



**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

**“Perceção dos Enfermeiros sobre o seu papel na adesão dos utentes em Hemodiálise à
lavagem do Acesso Vascular como medida de prevenção de complicações”**

Mestrando: Nuno Miguel Santos Gomes

Orientador: Professora Doutora Joana Sofia Dias Pereira de Sousa

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

**“Perceção dos Enfermeiros sobre o seu papel na adesão dos utentes em Hemodiálise à
lavagem do Acesso Vascular como medida de prevenção de complicações”**

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

Nome Completo e Número de Mestrando: Nuno Miguel Santos Gomes | N.º 5230084

Orientador: Professora Doutora Joana Sofia Dias Pereira de Sousa

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

Leiria, março de 2025

PENSAMENTO / DEDICATÓRIA

“A vida é a hesitação entre uma exclamação e uma interrogação.

Na dúvida, há um ponto final.”

Fernando Pessoa

AGRADECIMENTOS

Um agradecimento especial a todos os Enfermeiros Orientadores com quem partilhei esta caminhada, pela disponibilidade, pelos momentos de partilha e reflexão, pelas orientações e sugestões de melhoria, sem o seu apoio e orientação o desenvolvimento de competências não teria sido possível.

Um bem haja a todas as equipas de Enfermagem, Assistentes Operacionais, Médicos e pessoal do Secretariado Clínico dos serviços por onde estagiei, pela receção, acolhimento e integração neste momento de aprendizagem e desenvolvimento.

À Professora Doutora Joana Sousa, grato pela orientação exemplar pautada por um elevado e rigoroso nível científico, um interesse permanente, uma visão crítica e oportuna e um empenho saudavelmente exigente, os quais contribuíram para enriquecer todas as etapas deste processo de aprendizagem e de aquisição de competências.

Por último, e não menos importante, à minha Família, pela paciência e compreensão pelos momentos de ausência e que sempre me instigaram a Cuidar do próximo como a nós próprios.

RESUMO

O presente Relatório de Estágio emerge no âmbito do Ciclo de Estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, cujo objetivo visa a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, encontrando-se dividido em duas partes distintas.

A primeira parte tem como finalidade descrever, através de uma abordagem critico-reflexiva, como os contributos das aprendizagens e experiências vivenciadas ao longo dos estágios realizados nos serviços de Urgência, Medicina Intensiva e Diálise, permitiram o desenvolvimento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, capacitando para uma maior autonomia profissional e uma participação ativa no desenvolvimento organizacional das instituições, respeitando a Pessoa e Família em situação crítica em todo o processo de cuidados.

Tendo em consideração os avanços da ciência e da tecnologia, a especialização em enfermagem é imprescindível para garantir uma atualização constante e proativa naquilo que são as melhores intervenções para o doente, resultando em cuidados diferenciados e altamente qualificados. É nessa linha de pensamento que surge a segunda parte do relatório. O estudo “Perceção dos Enfermeiros sobre o seu papel na adesão dos utentes em Hemodiálise à lavagem do Acesso Vasculare como medida de prevenção de complicações”, desenvolvido numa clínica de Hemodiálise, procura a melhoria dos cuidados e prevenção de complicações em Fístulas ArterioVenosas e Enxertos ArterioVenosos em doentes com Insuficiência Renal Crónica Terminal, submetidos a Terapia de Substituição da Função Renal por Hemodiálise.

Palavras-chave: Enfermeiro especialista; Pessoa Situação Crítica; Hemodiálise; Fístula ArterioVenosa; Enxerto ArterioVenoso; Infecção.

ABSTRACT

This Internship Report emerges within the scope of the Study Cycle of the master's degree in medical-Surgical Nursing in the Area of Nursing for People in Critical Situations of the School of Health of the Polytechnic Institute of Leiria, whose objective is to obtain the degree of master's in nursing for People in Critical Situations and is divided into two distinct parts.

The first part aims to describe, through a critical-reflexive approach, how the contributions of the learning and experiences lived throughout the internships carried out in the Emergency, Intensive Medicine and Dialysis services, allowed the development of common and specific skills of the Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing in the Area of Nursing for People in Critical Situations, enabling greater professional autonomy and active participation in the organizational development of institutions, respecting the Person and Family in critical situations throughout the care process.

Considering advances in science and technology, specialization in nursing is essential to ensure constant and proactive updating on what are the best interventions for the patient, resulting in distinguish and highly qualified care. It is in this line of thought that the second part of the report arises. The study "Nurses' Perception of their Role in Hemodialysis Patients' Adherence to Vascular Access Washing as a Complication Prevention Measure", developed in a Hemodialysis clinic, seeks to improve care, and prevent complications in Arteriovenous Fistulas and Arteriovenous Grafts in patients with End-Stage Chronic Renal Failure, undergoing Renal Function Replacement Therapy via Hemodialysis.

Keywords: Specialist nurse; Critical situation patient; Hemodialysis; Arteriovenous fistula; Arteriovenous graft; Infection.

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

AV – Acesso Vascular

AVC - Acidente Vascular Cerebral

BPS - *Behavioral Pain Scale*

CEC - Circuito Extra Corporal

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CVC - Cateter Venoso Central

DGS - Direção Geral de Saúde

EAV - Enxerto ArterioVenoso

EC - Enfermeiro Coordenador

ECG - Eletrocardiograma

EE - Enfermeiro Especialista

EG - Enfermeiro Gestor

EMC - Enfermagem Médico-Cirúrgica

EO – Enfermeiro(a) Orientador(a)

EPI -Equipamento de Proteção Individual

EPSC - Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

ESSLei - Escola Superior de Saúde de Leiria

FAST HUG - *Feeding, Analgesia, Sedation, Thromboembolic prophylaxis, Head-of-bed elevation, stress Ulcer prevention, and Glucose control*

FAV - Fístula ArterioVenosa

HD – Hemodiálise

IACS - Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

INEM - Instituto Nacional Emergência Médica

IRCT - Insuficiência Renal Crónica Terminal

NAS - *Nursing Activities Score*

OE - Ordem dos Enfermeiros

PAPA - Programa de Apoio à Prescrição de Antibióticos

PBCI - Precauções Básicas de Controlo de Infecção

PPCIRA - Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos

RASS - *Richmond Agitation-Sedation Scale*

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SAV - Suporte Avançado de Vida

SE - Sala de Emergência

SMI - Serviço de Medicina Intensiva

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SU - Serviço de Urgência

TAC - Tomografia Axial Computorizada

TDC - Técnicas Dialíticas Contínuas

TSFR - Terapia de Substituição da Função Renal

UHD - Unidade de Hemodiálise

VMI - Ventilação Mecânica Invasiva

VNI - Ventilação Não Invasiva

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	10
PARTE I – REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NOS ESTÁGIOS	14
1. CARATERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM	15
1.1. SERVIÇO DE URGÊNCIA	15
1.2. SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA	17
1.3. UNIDADE DE HEMODIÁLISE	19
2. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	21
2.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	21
2.1.1. Responsabilidade Profissional, Ética e Legal	21
2.1.2. Melhoria Contínua da Qualidade	23
2.1.3. Gestão dos Cuidados	25
2.1.4. Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais	28
2.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO CIRÚRGICA NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA	30
2.2.1. Cuida da Pessoa, Família/Cuidador a vivenciar Processos Complexos da Doença Crítica e/ou Falência Orgânica	30
2.2.2. Dinamiza a resposta em Situações de Emergência, Exceção e Catástrofe, da conceção à ação	34
2.2.3. Maximiza a Intervenção na Prevenção e Controlo da Infecção e de Resistência a Antimicrobianos perante a Pessoa em Situação Crítica e/ou Falência Orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas	36
PARTE II – PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA	40

3. PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE O SEU PAPEL NA ADESÃO DOS UTENTES EM HEMODIÁLISE À LAVAGEM DO ACESSO VASCULAR COMO MEDIDA DE PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES	41
4. CONCLUSÃO	52
REFERÊNCIAS	54

APÊNDICES

APÊNDICE I – DOCUMENTO DE INFORMAÇÃO GERAL “ACESSO DOS CIDADÃOS ESTRANGEIROS AO SNS”

APÊNDICE II – CONVITE PARA PRESENÇA NA SESSÃO DE FORMAÇÃO “PROCEDIMENTO DE UTILIZAÇÃO DE ACESSOS VASCULARES DE HEMODIÁLISE EM CONTEXTO DE URGÊNCIA” | APRESENTAÇÃO DO “PROCEDIMENTO DE UTILIZAÇÃO DE ACESSOS VASCULARES DE HEMODIÁLISE EM CONTEXTO DE URGÊNCIA” | “PROCEDIMENTO DE UTILIZAÇÃO DE ACESSOS VASCULARES DE HEMODIÁLISE EM CONTEXTO DE URGÊNCIA”

APÊNDICE III – PLANO DA FORMAÇÃO “LIMPEZA E DESINFEÇÃO DO POSTO DE DIÁLISE” | APRESENTAÇÃO DA FORMAÇÃO “LIMPEZA E DESINFEÇÃO DO POSTO DE DIÁLISE” | SUGESTÃO DE ATUALIZAÇÃO DO PLANO DE HIGIENIZAÇÃO

ANEXOS

ANEXO I – CERTIFICADO DE PRESENÇA NAS JORNADAS “QUEIMADURAS – PRESENTE E FUTURO: UMA CICATRIZ DE DOR”

ANEXO II – CERTIFICADO DE PRESENÇA NO “1º CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM EM DOENTE CRÍTICO”

ANEXO III – CERTIFICADO DE PRESENÇA NO I CONGRESSO INTERNACIONAL DO NÚCLEO DE EE ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA DA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE BAIXO MONDEGO: “INTERVIR E VALORIZAR”

INTRODUÇÃO

O presente trabalho explana o percurso desenvolvido durante o Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Escola Superior de Saúde de Leiria (ESSLei), como meio de avaliação da Unidade Curricular “Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica com Relatório II”. O seu término e defesa pública visa a obtenção do grau de Mestre e do título profissional de Enfermeiro Especialista (EE) em Enfermagem Médico Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

Pessoa em Situação Crítica (PSC) “é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Regulamento n.º 124/2011, 2011, p. 8656).

A Organização Mundial de Saúde refere que 50% dos profissionais de saúde em todo o mundo são enfermeiros, reconhecendo o papel essencial na melhoria dos cuidados de saúde e no binómio custo-eficácia dos cuidados que enfermagem representa para os serviços de saúde (World Health Organization, 2021), por isso, o investimento na atualização de conhecimentos e competências assume especial importância.

Os enfermeiros, ao encontrarem soluções para os problemas identificados, num processo de reflexão na ação e reflexão sobre a ação, possibilitam a construção de conhecimento próprio de enfermagem que ao ser sistematizado, partilhado e validado pelos seus pares, se transforma em ciência de enfermagem (Queirós, 2016). Os estágios constituem-se como um lugar de oportunidades dado que “coloca em diálogo dois espaços formativos na mediação entre teoria e experiência, com efeitos na construção do conhecimento profissional” (Cunha et al., 2017, p.66), são elementos importantes no processo de formação, constituídos por uma abordagem clínico reflexiva, relevante para a aquisição de competências. Considerando competência o saber mobilizar saberes, isto é, a capacidade de utilizar os saberes para agir na situação. Por isso, o estágio, torna-se num momento através do qual se desenvolvem atitudes e processos de autoregulação existindo integração, mobilidade e estimulação dos conhecimentos adquiridos no ensino teórico (Alarcão & Rua, 2005).

O presente relatório está dividido em duas partes. Na primeira parte pretende-se demonstrar, com recurso à análise crítico-reflexiva, as oportunidades e experiências vivenciadas para o desenvolvimento das competências comuns e específicas do EE na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (EPSC) (Regulamento n.º140/2019, 2019; Regulamento n.º429/2018, 2018).

Para uma prática de enfermagem fundamentada, sistematizada e estruturada durante os estágios, permitindo organizar dados do doente, analisá-los e compreendê-los, de forma a tomar decisões sobre as intervenções de enfermagem a exercer, prever, planear e avaliar (Tomey & Alligood, 2004), foram adotados como referenciais teóricos a Teoria das Transições de Alaf Meleis (Meleis, 2012), e o modelo teórico de Locsin (Locsin, 2010).

As teorias de enfermagem são a base da prática de enfermagem, legitimando-a enquanto disciplina, e tornando-a única na sua prática e no seu saber, dotando-a de autonomia e conhecimento próprio (Silva & Nascimento, 2023). De acordo com Sampaio et al. (2021) a utilização de referenciais teóricos permite fundamentar a prática de enfermagem, guiando-a na identificação das necessidades de cada pessoa, família ou comunidade, através de uma abordagem holística.

Na Teoria das Transições, houve especial atenção na transição situacional Saúde-Doença. Constantemente observam-se transições, nomeadamente de saúde para doença. Por transição entende-se a passagem de uma fase da vida, condição ou status para outra, um processo que é o resultado de uma interação complexa entre a pessoa e o ambiente (Schumacher & Meleis, 1994). Esta teoria permite ao EE desenvolver cuidados centrados no doente, reconhecendo as dificuldades da adaptação ao seu novo status e promovendo estratégias para facilitar esse processo. Dessa forma, os enfermeiros podem minimizar os impactos negativos da transição e melhorar a qualidade de vida do doente. A Teoria das Transições tem aplicabilidade em diversos contextos e considera vários tipos de transições, que são multidimensionais e complexas, não sendo autónomas nem exclusivas, são influenciadas por condicionantes que podem facilitar ou inibir, podendo ser pessoais, e/ou comunitárias, sendo consideradas processos cognitivos, comportamentais e interpessoais que fluem ao longo do tempo, numa trajetória saudável ou não (Meleis et al., 2000). Nos momentos de transição existe uma enorme vulnerabilidade pois os indivíduos experienciam incertezas e ansiedade, com necessidade de alterar os padrões de cuidados, sendo este o foco de atenção e vigilância para os enfermeiros, e em que o desenvolvimento de terapêuticas de enfermagem congruentes com as experiências individuais dos clientes e das famílias advém da compreensão das propriedades e das condições inerentes aos processos de transição (Meleis et al., 2000). Para que o processo de transição culmine em ganhos em saúde, é necessário estabelecer intervenções terapêuticas ao longo da transição, disponibilizando conhecimentos e capacidades àqueles que a vivenciam, desencadeando respostas capazes de retabelecer o bem estar (Meleis, 2012).

Porém, a particularidade da PSC, e o cuidado centrado na sua pessoa, é por vezes descurado pela necessidade de recurso a novas tecnologias na monitorização, diagnóstico e nos tratamentos, mas também pelo estado crítico em que se encontra. Por essa razão, considerou-se importante o suporte do modelo teórico “*Technological Competency as Caring in Nursing*”, sustentado em alguns dos pressupostos utilizados na filosofia “*Nursing as Caring*” concebida por Boykin & Schoenhofer (2005), no qual Locsin (Locsin, 2010) tenta estabelecer uma relação de harmonia entre os avanços tecnológicos em saúde e os cuidados em enfermagem. A evolução tecnológica tem exigido aos enfermeiros uma aquisição constante de conhecimentos, competências e técnicas especializadas, principalmente na área da PSC. Contudo, Locsin (2001) refere que o enfermeiro tecnologicamente proficiente é, por vezes, interpretado como um enfermeiro que não cuida, como se os cuidados individualizados e a competência técnica fossem dois conceitos difíceis de harmonizar, ou seja, como se o uso destas tecnologias na prática de enfermagem significasse a desvalorização do ser humano como objeto de cuidar, em vez de considerar o seu envolvimento como participante nos cuidados. Por isso, a tecnologia deve ser um meio auxiliar para conhecer/compreender/diagnosticar situações de saúde/doença, onde os profissionais de saúde mantêm e respeitam a pessoalidade do doente (Locsin, 2010), na medida em que a integridade das pessoas deve ser prezada mantendo a sua humanidade. O desenvolvimento tecnológico serve de ferramenta útil e vantajosa na resposta às necessidades da PSC. Todavia, a desumanização no cuidado é evitada através da reflexão e centralização nos cuidados individualizados pelos profissionais, usufruindo da tecnologia e dos dados que a mesma fornece, interpretando os mesmos de modo a dirigir os cuidados no sentido da melhor qualidade.

A segunda parte corresponde ao trabalho de investigação, desenvolvido numa clínica de Hemodiálise (HD), com vista à melhoria dos cuidados e prevenção de complicações em Fístulas ArterioVenosas (FAV) e Enxertos ArterioVenosos (EAV) em doentes com Insuficiência Renal Crónica Terminal (IRCT), submetidos a Terapia de Substituição da Função Renal (TSFR) por HD com o título “Perceção dos Enfermeiros sobre o seu papel na adesão dos utentes em Hemodiálise à lavagem do Acesso Vascular como medida de prevenção de complicações”.

No âmbito da preparação da pessoa para a fase inicial de tratamento de HD, e com foco na prevenção da infeção no Acesso Vascular (AV), recomenda-se a lavagem do braço do AV com água e sabão (com especial atenção para aqueles com défice no autocuidado) (Lok et al., 2020). No entanto, pela observação diária dos cuidados prestados pela equipa multidisciplinar

identificou-se que existia uma fraca adesão dos utentes à lavagem do AV, bem como uma reduzida sensibilidade e preocupação dos profissionais envolvidos no processo.

Desta forma, este trabalho teve como objetivos analisar a perceção dos enfermeiros sobre o seu papel na adesão dos utentes em HD portadores de FAV ou EAV ao procedimento de lavagem do AV antes do início de HD; identificar barreiras e estratégias para melhorar a adesão dos utentes em HD, portadores de FAV ou EAV ao procedimento de lavagem do AV no início da HD. Para tal, foi utilizado um guião para entrevista semi-estruturada realizada a Grupo Focal a enfermeiros selecionados portadores de especialidade Enfermagem Médico Cirúrgica ou peritos, ou seja, com experiência profissional em HD superior a 5 anos e que exerciam a sua atividade profissional na prestação direta de cuidados a doentes em unidades de HD. A entrevista foi gravada por meio áudio, posteriormente traduzida em *verbatim* para análise e categorização do seu conteúdo.

Este relatório foi redigido de acordo com as Normas de elaboração de Trabalhos Académicos da ESSLei, e as normas de referenciação da *American Psychological Association*, 7^a edição.

A segunda parte foi escrita de acordo com as normas para publicação de trabalhos da Revista NEPHRO'S da Associação Portuguesa de Enfermeiros de Diálise e Transplante. A opção por esta revista prendeu-se com o facto de se tratar de uma revista portuguesa especializada na área da diálise.

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

1. CARATERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM

A seleção dos locais de estágio baseou-se na proximidade dos mesmos com a área de residência, permitindo aliar as necessidades pessoais e familiares com a residência e local de trabalho, tendo optado por três serviços, Serviço de Urgência (SU), Serviço de Medicina Intensiva (SMI) e Unidade de Hemodiálise (UHD) da mesma unidade hospitalar na região centro do país. A unidade hospitalar em causa, serve uma população de 410.530 utentes e é constituída por 8 unidades hospitalares e 26 centros de saúde. Tem como objetivo a prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade e diferenciação, num contexto de formação, ensino, investigação, conhecimento científico e inovação. Pretende diagnosticar, tratar e reabilitar os doentes, em tempo adequado, com elevados critérios de qualidade e humanidade nos cuidados prestados (Unidade Local de Saúde Coimbra, s/ data).

1.1. SERVIÇO DE URGÊNCIA

O SU onde se realizou o estágio cumpre com o requisito de ser uma unidade de saúde:

“no segundo nível de acolhimento das situações de urgência, (...) localizando-se como forma primordial de apoio diferenciado à rede de Serviço de Urgência Básica (SUB) e referenciando para Serviço Urgência Polivalente (SUP) situações que necessitem de cuidados mais diferenciados ou apoio de especialidades não existentes no SUMC.” (Despacho n.º 10319/2014, 2014, p 20673).

A disposição e estrutura do SU, que se encontrava implementada, resultou das alterações impostas pela pandemia COVID-19. O serviço estava dividido em diferentes áreas funcionais, destacando-se as áreas onde se desenvolveram as atividades do estágio:

- Gabinete de Admissão: área onde os doentes iniciavam inscrição e onde se iniciava o processo administrativo do SU;
- Sala de espera de doentes: zona onde os doentes se encontravam a aguardar triagem;
- Triagem: com recurso à triagem de Manchester no sistema SClínico;
- Gabinete de Informações: espaço dedicado ao atendimento de familiares e/ou cuidadores para fornecimento de informações;

- Sala 1: zona para observação de doentes que dada a sua situação clínica ou condição física, necessitassem de ficar deitados em macas e sob vigilância mais adequada, com capacidade para 7 macas;
- Sala 2: zona para observação de doentes que dada a sua situação clínica ou condição física, necessitassem de ficar deitados em macas e sob vigilância mais adequada e portadores de patologia respiratória, com capacidade para 7 macas;
- Sala de Emergência (SE): “para o apoio muito urgente ou emergente, considerando o tratamento de doentes em estado crítico, com condições para o suporte avançado de vida” (Administração Central do Sistema de Saúde, 2019, p.7) a até 3 doentes críticos com compromisso de uma ou mais funções vitais. Em cada box existia todo o material de Suporte Avançado de Vida (SAV) necessário. Destaca-se a disponibilidade de diversos monitores desfibrilhadores, do sistema de compressão torácica (LUCAS®), de material de trauma, entre outros;
- Sala 4: área para prestação de cuidados a 3 doentes que, dada a sua situação clínica ou condição física, necessitassem de ficar deitados em macas e sob vigilância;
- Sala de pequena cirurgia: adequada a tratamento de pequenas feridas/escoriações, bem como realização de procedimentos cirúrgicos de reduzida complexidade;
- Sala 6: zona adequada a prestação de cuidados e administração de medicação a até 6 doentes autónomos, tendo nas suas proximidades uma área onde podiam permanecer até 10 doentes autónomos ou 3 macas;
- Sala 7: zona dedicada à alocação de doentes autónomos e com patologia respiratória;
- Corredor: zona para observação das situações triadas e que necessitassem de esclarecimento/vigilância adicional;
- Sala de Observações: designada como Macas Serviço Urgência. Consistia numa área de internamento de curta duração, com capacidade para 12 doentes (2 em quartos de isolamento), que necessitassem de uma vigilância e monitorização contínua, e/ou a aguardar vaga em serviços de internamento;
- Diversas zonas de sujos para armazenamento e acondicionamento de Resíduos Hospitalares, para lavagem e desinfeção de equipamentos, e para descarte de arrastadeiras e urinois;
- Armazéns: sistema de armazém avançado para fornecimento de material e consumíveis a todo o serviço; de equipamento clínico, mochilas medicalizadas para transporte de doente crítico, seringas e bombas infusoras, equipamento de suporte ventilatório, etc.

No serviço existia acessibilidade rápida a Imagiologia (Radiografia e Tomografia Axial Computorizada [TAC]) e a realização de Eletrocardiograma (ECG).

Trinta dos 73 elementos da equipa de enfermagem eram especialistas, 19 assumiam papel de Enfermeiro Coordenador (EC) de turno. De acordo com o Regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro é recomendado que 50% da equipa de enfermagem seja portadora de especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC) na área de EPSC (Regulamento n.º 743/2019, 2019), e que, de acordo com o Despacho n.º 10319/2014 de 11 de agosto os EC de turno sejam especialistas em EMC preferencialmente na área de EPSC (Despacho n.º 10319/2014, 2014), o que não se verificava na íntegra, pois existiam apenas 15 (21%) de EE em EMC, e existiam 4 EC de turno que ainda não eram especialistas, no entanto, aquando da seleção para EC, o Enfermeiro Gestor (EG) do serviço tinha como critérios o maior tempo de serviço, e reconhecimento da capacidade de liderança, sensatez, disponibilidade para o serviço, capacidade de diálogo e de gestão de conflitos e diálogo com as restantes classes profissionais. Ressalva-se o facto da equipa de enfermagem ter a consciência do não cumprimento integral das dotações seguras dos cuidados de enfermagem, procurando corrigir a situação através da frequência da especialidade EMC na área de EPSC por alguns elementos. Todos os enfermeiros eram portadores de formação em SAV e era salguardado que todos os elementos distribuídos para a SE e para a Equipa Emergência Interna fossem especialistas em EMC na área de EPSC. A equipa de enfermagem organizava o seu trabalho de acordo com o método individual. Os enfermeiros eram distribuídos por áreas/salas, e responsáveis pelos doentes das respetivas áreas. O elemento destacado para Equipa Emergência Interna dava resposta às solicitações de intervenção emergentes que podessem surgir no hospital e assegurava os transportes inter-hospitalares de doentes críticos. Os transportes inter-hospitalares de doentes estáveis eram assegurados pelos enfermeiros das salas/áreas com menor sobrecarga de trabalho.

1.2. SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA

O SMI onde se realizou o estágio assumia como missão:

“prestar de cuidados de enfermagem complexos e diferenciados e outros serviços com garantia da qualidade, de forma personalizada, sistematizada e contínua à Pessoa em situação crítica e a todas as outras que recorrem a este Serviço, intervindo na promoção e atendendo às suas necessidades e expetativas, assim como colaborar na formação pré

e pós-graduada dos enfermeiros e de outros profissionais e promover a investigação em enfermagem” (Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, 2019).

Tratava-se de um SMI Polivalente de Nível III (mais elevado) destinado a doentes com duas ou mais disfunções agudas de órgãos vitais, potencialmente ameaçadoras da vida e, portanto, necessitando de duas ou mais formas de suporte orgânico, e integrava a Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência – Medicina Intensiva (Paiva et al., 2017).

O serviço tinha à disposição um total de 35 camas e estava dividido em três unidades físicas diferentes, uma no piso +1 com 12 camas, uma no piso -1 com 8 camas e outra, no piso -3 com 15 camas. Desta forma o serviço, e atendendo à otimização das instalações e recursos humanos cumpria com a lotação recomendada, um mínimo de 6 camas e um intervalo ótimo entre 12 a 16 camas (Administração Central do Sistema de Saúde, 2024). Embora em sistema de espaço aberto, estava privilegiada a organização por unidade individual com módulos de vigilância e registos centralizados, mas também com a possibilidade de realização de registos à cabeceira do doente. Para garantir o desempenho eficaz em termos de qualidade e segurança e adequado controlo de infeção, estava patente a flexibilidade para dar resposta a desafios específicos, como doenças transmissíveis, imunodeprimidos ou outros, pois a unidade tinha 2 quartos de isolamento no piso +1, e todo o piso -3, com possibilidade de criação de zonas de isolamento e controlo de pressão, cumprindo desta forma o pressuposto do documento “Recomendações Técnicas para Instalações de Unidade de Cuidados Intensivos” (Administração Central do Sistema de Saúde, 2024).

A equipa de enfermagem do SMI era constituída por um total de 126 enfermeiros, distribuídos pelos 3 pisos e realizando turnos de 8 ou 12 horas.

Sobre o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, o Regulamento n.º743/2019 (2019) refere que em unidades de Nível III “na constituição das equipas das Unidades Cuidados Intensivos, recomenda-se que 50% sejam enfermeiros especialistas em EMC, preferencialmente na área de EPSC, em permanência nas 24horas, devendo idêntica regra ser assegurada na constituição de cada turno” (Regulamento N.º743/2019, 2019). Todavia, este SMI tinha 38 (30%) EE em EMC na área de EPSC, e 12 (10%) a frequentar a especialidade, e era evidente a preocupação da gestora da unidade em incentivar o processo de formação/especialização dos elementos da sua equipa.

A equipa de enfermagem organizava o seu trabalho de acordo com o método individual, em que cada enfermeiro era responsável pelos cuidados centralizados, personalizados e contínuos

ao doente durante o seu turno, planeando e tomando decisões sobre os cuidados de acordo com a sua avaliação e prioridades identificadas, seguindo os protocolos específicos e em comunicação aberta e constante com a equipa multidisciplinar, permitindo uma adaptação à alta complexidade da PSC. O enfermeiro era responsável pela preparação e administração de medicação, cumprimento de protocolos de atuação complexos, manutenção de dispositivos médicos invasivos, intervenções de higiene e conforto, e de suporte emocional ao doente e sua família. Esta metodologia garante maior segurança, personalização dos cuidados e resposta rápida a alterações do quadro clínico (Benner, 2001).

1.3. UNIDADE DE HEMODIÁLISE

A UHD onde se realizou o estágio de opção encontrava-se anexada ao serviço de Nefrologia, e, ao abrigo do modelo de Acreditação de Unidades de Saúde, estava certificada pela Direção Geral de Saúde (DGS), desde 2019, com o nível Bom. Situava-se no edifício central de um Hospital Central da região centro do país, integrando a Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência de Nefrologia aprovada pela Portaria n.º 147/2016, de 19 de maio revista posteriormente na Portaria n.º 331-B/20121 de 31 de dezembro (Portaria n.º 331-B/2021, 2021).

A UHD assumia como missão garantir a assistência clínica ao doente renal com patologia aguda ou crónica nas áreas da consulta externa, internamento e urgência, incluindo a substituição da função renal, através da HD ou diálise peritoneal (Unidade Local de Saúde Coimbra, sd), prestando cuidados de enfermagem de qualidade e com segurança a todos os clientes que recorram a esta unidade, através das orientações emanadas pelo enquadramento conceptual e enunciados descritivos presentes nos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem da Ordem dos Enfermeiros (OE); promover o desenvolvimento profissional e garantir a satisfação dos clientes e cuidadores assegurando a continuidade dos cuidados prestados (Mata, 2024).

A UHD dispunha de 14 postos de HD distribuídos por 3 salas que garantiam a separação física de doentes negativos e positivos relativamente a alguns tipos de infeções contribuindo para o desempenho eficaz em termos de qualidade, segurança e adequado controlo de infeção (Administração Central de Sistema de Saúde, 2011; Ordem dos Médicos [OE], 2017):

- Sala 1 – para doentes com marcadores virais negativos, 9 postos com 1 posto de reserva para emergências;

- Sala 2 – 3 postos para doentes que necessitem de isolamento;
- Sala B – 2 postos para doentes com marcadores virais positivos para a Hepatite B.

Prestava ainda tratamentos de HD nos serviços onde se encontra instalada a capacidade de fornecimento de água e esgoto para utilização de equipamento de tratamento de águas por Osmose Inversa, nomeadamente SMI, Unidade de Queimados, Serviço de Infeciologia, Serviço de Cirurgia Cardio Torácica Unidade e Cirurgia Cardio Torácica Intermédia.

A UHD era ainda responsável por assegurar as Técnicas Dialíticas Contínuas (TDC) em todos os serviços do hospital com exceção do SMI, cuja equipa multidisciplinar tinha competências para o desenvolvimento desta técnica.

A equipa de enfermagem da UHD era constituída por um total de 18 elementos. O Regulamento N.º743/2019 – Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem refere que nas unidades de Diálise “atenta a elevada complexidade, a exigência e os riscos associados, a equipa deve, preferencialmente, integrar pelo menos 50% de enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, nas áreas de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e, ou Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica” (Regulamento N.º743/2019, 2019, p.146). A UHD ainda não cumpria o pressuposto, pois tinha apenas 6 (33%) EE em EMC na área de EPSC e/ou Crónica, no entanto, à semelhança dos outros locais de estágio, era evidente a preocupação do EG em incentivar o processo de formação/especialização dos elementos.

A equipa de enfermagem organizava o seu trabalho de acordo com o método individual, em que cada enfermeiro era responsável pelos cuidados aos doentes, planeando e tomando decisões em articulação constante com a equipa multidisciplinar.

2. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Ser competente acarreta uma compreensão e um juízo sobre a situação e uma intencionalidade de ação (Alarcão & Rua, 2005), na medida em que é expectável que a competência corresponda a uma atuação apropriada e adequada à situação, isto é, implica saber o que fazer para atingir os resultados esperados. Desta forma, o processo de especialização em enfermagem assume-se como um recurso essencial para a aquisição de competências.

2.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Apesar das diversas áreas de especialização em enfermagem existentes, existem competências que são partilhadas por todos os EE e são aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados. As competências comuns do EE reconhecidas pela OE são: Responsabilidade Profissional, Ética e Legal; Melhoria Contínua da Qualidade; Gestão dos Cuidados e Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais (Regulamento n.º140/2019, 2019). Seguidamente procurar-se-á desenvolver uma reflexão crítico-reflexiva relativamente à aquisição das mesmas.

2.1.1. Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

De acordo com o disposto na alínea a) do artigo 111º publicado na Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro, o enfermeiro deve “Manter no desempenho das suas atividades, em todas as circunstâncias, um padrão de conduta pessoal que dignifique a profissão” (Lei n.º 156/2015, 2015, p.8104), detendo uma atitude responsável e ética, respeitando os direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos, baseando a sua prática nas normas deontológicas que regem a profissão.

Nos três contextos de estágio vivenciados foram várias as experiências com elevada complexidade de cuidados à PSC, e suas famílias, representando um maior nível de exigência nos processos de tomada de decisão e diversos dilemas éticos. Os momentos de reflexão pessoal e com Enfermeiros Orientadores (EO) permitiram alicerçar e fundamentar as tomadas de decisão nos princípios éticos da Autonomia, da Beneficência, da Não maleficência e da Justiça, respeitando as decisões do doente sobre os seus cuidados e a sua liberdade, agindo sempre no seu melhor interesse, sem causar dano na saúde e segurança e garantindo tratamento equitativo e acesso aos diversos recursos disponíveis (Nunes, 2009). A par da reflexão sobre a

importância destes princípios éticos durante a prestação de cuidados, a consulta e cumprimento dos protocolos dos serviços permitiu que as ações e decisões tomadas refletissem o respeito pela dignidade, individualidade, intimidade e privacidade do doente e família (Lei n.º 156/2015, 2015).

No que concerne aos direitos e deveres dos cidadãos no acesso aos cuidados de saúde, com o intuito de procurar clarificar e esclarecer os direitos, garantir cuidados sem qualquer discriminação e juízo de valor de doentes de outras nacionalidades, etnias, culturas e religiões, destacou-se, no estágio na UHD, a realização de um documento com informações gerais, com o objetivo de disponibilizar um conjunto de orientações que assegurassem a identificação e os procedimentos necessários à inscrição e acesso de cidadãos estrangeiros ao Serviço Nacional de Saúde (SNS) – “Acesso dos cidadãos estrangeiros ao SNS” - (Apêndice I). Após análise do documento, e tendo em consideração a pertinência e importância do tema, foi decidido, pelo EG da UHD, envolver toda a equipa multidisciplinar e converter o documento numa Instrução de Trabalho.

Durante os estágios desenvolveu-se uma prestação de cuidados promotora da privacidade, dignidade e da segurança do doente, respeitando a autodeterminação, os costumes e crenças do doente, reconhecendo a família como parte integrante do processo e da relação terapêutica. Devido à presença de doentes em macas no corredor e ausência de cortinas e/ou biombos que permitissem a privacidade, o alcançar deste objetivo foi mais desafiante no SU, apenas atingível através da colocação temporária dos doentes em instalações sanitárias nos momentos de realização de intervenções com necessidade de exposição corporal. No SMI, apesar do sistema de espaço aberto das unidades dos doentes, salientava-se a elevada preocupação de toda a equipa na reserva da intimidade e privacidade da PSC através da utilização de biombos e roupa.

Relativamente ao sigilo profissional, à titularidade dos dados pessoais e reserva da vida privada do doente no momento da partilha de informação, constatou-se que, em todos os locais de estágio, a passagem de turno era realizada em locais que garantiam a transmissão de informação apenas aos profissionais com funções no plano terapêutico.

A Lei n.º 33/2009 refere que o utente tem direito a ter um acompanhante, por si indicado, desde que não comprometa as condições e requisitos técnicos a que deve obedecer a prestação de cuidados médicos para que estes seja eficazes (Lei n.º 33/2009, 2009). Pese embora a sobrelotação de doentes do SU e a especificidade da UHD, foi facilmente perceptível uma preocupação em garantir esse direito, permitindo a realização de curtas visitas de familiares ou

mesmo a permanência junto do mesmo. Este simples comportamento era percebido pelas famílias/cuidadores da PSC como uma preocupação pela vertente humanista do cuidar.

2.1.2. Melhoria Contínua da Qualidade

A reflexão sobre a prática permite definir objetivos e delinear estratégias para alcançá-los e simultaneamente consolidar-se como uma ferramenta da qualidade em enfermagem (Fradique & Mendes, 2013), devendo ser contínua na procura de padrões assistenciais pela maior qualidade dos cuidados prestados (Peres et al.2020).

O EE tem a responsabilidade de se constituir como um elemento dinamizador na procura do desenvolvimento e apoio às iniciativas estratégicas institucionais (Regulamento n.º 104/2019, 2019). Alinhado com esse princípio, e associado à necessidade de assegurar segurança na prestação de cuidados, foram identificadas algumas melhorias, nomeadamente no SU e na UHD.

A primeira situação estava relacionada com o risco de picada acidental por agulha na SE do SU. Em Portugal, entre os anos 2009 e 2010, foram contabilizados 11.906 acidentes de trabalho, cuja principal causa de notificação (27,3%) foi picada por agulha (Miguel, 2023). Devido à existência de apenas um contentor de Resíduos Hospitalares de Grupo IV, foi sugerida a colocação de contentores de Resíduos Hospitalares de Grupo IV em cada um dos postos da SE, criando assim um ambiente mais seguro para os profissionais de saúde, cumprindo com a Norma n.º 029/2012 de 29 de dezembro da DGS, “os resíduos (...) devem ser eliminados junto do local onde são produzidos e separados, imediatamente, de acordo com os grupos a que pertencem” (DGS, 2012). Ainda no SU foi identificada a necessidade de melhorar a abordagem a doentes submetidos a programa regular de HD, com dificuldades em garantir um acesso venoso em contexto de emergência clínica. Desta forma, foi planeada uma ação de formação sobre “Procedimento de Utilização de AVs de HD em contexto de Urgência” (Apêndice II).

A segunda situação identificada estava relacionada com o cumprimento das Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI) no processo de Limpeza e Desinfecção do Posto de Diálise, por isso, e enquadrado com o Plano de Formação da UHD foi realizada, à equipa de Enfermagem e de Assistentes Operacionais uma sessão de Formação “Limpeza e Desinfecção do Posto de Diálise” (Apêndice III).

Ao nível da operacionalização dos registos de enfermagem, a experiência dos locais de estágio não foi uniforme. Apesar de em todos os locais se utilizar linguagem da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), foi sentida alguma dificuldade de adaptação e cumprimento rigoroso na identificação de Focos de Atenção, Diagnósticos, Atitudes e Intervenções de Enfermagem, pois no SU, apesar da utilização do *software* SClinico®, com a azáfama e sobrecarga de PSC carentes de cuidados, o tempo para garantir a realização completa de registos era insuficiente. No SMI todas as prescrições terapêuticas e registos de enfermagem eram realizados no *software* PATIENTCARE®, que apesar de visualmente atrativo, permitindo uma visualização gráfica bastante completa, carecia de tempo de aprendizagem. Por sua vez, na UHD, os registos de enfermagem e prescrições médicas eram realizados em suporte papel e posteriormente transcritos para o SClinico®, criando algumas dificuldades em garantir a continuidade de cuidados, pela duplicação de trabalho sentida pela equipa. Esta problemática estava relacionada com a inadaptabilidade da plataforma SClinico® aos dados sensíveis e relevantes para a manutenção da continuidade de cuidados dos doentes em HD, ou seja, os campos de preenchimento não contemplavam todas as informações clínicas importantes. A identificação desta situação permitiu compreender algumas experiências sentidas no âmbito profissional, nomeadamente a ausência de registos/informação na carta de alta sobre ocorrências dialíticas durante o internamento hospitalar, uma vez que este documento era realizado pela equipa de enfermagem do serviço onde o doente esteve internado e não pela equipa de enfermagem da UHD. De salientar a elevada sensibilidade e preocupação da equipa de enfermagem para esta problemática, estando em desenvolvimento um projeto de alteração desta metodologia em sistema informatizado.

Refletindo sobre estes tópicos, os registos de enfermagem permitem uma melhoria da qualidade dos cuidados, não só porque permitem dar continuidade aos cuidados, mas também porque permitem uma visão global do processo do doente, de modo a obter informações sobre a sua situação atual através do processo de enfermagem, da história clínica e dos exames complementares, podendo atuar em conformidade de acordo com o que é consultado.

Alinhado com os 5 pilares do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes: cultura de segurança, liderança e governança, comunicação, prevenção e gestão de incidentes de segurança do doente e práticas seguras em ambientes seguros (Despacho n.º 9390/2021, 2021), destacou-se a impressão de etiquetas de medicação com o nome do doente, fármaco, dose, via, hora de administração e sua diluição; armazenamento de estupefacientes (em cofre) e

medicação em armários fechados, em gavetas etiquetadas de acordo com a Norma 020/2014 da DGS “Medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes” (DGS, 2014) e com a Norma 014/2015 “Medicamentos de alerta máximo” (DGS, 2015a); identificação inequívoca do doente e relação com o componente sanguíneo a transfundir através de pulseira identificativa do sistema *GRICODE*® – Sistema de Segurança Electrónica Transfusional, em todos os locais de estágio.

A competência de Melhoria Contínua da Qualidade foi simultaneamente desenvolvida pela prestação de cuidados, em todos os contextos de estágio, com o respeito e cumprimento dos princípios da segurança a nível dos registos com informação confidencial; da prevenção de riscos ambientais e para restantes profissionais com a implementação de PBCI; da promoção de um ambiente de trabalho confortável, saudável e ergonomicamente seguro, através do exemplo e devida fundamentação na mais recente evidência científica.

2.1.3. Gestão dos Cuidados

Gerir um serviço ou uma equipa tem múltiplos desafios, entre os quais se destacam as dificuldades económicas, a personalidade de cada elemento da equipa e a escassez de recursos humanos e materiais *versus* a necessidade de prestar cuidados com qualidade e segurança ao doente. Ao cuidar da PSC, a liderança encara desafios constantes no planeamento e supervisão dos cuidados, nos momentos de conflitos éticos e bioéticos, na capacidade de celeremente tomar decisões eficazes, eficientes e seguras e no saber lidar com questões do processo de vida e morte (Gelbcke, 2008). É nesse sentido que o EE, enquanto referência, é chamado a adquirir competências nessa área desenvolvendo estratégias de resolução de problemas, sempre em parceria com o doente, família e equipa multidisciplinar.

Com o objetivo de garantir índices elevados de segurança e qualidade na prestação de cuidados à PSC, foi identificada, em todos os locais de estágio, a preocupação com o desenvolvimento de modelos de gestão e fórmulas capazes de calcular o número de profissionais de enfermagem necessários em função das necessidades da população alvo. Esta preocupação do EG, de cada serviço, estava alinhada com a definição de rácios enfermeiro/utente por área de prestação de cuidados da OE prevista no Regulamento n.º 743/2019, nomeadamente no SMI, onde se prevê que “em unidade de nível III as dotações de enfermeiros devem ser de 1:1” (Regulamento n.º 743/2019, 2019, p.145); na UHD os rácios, “integram o mínimo de um enfermeiro por cada quatro doentes, não devendo ser excedida a razão de cinco doentes/enfermeiro, sendo que o

número de enfermeiros presentes por turno, nunca poderá ser inferior a dois” (Regulamento n.º743/2019, 2019, p.146). Para além das necessidades para garantir o funcionamento da UHD, a preocupação em suprimir necessidades dos tratamentos dialíticos, nos diversos serviços da unidade hospitalar e dos doentes com necessidades de isolamento, era uma constante no processo de cálculo do número de enfermeiros por turno. Quanto ao SU, devido ao elevado número de ausências por atestado médico e reestruturação do serviço, nem sempre se conseguia assegurar o número mínimo de elementos por turno (10 enfermeiros).

Em todos os locais de estágio foi possível desenvolver esta competência, através da colaboração com os EO's enquanto elementos designados pelo EG como EC de turno, assumindo um papel ativo na gestão do serviço, dos cuidados, e na gestão dos recursos humanos e materiais, procurando garantir a reposição de material, o funcionamento e manutenção de todo o equipamento existente. Fator comum nos locais de estágio foi a gestão de recursos materiais, onde se destacou a contagem e pedidos de estupefacientes; realização de testes ao desfibrilhador e aos ventiladores de transporte; realização de pedido de material cirúrgico esterilizado e reposição de *stock*; pedidos à Farmácia/Armazém de fármacos, solutos para TSFR, material de pensos e desinfetantes, botijas de oxigénio, alimentação entérica, consumíveis de equipamento de gasimetria e de máquina de HD; e gestão de equipamentos, através da verificação de carro de emergência e malas de transporte. Este processo foi extremamente gratificante, pois dada a experiência profissional foram vários os momentos de reflexão e partilha de conhecimentos que permitiram otimizar alguns processos, tornando-os mais eficientes e eficazes.

Foi possível identificar e refletir sobre o papel preponderante do EC na otimização da resposta e desempenho da equipa, constituindo-se como um elo de ligação na articulação com toda a equipa multidisciplinar. Este processo de gestão era iniciado na passagem de turno, em que o EC recebia e partilhava com a equipa um conjunto de informações precisas e estruturadas sobre a condição clínica de cada doente, as intervenções e outros aspetos relevantes para a continuidade dos cuidados, mas também sobre assuntos de ordem operacional de gestão de materiais, equipamentos e infra-estruturas. No SU, no início de cada turno, o EC avaliava o fluxo de doentes, a lotação das salas/áreas de doentes e procedia à distribuição da equipa pelas salas/áreas do serviço. Constatou-se que por vezes a gestão mais eficaz e eficiente dos recursos humanos, suportada pelos princípios da segurança e qualidade nos cuidados passava pela mobilização de doentes para outras salas/áreas, criando assim rácios enfermeiro/doente mais equilibrados. No SMI, o EC efetuava a distribuição dos doentes em cada turno, atendendo ao

nível de gravidade dos mesmos e necessidades em cuidados de enfermagem, recorrendo a um instrumento de avaliação de carga de trabalho de Enfermagem o *Nursing Activities Score* (NAS). O NAS atribui uma pontuação que “mede o tempo gasto pelas atividades de Enfermagem a nível do doente, é independente da gravidade da doença, do tipo de casos e do tipo de unidade de cuidados intensivos e representa o tempo de Enfermagem calculado em percentagem”, num período de 24 horas (Pinho, 2020, p. 132). Este instrumento apresenta diferentes itens, tais como monitorização e controlo, procedimentos de higiene, mobilização e posicionamento, suporte e cuidados aos familiares/doentes e atividades administrativas e de gestão (Loureiro, 2023). Ao analisar estes itens e sua aplicação no processo de distribuição de enfermeiros, constatou-se que o NAS avalia essencialmente a componente clínica/física do trabalho do enfermeiro, sendo o tempo/momento de conceptualização dos cuidados de enfermagem aquém do expectável para um instrumento de avaliação de carga de trabalho do enfermeiro, correndo o risco de a carga de trabalho do enfermeiro não ser avaliada de forma adequada, com as devidas repercussões na qualidade e segurança dos cuidados (Loureiro, 2023). Quanto à UHD, competia ao EC a distribuição diária dos elementos da equipa pelas salas e postos de HD, cumprindo com o rácio máximo de 1:4 postos de HD, com exceção para a Sala 2 (capacidade máxima de 3 doentes), Sala B (capacidade máxima de 2 doentes) e serviços externos (1 doente por turno), em que ficava apenas 1 enfermeiro para cada um destes espaços.

Ainda no âmbito das funções do EC de turno, salientou-se a oportunidade de desenvolver processos de gestão de altas, estabelecendo contatos com familiares e cuidadores, planeando transportes de retorno de doentes aos seus domicílios ou instituições de apoio, mas também transportes inter-hospitalares, com ou sem acompanhamento de profissional de saúde.

No SU foram vivenciados momentos de resolução de conflitos entre doentes/famílias, principalmente queixas relacionadas com o tempo de espera, que se resolveram com base no estabelecimento de um diálogo assertivo e de uma relação empática na satisfação das necessidades do doente e sua família. A identificação de situações de resolução de conflitos, com o objetivo de definir a melhor resposta para resolução de algumas situações vividas, confirmou que o EC adapta a liderança às situações e ao contexto visando a otimização da resposta da equipa de enfermagem em articulação com a equipa multidisciplinar (OE, 2010).

De salientar que a rápida, eficaz e adequada capacidade de gestão dos recursos do EC, de acordo com a complexidade dos contextos clínicos e especificidades da PSC que necessitava de cuidados, em qualquer um dos contextos de estágio, era amplamente reconhecida pelas equipas

multidisciplinares, pelo que o EC era identificado como um elemento fulcral na planificação e organização dos serviços.

2.1.4. Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

A excelência e a segurança da prática de Enfermagem conseguem-se promovendo o desenvolvimento profissional baseado na melhor e mais recente evidência científica, conjuntamente com a experiência e opinião de peritos e os valores e as preferências dos utentes (OE, 2006). É dever do enfermeiro manter a atualização contínua do conhecimento, assim como uma formação permanente e aprofundada nas ciências humanas (OE, 2015).

A participação nas Jornadas do Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica organizadas pela ESSLei com o tema “Queimaduras – Presente e Futuro: uma Cicatriz de Dor” no dia 15 de setembro de 2024 (Anexo I), no 1º Congresso Internacional de Enfermagem em Doente Crítico, nos dias 8 e 9 novembro 2024, organizado pela Sociedade Portuguesa de Enfermagem em Doente Crítico (Anexo II) e no I Congresso Internacional do Núcleo de EE em EMC da Unidade Local de Saúde Baixo Mondego com o tema “Intervir e Valorizar” nos dias 21 e 22 janeiro 2025 (Anexo III) permitiu aprofundar conhecimentos técnicos e criar momentos de reflexão e partilha sobre o papel e a importância do EE no SNS.

É de destacar que a aquisição de conhecimentos exige muitos anos de experiência para atingir um domínio pleno na prática e, tendo em consideração a especificidade da PSC, essa aquisição é ainda mais crucial. Por essa razão, a identificação de limitações e dificuldades pessoais teve uma influência no desenvolvimento da assertividade e na direção do autoconhecimento. Um dos desafios sentidos estava relacionado com a dificuldade em estabelecer uma abordagem/priorização sistematizada e estruturada que permitisse a elaboração de um plano de cuidados, e definição de estratégias, para dar uma resposta eficaz do cuidado à PSC em contexto de SMI. Essa dificuldade condicionou a iniciativa e proatividade para o desenvolvimento de atividades que permitissem alcançar os objetivos propostos. Nesse sentido a pesquisa bibliográfica realizada permitiu identificar uma Mnemónica como forma de auxiliar na verificação de alguns dos aspetos-chave no cuidado geral de todos os doentes críticos em contexto de SMI: *FAST HUG (Feeding, Analgesia, Sedation, Thromboembolic prophylaxis, Head-of-bed elevation, stress Ulcer prevention, and Glucose control)*, que consiste numa *Checklist* para lembrar aspetos importantes no cuidado ao doente crítico, e o seu impacto na

redução e prevenção de complicações, e na melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos doentes em cuidados intensivos (Vincent, 2005).

A aprendizagem adquirida sobre a *FAST HUG* permitiu ultrapassar as dificuldades sentidas e melhorar a prática em lidar com a complexidade clínica e riscos de instabilidade associados a cuidados não adequados, bem como com a variedade de necessidades de intervenção, monitorização, vigilância da PSC com recurso a metodologias tecnologicamente evoluídas.

No âmbito da UHD salientou-se a experiência de acompanhar a primeira sessão de HD de doente com IRCT, cuja segurança da punção da FAV estava comprometida, pela identificação de alguns aspetos que condicionariam a confiança e sucesso da punção da mesma, sem incidentes. Perante esta situação a doente foi referenciada para a Consulta de Enfermagem de AV, uma vez que a técnica de punção é importante para a sobrevivência da FAV, e escolher a técnica apropriada é uma decisão complexa (Sousa, 2023). Identificou-se no processo de referenciação para a Consulta Enfermagem de AV, realizada por EE, uma forma de reforçar o papel do mesmo na implementação de práticas inovadoras e na liderança na definição estratégias eficientes de cuidados. Neste caso, o uso integrado do Exame Físico ao AV e da ecografia ilustrou como a competência técnica e científica pode transformar os cuidados, elevando os padrões de segurança e qualidade, e reforçou a relação de confiança com o doente/família.

Foram várias as experiências relacionadas com gestão complexa de fármacos, quadros/patologias clínicas e equipamentos específicos que permitiram aprofundar conhecimentos sobre sedação, analgesia, Trauma, Sépsis, Acidente Vascular Cerebral (AVC), doente neurocrítico e avaliação neurológica, Ventilação Mecânica Invasiva (VMI) e respetivos modos ventilatórios, Ventilação Não Invasiva (VNI), Suporte Avançado de Vida (SAV), transporte de doente crítico, nutrição entérica, monitorização invasiva de Sinais Vitais, TSFR, realização de TDC no sistema terapêutico *PrismaFlex®*, HD no sistema terapêutico *AK200 Gambro®*, comunicação terapêutica com doente impossibilitado de comunicar verbalmente, escalas de avaliação de estado de consciência e de avaliação da dor, bem como estratégias não farmacológicas para alívio da dor.

Esta competência foi desenvolvida através da adoção constante de uma atitude crítico-reflexiva e baseada em evidência científica, assim como da integração de críticas construtivas, demonstração de disponibilidade e procura constante de conhecimento científico e de oportunidades de aprendizagem.

2.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO CIRÚRGICA NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Os cuidados à PSC devem ser cuidados altamente qualificados, prestados de forma contínua à pessoa com uma ou várias funções vitais em risco imediato, permitindo manter as funções vitais, prevenindo complicações, limitando incapacidades e potenciar a recuperação da pessoa (Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, 2011).

Definem-se competências específicas do EE “as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p.4745).

2.2.1. Cuida da Pessoa, Família/Cuidador a vivenciar Processos Complexos da Doença Crítica e/ou Falência Orgânica

As situações de saúde e respetivas respostas para uma PSC, e sua família/cuidador, apresentam uma elevada complexidade e exigem que o EE mobilize e detenha conhecimentos e habilidades que lhe permitam oferecer uma resposta rápida e holística. Por forma a garantir uma intervenção precisa, eficiente, rápida e concreta, detetando e prevenindo complicações, este deve procurar colher dados de forma contínua e sistemática. No decorrer dos três estágios foram inúmeras as possibilidades de aprendizagem e crescimento que permitiram aplicar, adquirir e mobilizar conhecimentos com enfoque na PSC e sua família/cuidador.

Apesar da existência de diferentes modos de atuação nos diversos contextos de estágio identificaram-se situações transversais a qualquer um dos contextos. A abordagem ABCDE; a correta utilização do material disponível; o conhecimento sobre os equipamentos e domínio da organização dos respetivos serviços e do carro de emergência, são vantagens para o sucesso e qualidade dos cuidados prestados à PSC, atuando também na prevenção de complicações.

Durante a fase aguda e/ou instabilidade hemodinâmica, a PSC apresenta um obstáculo à comunicação, quer com os profissionais de saúde quer com a família/cuidador, com especial prevalência no SMI, devido a sedoanalgesia e/ou VMI. A comunicação é a base da enfermagem onde se centra grande parte dos cuidados, permitindo um cuidado holístico. É de extrema

importância que se estabeleçam estratégias para efetivar a comunicação com estes doentes, adquirindo competências relacionais para minimizar essa barreira e facultando estratégias à família/cuidador na comunicação (Cavaco, et al., 2013).

Em contexto de triagem, no SU, participou-se na ativação de Vias Verdes, nomeadamente Via Verde AVC e Via Verde Coronária. Estas estratégias são “utilizadas para melhorar a abordagem, encaminhamento e tratamento de situações mais frequentes e/ou graves nas fases pré, intra e inter-hospitalares” (Coimbra, 2021, p. 28). As Vias Verdes permitem um diagnóstico precoce, com implementação antecipada de tratamento levando a uma melhoria dos prognósticos (Despacho n.º 10319/2014, 2014). A ativação de Via Verde AVC permite que a PSC com suspeita de AVC possa ser cuidada com rapidez, acedendo aos meios complementares de diagnóstico, confirmando ou excluindo o diagnóstico de AVC isquémico, por forma a iniciar o mais breve possível tratamento fibrinolítico. Quanto à Via Verde Coronária, destaca-se o caso de uma doente com 75 anos com queixas de desconforto torácico com irradiação para as costas, com ativação da Via Verde à chegada ao SU. De imediato foi realizado ECG que confirmou diagnóstico de Enfarte Agudo do Miocárdio. A doente foi encaminhada para o serviço de Hemodinâmica e houve a oportunidade de assistir à Intervenção Percutânea Coronária primária.

No SU foi apenas experienciada uma situação de Paragem Cardio Respiratória, com recurso ao sistema de compressão torácica *LUCAS®*. A observação de utilização deste sistema permitiu identificar as compressões torácicas como eficazes e contínuas, de acordo com as diretrizes de Reanimação Cardio Pulmonar: superiores a 100 compressões por minuto; superiores a 5 cm de profundidade, com recuo total do peito e com ciclo de funcionamento de 50/50 para compressão e descompressão (Jolife, 2024). Este sistema permitiu que as mãos dos profissionais estivessem livres, apoiando noutras atividades essenciais de SAV. Na observação da organização e articulação de toda a equipa, foi perceptível o cumprimento do algoritmo de SAV, a atuação e o papel de cada elemento da equipa, bem como da importância do trabalho em equipa e da existência de um *Team Leader* capaz de coordenar, decidir e observar as ações da equipa. Na seleção do *Team Leader* devem ser consideradas tanto as habilidades cognitivas quanto as habilidades técnicas, necessárias para a execução bem-sucedida do SAV, cuja responsabilidade pode ser atribuída com base em qualificações específicas e não simplesmente por grau profissional (Courtney, 2021).

A gestão de diversos fármacos representou um desafio ao longo dos estágios, com especial incidência no SMI, nomeadamente na preparação e administração de protocolos terapêuticos complexos, com ênfase na sedação, cujo “objetivo deve ficar documentado pela equipa e ser ajustado pelos enfermeiros à cabeceira do doente, de forma a manter um nível adequado” (Pinho, 2020, p. 109). No SMI usava-se a escala de sedação de *Richmond Agitation-Sedation Scale* (RASS), que quantifica o nível de consciência e demora menos de 10 segundos a ser executada (Hanet al, 2015). Avalia a agitação ou sedação do doente usando três passos claramente definidos que determinam uma pontuação que compreende entre -5 a +4 (Ely et al, 2003). Para a avaliação da dor no doente sedado usou-se a Escala Comportamental da Dor - *Behavioral Pain Scale* (BPS), cuja aplicação era de 4/4 horas. Esta consiste numa escala numérica de avaliação da dor no doente não comunicativo e avalia a dor pela observação comportamental do doente (Carvalho, 2018). A avaliação da dor no doente incapaz de comunicar foi uma das competências desenvolvidas, nomeadamente com o uso de medidas não farmacológicas, como a massagem terapêutica de conforto e o posicionamento.

Sobre os procedimentos técnicos de alta complexidade, no SMI, destacavam-se os cuidados associados à VMI, e cumprimento da Norma Clínica 021/2025 de 16/12/2015 atualizada a 17/11/2022 – “Feixe de Intervenções para a Prevenção da Pneumonia associada à Intubação” (DGS, 2015b) aquando da prestação de cuidados e higiene e vigilância da via aérea; o cumprimento do protocolo de extubação e início de Ventilação Espontânea em vigor no SMI; a realização de Traqueotomia e de Drenagem de Hemotoráx em sistema de drenagem livre.

Na UHD, e tendo em consideração a inexperiência na técnica, despertou a necessidade de acompanhar o processo de colocação de CVC para HD. Neste procedimento foi importante analisar a antecipação de eventuais complicações tardias, nomeadamente disfunções do CVC por formação de coágulos e respetiva trombose de ramos do CVC ou mau posicionamento do mesmo, com reforço de sensibilização para o cumprimento da Norma 022/2015 atualizada a 29 de agosto de 2022 - “Feixe de Intervenções de Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Vascular Central” (DGS, 2015c).

Na componente de cuidar da família/cuidador da PSC é de salientar a experiência do Gabinete de Informações do SU e o acompanhamento das visitas no SMI, onde, era perceptível o desvio da atenção dos familiares ao questionarem sobre os alarmes e os parâmetros vitais, tendo sido necessário redirecionar o foco daquelas visitas para o familiar enquanto PSC.

Destacou-se também, a vivência de acompanhar doente e filha no momento indução à HD, na UHD. A ansiedade da família/cuidador advém do facto de os cuidados de enfermagem à PSC tenderem a ser associados à execução de técnicas e procedimentos num ambiente cuja dinâmica impõe ações complexas, associadas à constante presença da morte (Benner, et. al, 2011).

No SMI a partilha de informação entre a equipa multidisciplinar e família/cuidador facilitava o processo de tomada de decisão, dado que maioritariamente a PSC se encontrava sedada, incapaz de interagir verbalmente e condicionada na expressão da sua vontade própria. Uma das experiências enriquecedoras, e que potenciaram o reconhecimento da importância da equipa multidisciplinar no processo de tratamento da PSC internada no SMI, foi o acompanhamento da Consulta de *Follow Up*, realizada 6 meses após a alta hospitalar. O principal objetivo desta consulta era identificar sinais de Síndrome Pós Internamento em Cuidados Intensivos, este caracteriza-se por alterações físicas, cognitivas e psiquiátricas, que têm o potencial de levar à redução da qualidade de vida dos doentes e, muitas vezes, também dos seus familiares (Gomes, 2023). As consultas acompanhadas permitiram corroborar com Galinha de Sá et al. (2015), ao afirmar que a família vivencia de forma muito intensa e emocional todos os momentos e alterações no estado clínico, enquanto que a pessoa muitas vezes só compreende a gravidade da sua situação na fase de recuperação.

A importância de cuidar do binómio PSC/família foi reforçada na UHD aquando do início de HD por uma doente que chegou à UHD, acompanhada pela filha. Ambas demonstraram muitos receios, medos e dúvidas sobre o impacto que a IRCT e início de TSFR traria às suas vidas. Mas com o estabelecimento de uma relação de confiança e empatia, e o suporte da Teoria das Transições de Alaf Meleis, desenvolveu-se um cuidado centrado na doente e na sua família, promovendo estratégias para facilitar os processos de Transição de Saúde-Doença e Transição de Papéis e Organizacional, minimizando os impactos negativos. Procurou-se, portanto, melhorar a qualidade de vida da doente, através da avaliação da experiência individual da mesma e sua família (sentimentos, medos, expectativas e dificuldades na adaptação à HD); educar e capacitar sobre o tratamento, autogestão da saúde e mudanças no estilo de vida; e disponibilizar apoio emocional para redução da ansiedade e melhoria da aceitação da nova condição com vista a uma transição eficaz.

2.2.2. Dinamiza a resposta em Situações de Emergência, Exceção e Catástrofe, da conceção à ação

A prestação de cuidados numa situação de catástrofe exige do enfermeiro um conjunto de conhecimentos, competências e habilidades, traduzindo-se numa resposta de emergência sistematizada, integrada, rápida e eficiente, devendo os procedimentos estar convenientemente treinados por forma a reduzir o impacto negativo (International Council of Nursing, 2009).

Pressupõe-se que o EE em EPSC seja detentor de competências na área de intervenção em situações de emergência, exceção e catástrofe, nomeadamente: cuidar da pessoa em situações de emergência, exceção e catástrofe; conceber, em articulação com o nível estratégico, os planos de emergência e catástrofe; planear resposta à situação de catástrofe; gerir os cuidados em situações de emergência, exceção e catástrofe; assegurar a eficiência dos cuidados de enfermagem preservando os vestígios de indícios de prática de crime (Regulamento n.º 429/2018, 2018). Uma situação de exceção, no contexto de prestação de cuidados de emergência médica consiste numa situação em que se verifica, de forma pontual ou sustentada, um desequilíbrio entre as necessidades verificadas e os recursos disponíveis (Instituto Nacional Emergência Médica [INEM], 2012).

Em nenhum dos contextos de estágio se verificou situação de catástrofe. No entanto, para o desenvolvimento desta competência foram consultados o Plano de Emergência Interno da unidade hospitalar, normas e documentos internos e o procedimento de utilização do Carro de Emergência, desfibriladores, ventiladores portáteis e malas de transporte.

No SU foi analisado o conteúdo do armário de catástrofe e dos “Kits de triagem de catástrofe”. Estes eram compostos por: pulseira de identificação; 6 autocolantes de cada cor, que correspondente à cor resultante da triagem; processo clínico sumário; registo de espólio; etiquetas de autocolantes já numeradas com o número do kit; requisições de análises; classificação de grupo sanguíneo; requisições para exames imagiológicos; requisição de ECG; e rótulos numerados para identificação de tubos de colheitas de espécimens. Foi revisto o processo de Triagem Primária, desenhado para permitir não só a imposição da ordem, como também para assegurar que perante um grande número de vítimas, a triagem é feita com celeridade (INEM, 2012). Foi também revista a Triagem Secundária, a *Triage Revised Trauma Score*, que consiste na obtenção de três variáveis fisiológicas: Frequência Respiratória, estado de consciência (Escala de Glasgow) e Pressão Arterial Sistólica.

Como resposta a picos de afluência e cumprimento de planos de contingência, constatou-se que na unidade hospitalar dos locais de estágio, as unidades de cuidados intermédios (nível II) podiam ser imediatamente convertidas para uma tipologia de cuidados de nível III, potenciando a flexibilidade do SMI, tal como previsto no documento “Recomendações Técnicas para Instalações de Unidade de Cuidados Intensivos” (ACSS, 2024).

Relativamente à colaboração na salvaguarda da preservação de vestígios, atendendo à cadeia de custódia e identificação de indícios de crime, não houve oportunidade de prestar cuidados nessa área por ausência de situações. Porém, no contexto de estágio no SU foi analisada a pasta com normas e protocolos de atuação, bem como os contactos de entidades de referência de potenciais vítimas de crime.

Por ausência de experiências para o desenvolvimento desta competência, foram realizadas reflexões e definidas estratégias de prevenção de situações exceção que pudessem colocar em risco ou agravassem a condição da PSC.

Na UHD, destaca-se o caso de uma desconexão acidental do CVC com o Circuito Extra-Corporal (CEC) de sangue durante HD, em que a rápida atuação evitou uma perda massiva de sangue. Se a bomba de sangue não for parada, seja por ativação do sistema de proteção da máquina de diálise ou manualmente, o doente pode, em minutos, sangrar até à morte (Van Waeleng, 2008). Em média, a taxa de fluxo de sangue varia entre 200 a 350 ml/min, o que pode, sem uma intervenção oportuna e atempada, levar a uma perda de sangue de cerca de 40% do volume sanguíneo do doente (Axley, 2012). A análise e reflexão da situação reforçou a ideia que minimizar o risco e reforçar a vigilância e monitorização de acidentes constituem-se como princípios fundamentais para a prevenção da desconexão acidental (Ding, 2021).

Quanto ao tópico “assegura meios de evacuação e transporte” (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p.19364), foi possível colaborar em transferências intra e extra hospitalar de PSC, permitindo assimilar as três fases do transporte: Decisão, Planeamento e Efetivação, na medida em que o transporte de doente crítico pressupõe uma avaliação dos benefícios e riscos associados ao transporte, podendo representar um risco clínico e um risco associado à deslocação, pois podem ocorrer situações “que afetam a fisiologia cardiorespiratória e a fiabilidade da monitorização – efeitos das vibrações e das possíveis mudanças de temperatura” (Rua, et al, 2008, p. 16).

No SU foi realizado um transporte extra hospitalar, onde foi desenvolvido todo o processo, desde a preparação do doente, à logística e planeamento do transporte, à preparação do material

de apoio necessário de acordo com a situação clínica (equipamento de VNI com oxigénio em alto débito, cálculo de botijas de oxigénio necessárias para garantir oxigénio até ao destino, mala de transporte de urgência com fármacos, monitor desfibrilhador de transporte, seringas perfusoras e fluidoterapia em perfusão), garantindo, enquanto EE, que o nível de cuidados prestados aquando do transporte fosse equivalente ao que o doente teria na unidade de origem (Sociedade de Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2023).

Posteriormente, no SMI, foi possível ajudar na preparação e no acompanhamento de doentes com AVC à realização de TAC. Neste processo, à semelhança da experiência de transporte extra hospitalar vivida no SU, implicou a mobilização de recursos materiais e humanos, de forma a garantir as condições de segurança e qualidade dos cuidados para o transporte, mobilizando enfermeiro, médico intensivista e assistente operacional, dada a necessidade de vigilância permanente e antecipação de focos de instabilidade.

2.2.3. Maximiza a Intervenção na Prevenção e Controlo da Infeção e de Resistência a Antimicrobianos perante a Pessoa em Situação Crítica e/ou Falência Orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas

A PSC apresenta uma vulnerabilidade acrescida à aquisição de Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS), pois está sujeita a inúmeros procedimentos invasivos e apresenta quadros clínicos complexos e graves, os quais aumentam cinco a dez vezes o risco de contrair uma infeção (Centers for Disease Control and Prevention, 2019). As IACS representam o evento adverso mais comum à prestação de cuidados de saúde e têm elevado impacto na condição clínica do cliente, contribuindo para a sua morbilidade e mortalidade (DGS, 2017).

A prevenção e redução das IACS tem por estratégia de base a promoção do cumprimento das PBCI e a implementação de feixes de intervenções de suporte a procedimentos e dispositivos invasivos, nomeadamente os “Feixes de Intervenções” da DGS: a Norma Clínica: 019/2015 atualizada a 29 de agosto de 2022 – “Feixe de Intervenções para a Prevenção da Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical” (DGS, 2015d); a Norma Clínica: 020/2015 atualizada a 17 de novembro 2022 – “Feixe de Intervenções para a Prevenção da Infeção do Local Cirúrgico” (DGS, 2015e) e a Norma 022/2015 atualizada a 29 de agosto de 2022 - “Feixe de Intervenções de Prevenção de Infeção Relacionada com Cateter Vascular Central” (DGS, 2015c); e da Norma Clínica 021/2025 de 16/12/2015 atualizada a 17/11/2022 – “Feixe de Intervenções para a Prevenção da Pneumonia associada à Intubação” (DGS, 2015b).

Em todos os locais de estágio a preocupação em garantir o Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), a promoção das PBCI e as Precauções de Controlo de Infecção de acordo com o modo de transmissão foi uma constante. No entanto, houve uma preocupação em assumir o papel de sensibilizar a equipa multidisciplinar às PBCI e medidas implementadas pelo PPCIRA, pois a adesão a estas constituem-se como regras de boas práticas que têm de ser adotadas por todos os profissionais de saúde, sem exceção, na prestação de cuidados de saúde, e têm como objetivo minimizar o risco de infeção e a transmissão cruzada (DGS, 2017).

A sobrelotação do SU representa um constrangimento à adesão às PBCI e um desafio ao cumprimento das medidas de isolamento de acordo com o modo de transmissão (contacto, partículas e gotículas) de patologias infecciosas (DGS, 2007). Esta necessidade permitiu desenvolver a capacidade de gerir a localização da PSC, alocando-a ao espaço/área dedicada, ou mesmo, criando novos espaços dedicados a isolamento.

Foram identificadas necessidades formativas sobre a triagem de Resíduos Hospitalares de Grupo III e IV, a higienização das mãos, e cumprimento de certos parâmetros dos “Feixes de Intervenção da DGS”, os quais, quando identificados, foram esclarecidos com base nas medidas implementadas institucionalmente pelo PPCIRA.

Segundo o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem à PSC, é de extrema importância capacitar os profissionais na área de prevenção e do controlo de infeção, com particular incidência nos cuidados à PSC, através da conceção de planos de prevenção e controlo de infeção, bem como, da definição de estratégias a implementar na área e da liderança do PPCIRA (Regulamento n.º 361/2015, 2015).

Sendo o SU o local de maior imprevisibilidade, os profissionais devem estar conscientes e preparados, de forma a não colocar em risco a sua segurança, bem como, a segurança do doente, devendo por isso cumprir as PBCI. A exposição de risco na triagem do SU é significativamente relevante, na medida em que se constitui como o primeiro contacto com o doente. Ainda assim, durante esses momentos foi confirmada a existência de mecanismos de proteção estruturais (divisão entre o enfermeiro e o cliente), como também físicos (uso de EPI e aplicação de medidas de etiqueta respiratória).

O SMI, por ser um serviço de cuidados de nível III, alinhado com a Norma Clínica n.º 004/2023 da DGD (DGS, 2023), tem previsto nos seus procedimentos internos a realização de uma avaliação inicial do risco de infeção/colonização, no que diz respeito à pesquisa por

Staphylococcus Aureus Meticilino Resistente (SAMR), *Enterobacteriaceae Produtoras de Carbapenemases (EPC)* e *Acinetobacter Baumannii*, sendo a pesquisa por SAMR realizada na admissão ao internamento, a de EPC realizada na admissão e posteriormente no 3º e 5º dia de internamento. A de *Acinetobacter baumannii* era realizada na admissão, quando a PSC era proveniente de outro SMI, e com um tempo de internamento superior a 48 horas.

No SMI, pelo crescente número de dispositivos e procedimentos invasivos, houve a necessidade de analisar qual o impacto destes dispositivos e a necessidade de conhecimento dos enfermeiros sobre estes, para a prevenção e controlo da infeção (Steelman et al., 2022). Identificou-se, efetivamente, que os elevados níveis de adesão da equipa ao cumprimento das PBCI, estavam diretamente relacionados com a formação desenvolvida pelos elos de ligação institucional ao PPCIRA da unidade hospitalar.

Durante as sessões de HD foram desenvolvidas diversas intervenções com foco na segurança, prevenção e controlo de IACS, desde a preparação da máquina de HD, manutenção da esterilidade do CEC (OE, 2016), destacando-se, ainda, o cumprimento rigoroso do protocolo de desinfeção de FAV em vigor na UHD e das recomendações da Norma 022/2015 atualizada a 29 de agosto de 2022 - “Feixe de Intervenções de Prevenção de Infeção Relacionada com Cateter Vascular Central” (DGS, 2015c), no momento de abordagem ao CVC. São estes cuidados que permitem ao Gabinete de Registo da Doença Renal Crónica da Sociedade Portuguesa de Nefrologia revelar, que em 2023, a taxa de morte de doentes, após 90 dias em HD por infeção relacionada com AV era de 1,4%, francamente inferior quando comparada com causas cardiovasculares (27,9%) ou outros processos infecciosos (26,5%) (Galvão et al., 2024).

A preparação de medicação de uso múltiplo administrada por via parentérica, como o caso da heparina, era efetuada numa sala independente, fora da área de tratamento, cumprindo igualmente as indicações de preparação de terapêutica (OM, 2017). À semelhança dos outros locais de estágio, a implementação de medidas de isolamento, constituíram-se como medidas adicionais às PBCI's e tinham em consideração as vias de transmissão (DGS, 2007). No que diz respeito às doenças transmissíveis com relevância na diálise, tais como Hepatite B, Hepatite C e Síndrome de Imunodeficiência Adquirida, foi confirmado o cumprimento dos pressupostos de isolamento previstos no Manual de Boas Práticas de Diálise Crónica da Ordem dos Médicos, nomeadamente, a dedicação exclusiva do profissional na respetiva sala de tratamento (OM, 2017).

A limpeza da UHD era assegurada diariamente pela equipa de Assistentes Operacionais, cumprindo os princípios básicos da limpeza e desinfeção, a separação das zonas limpas e sujas, a limpeza da unidade do doente e separação de Resíduos Hospitalares. Todavia, foi identificada a necessidade de reforçar e sensibilizar a equipa para alguns pormenores, relacionados com a limpeza e desinfeção do Posto de Diálise. Neste sentido desenvolveu-se a uma formação em serviço sobre “Limpeza e Desinfeção do Posto de Diálise”, já abordada anteriormente. De destacar ainda a especial atenção à descontaminação dos equipamentos, nomeadamente ao carro de apoio de enfermagem, sempre após a sua utilização.

Constatou-se, transversalmente em todos os locais de estágio, a implementação de medidas de controlo da infeção com as visitas: realização de fricção antisséptica das mãos com solução alcoólica à entrada e à saída do serviço após a remoção de EPI's e utilização de EPI's de acordo com o modo de transmissão. Adicionalmente foram desenvolvidos à família/cuidador da PSC vários momentos de sensibilização e ensino sobre a importância da adesão às medidas de prevenção e controlo de infeção, assim como, nos casos de isolamento, procurando, simultaneamente, reduzir o stress e ansiedade dos mesmos.

O EE também pode ter um papel fulcral no âmbito do Programa de Apoio à Prescrição de Antibióticos (PAPA) (DGS, 2017). No âmbito das resistências a antimicrobianos, muitas vezes a evolução da estirpe das bactérias deve-se ao uso inadequado dos antibióticos, que se materializa no uso de fármacos de largo espectro e que contribui também para o aumento da resistência (DGS, 2017). Ao longo dos estágios foi evidente a preocupação na implementação da estratégia PAPA, evitando o uso de antibióticos sem conhecimento prévio da sensibilidade bacteriana.

Concluindo, as IACS são um grave problema de saúde e é de reconhecer que as medidas referidas contribuem eficazmente para a sua redução (DGS, 2017). Um terço das IACS são seguramente evitáveis, pelo que é prioritário investir ao nível de programas de vigilância epidemiológica, abrangendo formação dos profissionais de saúde, elaboração e divulgação de guias de boas práticas, através das comissões de controlo de infeção hospitalar. Outras medidas a adotar, com vista a alcançar melhores resultados dos cuidados de enfermagem e organizacionais, passam por melhorar os rácios enfermeiros/doente e maior envolvimento do EE na tomada de decisão e nas políticas hospitalares (Alves, et al., 2016).

PARTE II – PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA

3. PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE O SEU PAPEL NA ADESÃO DOS UTENTES EM HEMODIÁLISE À LAVAGEM DO ACESSO VASCULAR COMO MEDIDA DE PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES

TÍTULO

Perceção dos Enfermeiros sobre o seu papel na adesão dos utentes em Hemodiálise à lavagem do Acesso Vascular como medida de prevenção de complicações.

RESUMO

Existem três tipos de Acesso Vascular (AV) que permitem aos utentes em Hemodiálise (HD) a realização de tratamento: Fístula ArterioVenosa (FAV); Enxerto ArterioVenoso (EAV); e Cateter Venoso Central (CVC). A eficácia da HD depende principalmente de um AV livre de problemas. Apesar dos progressos e das recomendações de melhores práticas, o AV continua a ser o elo fraco do tratamento de HD, gerando uma sobrecarga significativa para o utente e para o sistema de saúde. O processo infeccioso do AV é uma das complicações mais frequentes, sendo a deficiente assépsia/higiene no manuseamento do mesmo uma das suas etiologias. Os objetivos definidos para este estudo foram: analisar a perceção dos enfermeiros sobre o seu papel na adesão dos utentes em HD portadores de FAV ou EAV ao procedimento de lavagem do AV antes do início de HD e identificar barreiras e estratégias para melhorar a adesão dos utentes em HD, portadores de FAV ou EAV ao procedimento de lavagem do AV no início da HD. Assim, realizou-se um estudo qualitativo com recurso a análise e categorização de conteúdo de entrevista por Grupo Focal de enfermeiros a exercer funções na prestação de cuidados a utentes em HD em unidades de HD. Os resultados demonstraram que os participantes, apesar de reconhecerem a importância do procedimento de lavagem do AV antes de iniciar HD e o seu papel, a necessidade de iniciar rapidamente os tratamentos de HD, devido ao rigor no cumprimento dos horários dos turnos, condicionava a adesão ao procedimento de lavagem do AV antes do início de HD. Foi ainda identificada a educação em saúde, aos utentes e aos enfermeiros, como a estratégia principal para melhorar a adesão ao procedimento.

Palavras-chave: Hemodiálise; Fístula ArterioVenosa; Enxerto ArterioVenoso; Lavagem Acesso Vascular; Infecção.

INTRODUÇÃO

Durante o ano de 2023 foram aceites em programa regular de HD 2208 doentes com Insuficiência Renal Crónica Terminal (IRCT), o que representa um total de 262,91 doentes incidentes por milhão de habitantes em Portugal (Galvão et al., 2024).

Para a realização de tratamento de HD é indispensável um Acesso Vascular (AV). Existem três categorias de AV que permitem aos utentes a realização de HD: Fístula ArterioVenosa (FAV) que é constituída pelos vasos sanguíneos do próprio utente; Enxerto ArterioVenoso (EAV) feito com um polímero sintético (maioritariamente Politetrafluoretileno); e Cateter Venoso Central (CVC).

Comparando a FAV com o EAV, este tem melhor resistência mecânica, a possibilidade de uso precoce, uma taxa de falência primária mais reduzida, mas também uma maior probabilidade de desenvolvimento de estenoses, um aumento de cinco vezes no risco de infeção, uma maior incidência de trombozes a longo prazo, níveis mais elevados de complicações e mais intervenções do que a FAV. Por outro lado, relacionando o EAV e o CVC identificam-se menos complicações e melhores taxas de sobrevivência no EAV (Canaud et al., 2019). Em Portugal, no ano de 2023, existiam 73,6% doentes com FAV e 7,6% com EAV (Galvão et al., 2024).

O sucesso da HD a longo prazo depende principalmente de um AV livre de problemas. Apesar dos progressos e das recomendações de melhores práticas, o AV continua a ser o ponto fraco do tratamento por HD, gerando uma sobrecarga significativa para o utente e para o sistema de saúde. As morbidades dos AVs, que incluem a deficiente maturação, a disfunção (que requer constantes intervenções cirúrgicas e/ou endovasculares), a infeção e outras complicações (edema do membro de AV, síndrome de roubo, insuficiência cardíaca) são a terceira causa mais frequente de hospitalização em utentes em HD (Parisotto, 2018). A infeção no AV pode ser identificado pela presença de sinais inflamatórios (elevação da temperatura local, rubor, edema, dor, febre e exsudato purulento). A principal etiologia é a deficiente assépsia/higiene no manuseamento dos AVs, sendo por isso importante e fundamental a promoção de adequados cuidados de higiene e assépsia na prevenção de infeções nas FAVs (Carvalho et al., 2011).

Tanto as FAVs como os EAVs (ora diante designados como AV) são suscetíveis de sofrer infeções. A incidência de infeções do AV é relativamente baixa, particularmente para FAVs. No entanto, o espectro de potenciais sequelas das infeções nos AVs é amplo e varia desde uma leve celulite limitada a um extenso envolvimento do material protésico (no caso dos EAV's)

exigindo a sua total exérese. A nível sistémico as consequências podem variar desde dor localizada e febre, à sépsis e à morte. O tratamento definitivo das infeções do AV deve ser escolhido considerando o contexto e etiologia da IRCT do utente, bem como a necessidade de preservar e manter a viabilidade do AV para realização de HD. A prevenção e monitorização de problemas contínuos ou recorrentes relacionados com controle da infeção são aspetos críticos. Os peritos da *Kidney Disease Outcomes Quality Initiative* (KDOQI) consideram razoável educar o doente sobre a lavagem do braço de acesso com antisséptico e limpar a pele antes de cada canulação (Lok et al., 2020), contudo pouca evidência se encontra sobre o assunto.

Neste sentido colocou-se como questão de investigação: qual a perceção dos enfermeiros de unidades de HD sobre a lavagem do acesso FAV ou EAV antes do início de sessão de HD? Definiram-se como objetivos: analisar a perceção dos enfermeiros sobre o seu papel na adesão dos utentes em HD portadores de FAV ou EAV ao procedimento de lavagem do AV antes do início de HD e identificar as barreiras e estratégias para melhorar a adesão dos utentes em HD, portadores de FAV ou EAV ao procedimento.

METODOLOGIA

Estudo qualitativo, com recurso a instrumento de recolha de dados construído com caracterização sociodemográfica da amostra (idade, sexo, anos de atividade profissional em HD, especialização em Enfermagem) e guião para entrevista semi-estruturada realizada a Grupo Focal. Amostra é de conveniência, constituída pela identificação de enfermeiros de acordo com os critérios de inclusão: portadores de especialidade Enfermagem Médico Cirúrgica ou peritos, ou seja, com experiência profissional em HD superior a 5 anos e que exerciam a sua atividade profissional na prestação direta de cuidados a utentes em unidades de HD; e critérios de exclusão: enfermeiros gestores e enfermeiros especialistas em outras áreas de Enfermagem. A entrevista foi gravada por meio áudio e traduzida *verbantim* para análise e categorização de conteúdo com *software* NVivo®, versão 15.1.1. Para a compreensão, identificação e categorização das proposições e opiniões dos participantes recorreu-se à análise sistemática e objetiva do conteúdo dos dados através da metodologia de Bardin (Bardin, 2016).

Sobre as considerações éticas: todos os participantes forneceram consentimento informado por escrito. Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Leiria aprovou o estudo – Parecer N.º CE/IPLEIRIA/116/2024 de 20 dezembro de 2024.

RESULTADOS

Amostra composta por 9 enfermeiros, cuja idade estava compreendida entre 33 a 64 anos, com uma média de 40,22 anos. Amostra maioritariamente do sexo feminino (67%) e o tempo médio de experiência profissional foi de 14,89 anos (mínimo: 6 anos e máximo 38 anos). Todos os participantes tinham tempo de experiência profissional em HD superior a 5 anos e nenhum tinha título de enfermeiro especialista.

A análise das entrevistas semiestruturadas revelou 4 categorias principais, das quais emergiram sub categorias, que podem ser vistas no Quadro 1.

Quadro 1 – Categoria e sub-categorias identificadas

CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS	PARTICIPANTES
Complicações graves no AV	Infeção no AV	P1, P2, P3, P4, P9,
	Trombose do AV	P4, P5, P2, P3, P7,
	Estenose no AV	P5, P7
	Hematoma	P6,
Medidas de prevenção da infeção no AV	Correta desinfeção do local de canulação	P2, P9, P4, P7, P3
	Lavagem/Higienização do AV	P2, P9, P1, P5
	Penso limpo	P9, P3
Causas da fraca adesão à lavagem do AV antes tratamento HD	Desvalorização do procedimento pelos enfermeiros	P2, P9, P8
	Desconhecimento importância do acto pelos utentes	P9, P1, P8
	Pressa em iniciar HD (utente e profissionais saúde)	P4, P6, P2, P5, P8, P7
	Grau dependência utente	P1, P2,
	Estrutura: localização e altura lavatório	P6, P4, P8
Sugestões para melhorar adesão à lavagem do AV antes tratamento HD	Alterar procedimento de entrada na Sala HD	P2, P4, P5, P8, P9
	Educação dos utentes	P6, P7, P2, P1, P4, P5, P3, P9, P8
	Formação/Sensibilização Enfermeiros	P7, P2, P4, P1, P6, P3, P8, P9, P5
	Alterar tipo de sabão	P9, P2, P5, P7

A categoria **Complicações graves no AV** revelou 5 sub-categorias evidenciando as complicações mais usualmente observadas: **Infeção no AV**; **Trombose do AV**; **Estenose no AV**; **Hematoma** e **Débito de sangue insuficiente**.

Nesta categoria idntificaram-se expressões que demonstravam o nível de gravidade das **Complicações graves do AV** destacando na sub-categoria **Infeção no AV** “(...) a infeção pode afetar o doente a vários níveis, portanto, acaba por ter uma importância maior na vida e no estado de saúde do doente” (P1) e “(...) é importante porque pode migrar para outros subsistemas e causar complicações maiores ao doente (...) pode levar a uma sépticemia” (P9) e na sub-categoria **Trombose do AV** “(...) a falência, ou seja, trombose, da FAV é a complicação que inviabiliza de todo a utilização do mesmo” (P9) e “(...) a trombose coloca em risco a utilização do AV” (P3).

Quanto à categoria **Medidas de prevenção da Infeção no AV** destacou-se a sub-categoria **Correta Desinfecção do local de canulação** com expressões “(...) todas as medidas de assepsia que temos que ter em atenção no momento da conexão e desconexão do doente” (P2) ou “(...) proceder a uma boa desinfecção” (P9), “(...) deixar o agente desinfetante atuar durante o tempo definido” (P7). A sub-categoria **Lavagem/Higienização do AV** evidenciou expressões como “(...) primeiro começa-se pela lavagem do AV” (P2), com ênfase em “(...) lavar o acesso no momento imediatamente antes da desinfecção, portanto, antes do tratamento e na clínica” (P5), “(...) incentivar o doente a uma boa higienização do membro do AV” (P9). As expressões “(...) no final do tratamento não deixar as compressas com sangue no penso (...) incentivar o doente a remover os pensos (...) no domicílio, não permanecer com os pensos de um tratamento para o outro” (P9) permitiram identificar a sub-categoria **Penso limpo**.

Na categoria **Causas da fraca adesão à lavagem do AV antes tratamento HD**, a sub-categoria **Pressa em iniciar HD**, pelos utentes e profissionais, surgiu como mais relevante onde “(...) vou-me focar na pressa que o doente tem em entrar, e na pressa que nós próprios (...) temos que os doentes entrem (...) vai implicar mais tempo na entrada para o tratamento” (P8), e também “(...) não lavam o AV, até porque nós, (...) já estamos a criar alguma pressão para eles se sentarem” (P6) e “(...) já estão naquela ânsia de ir para o lugar deles (...) queremos é ligar e despachar” (P2). Identificaram-se ainda as sub-categorias: **Desvalorização do procedimento pelos enfermeiros**, por “adesão é fraca, (...) por culpa da equipa” (P2), e “(...) percepção, a própria equipa não reconhece o benefício da lavagem do AV” (P9); **Desconhecimento da importância do ato pelos utentes**, onde a “(...) percepção que os

doentes têm da importância desse procedimento também é muito importante (...) o doente pensa: nunca tive qualquer tipo de problema. Como é que alguém me vem dizer agora que eu vou ter problemas, quando ainda por cima isso vai implicar mais tempo na entrada para o tratamento? (...) são duas coisas que vão limitar (...) a correta valorização do procedimento” (P8). Quanto à **Estrutura: localização e altura do lavatório**, identificou-se como barreira à adesão, uma vez “(...) que a estrutura física na nossa clínica também não ajuda, porque se os lavatórios, em vez de estarem dentro das salas de tratamento, estivessem do lado de fora, seria mais fácil e acessível para os doentes” (P6) e “(...) não conseguem porque os lavatórios não estão adequados em termos de altura” (P1). O **Grau de dependência do utente** foi simultaneamente identificado com causa para fraca adesão, visto que eles “(...) são dependentes ao ponto de entrarem com ajuda ou em cadeira de rodas” (P1).

Por último a categoria **Sugestões para melhorar adesão à lavagem do AV antes tratamento de HD** divide-se em quatro sub-categorias, com maior exposição de participação na **Educação dos utentes** e **Formação/Sensibilização dos enfermeiros**. Na sub-categoria **Educação dos utentes** verifica-se que “(...) é importante atuar na educação do doente, lavar o acesso (...) pela prevenção da infeção” (P6); “ (...) nos ensinamentos diários (...) se calhar não focamos muito esse aspecto” (P3); e na sub-categoria **Formação/Sensibilização dos enfermeiros** evidencia-se que o “(...) nosso maior desafio somos nós, as nossas atitudes enquanto enfermeiros. E, enquanto não percebermos (...) que isso é importante, não vamos conseguir ajudar os doentes a ter essa percepção” (P9), com verbalização de que “(...) começa por nós, porque somos nós que temos as atitudes todos os dias” (P7), “(...) se todos falarmos no mesmo sentido, conseguimos incentivar e explicar aos doentes” (P4), e também “(...) a investir na equipa e depois, no doente” (P2). Na sub-categoria **Alterar procedimento de entrada na Sala de HD**, salienta-se que uma proposta de melhoria, onde se “(...)os doentes fossem entrando de forma progressiva (...) tendo mais tempo para ir lavando o AV” (P2). A última sub-categoria **Alterar tipo de sabão** dizia respeito às características do sabão utilizado para a lavagem do AV “(...) se mudássemos o tom ou cor do sabão utilizado os doentes iriam valorizar mais o processo. O que usamos é transparente e faz pouca espuma, dá a sensação que não lava” (P9).

DISCUSSÃO

Este estudo explorou a perceção dos enfermeiros sobre seu papel na adesão dos utentes em HD à lavagem do AV e identificou barreiras e estratégias para melhorar essa adesão. Os principais achados revelaram que, embora os enfermeiros reconheçam a importância da lavagem do AV

na prevenção de complicações, a necessidade de iniciar rapidamente os tratamentos de HD surge como um fator limitante. Além disso, a educação em saúde, tanto para os utentes quanto para os enfermeiros, foi apontada como estratégia fundamental para promover a adesão a este procedimento. Esses resultados destacam a complexidade do cuidado ao AV e a necessidade de intervenções multifacetadas para garantir a segurança do utente e a qualidade do tratamento de HD.

As complicações do AV representam um desafio significativo no tratamento de HD, impactando a morbidade e a mortalidade dos utentes, além de influenciar sua qualidade de vida (Ibeas et al., 2017). Neste estudo, as complicações mais frequentemente identificadas pelos enfermeiros foram a trombose e a infeção. A **Trombose do AV** foi destacada por um número significativo de participantes (n=5), o que está alinhado com as diretrizes clínicas espanholas que a identificam como a principal complicação da FAV (Ibeas et al., 2017), sendo responsável por 65% a 85% dos abandonos do AV (Quencer et al., 2017). A estenose venosa, também mencionada pelos participantes, é um fator predisponente importante para a trombose, corroborando dados da literatura (Ibeas et al., 2017). A trombose pode levar à falência do AV, exigindo intervenções e comprometendo a continuidade do tratamento de HD, como a “(...) *falência do acesso, que pode ser derivada da trombose pela presença de estenoses*” (P7).

A incidência de infeções varia entre os tipos de AV, sendo geralmente menor em FAVs do que em EAVs. Os resultados deste estudo refletem a preocupação dos enfermeiros com o potencial de gravidade das infeções e a necessidade de estratégias de prevenção eficazes.

A infeção do AV também foi identificada como uma complicação grave, sendo a segunda causa mais comum de perda de AV (McCann, 2008). As infeções podem resultar em hospitalização, aumento da mortalidade e um amplo espectro de sequelas, desde celulite localizada até sépsis. (Lok et al., 2020; Anderson et al., 2000; Bachleda et al., 2012). A incidência de infeções varia entre os tipos de AV, sendo geralmente menor em FAVs do que em EAVs (Al-Jaishi et al., 2017; Zhang et al., 2016). Apesar disso, as potenciais sequelas são amplas e variam desde celulite leve e limitada ao local (no caso de EAV), a envolvimento extenso do enxerto que exija a exérese total do mesmo; as consequências sistémicas podem variar de dor e febre localizadas a sépsis avassaladora e morte (Lok et al., 2020), como referido, por exemplo, “(...) *a infeção é mais evidente e localizada numa fase inicial (...) o perigo depois é generalizar*” (P9).

Outras complicações, como hematomas, também foram relatadas, embora com menor frequência. Os hematomas estão associados ao procedimento de canulação do AV e podem variar em gravidade. Enquanto complicação associada à canulação, pode assumir-se como uma lesão leve por infiltração a hematomas maiores que requeiram transfusão de sangue, ou mesmo perda do AV. As lesões leves podem ocorrer em 50% e as infiltrações maiores de 5% a 7% dos processos de canulação de AV (Lok et al., 2020).

A prevenção de infeções no AV é uma prioridade no cuidado aos utentes em HD, e os enfermeiros desempenham um papel fundamental nesse processo. A correta desinfecção do local de canulação e a lavagem/higienização do AV são medidas complementares e essenciais. A lavagem do AV com água e sabão antes da sessão de diálise (Peralta et al., 2021), seguida de desinfecção da pele com técnica estéril (Parisotto, 2018), são práticas recomendadas para reduzir o risco de infeção. A literatura reforça a importância da desinfecção adequada da pele e a necessidade de repetir o procedimento em caso de contaminação (Peralta et al., 2021; Parisotto, 2018; Canaud et al., 2019), corroborado pela expressão “(...) *na clínica, antes do tratamento, e imediatamente antes da desinfecção do AV*” (P5) ou “(...) *deixar o agente desinfetante atuar durante o tempo definido*” (P7). Além disso, os cuidados com o penso após a canulação, incluindo a remoção oportuna, são importantes na prevenção de infeções, onde “(...) *é importante o doente remover os pensos no dia a seguir ao tratamento e não andar com os pensos molhados*” (P3) e “(...) *no final do tratamento não deixar as compressas com sangue no penso (...) incentivar o doente a remover os pensos (...) no domicílio, não permanecer com os pensos de um tratamento para o outro*” (P9).

Apesar do reconhecimento da importância da lavagem do AV, este estudo identificou diversas barreiras que dificultam a adesão a este procedimento. A "pressa em iniciar a HD" foi a barreira mais relevante, tanto por parte dos utentes quanto dos profissionais de saúde. A pressão de tempo imposta pelos horários rigorosos dos turnos e o ambiente de trabalho agitado contribuem para essa pressa, o que pode comprometer a qualidade do cuidado e a segurança do utente (Harwood et al., 2016; Ulrich & Kear, 2018). A expressão “(...) *a pressa que o doente tem em entrar*” (P8) reflete o sentimento dos participantes de que, dado o tempo de espera que os utentes já tiveram desde que chegaram à unidade de HD, ao iniciarem rapidamente HD irão minimizar o desconforto e ansiedade gerado pelo tempo de espera. A desvalorização do procedimento pelos enfermeiros e o desconhecimento da sua importância pelos utentes também foram identificados como fatores que contribuem para a baixa adesão. Outras barreiras incluem

o grau de dependência do utente e a estrutura física inadequada das unidades de HD, como a localização e altura dos lavatórios. A localização dos lavatórios dentro ou fora da sala de HD gera opiniões divergentes entre os profissionais, com implicações na supervisão e no cumprimento do procedimento.

Para melhorar a adesão à lavagem do AV, este estudo apontou a educação dos utentes e a formação/sensibilização dos enfermeiros como estratégias prioritárias. A educação dos utentes é fundamental para que compreendam a importância do procedimento e adotem comportamentos de autocuidado adequados (Auduly et al, 2025; Couto, 1998; Orem, 2001; Sousa, 2014; Peralta et al., 2021). O Modelo de Crenças em Saúde de Becker destaca a importância da percepção do benefício da ação para a adoção de comportamentos saudáveis (Couto, 1998). A formação e sensibilização dos enfermeiros também são essenciais para garantir que baseiem suas práticas nas melhores evidências disponíveis e reconheçam o valor da lavagem do AV na prevenção de infeções (Sandamali, 2024). A definição de procedimentos de entrada na sala de HD adaptados a cada unidade e a alteração do tipo de sabão utilizado também foram sugeridas como medidas para melhorar a adesão.

CONCLUSÃO

Este estudo reforça o papel crucial dos enfermeiros na promoção da adesão dos utentes em HD à lavagem do AV. A "pressa em iniciar a HD" emerge como uma barreira significativa, exigindo a implementação de estratégias que conciliem a eficiência do serviço com a segurança do utente. A educação em saúde, tanto para utentes quanto para enfermeiros foi percebida como uma ferramenta indispensável na capacitação e assistência de qualidade aos utentes em HD. Foi identificada a necessidade de delinear programas de formação/sensibilização claros e objectivos, aos enfermeiros e utentes, bem como a necessidade de elaborar uma estrutura conceptual de organização e fluxo de entrada dos utentes que permita a realização da lavagem do AV sem comprometer o desenvolvimento dos processos de início de tratamento. A organização do fluxo de trabalho e a adequação da estrutura física das unidades de HD também são aspetos a serem considerados.

BIBLIOGRAFIA

- Al-Jaishi, A.A., Liu, A.R., Lok, C.E., Zhang, J.C., Moist, L.L. (2017). Complications of the arteriovenous fistula: a systematic review. *J AM Soc Nephrol.* 28(6) 1839-1850.
- Anderson, J.E., Chang, A.S., Anstad, M.P. (2000). Polytetrafluoroethylene hemoaccess site infections. *Asaio j.* 46(6) S18-S21.

- Auduly, Å., Sampaio, F., & Sousa, C. (2025). Nursing approaches to self-care, self-management, and adaptation to illness. *BMC Nursing (Vol. 24, Issue 1)*. BioMed Central. Retrieved from: <https://doi.org/10.1186/s12912-025-02737-2>
- Bachleda, P., Kalinova, L., Utikal P., Kolar, M., Hricova, K., Stosova, T. (2012). Infected prosthetic dialysis arteriovenous grafts: a single dialysis center study. *Surg Infect (Larchmt)* 12(6) 366-370.
- Bardin, Laurence. (2016). *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70. ISBN 978-85-62938-04-7
- Canaud, B., Ponce, P., Parisotto, M., Busink, E., Apel, C., Rammo, J., & Stuard, S. (2019). Vascular Access Management for Haemodialysis: A Value-Based Approach from Nephrocare Experience. In *Vascular Access Surgery – Tips and Tricks. IntechOpen, 1 – 37*. Retrieved from: <https://doi.org/10.5772/intechopen.84987>
- Carvalho, T., Ponce, P., Jorge, G., Videira, L., Santos, A., & Morais, J. (2011). Acessos Vasculares. In *Fresenius Medical Care (Ed.), Manual de Hemodiálise para Enfermeiros*. Lisboa: Edições Almedina, 2011. p. 123-140.
- Couto, A.J. (1998). O Modelo de Crenças na Saúde e a Teoria do Comportamento Planeado na Educação para a Saúde. *Referência (1)* 5-9. Retrieved from: file:///C:/Users/hn_coimbra.GLOBALFME/Downloads/ref_1-05a09.pdf
- de Godoy Maciel, B., Novaes Ferraz, C., Vieira França, R., Da, V., Frazão, S., de Oliveira, I., Borba, T., & Karla, A. (2015). Adesão ao Tratamento Dialítico Hemodialítico: Percepção dos Pacientes Renais Crônicos. *Cogitare Enfermagem, 20(3)* 540–547. Retrieved from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=483647680012>
- Galvão, A., Filipe, R., Carvalho, M. J., Leal, R. Neves, M., Amoedo, M., & Silva, G. (2024). Registo Português da Terapia de Substituição da Função Renal 2023. (2024). Retrieved from: https://chrome-extension://efaidnbmninnbpcajpcgkclefindmkaj/https://www.spnephro.pt/assets/relatorios/tratamento_doenca_termina/er-2024---registo-atualizado.pdf
- Harwood, L.E., Wilson, B.M., Oudshoorn, A. (2016). Improving vascular access outcomes: attributes of arteriovenous fistula cannulation success. *Clin Kidney J.* 9(2) 303-309. Retrieved from: <https://doi.org/10.1093/ckj/sfv158>
- Ibeas, J., Roca-Tey, R., Vallespín, J., Moreno, T., Moñux, G., Martí-Monrós, A., del Pozo, J. L., Gruss, E., Ramírez de Arellano, M., Fontseré, N., Arenas, M. D., Merino, J. L., García-Revilla, J., Caro, P., López-Espada, C., Giménez-Gaibar, A., Fernández-Lucas, M., Valdés, P., Fernández-Quesada, F., ... Barba, Á. (2017). Guía Clínica Española del Acceso Vascular para Hemodiálisis. *Nefrología, 37* 1–191. Retrieved from: <https://doi.org/10.1016/j.nefro.2017.11.004>
- LOK, C. E., Huber, T. S., Lee, T., Shenoy, S., Yevzlin, A. S., Abreo, K., Allon, M., Asif, A., Astor, B. C., Glickman, M. H., Graham, J., Moist, L. M., Rajan, D. K., Roberts, C., Vachharajani, T. J., & Valentini, R. P. (2020). KDOQI Clinical Practice Guideline for Vascular Access: 2019 Update. *American Journal of Kidney Diseases, 75(4)* S1-S164. Retrieved from: <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2019.12.001>
- McCann, M., Einarsdottir, H., Van Waeleghem, J.P., Murphy, F., Sedgewick, J. (2008). Vascular access management 1: An overview. *Journal of Renal Care* 34(2) 77-84. Retrieved from: <https://doi.org/10.1111/j.1755-6686.2008.00022.x>
- Ordem dos Médicos. (2027). *Manual de Boas Práticas de Diálise Crónica da Ordem dos Médicos*. Colégio de Especialidade de Nefrologia. Retrieved from: <https://www2.ordemdosmedicos.pt/manual-de-boas-praticas-de-dialise-cronica-da-ordem-dos-medicos/>
- Orem, D.E.(2001). *Nursing: Concepts of practice*. St. Louis: Mosby.
- PARISOTTO, M.T., Pancirova, J. (2018). *Vascular Access Cannulation and Care: A Nursing Best Practice Guide for Arteriovenous Fistula*. 3rd ed. Hergiswil, CH: European Dialysis and Transplant Nurses Association/European Renal Care Association (EDTNA/ERCA). Retrieved from: www.edtnaerca.org/. ISBN: 978-84-617-0567-2.
- Peralta, R., Matos, J.F., & Carvalho, H. (2021). Safe needling of arteriovenous fistulae in patients on hemodialysis: Literature review and a new approach. *Nephrology Nursing Journal, 48(2)* 169-176. Retrieved from: <https://doi.org/10.37526/1526-744X.2021.48.2.169>
- Quencer, K.B., Friedman, T. (2017). Dec clotting the thrombosed access. *Tech Vasc Interv Radiol.* 20(1) 38-47. Retrieved from: <https://doi.org/10.1053/j.tvir.2016.11.007>
- Sandamali, E. (2024). The need of Evidence-Based Practice for Hemodialysis Nurses. *New Vision (13)* 17-20. Retrieved from: <https://gnfsl.lk/wp-content/uploads/2025/02/New-Vision-Issue-2-December->

2024.pdf#page=18

SOUSA, C. (2014). Cuidar da Pessoa com Doença Renal Crónica Terminal com Fístula Arteriovenosa. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto. 2014. Tese de doutoramento. Retrieved from: <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/77147>

Ulrich, B.T., Kear, T.M. (2018). The Health and Safety of Nephrology Nurses and the Environments in Which They Work: Important for Nurses, Patients, and Organizations. *Nephrol Nurs J.* 45(2) 117-168. PMID: 30303636

Zhang, J., Burr, R.A., Sheth, H.S., Piraino, B. (2026). Organism-specific bacteremia by hemodialysis access. *Clin Nephrol* 86(9) 141-146. Retrieved from: [https:// Doi:10.5414/CN108633](https://doi.org/10.5414/CN108633)

4. CONCLUSÃO

Devido à elevada complexidade, exigência de rigor e especificidades de cuidados na área de EPSC e/ou família, a formação especializada assume-se como um percurso essencial na aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas na área de EPSC.

O processo criativo deste relatório permitiu desenvolver uma visão crítico-reflexiva sobre o percurso desta desafiante jornada de aprendizagem. Assim, como forma de conclusão e objetivando identificar pontos fortes, pontos fracos, oportunidades e ameaças de maior relevância no contexto geral do mestrado/especialização, optou-se por construir uma análise SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats).

Como pontos fortes, o facto das experiências vividas nos contextos de estágio tornarem possível a materialização da teoria adquirida em componente prática especializada, tendo sempre por base a responsabilidade ética, profissional e legal, a procura da melhoria contínua da qualidade e da gestão dos cuidados, e desenvolvimento das diversas aprendizagens profissionais, mas também as competências específicas na área de EPSC. Destacaram-se, concretamente, a evolução na área técnica e científica ao nível da monitorização, análise e interpretação de parâmetros vitais; na gestão complexa, mas segura, de fármacos e terapias invasivas diversas, melhorando a capacidade de tomada de decisões, prevenindo e antecipando situações de exceção na PSC. Os momentos de partilha e reflexão com EO's, equipas multidisciplinares e Professora Supervisora; a prestação de apoio emocional ao doente e família, exercício de escuta ativa, empatia e desenvolvimento de momentos de transmissão de informações difíceis, fortaleceram competências relacionais e emocionais, bem como a capacidade de gestão de stress e resiliência sem comprometer a qualidade dos cuidados. Baseado na melhor prática e evidência científica disponível, os estágios incentivaram o desenvolvimento da iniciativa e proatividade na resolução de problemas e prestação de cuidados atempados e adequados às necessidades do doente de forma autónoma, bem como na maximização de medidas de controlo e prevenção de infeção. A experiência no SU, SMI e UHD contribuiu para o desenvolvimento de aptidões de liderança e cooperação, garantindo o funcionamento eficaz e eficiente das equipas.

Os pontos fracos identificados relacionam-se com a dificuldade em conciliar a carga horária dos estágios com os compromissos e exigências profissionais.

Ao nível das oportunidades identificaram-se os benefícios para a qualidade dos cuidados resultantes do desenvolvimento do projeto de melhoria contínua da qualidade. O trabalho de

investigação desenvolvido identificou as barreiras e dificuldades na execução de boas práticas, bem como as estratégias dirigidas à melhoria da adesão dos utentes em HD ao processo de lavagem do AV como medida de prevenção de complicações.

Como ameaça identificou-se o reduzido tempo para a concretização do relatório final.

Conclui-se que os objetivos definidos no início do percurso foram positivamente atingidos, reforçando a ideia que a formação especializada é a resposta aos desafios atuais e futuros do sistema de saúde pois permite o aumento da eficácia, eficiência e qualidade dos cuidados em saúde.

REFERÊNCIAS

- Administração Central do Sistema de Saúde, IP. (2019). Recomendações técnicas para a Sala de Emergência. Retrieved from <http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/Recomendacoes-Tecnicas-para-a-Sala-de-Emergencia.pdf>
- Administração Central do Sistema de Saúde. (2011). Recomendações Técnicas para Serviço de Hemodiálise RT06/2011. ISSN: 1647-8568.
- Administração Central do Sistema de Saúde. (2024). Recomendações Técnicas para Instalações de Unidade de Cuidados Intensivos RT/2019, V. 2024. Revisão janeiro 2024. ISSN: 1647-8568.
- Administração Central do Sistema de Saúde. (2024). Recomendações Técnicas para Instalações de Unidade de Cuidados Intensivos RT/2019, V. 2024. Revisão janeiro 2024. ISSN: 1647-8568
- Alarcão, I.& Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 14 (3), páginas 373-382. doi.org/10.1590/s0104-07072005000300008
- Alarcão, I.& Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 14 (3), páginas 373-382. doi.org/10.1590/s0104-07072005000300008
- Alves, A., Rabiães, I; Mendonça, A., Rebelo, Carlos. (2016) Prevention and Control of Infection: *An Advanced Nursing Practice*. Retrieved from: DOI: 10.15640/ijn.v3n1a10 URL: <https://doi.org/DOI: 10.15640/ijn.v3n1a10>
- Axley, B. S.-R. (2012). Venous needle dislodgement in patients on hemodialysis. *Nephrology nursing journal of the American Nephrology Nurses' Association*, 435-446. PMID: 23469410.
- Benner, P. (2001). De Iniciado a Perito- Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem Edição Comemorativa. Coimbra. Quarteto Editora
- Benner, P., Kyriakidis, P. H. & Stannard, D. (2011). *Clinical Wisdom and Intervention in Acute and Critical Care: A thinking-in-action approach*. 2nd Edition. New York: Springer Publishing Company, 576p. Retrieved from: https://www.researchgate.net/profile/Mary_Harnegie/publication/268981101_Clinical_Wisdom_and_Interventions_and_Acute_and_Critical_Care_A_Thinking-in-action_Approach/links/547ca3790cf285ad5b0882f5.pdf
- Busch, I. M., Moretti, F., Travaini, G., Wu, A. W., & Rimondini, M. (2019). Humanization of Care: Key Elements Identified by Patients, Caregivers, and Healthcare Providers. A Systematic Review. *Patient*, 12(5), 461-474. doi:10.1007/s40271-019-00370-1
- Carvalho, J. I. T.. (2018). Avaliação e monitorização da dor no doente ventilado e sedado em Unidade de Cuidados Intensivos: Behavioral Pain Scale. Instituto Politécnico de Castelo Branco. Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias. Retrieved from <https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/23452/1/Mestrado%20-%20Enfermagem%20-%20Enfermagem%20M%20a9dico-cir%20bargica%20a%20Pessoa%20em%20Situa%20a7%20a3o%20Cr%20adica%20-%20Joana%20Isabel%20Trindade%20Carvalho%20-%20Avalia%20a7%20a3o%20e%20monitoriza%20a7%20a3o%20da%20dor%20no%20doente%20ventilado...%20.pdf>
- Cavaco, V., José, H., & Lourenço, I. (2013). Comunicar Com A Pessoa Submetida A Ventilação Mecânica Invasiva: Que Estratégias? - Revisão Sistemática. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, 7(5), pp. 4535-4543. Obtido de <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/13920/1/Comunicar%20com%20a%20pessoa%20submetida%20a%20ventilação%20mecânica%20invasiva.pdf>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2019). *Environmental Infection Control Guidelines*. (ed.).
- Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra E.P.E. (2019). Regulamento Interno do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E. Retrieved from https://www.chuc.min-saude.pt/media/Regulamento_Interno/Regulamento_Interno_CHUC_-_Homologado_SES_2020.pdf
- Coimbra, N. (2021). *Enfermagem de Urgência e Emergência*. 1ª Edição. Lidel
- Courtney, E. (2021). Not Who, but Rather How: The Ideal Resuscitation Team Leader. *Mayo Clinic Proc Inn Qual Out*. October 2021;5(5), p.817-819. <https://doi.org/10.1016/j.mayocpiqo.2021>
- Cunha, C., Macedo, A., Vieira, I. (2017). Perceções dos estudantes de enfermagem sobre os processos formativos

- em contexto de ensino clínico. *Revista de Enfermagem Referência* 65/74. Retrieved May 19, from: <https://doi.org/10.12707/RIV16072>
- DECRETO LEI N.º 161/96 DE 4 DE SETEMBRO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diário da República: I série, N.º 205 (1996) Acedido a 28 fev. 2025. Disponível em www.dre.pt
- Despacho n.º 10319/2014 de 11 de agosto do Ministério da Saúde. Diário da República: II série, N.º 153 (2014). Acedido a 15 julho 2024. Disponível em www.dre.pt
- Despacho n.º 10319/2014 do Ministério da Saúde (2014). Diário da República: II série, n.º 153/2014. [https://files.diariodarepublica.pt\(2s/2014/08/153000000/2067320678.pdf](https://files.diariodarepublica.pt(2s/2014/08/153000000/2067320678.pdf)
- Despacho n.º 9390/2021 do Ministério da Saúde. (2021). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026). Diário da República: II Serie, No187. Retrieved from <https://www.arsnorte.min-saude.pt/wpcontent/uploads/sites/3/2021/09/Plano-Nacional-para-a-Seguranca-dos-Doentes-2021-2026.pdf>
- Ding Q, Y. Q. (2021). Needle dislodgement in hemodialysis patients: Progress in prevention and early intervention. *Hemodialysis International*, 1-7. Retrieved from <https://doi.org/10.1111/hdi.12940>
- Direção Geral de Saúde. (2012). Norma 029/2012 de 28/12/2012. Precauções Básicas do Controlo de Infecção. Retrieved from https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2017/09/29_2012_Precauc%C3%B5es_Basicas_do_Controlo_da_Infecao-1.pdf
- Direção Geral de Saúde. (2014). Norma n.º 020/2014. Medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes de 30/12/2014. Retrieved from http://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/1.NORMA020_2014_ACT.DEZ2015.pdf
- Direção Geral de Saúde. (2015a). Norma N.º 014/2015. Medicamentos de Alerta Máximo de 06/08/2015. Retrieved from https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/noc_meds-alerta-maximopdf-pdf.aspx
- Direção Geral de Saúde. (2015b). Norma Clínica 021/2025 de 16/12/2015 atualizada a 17/11/2022. “Feixe de Intervenções para a Prevenção da Pneumonia associada à Intubação”. Retrieved from https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_021_2015_atualizada_17_11_2022_prev_pneum_assoc_intubacao_corrigida_marco_2023.pdf
- Direção Geral de Saúde. (2015c). Norma 022/2015 de 16/12/2015 atualizada a 29/08/2022. “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Vascular Central. Retrieved from <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0222015-de-16122015-pdf1.aspx>
- Direção Geral de Saúde. (2015d). Norma 019/2015 de 15/12/2015 atualizada a 29/08/2022. “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical. Retrieved from <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0192015-de-15122015-pdf.aspx>
- Direção Geral de Saúde. (2015e). Norma 020/205 de 15/12/2015 atualizada a 17/11/2022. “Feixe de Intervenções para a Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico”. Retrieved from https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_020_2015_atualizada_17_11_2022_prev_inf_local_cirurgico.pdf
- Direção Geral de Saúde. (2017). Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos. Retrieved from https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf
- Direção Greal de Saúde. (2015b). Norma Clínica 021/2025 de 16/12/2015 atualizada a 17/11/2022. “Feixe de Intervenções para a Prevenção da Pneumonia associada à Intubação”. Retrieved from https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_021_2015_atualizada_17_11_2022_prev_pneum_assoc_intubacao_corrigida_marco_2023.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2007). Recomendações para as Precauções de Isolamento. Lisboa: DGS.
- Direção-Geral da Saúde. (2023). Norma Clínica: 004/2023 - Avaliação de risco e rastreio de Enterobacterales produtores de carbapenemases (EPC) e de Staphylococcus aureus resistente a meticilina (SAMR) à Admissão Hospitalar e durante o internamento. <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-einformacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0042023-de-29052023>

- Ely, E., Truman, B., Shintani, A., et al. (2003). Monitoring Sedation Status Over Time in ICU Patients: Reliability and Validity of the Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS). *JAMA*. 2003,289 (22): 2983-2992. Doi: 10.1001/jama.289.22.2983
- Fradique, M., & Mendes, L. (2013). Efeitos da liderança na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência, III Série*(10), pp. 45-53. Obtido de https://www.researchgate.net/publication/256463126_Efeitos_da_lideranca_na_melhoria_da_qualidade_dos_cuidados_de_enfermagem
- Galinha de Sá, F., Botelho, M., & Henriques, M. (2015). Cuidar da Família da Pessoa em Situação Crítica: A Experiência do Enfermeiro. *Pensar em Enfermagem* 19(1), pp. 31-46. Obtido de http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE_19_1sem2015_31_46.pdf
- Galvão, A., Filipe, R., Carvalho, M. J., Leal, R. Neves, M., Amoedo, M., & Silva, G. (2024). Registo Português da Terapia de Substituição da Função Renal 2023. Retrieved from chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.spnephro.pt/assets/relatorios/tratamento_doenca_terminal/er-2024---registo-atualizado.pdf
- Gelbcke, F., et al. (2008). Liderança em ambientes de cuidados críticos: reflexões e desafios à Enfermagem Brasileira. *Revista Brasileira de Enfermagem*. N.º 62 (136-139). Retrieved from <https://www.scielo.br/j/reben/a/L7NVY4Mfxm56V4JJT69Tjr/?format=pdf&lang=pt>
- Gomes, P. (2023). Prevenção da Síndrome de Pós-Internamento de Cuidados Intensivos (SPICI). Criação de uma consulta de follow-up numa Unidade de Cuidados Intensivos. Escola Superior de Enfermagem. Universidade do Minho. Retrieved from: <https://hdl.handle.net/1822/83372>
- Han, J.H., Vasilevskis, E. E., Schnelle, J.F., Shintani, A., Dittus, R.S., Wilson, A., Ely, E.W. (2015). The Diagnostic Performance of the Richmond Agitation Sedation Scale for Detecting Delirium in Older Emergency Department Patients. *Acad Emerg Med*. 2015 Jul;22(7):878-82. doi: 10.1111/acem.12706. Epub 2015 Jun 25. PMID: 26113020; PMCID: PMC4516221
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2012). Manual de Situação de Exceção. Versão 2.0 1ª Edição. ISBN 978-989-8646-05-7
- International Council of Nursing and World Health Organization. (2009) Framework of Disaster Nursing Competencies. Western Pacific Union. ISBN: 978-92-95065-79-6
- Jolife AB. (2024). LUCAS® - Chest Compression System. Retrieved from <https://www.lucas-cpr.com/pt/>
- Lei n.º 33/2009 de 14 julho da Assembleia da República. Diário da República: I série, n.º 134 (2009). Acedido a 1 mar. 2025. Disponível em www.dre.pt
- Locsin, R. (1999). Development of an instrument to measure technological caring in nursing. *Nursing and Health Sciences*, 17(1), 27 - 34.
- Locsin, R. (2001). *Advancing Technology Caring, and Nursing*. Westport, Connecticut: Auburn House.
- Locsin, R. (2010). Technological Competency as Caring in Nursing - Knowing as Process and Technological Knowing as Practice. In M. S. Parker, *Nursing Theories and Nursing Practice* (3rd. ed., p. 449 - 460). Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Lok, C. E., Huber, T. S., Lee, T., Shenoy, S., Yevzlin, A. S., Abreo, K., Allon, M., Asif, A., Astor, B. C., Glickman, M. H., Graham, J., Moist, L. M., Rajan, D. K., Roberts, C., Vachharajani, T. J., & Valentini, R. P. (2020). KDOQI Clinical Practice Guideline for Vascular Access: 2019 Update. *American Journal of Kidney Diseases*, 75(4), S1-S164. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2019.12.001>
- Loureiro, T. (2023). Carga de Trabalho dos Enfermeiros em Cuidados Intensivos. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Retrieved from [https://repositorio.esenfc.pt/rc/index.php?module=repository&target=list&id_type\[\]=8&academic_programs\[\]=3](https://repositorio.esenfc.pt/rc/index.php?module=repository&target=list&id_type[]=8&academic_programs[]=3)
- Mata, F. (2014). Relatório de Atividades de Enfermagem – Serviço de Nefrologia, Unidade Técnicas (Unidade de Hemodiálise), 2023. Centro Hospitalar Universitário de Coimbra
- Meleis, A. I., Sawyer, L.M., Im, E.O., Messias, D.K & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 23 (1), p. 12-28. DOI: 10.1097/00012272-200009000-00006.

- Meleis, A.I. (2012). *Theoretical nursing: development and progress*. (5ª edição). Wolters Kluwer Health. <https://tms.iau.ir/file/download/1660649934-meleis.pdf>
- Miguel S, Garcia M, Cunha A. (2023). Acidentes de Trabalho em Hospital Central: uma visão holística. *Revista Portuguesa de Saúde Ocupacional online*. 2023, 16, esub0413. DOI: 10.31252/RPSO.21.10.2023
- Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. (2002). Prevenção de Infecções Adquiridas no Hospital. Um guia prático. 2ª Edição. Retrieved from <https://www.dgs.pt/programa-nacional-de-controlo-da-infeccao/documentos/manuais-de-boas-praticas/prevencao-de-infeccoes-adquiridas-no-hospital-um-guia-pratico-pdf.aspx>
- Nunes, L. (2009). *Ética de Enfermagem – Fundamentos e Horizontes*. Sintra. Lusociência.
- Nuñez, D., et al. (2020). Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência - Medicina Intensiva. Retrieved from <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2020/07/RRMI-consulta-p%C3%BAblica-.pdf>
- Oliveira, A., et al. (2020). O papel do enfermeiro no cuidado ao paciente em tratamento hemodialítico. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*. Vol. 31. N.º 1 (94-94). Retrieved from https://www.mastereditora.com.br/periodico/20200606_164826.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2006). *Investigação em Enfermagem: Tomada de Posição*. Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Fundamentos, processos e instrumentos para a operacionalização do sistema de certificação de competências. Caderno temático: Modelo de Desenvolvimento Profissional*. Retrieved from <https://silo.tips/download/caderno-tematico-modelo-de-desenvolvimento-profissional>
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Ordem dos Enfermeiros, Lisboa, páginas 1-9 Retrieved from <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEEPessoaSituacaoCritica.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Código Deontológico (inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro)*. <https://ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro. Código Deontológico*. Retrieved from <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Regulamento N.º 361/2015. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Diário da República: II série, n.º 123/2015. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2015/06/123000000/1724017243.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2016) *Guia Orientador de Boa Prática - Cuidados a pessoa com Doença Renal Crónica Terminal em Hemodiálise*. Cadernos OE, Série 1, 9.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento n.º 429/2018. 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*, Diário da República, 2ª Série, n.º 135. Lisboa. Retrieved from <https://dre.pt/application/file/a/115698537>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento n.º 140/2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário da República, 2ª série, n.º 26. Lisboa. Retrieved from <https://dre.pt/home/-/dre/119236195/details/maximized>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento n.º 743/2019. Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem*. Diário da República, 2ª série, n.º 184. Lisboa. Retrieved from <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/09/184000000/0012800155.pdf>
- Ordem dos Médicos Colégio de Especialidade de Nefrologia. (2017). *Manual de Boas Práticas de Diálise Crónica da Ordem dos Médicos*
- Paiva, J., et al. (2017). Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência - Medicina Intensiva. Retrieved from <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/08/RNEHR-Medicina-Intensiva-Aprovada-10-agosto-2017.pdf>
- Peres, M.A.A.; Paim, L.; Brandão, M.A.G. (2020). Professional Autonomy as Centrality in Best Practices in Nursing. *Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn)*, 73(2). doi:<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0373>

- Pinho, J. (2020). *Enfermagem em Cuidados Intensivos*. Lisboa. Lidel
- PORTARIA N.º 331-B72021 DE 31 DEZEMBRO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diário da República: I série, N.º253 (2021). Acedido a 10 fev.2025. Disponível em www.dre.pt
- Queirós, P. (2016). *Enfermagem, uma ecologia de saberes*. *Cultura de los cuidados* n.º 45, pg. 137-146. Retrieved from: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/57360>
- Regulamento n.º 124/2011 de 18 de fevereiro da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República: II série, n.º 35 (2011). Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8180/regulamento124_2011_competenciaspecificenfpressoasituacaocritica.pdf
- Rua, F., et al. (2008). *Transporte de Doentes Críticos – Recomendações*, Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos.
- Sampaio, D., Dominguez, R. & Rivemales, M. (2021). Teorias de enfermagem e sua articulação com a prática: Relato de experiência. *Brazilian Journal of development*, 7 (11), p.107211-107219. DOI:10.34117/bjdv7n11-383.
- Schumacher, K. L., & Meleis, A. I. (1994). Transitions: A Central Concept in Nursing. *The Journal of Nursing Scholarship*, 26(2), 119-127. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1994.tb00929.x>
- Silva, A.D., Nascimento, S.S. (2023). Teoria do conforto de Kolcaba no cuidado de enfermagem: uma revisão integrativa. *Revista JRG De Estudos Acadêmicos*, 6 (13), 946-969. <https://doi.org/10.5281/zenodo.8065092>
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2023). *Transporte de Doentes Críticos: Recomendações*. <https://www.spci.pt/media/documentos/1582760365e567b2411424.pdf>
- Steelman, C., Kasper, J., & Kerby, H. (2022). Infection Control Adherence in the Cardiac Catheterization Laboratory. *Journal of Medical Imaging and Radiation Sciences*, 53(4), S45. <https://doi.org/10.1016/j.jmir.2022.10.157>
- Tomey, A., Alligood, M. (2004). *Teóricas da Enfermagem e Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. 5ª ed. Lusociência.
- Unidade Local de Saúde de Coimbra. (s/data). Sobre a ULS Coimbra. Retrieved from <https://www.chuc.min-saude.pt/missao-e-valores/>
- Unidade Local de Saúde de Coimbra. (sd). Apresentação Serviço de Nefrologia. Retrieved from: <https://www.chuc.min-saude.pt/servicos/n/nefrologia/>
- Van Waeleng J.P., C. M. (2008). Venous needle dislodgement: how to minimase the risks. *Journal of Renal Care* 34(4), 163-168. doi: 10.1111/j.1755-6686.2008.00047.x
- Vincent, J. L. (2005). Give your patient a fast hug (at least) once a day. *Crit Care Med*. 2005 Jun;33(6):1225-9. doi: 10.1097/01.ccm.0000165962.16682.46. PMID: 15942334
- World Health Organization. (2021). *Global strategic directions for Nursing and Midwifery 2021-2025*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/344562/9789240033863-eng.pdf?sequence=1>