infectious Diseases Society of America, 52(9), 1087–1099.
389 <https://doi.org/10.1093/cid/cir138>

- 390 Oliveira, A. D. S. S., Basto, M. L., Braga, L. M., Sena, C. A., Melo, M. N., & Parreira, P.
391 M. D. S. D. (2019). Nursing practices in peripheral venous catheter: Phlebitis and patient
392 safety. *Texto e Contexto Enfermagem*, 28. [https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2018-](https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2018-0109)
393 [0109](https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2018-0109)
- 394 Oliveira, A. de S. S., Costa, P. J. D. S., Graveto, J. M. G. N., Costa, F. J. G., Osório, N.
395 I. de A., Cosme, A. S. T. C., & Parreira, P. M. D. (2019). Nurses' peripheral intravenous
396 catheter-related practices: A descriptive study. *Revista de Enfermagem Referencia*,
397 2019(21), 111–120. <https://doi.org/10.12707/RIV19006>
- 398 Ordem dos Enfermeiros. (2017). Padrões de Qualidade dos cuidados especializados em
399 enfermagem médico-cirúrgica. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf)
400 [2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf)
- 401 Ordem dos Enfermeiros. (2024). Relatório e Contas 2023.
402 [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AssembleiasGerais/Documents/AG2024/PO](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AssembleiasGerais/Documents/AG2024/PONTO%20%20%20-%20RAC%202023.pdf)
403 [NTO%20%20%20-%20RAC%202023.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AssembleiasGerais/Documents/AG2024/PONTO%20%20%20-%20RAC%202023.pdf)
- 404 Rocha, V., Barros, L., & Ouchi, J. D. (2018). Auditoria em Enfermagem: A importância
405 do trabalho IN LOCO, visando redução de custos sem prejudicar a qualidade do
406 atendimento. *Revista Saúde Em Foco*, 10, 844–849.
407 <https://doi.org/10.5216/ree.v15i1.15082>
- 408 Serra, D. M. P., Costa, I. A., Godinho, S. F. F., Henriques, M. F., & Gouveia, M. J. (2022).
409 As auditorias em enfermagem nas organizações de saúde: revisão narrativa da
410 literatura. *Gestão e Desenvolvimento*, 30, 317–337.
411 <https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2022.11388>
- 412 Souza, C. C., Jesus, É. S., & Barreto, G. M. N. (2022). Auditoria de enfermagem e sua
413 importância para gestão de qualidade no serviço de saúde. In Editora Epitaya (Ed.), *Os*
414 *desafios das políticas sociais, inclusão e o trabalho em rede na promoção da qualidade*
415 *de vida* (Vol. 10).
- 416 Teixeira, P. da C., Almeida, P. F., Vieira, R. P. C., Oliveira, L. da S., Pinto, J. G. M.,
417 Mesquita, L. F., Mesquita, P. B. da S., Mendes, Y. dos S., & Silva, A. B. da. (2022).
418 Cateterismo venoso periférico: a qualidade dos cuidados de enfermagem na inserção
419 do cateter venoso periférico. *Global Academic Nursing Journal*.
420 <https://doi.org/10.5935/2675-5602.20200180>

REFLEXÃO FINAL

A realização dos EC revelou-se fundamental para o desenvolvimento integral das competências inerentes ao EE em EMC-PSC. A integração nas equipas, a participação ativa na abordagem ao doente crítico e os *feedbacks* contínuos atuaram como alavancas para a consolidação das competências.

Desta forma foi possível melhorar áreas como a gestão de situações críticas, a tomada de decisão em tempo real, desenvolvimento de juízo crítico bem como a abordagem ao doente crítico com focos de instabilidade. A integração de conhecimentos teóricos e práticos, o desenvolvimento de habilidades técnicas e comportamentais, e a capacidade de adaptação a diferentes cenários clínicos foram marcantes neste percurso.

A aplicabilidade da teoria de Meleis revelou-se fundamental na medida em que nos diferentes contextos foram observadas diversas transições, dentro as quais a transição saúde/doença, no que diz respeito a alteração do estado saudável para estado doente, transição situacional, no que se refere a passar a ser um indivíduo que necessita de cuidados ao deixar de ser quem cuida, bem como se verifica as condicionantes que demarcam estas transições no que diz respeito a condições pessoais e familiares que podem tanto se tornar facilitadoras como inibidores mediante cada pessoa e situação social. Assim, considera-se que ao prestar cuidados à luz desta teoria, foi possível adaptar os cuidados de enfermagem permitindo analisar o indivíduo como um ser holístico.

A par disto, também foi experienciado uma transição situacional, associada à alteração de papéis previamente desempenhados, isto é, ao passar da visão de enfermeira generalista a especialista, que levou a adaptação de um novo patamar de desenvolvimento, num percurso que se pretende que seja contínuo e passível de melhoria. Neste sentido, a consciência do papel que desempenhava e o empenho constante foram propriedades que influenciaram positivamente o processo de transição. O apoio constante e a disponibilidade dos enfermeiros orientadores foram fatores facilitadores desta transição, sendo que estes elementos em conjunto criaram um ambiente propício para uma transição bem-sucedida.

Paralelamente, o projeto de investigação intitulado “Cuidados ao Cateterismo Periférico: Análise da frequência das práticas dos Enfermeiros” complementou esta trajetória formativa ao trazer uma abordagem orientada para a melhoria contínua dos cuidados prestados. O estudo permitiu identificar a autoperceção da frequência das práticas dos enfermeiros e correlacioná-

las com os resultados das auditorias dos CVP, evidenciando áreas a serem aprimoradas, mas também reforçando a importância das auditorias como ferramenta preventiva, contribuindo para a implementação de intervenções que minimizem complicações e elevem a qualidade do cuidado.

Em suma, a conjugação entre a experiência prática em ambientes de alta complexidade e o rigor teórico das intervenções baseadas em evidências consolidou uma base sólida para a prática especializada. Este percurso académico e profissional, marcado pelo constante desafio de aprimorar as competências clínicas e comportamentais, não apenas capacitou para uma intervenção diferenciada na área dos cuidados ao doente crítico, mas também demonstrou o impacto positivo de uma abordagem integrada e reflexiva. O envolvimento no projeto de investigação proporcionou uma visão crítica e proativa acerca das práticas de enfermagem, reforçando o compromisso com a excelência e a segurança do doente.

Assim, salienta-se que os objetivos inicialmente delineados foram cumpridos com sucesso na medida em que se encontra espelhado o percurso efetuado no EC, bem como se apresenta o trabalho de investigação desenvolvido. Foi possível intervir ativamente no cuidado à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, refletir sobre a otimização dos cuidados em situações de emergência e aprofundar a abordagem com a prevenção e controlo da infeção. A prática clínica possibilitou não apenas a aplicação dos conhecimentos adquiridos, mas também a capacidade de refletir criticamente sobre os desafios enfrentados, contribuindo para um desenvolvimento profissional e pessoal significativo.

Agradeço, de forma especial, à Professora Cátia Santos e à Professora Doutora Maria dos Anjos Dixe, cuja orientação, apoio e disponibilidade foram decisivos para transformar este percurso num marco significativo, tanto na minha formação profissional quanto no crescimento pessoal. Com o legado desta experiência, vislumbro um futuro pautado na prática baseada em evidências, na inovação e no compromisso permanente com a qualidade dos cuidados prestados.