

1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRURGICA

NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Desenvolvimento de Competências Especializadas em Enfermagem

na Área da Pessoa em Situação Crítica

**AS PRÁTICAS DOS ENFERMEIROS NA ESCOLHA, INSERÇÃO E MANUTENÇÃO DE CATETERES
VENOSOS PERIFÉRICOS**

Inês Sofia Pereira Marcos

Orientador: Professora Doutora Susana Sobral Mendonça

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

Leiria, maio de 2022

1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Desenvolvimento de Competências Especializadas em Enfermagem

na Área da Pessoa em Situação Crítica

AS PRÁTICAS DOS ENFERMEIROS NA ESCOLHA, INSERÇÃO E MANUTENÇÃO DE CATETERES VENOSOS PERIFÉRICOS

Apresentado para obtenção do grau de Mestre
em Enfermagem Médico Cirúrgica na área de
Especialização à Pessoa em Situação Crítica

Inês Sofia Pereira Marcos

5190213

Orientador: Professora Doutora Susana Sobral Mendonça

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

Leiria, maio de 2022

Dedico este projeto de vida aos meus pais, à minha irmã e às minhas duas filhas...
O meu coração e pensamento é vosso, em todos os caminhos... em todos os passos...

*“Tente uma, duas, três vezes e se possível tente a quarta,
a quinta e quantas vezes for necessário.
Só não desista nas primeiras tentativas,
a persistência é amiga da conquista.
Se você quer chegar a onde a maioria não chega,
faça o que a maioria não faz.”*

Bill Gates, S.D

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Professora Doutora Susana Sobral Mendonça, orientadora deste projeto de vida, deste relatório, pela sua disponibilidade, sempre a qualquer hora, que me atendeu o telefone sempre que precisei, pelo seu encorajamento, pela sua paciência, por me guiar sempre no caminho certo. Obrigada pelas palavras certas no momento certo.

À Professora Doutora Maria dos Anjos Dixe, sempre assertiva nas suas palavras, demonstrou ao longo deste percurso ter a compreensão necessária para que pudéssemos continuar com os pés assentes na Terra, pelo momento difícil que atravessamos, com medo, com muitas dúvidas em relação ao futuro... Ela esteve sempre presente, com a sua força, permitiu que continuássemos com segurança.

A todos os Enfermeiros Especialistas que me orientaram ao longo dos estágios e que tornaram possível o meu crescimento enquanto Enfermeira Especialista e enquanto pessoa.

Ao Centro Hospitalar de X, pela autorização concedida para a realização deste estudo, bem como aos Diretores e Enfermeiros Chefes dos Serviços de Internamento pelo parecer favorável à realização do estudo e aos enfermeiros que participaram neste projeto.

Aos meus colegas deste percurso académico, que sofreram tanto quanto eu neste período de pandemia, que tanto nos afastou, mas que uniu as nossas forças e a nossa determinação.

Aos colegas do meu serviço, que me apoiaram sempre, que fizeram trocas, que me ouviram e que me deram aquele abraço no momento certo, nunca me deixaram desistir.

Aos meus amigos, vocês sabem bem quem são... o meu coração está mais cheio de vida por vos ter do meu lado... Aquelas pessoas que me deram algo mais para crescer...

Por fim, aos meus pais e à minha irmã, que foram a minha Pedra Basilar, que me ouviram e viram tantas vezes chorar, que estiveram sempre cá, mesmo quando tivemos de nos afastar, que foram o motor e a engrenagem deste percurso... Amo-vos muito... Filhas, não tenho palavras para vos agradecer e pedir desculpa por tudo o que fizeram sem mim, e por tudo o que eu perdi, disseram sempre... *“Não desistas mãe... eu compreendo”*. Sem palavras para vos agradecer...

Amo-vos...

A todos o meu sincero AGRADECIMENTO...

RESUMO

Este projeto de desenvolvimento pessoal nasceu da necessidade da procura de conhecimentos fundamentados na evidência científica, na formação contínua e na melhoria da prestação de cuidados centrados na pessoa, família e cuidadores. A necessidade da investigação em enfermagem surge também durante este percurso para dar resposta a questões que nascem da prática diária.

Este Relatório de Estágio está dividido em duas partes. A primeira parte reflete todo o percurso efetuado através da análise descritiva, crítico-reflexiva das atividades e intervenções de enfermagem fundamentadas na evidência científica desenvolvidas nos três ensinamentos clínicos. Estes ensinamentos clínicos foram desenvolvidos nos Serviço de Urgência Geral, Serviço de Medicina Intensiva e Estágio de Opção (Grupo Coordenador Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistências aos Antimicrobianos), com o objetivo de adquirir conhecimentos e habilidades para a tomada de decisão nos cuidados à Pessoa em Situação Crítica, com vista à melhoria dos cuidados prestados. Pretendo assim, demonstrar as Competências adquiridas ao longo de todo este percurso, quer as Comuns quer as Específicas. A pessoa a vivenciar processos de saúde/doença requer habilidades que o Enfermeiro Especialista deve possuir, a nível técnico, científico, raciocínio clínico e juízo crítico-reflexivo, para que o processo de tomada de decisão seja feito com recurso à melhor evidência científica. As teorias de Enfermagem serviram de base às intervenções realizadas, ao Raciocínio Clínico e fundamentam a sua prática, assim como permitiram a antecipação dos cuidados à pessoa em situação crítica, família e cuidadores na antecipação dos cuidados de enfermagem e na prevenção da deterioração do seu estado de saúde.

Na segunda parte, apresenta-se um Projeto de Investigação-Ação sobre as práticas dos Enfermeiros na escolha, inserção e manutenção de Cateteres Venosos Periféricos e a aplicação de duas Escalas validadas para a população portuguesa para a avaliação de infiltração e flebite e respetivos resultados, discussão dos mesmos e conclusão. Este Projeto utilizou uma metodologia quantitativa, transversal, tipo correlacional. Neste estudo concluiu-se que práticas menos corretas na escolha, inserção e manutenção de Cateteres Venosos Periféricos influenciam elevadas taxas de flebites e infiltrações.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermeiro Especialista; Doente Crítico; Competências; Cateteres Venosos Periféricos; Infiltração; Flebites; Práticas de Enfermagem.

ABSTRACT

This Internship Report is divided into two parts. The first part reflects the entire course made through descriptive, critical-reflexive analysis of nursing activities and interventions based on scientific evidence developed in the three clinical teachings. These clinical teachings were developed in the General Emergency Service, Intensive Medicine Service and Option Internship (Local Coordinating Group of the Program for Prevention and Control of Infections and Antimicrobial Resistance), with the objective of acquiring knowledge and skills for decision-making in the care of the Person in critical situation, with a view to improving the care provided.

Therefore, I intend to demonstrate the Skills acquired throughout this journey, both the Commons and the Specific ones. The person experiencing health/disease processes requires skills that the Specialist Nurse must possess, at the technical, scientific, clinical level, clinical reasoning and critical-reflexive judgment, so that the decision-making process is made using the best scientific evidence. Nursing theories served as the basis for the interventions performed, clinical reasoning and based on its practice, as well as allowed the anticipation of care to the critically ill person, family and caregivers in the anticipation of nursing care and in the prevention of the deterioration of their health status.

In the second part, an Action Research Project is presented on the practices of nurses in the choice, insertion and maintenance of Peripheral Venous Catheters and the application of two validated scales for the Portuguese population for the evaluation of infiltration and phlebitis and their results, discussion of them and conclusion. This project used a quantitative, cross-sectional, correlational methodology. In this study, it was concluded that less correct practices in the choice, insertion and maintenance of Peripheral Venous Catheters influence high rates of phlebitis and infiltrations.

KEY WORDS: Specialist Nurse; Critical Patient; Skills; Peripheral Venous Catheters; Infiltration; Phlebitis; Nursing Practices.

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ADR – Área Dedicada para Doentes Respiratórios

ARS – Administração Regional de Saúde

CDC – *Centers for Disease Control and Prevention*

CHX – Centro Hospitalar X

CIPE® – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CJ – Conselho Jurisdicional

COVID-19 – *CoronaVirus Disease 2019*

CQSD – Comissão da Qualidade e Segurança do Doente

DGIES – Direção Geral das Instalações e Equipamentos da Saúde

DGS – Direção-Geral da Saúde

EC – Ensino Clínico

EE – Enfermeiro Especialista

EEEMCPSC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa Situação Crítica

Enf. – Enfermeiro

EPI – Equipamento de Proteção Individual

EPSC – Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

ERC – Enterobacteriáceas Resistentes aos Carbapenemos

GCL-PPCIRA – Grupo Coordenador Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistências aos Antimicrobianos

HX – Hospital X

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

ICN – *International Council of Nurses*

INCS – Infecções Nosocomiais da Corrente Sanguínea

INS – *Infusion Nurses Society*

ISBAR – *Identify, Situation, Background, Assessment, Recommendation*

JCI – *Joint Commission International*

MCEEMC – Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica

mMR – Microrganismos Multirresistentes

mRA – Resistências dos Microrganismos aos Antimicrobianos

MRSA – *Staphylococcus Aureus Meticilino Resistent*

PBE – Prática Baseada na Evidência

PBCI – Precauções Básicas de Controlo de Infeção

PCI – Prevenção e Controlo de Infeção

PI – Procedimento Interno

PIA – Projeto de Investigação-Ação

PNCI – Plano Nacional de Controlo de Infeção

PPCIRA – Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos

PSC – Pessoa em Situação Crítica

OE – Ordem dos Enfermeiros

OM – Ordem dos Médicos

OMS – Organização Mundial de Saúde

RCN – *Royal College of Nursing*

RE – Relatório de Estágio

RH – Recursos Humanos

SARS-CoV-2 – *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*

SE – Sala de Emergência

SINAVER[®] – Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica

SUG – Serviço de Urgência Geral

TET – Tubo Endotraqueal

UIDEPP – Unidade de Internamento de Doentes de Evolução Prolongada de Psiquiatria

UHD – Unidade de Hospitalização Domiciliária

VE – Vigilância Epidemiológica

WHO – *World Health Organization*

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	14
PARTE I – REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NOS ENSINOS CLÍNICOS	21
1. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM	22
1.1. SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL	23
1.2. SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA	30
1.3. GRUPO DE COORDENAÇÃO LOCAL PROGRAMA DE PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFEÇÕES E DE RESISTÊNCIA AOS ANTIMICROBIANOS	35
2. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	37
2.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	37
2.1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal	37
2.1.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade.....	46
2.1.3. Domínio da Gestão dos Cuidados	49
2.1.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais.....	53
2.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	55
2.2.1. Cuida da Pessoa, Família/Cuidador a Vivenciar Processos Complexos de Doença Crítica e/ou Falência Orgânica	56
2.2.2. Dinamiza a Resposta em Situações de Emergência, Exceção e Catástrofe, da Conceção Ação.....	70
2.2.3. Maximiza a Prevenção, Intervenção 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.....	75
PARTE II – PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA: PROJETO DE INVESTIGAÇÃO – AÇÃO.....	82

INTRODUÇÃO.....	82
1. ENQUADRAMENTO.....	84
2. METODOLOGIA.....	90
2.1. CONCETUALIZAÇÃO DO ESTUDO.....	90
2.2. QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO.....	91
2.3. OBJETIVOS.....	91
2.4. POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	91
2.5. INSTRUMENTOS.....	92
2.6. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS.....	93
2.7. TRATAMENTO DE DADOS.....	94
3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	95
3.1. ESTUDO I – AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS DOS ENFERMEIROS.....	95
3.2. ESTUDO II – ESCALA PORTUGUESA DE INFILTRAÇÃO E ESCALA PORTUGUESA DE FLEBITE.....	103
4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	106
4.1. ESTUDO I – AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS DOS ENFERMEIROS.....	106
4.2. ESTUDO II – ESCALA PORTUGUESA DE INFILTRAÇÃO E ESCALA PORTUGUESA DE FLEBITE.....	112
5. CONCLUSÕES DO ESTUDO.....	114
CONCLUSÃO.....	117
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	121
APENDICE I – APRESENTAÇÃO DA FORMAÇÃO SOBRE A UHD E O PAPEL DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	133

APENDICE II – TRABALHO EM LINGUAGEM CIPE NO SMI	154
APÊNDICE III – TRABALHO EM LINGUAGEM CIPE NO GCL-PPCIRA.....	166
APÊNDICE IV -	177
APÊNDICE IV - QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS DOS ENFERMEIROS NA ESCOLHA, INSERÇÃO E MANUTENÇÃO DOS CATETERES VENOSOS PERIFÉRICOS (CVP) NO CHX, EPE.....	178
APÊNDICE V – CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO	185
APÊNDICE VI – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DE ESTUDO	189
ANEXOS.....	192
ANEXO I – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO DA UTILIZAÇÃO DE ESCALA PORTUGUESA DE INFILTRAÇÃO E FLEBITE	193
ANEXO II – APROVAÇÃO DO ESTUDO "AS PRÁTICAS DOS ENFERMEIROS NA ESCOLHA, INSERÇÃO E MANUTENÇÃO DE CATETERES VENOSOS PERIFÉRICOS"	195

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1 - DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA POR GÉNERO.....	95
TABELA 2 - IDADE DOS ENFERMEIROS.....	95
TABELA 3 - ANOS DE SERVIÇO.....	96
TABELA 4 - DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA SEGUNDO A FORMAÇÃO ACADÉMICA.....	96
TABELA 5 - FORMAÇÃO SOBRE CVP.....	96
TABELA 6 - DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA POR SERVIÇOS.....	97
TABELA 7 - PRÁTICAS DOS ENFERMEIROS NA ESCOLHA, INSERÇÃO E MANUTENÇÃO DOS CVP.....	98
TABELA 8 - DISTRIBUIÇÃO DE PRÁTICAS CORRETAS OU INCORRETAS.....	100
TABELA 9 - TESTE EXATO DE FISHER ENTRE AS PRÁTICAS DOS ENFERMEIROS E SERVIÇOS....	101
TABELA 10 - DISTRIBUIÇÃO DOS DOENTES POR SERVIÇO DE INTERNAMENTO.....	103
TABELA 11 - DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA POR GRAU DE INFILTRAÇÃO.....	104
TABELA 12 – DISTRIBUIÇÃO ENTRE OS SERVIÇOS E APLICAÇÃO DA ESCALA DE INFILTRAÇÃO.....	104
TABELA 13 - DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA POR GRAU DE FLEBITE.....	105
TABELA 14 – DISTRIBUIÇÃO ENTRE OS SERVIÇOS ESTUDADOS E A APLICAÇÃO DA ESCALA DE FLEBITE.....	105

INTRODUÇÃO

O presente trabalho consiste num relatório de estágio sobre o Desenvolvimento de Competências Especializadas em Enfermagem na Área da Pessoa em Situação Crítica. O Relatório de Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica com Relatório (Despacho n.º 9128/2012, *in* Diário da República, 2012, de 5 de Julho)(Diário da República, 2012) foi elaborado no âmbito do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização à Pessoa em Situação Crítica (EPSC), 2º semestre, 2º Ano, ano letivo 2021/2022, da Escola Superior de Saúde de Leiria (ESSLei), no Instituto Politécnico de Leiria (IPL). A sua conclusão e defesa em prova pública visa a obtenção do título de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Especialização à Pessoa em Situação Crítica (PSC) (Regulamento nº 877/2016, de 21 de Setembro *in* Diário da República, 2016b (Diário da República, 2016c) e Aviso n.º 9191/2014 *in* Diário da República, 2014).

Os ensinamentos clínicos tiveram uma duração de 180 horas e decorreram de 7 de setembro a 13 de novembro de 2020, no Serviço de Medicina Intensiva (SMI) da Instituição X da zona centro, sob a orientação do EE DS, de 22 de março a 28 de maio de 2021, no Serviço de Urgência Geral (SUG), sob a orientação da EE IP, da mesma Instituição, e de 13 de setembro a 12 de novembro de 2021, no Grupo Coordenador Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA) desta mesma Instituição, sob a orientação da EE MC com a supervisão da docente Professora Doutora Susana Sobral Mendonça no SUG e GCL-PPCIRA e pela Professora Teresa Peralta no SMI.

O desenvolvimento dos EC tiveram como linha orientadora os Projetos de Aprendizagem apresentados durante os mesmos e nos quais foram definidas as atividades a desenvolver e onde consta a área/objeto de aprendizagem, os resultados de aprendizagem e as atividades de enfermagem. Estes tiveram por base as competências comuns do Enfermeiro Especialista segundo o Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro (Ordem dos Enfermeiros, 2019a) e as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa Situação Crítica (EEMCPSC), segundo o Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Fleury e Fleury (2001) entendem a competência como um nível de desempenho profissional demonstrador de uma aplicação efetiva do conhecimento e das capacidades. Nesta perspetiva, o conceito de competência é visto como um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes, isto é, conjunto de capacidades humanas que justificam um alto desempenho (Fleury & Fleury, 2001).

Segundo Benner, Kyriakidis e Stannard (2018), o cuidado à PSC é definido como sendo desafiante, a nível intelectual e emocional, sendo que o enfermeiro deve desenvolver estratégias e competências para avaliar a situação e priorizar os focos de instabilidade e, assim, intervir da forma mais adequada, estabelecendo um processo de enfermagem individualizado, de acordo com a intervenção e monitorização dos resultados obtidos.

Os objetivos deste Relatório de Estágio (RE) são:

- Descrever as atividades planeadas e realizadas;
- Refletir sobre as intervenções e resultados das mesmas;
- Relacionar as atividades desenvolvidas com as competências do enfermeiro especialista, quer as comuns, quer as específicas;
- Identificar os fatores facilitadores e limitadores do processo de aprendizagem;
- Contribuir para a discussão das atividades e ser posterior objeto de avaliação.

A escolha dos locais de estágio deveu-se principalmente ao facto de fazerem parte da Instituição da qual faço parte enquanto profissional e na qual posso intervir de modo mais ativo como Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica (EEMCPSC), no domínio das competências inerentes a esta especialidade e do conhecimento técnico-científico fundamentado enquanto processo dinâmico que é.

A importância de me tornar Mestre e EE demonstra a minha necessidade de progredir enquanto enfermeira e pessoa, demonstrar elevados níveis de julgamento clínico no processo de tomada de decisão e no domínio das competências. Assim como, de buscar respostas a situações que aparecem na *praxis* diária e nas quais devo intervir de modo a diferenciar a minha prática. A realização de projetos de investigação que acarretem ganhos em saúde para a PSC e nas próprias Instituições de Saúde, tornando-o um processo dinâmico e em constante evolução.

O EE deve guiar a sua prática tendo por base as Teorias de Enfermagem que mais se adequam à situação da PSC. Estas servem de fio condutor para a prática de enfermagem. Elas descrevem fenómenos e fundamentam a sua prática. A Teoria das Transições de Afaf Meleis é a que revela maior aplicabilidade nos cuidados à PSC.

São os enfermeiros quem facilitam o processo de desenvolvimento de competências e aprendizagens nas experiências de saúde/doença (Meleis, 2010). Este é o elemento que se encontra mais junto do doente, que o acompanha no período em que ocorre a transição e é aquele que o ajuda a criar estratégias para ultrapassar ou aprender a viver com as transições que experiencia. Meleis (2012), acrescenta ainda que o enfermeiro tem a missão de apoiar, compreender e confortar a pessoa durante o processo transicional, priorizando o seu cuidado, o respeito pelos valores éticos, religiosos e culturais, procurando à luz da teoria de médio alcance desempenhar um papel facilitador da transição.

Também a Teoria do Autocuidado de Orem apresenta grande aplicabilidade no processo de transição de saúde/doença. Orem (2011), estabelece como conceito central na sua teoria o autocuidado, que define como a prática de atividades que favorecem o aperfeiçoamento e amadurecem as pessoas que iniciam e desenvolvem dentro de espaços de tempo específicos, em que os objetivos são a preservação da vida e o bem-estar pessoal. Tem como propósito as ações que, segundo um modelo, contribui de forma específica na integridade, nas funções e no desenvolvimento humano, sendo expressos através de ações denominadas de requisitos de autocuidado. Assim, são destacadas as formas como as necessidades de autocuidado do cliente serão satisfeitas pelo enfermeiro, pelo próprio ou por ambos.

Os locais de estágio devem ser locais que sejam uma referência a nível dos cuidados prestados e pela diferenciação dos mesmos, tendo por base essa referência, os meus estágios foram todos realizados na instituição onde trabalho, por ser uma referência para mim e por ser uma instituição de referência nacional, onde o doente é o centro dos cuidados de saúde e a qualidade é uma primazia. A escolha do SUG para local de estágio deveu-se principalmente ao facto de ser um serviço de referência do HX, que presta cuidados de elevado nível de qualidade. A sua mais

valia é o dinamismo, a motivação de toda a equipa aliando o conhecimento técnico científico e o domínio da tecnologia à humanização e individualização dos cuidados.

A escolha do SMI do HX teve por base o facto de ser um SMI de nível III, com novos meios tecnológicos e modernizado, associado a um elevado dinamismo de toda a sua equipa e cuidados diferenciados de qualidade. Como profissional desta instituição, conhecer de perto toda a estrutura humana e física do SMI tornou-se uma mais valia para mim.

Como enfermeira na busca da melhoria contínua dos cuidados e porque a busca incessante de informação atualizada e fundamentada para a prática baseada na evidência, dou extrema importância à Prevenção e Controlo de Infeção (PCI). Como tal, as IACS assumem um papel preponderante na recuperação e prevenção de doença grave (sépsis) na PSC. À medida que a esperança de vida aumenta e que dispomos de tecnologias cada vez mais avançadas e invasivas, aumenta também o risco de infeção. A Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhece que as IACS dificultam o tratamento adequado de doentes em todo o mundo, sendo também reconhecidas como uma causa importante de morbilidade e mortalidade, bem como do consumo acrescido de recursos quer hospitalares, quer da comunidade (Direção-Geral da Saúde, 2007b). Assim, a escolha do GCL-PPCIRA da Instituição X, teve por base o facto de ser enfermeira nesta instituição e por reconhecer a elevada importância que a Prevenção e Controlo de Infeção (PCI) assume no contexto organizacional, nacional e mundial, à elevada taxa de morbimortalidade e custos associados (Pina, Ferreira, Marques & Matos, 2010), nomeadamente no que diz respeito aos cuidados à pessoa em situação crítica, o que motivou o meu Projeto de Investigação-Ação (PIA). É desta forma competência do EEEMCPSC maximizar 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, Regulamento nº. 429/2018, 16 de julho (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Esta foi a competência que me motivou para o desenvolvimento do meu PIA.

Um dos grandes problemas da atualidade são as infeções da corrente sanguínea, causadas maioritariamente por técnicas invasivas.

A punção de veias periféricas é uma técnica realizada em cerca de 86,4% dos doentes admitidos em meio hospitalar (Danski, Johann, Vayego, Oliveira e Lindt, 2016).

Esta técnica é um procedimento realizado para a administração de terapêutica intravenosa, assim como para colheitas de sangue, sendo um dos procedimentos mais comuns em meio hospitalar.

As intervenções de enfermagem associadas aos Cateteres Venosos Periféricos (CVP) assumem um carácter de extrema importância na prevenção das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS), nomeadamente Infeções Nosocomiais da Corrente Sanguínea (INCS), pela sua elevada taxa de colocação em meio hospitalar e pela sua elevada manipulação.

As recomendações publicadas sobre os procedimentos invasivos e estratégias de implementação de boas práticas, têm o objetivo de reduzir a incidência das infeções associadas a esses procedimentos e aos dispositivos intravasculares. A OMS emitiu em 2002 (O'Grady, Alexander, Burns, Dellinger, Garland, Heard, Lipsett, Masur, Mermel, Pearson, Raad, Randolph, Rupp, & Saint, 2011), um conjunto de recomendações “Prevenção da Infeção Nosocomial Associadas a Dispositivos Intravasculares”, com base nas recomendações emanadas pelos *Centers for Disease Control And Prevention - Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee, United States*, sendo que a Direção Geral da Saúde (DGS) também elaborou um guia associado ao “Programa nacional de controlo da infeção – Recomendações para prevenção da infeção associada aos dispositivos intravasculares” (Direção-Geral da Saúde, 2006). Nestas recomendações estão incluídas as relativas à cateterização venosa periférica, à técnica de inserção do CVP (normas de assepsia), locais de inserção, tipos de pensos utilizados na fixação do CVP no doente, à inspeção diária do local de inserção e a troca dos materiais utilizados de forma rotineira.

Tendo em conta que:

- Estas recomendações da DGS são de 2006 e não houve atualização das mesmas;
- Existem *guidelines* internacionais atualizadas para a cateterização venosa periférica;

- A necessidade de implementar cuidados de enfermagem fundamentados na prática baseada na evidência, com foco nas necessidades, na segurança, na qualidade e no bem-estar dos doentes é a missão das instituições prestadoras de cuidados de saúde.

Surge assim, a necessidade de dar resposta à seguinte questão de investigação:

- Quais são as práticas dos enfermeiros numa Instituição Hospitalar na escolha, inserção e manutenção de cateteres venosos periféricos para promover a qualidade dos cuidados?

Para tal, teremos como objetivos do estudo de investigação:

- Atualizar a Instrução de Trabalho da Instituição X relativa aos dispositivos intravasculares de acordo com as *guidelines* mais recentes;

- Determinar as diferenças entre as práticas dos enfermeiros e as *guidelines* atuais;

- Determinar a taxa de flebites e infiltrações da Instituição X, nos doentes internados nos serviços de cirurgia, medicina e Unidade de Hospitalização Domiciliária (UHD).

Os Cuidados de Saúde no contexto hospitalar são cada vez mais um desafio constante, quer pela procura de melhoria na prestação de cuidados ao doente, tendo como objetivo a sua segurança, pela descoberta de novas técnicas, de novos medicamentos, tecnologias de diagnóstico e terapêutica, quer, por outro lado, pelo surgir de novas doenças, infeções desconhecidas por novos microrganismos, novas resistências a antibióticos, entre outros.

As minhas motivações para me tornar EEEMCPSC, passaram por uma expectativa de enriquecimento pessoal e profissional no exercício da profissão e na procura de formação adequada, visando um melhor desempenho das minhas competências profissionais e a prestação de cuidados de qualidade e da prática baseada na evidência (PBE).

O relatório encontra-se estruturado da seguinte forma:

Parte I – Reflexão sobre as competências do enfermeiro especialista nos ensinos clínicos;

Tem por objetivo realizar um reflexão crítica das atividades realizadas ao longo dos EC e as competências comuns e específicas do EEEMCPSC, assim como o cruzamento entre os referenciais teóricos, científicos, legais e a realidade experienciada.

A metodologia adotada para a apresentação desta Parte I é descritiva, analítica e crítico-reflexiva, adotando opiniões críticas e reflexões pessoais relativamente ao trabalho efetuado e ao PIA.

Parte II – Prática especializada baseada na evidência (PBE): Projeto de Investigação-Ação (PIA).

Na Parte II, é apresentado o PIA desenvolvido durante o 2º semestre, em que é feita uma breve contextualização e fundamentação do estudo, os aspetos éticos, metodológicos, apresentação e discussão dos resultados, e por fim a conclusão do estudo e propostas de melhoria.

Quero apenas ressaltar que quando iniciei este Mestrado exercia funções num serviço de Cirurgia Geral, onde tinha doentes com cirurgias diferenciadas e que rapidamente se tornavam doentes críticos com todas as características descritas para estes, e antes do primeiro estágio iniciei funções numa Unidade de Hospitalização Domiciliária (UHD), onde a avaliação do doente é fundamental e os critérios clínicos o podem eleger ou não para a UHD. Como tal, a mobilização dos saberes teóricos e práticos adquiridos ao longo deste percurso fazem parte do meu dia a dia, quer na elegibilidade do doente, quer na sua avaliação diária no seu domicílio.

PARTE I – REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NOS ENSINOS CLÍNICOS

O Ensino Clínico (EC) tem por finalidade garantir a possibilidade de concretizar, através da realidade da prática de enfermagem, as aprendizagens teóricas. O saber profissional é construído através de interações com profissionais de saúde e pela análise das práticas quotidianas dos enfermeiros, relacionando-as com os saberes teóricos (Simões, Alarcão & Costa, 2008).

Segundo Aguiar (2013), com o ensino clínico pretende-se assegurar a aquisição/construção de saberes (conhecimentos, aptidões e atitudes) necessários às intervenções autónomas e interdependentes do exercício profissional dos enfermeiros.

Segundo Perrenoud (2001), citado por Alarcão e Rua (2005), ter competência é saber mobilizar saberes ao clarificar que a competência é a capacidade de utilizar os saberes para agir em situação.

É no EC que o estudante compreende a realidade dos cuidados de Enfermagem Especializados, a partir da sua integração num serviço de saúde e da passagem, supervisionada e orientada, da teoria para a prática, acompanhada por uma constante reflexão crítica sobre a prática da Enfermagem (Simões et al., 2008).

Os EC têm como objetivo desenvolver aptidões que permitam intervir, integrada na equipa de saúde, na prestação de cuidados de enfermagem especializados à Pessoa em Situação Crítica (PSC). Assim, este percurso formativo que visa expor em contexto real os saberes teóricos adquiridos, foram o método de consolidação das competências inerentes ao EE e Mestre, do desenvolvimento de pensamento crítico, raciocínio clínico e tomada de decisão.

1. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM

Durante este percurso de realização do Mestrado de EMCPSC estiveram contemplados 3 EC, conforme o estabelecido no Plano Curricular do Despacho n.º 9128/2012 (Diário da República, 2012).

O primeiro EC foi realizado no Serviço de Urgência Geral (SUG), o segundo EC no Serviço de Medicina Intensiva (SMI), e o EC de opção foi realizado Grupo de Coordenação Local – Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA) do mesmo Centro Hospitalar.

Este Centro Hospitalar X agrupa três hospitais: o Hospital X (HX), na cidade do distrito, o Hospital Y, integrado em Março de 2011, mais a norte e de menor área, e o Hospital Z, integrado em Agosto de 2013, mais a sul e de menor área também e a sua denominação está de acordo com o Decreto-Lei n.º 157/2013, de 12 de novembro (Diário da República, 2013) (Regulamento Interno RE.CHX.004.06, CHX-EPE (2020b)).

A missão e valores do CHX estão no seu Regulamento Interno (Regulamento Interno RE.CHX.004.06, CHX-EPE, 2020b). O SUG do CHX abrange assim, uma área populacional de cerca de 400.000 habitantes, residentes em catorze concelhos. É assim, uma instituição de saúde de âmbito regional, estruturalmente moderna, ao serviço dos seus cidadãos, bem organizada e sustentada, onde os seus colaboradores são o motor do seu desenvolvimento. A sua missão é “prestar cuidados de saúde diferenciados, em articulação com cuidados de saúde primários e com os demais hospitais integrados na rede do Serviço Nacional de Saúde” (CHX-EPE, 2021).

O CHX é acreditado desde 2012 pela *Joint Commission Internacional* (JCI). Esta é uma organização independente, sem fins lucrativos, que acredita e certifica Organizações de Saúde e Programas de Saúde em todo o mundo, sendo líder mundial na acreditação e certificação de cuidados de saúde de qualidade e segurança do doente. Existe uma comissão da qualidade e segurança do doente que tem como objetivo a promoção efetiva da qualidade dos serviços. O CHX tem na sua política a garantia da qualidade dos cuidados através da implementação de

normas, protocolos e procedimentos e baseia a sua atividade nas orientações para a melhoria da qualidade e segurança do doente.

De seguida, será feita uma caracterização de cada um dos serviços que foram palco dos EC, procurando caracterizar as dinâmicas de cada um deles, as quais permitiram o contacto com a prática especializada em contexto profissional, enquanto aluna do MEMCPSC.

1.1. SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL

A escolha do SUG para local de estágio deveu-se principalmente ao facto de ser um serviço de referência do HX onde exerço funções, que presta cuidados de elevado nível de qualidade. A sua maior valia é o dinamismo, a motivação de toda a equipa aliando o conhecimento técnico científico e o domínio da tecnologia à humanização e individualização dos cuidados.

Considerando que a minha prática profissional não está ligada ao SUG diretamente, mas sim, ao doente que é referenciado do SUG para a Unidade de Hospitalização Domiciliária (UHD), onde exerço funções, recorro quase diariamente a este serviço para a avaliação de doentes referenciados para a UHD, sendo que a avaliação dos doentes é um fator determinante para a admissão destes na UHD. Como tal, saber mobilizar conhecimentos e habilidades por forma a cuidar da pessoa de forma holística, perante a complexidade de situações de saúde permitiu-me desenvolver competências mais direcionadas para um cuidar diferenciado à PSC. Um outro fator determinante para a escolha deste local de estágio, prendeu-se com o facto de ter a oportunidade de conhecer o funcionamento e dinâmica do SUG de forma mais aprofundada, assim como as rotinas e a estrutura física, de forma a desenvolver estratégias que permitam melhorar a articulação e continuidade de cuidados entre o SUG e o serviço onde exerço funções.

Integrado na Rede Hospitalar Urgência/Emergência, o SUG do HX é um Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC) no que diz respeito ao nível de acolhimento das situações de urgência/emergência (Despacho n.º 13427/2015 de 20 de novembro, 2015).

O serviço de urgência precisa de acesso fácil a meios complementares de diagnóstico, e no caso dos SUMC e Serviço de Urgência Polivalente (SUP), também ao bloco operatório (Administração Central do Sistema de Saúde, 2015). Obedecendo a esta regra o SUG localiza-se no piso 01 da torre nascente, mesmo piso onde se localizam o Bloco Operatório, o Serviço de Imagiologia e Patologia Clínica.

Com uma média de urgências situada entre as 250 e 300 por dia, este serviço de urgência, como quase todas as urgências, debate-se diariamente com os problemas inerentes ao grande fluxo de doentes, o que por vezes leva a tempos de atendimento superiores ao desejável, e grande concentração de doentes por área. Segundo Maia (2021), Portugal é o país europeu em que os cidadãos mais recorrem às urgências hospitalares, com sete em cada dez cidadãos a visitarem anualmente um SU, quando a média europeia é menos de metade deste valor. Estima-se que cerca de 35% dos episódios de urgência em Portugal sejam casos de uso inadequado, também designados “falsas urgências” ou de “episódios não urgentes” (Gomes, 2014 e Campos, 2017 citados por Maia, 2021).

No que diz respeito aos recursos humanos do SUG, a equipa multidisciplinar é composta por vários profissionais, desde médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, assistentes administrativos e vigilantes, entre outros. Conta também com o apoio, 24 horas, dos serviços de radiologia, serviço de sangue e laboratório de Patologia Clínica. Existem ainda outros serviços de apoio ao SUG, nomeadamente a Cardiologia e a Unidade Cuidados Intensivos Cardíacos, o Serviço de Medicina Intensiva, Oftalmologia, Dermatologia, Neurologia, Nefrologia e Psiquiatria e Unidade de Cuidados Agudos Polivalentes (UCAP). A Equipa de Enfermeiros é composta neste momento por 126 enfermeiros, incluído o enfermeiro chefe e os subchefes. Divididos por 6 Equipas, a Equipa de Enfermagem tem 16 Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico Cirúrgica Pessoa em Situação Crítica (EEEMCPSC), 3 Enfermeiros Especialistas em Saúde Mental e Psiquiátrica e 2 Enfermeiros Especialistas em Reabilitação. No turno da manhã e tarde são distribuídos 20 enfermeiros e 19 no turno da noite. Esta distribuição inclui a Área Dedicada para Doentes Respiratórios (ADR).

A distribuição dos EEEMCPSC não é igual nas várias equipas nem nos vários turnos de trabalho. O parecer nº06/2016 da MCEEMC (MCEEMC, 2016) recomenda que na elaboração das escalas de trabalho deva ser assegurada a distribuição equitativa destes especialistas pelos vários turnos, pois estes profissionais têm capacidades diferenciadas, não só na prática efetiva, mas também nas capacidades reflexivas e formativas tendo como base a evidencia científica, assim, a distribuição destes profissionais deverá otimizada, através, por exemplo, da sua distribuição equitativa pelas diferentes Equipas de Enfermagem do SUG.

No contexto de Pandemia pelo SARS-CoV 2, foi aberta uma nova ADR, que sendo parte integrante do serviço de urgência, está a ocupar parte da área afeta ao Serviço de Medicina Física e Reabilitação. Esta foi criada para dar resposta ao grande afluxo de doentes respiratórios no SUG e também permitir a separação entre doentes suspeitos de infeção por Covid 19 e doentes não suspeitos, diminuindo o risco de transmissão de doença entre doentes e profissionais. A ADR conta com: três gabinetes de consulta; uma sala de tratamento; um gabinete de triagem; uma sala de emergência, com capacidade para assistir dois doentes em simultâneo; uma sala de observação com capacidade para dez macas (que pode aumentar, se necessário) e sete cadeirões; uma área de observação com 20 camas e três quartos de isolamento; uma sala de raio X; um conjunto de áreas de apoio como armazéns, zonas de espera, secretariado, vestiários, adufas, instalações sanitárias e antecâmara. Esta ADR tem um acesso externo próprio, o que permite a separação dos circuitos dos doentes com suspeita de infeção respiratória aguda face aos restantes.

O SUG é composto por nove áreas, que estão organizadas de acordo com as prioridades do Protocolo da Triagem de Manchester, pela área verde e área verdes 2 (destinada neste momento a colheitas para pesquisa de SARS-CoV2), área amarela, triagem 1 e triagem 2, gabinete de informações aos familiares (GIF), ortotrauma, área laranja e área vermelha/sala de emergência. Isto vai ao encontro do preconizado pela Direção Geral das Instalações e Equipamentos de Saúde (DGIES) (Direcção-Geral das Instalações e Equipamentos da Saúde, 2007). A DGIES refere a necessidade de existir uma máquina de gasimetria arterial, o que não se verifica na sala de emergência do SUG, mas que existe na sala de emergência do ADR.

A nível de orgânica funcional e distribuição de enfermeiros por área, o SUG está organizado da seguinte forma:

- Dois postos de triagem, com um enfermeiro permanente e a possibilidade de um segundo deslocado da área amarela quando existem muitos utentes/doentes em espera para ser triados.
- Área verde - em *open-space*, dimensionada com dezoito boxes individuais, tem capacidade para 13 doentes em maca e cinco em cadeirão. Nesta área estão distribuídos três enfermeiros nos turnos de manhã e tarde, dois no turno da noite.
- Área amarela - em *open-space*, dimensionada com 37 boxes individuais, tem capacidade para 23 doentes em maca e 14 doentes em cadeirão. Engloba a psiquiatria ambulatória. Geralmente encontram-se entre 40 a 60 doentes na área amarela. Estão atribuídos quatro enfermeiros nos turnos de manhã e tarde, três no turno da noite.
- Área laranja – em *open-space*, dimensionada com 23 boxes individuais, tem capacidade para 14 doentes em maca, oito em cadeirão e um quarto de isolamento. Estão atribuídos três enfermeiros por turno, sendo que muitas vezes ultrapassa os 30 doentes nesta área;
- Área vermelha (emergência) - em *open-space*, dimensionada para atendimento até 5 emergências em simultâneo, em boxes individuais e totalmente equipadas com todos os materiais e equipamentos para atuar numa situação crítica e/ou de falência orgânica, nomeadamente ventiladores, aspiradores de secreções, carro de emergência com desfibrilhador e monitores cardíacos, entre outros. Isto vai de encontro ao preconizado pela Direcção-Geral das Instalações e Equipamentos da Saúde (2007). Esta área tem 1 enfermeiro fixo que está geralmente a ajudar na área amarela. O parecer nº14/2018 (MCEEMC, 2018b) refere que a disponibilidade da equipa de emergência deve responder a um estado de prontidão capaz de atuar de imediato, não podendo estar dependente da substituição noutros pontos/áreas de trabalho. Na prática, o enfermeiro destacado na sala de emergência, estando a prestar cuidados na área amarela, estará fisicamente próximo da área vermelha. Na possibilidade de estar numa situação de prestação de cuidados que não possa ser

interrompida, outro enfermeiro dirige-se imediatamente à sala de emergência quando é acionada a campainha.

- Área roxa - em *open-space*, para atendimento de doentes que não estejam em maca das especialidades médicas de ortopedia e cirurgia. Está dividida em quatro boxes de tratamentos, não há permanência de doentes, uma vez que as pessoas são atendidas e voltam para a sala de espera que é no exterior da área. Está atribuído um enfermeiro por turno;

- Os enfermeiros que asseguram os transportes inter-hospitalares são os enfermeiros escalados na sala de emergência ou os enfermeiros que ficaram responsáveis nas respetivas áreas por aquele doente, no turno referente ao transporte.

- Gabinete de Informações aos Familiares (GIF) - funciona das 8h às 24h, distribuído um enfermeiro; este está de acordo com o preconizado com as recomendações da Administração Central do Sistema de Saúde (2015).

Existe ainda um coordenador de enfermagem por turno. As funções do Enfermeiro Coordenador passam pela gestão de recursos humanos, materiais, gestão de fluxos no serviço de urgência, organização de stock, gestão da funcionalidade e apoio à tomada de decisão. Também são responsáveis pelas informações aos acompanhantes, durante o turno da noite.

Tendo em conta o número de enfermeiros distribuídos por área de cuidados acima descrito, foi possível fazer um exercício de cálculo de dotações seguras. A norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem está no Regulamento nº 533/2014 (Ordem dos Enfermeiros, 2014b), salientando que para os serviços de urgência existem duas fórmulas de cálculo: uma implica a contabilização de horas de cuidados, a outra baseia-se no número de postos de trabalho. No caso particular SUG do HX, a dotação segundo os postos de trabalho remete-nos para um total de cerca de 126 elementos necessários, valor um pouco inferior ao valor real existente, sendo que neste momento a contabilização destes elementos não contempla a ADR. Na apreciação destes números temos de valorizar o facto de muitas vezes as áreas estarem com o dobro da lotação máxima de doentes prevista para aquela área e os doentes por vezes permanecerem muito mais do que 24h no SUG. Neste sentido, a norma em

questão faz a salvaguarda de que se deve adaptar este cálculo ao conhecimento casuístico do fluxo de atendimentos, já que o mesmo não transparece a quantidade de trabalho.

Em relação ao método de trabalho utilizado no SUG este é o método de trabalho em equipa. Segundo Pinho (2006), citada por Azinhaga (2014, pág. 32) “o trabalho em equipa é, ainda hoje, predominantemente, a de um grupo de dois ou mais indivíduos que interagem de forma adaptativa, interdependente e dinâmica, mediante um objetivo comum considerado por todos”.

Quando recorre ao SUG o próprio doente ou um acompanhante, efetua a inscrição na área de receção administrativa. Após a inscrição o doente desloca-se para a sala de espera com o seu acompanhante, aguardando a chamada para a triagem. O circuito do doente daqui em diante tem por base o sistema de triagem Manchester (Direção-Geral da Saúde, 2018b). Quando o doente vem em maca acompanhado pelos bombeiros apenas um deles pode entrar no gabinete de triagem. O doente é triado, através da Triagem de Manchester e consoante o fluxograma a prioridade é atribuída sendo encaminhado para a sala de espera correspondente (verde/azul, amarela, laranja ou vermelha). Quando o doente é emergente, de acordo com a classificação dada pelos bombeiros que fazem o transporte, ou pelo Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), entra diretamente para a área vermelha (sala de emergência) não passando pelo posto de triagem, sendo a sua inscrição e triagem realizadas posteriormente, muitas vezes nesta área. Nestes casos é acionada a campainha que se localiza à entrada da sala de emergência e a equipa constituída por um enfermeiro, um médico e um assistente operacional dirige-se imediatamente à sala.

Após a finalização da triagem do doente, este aguarda a primeira observação médica na respetiva área de prioridade. De acordo com os resultados da avaliação do doente, este pode ficar a realizar tratamento e aguardar reavaliação na área, ter alta ou então ser encaminhado para um internamento.

Caso um doente fique internado, o enfermeiro do SUG ao contactar o serviço de internamento para lhe transmitir informações relativas ao doente, utiliza a mnemónica ISBAR (ISBAR é a sigla que corresponde a: *Identify* (Identificação), *Situation* (Situação atual), *Background*

(Antecedentes), *Assessment* (Avaliação) e *Recommendation* (Recomendações), como linha orientadora para as informações pertinentes a transmitir (CHX-EPE, 2019b), indo de encontro à recomendação emanada pela Direção-Geral da Saúde (2017).

Enquanto permanece no SUG o doente pode ter acompanhamento de uma pessoa significativa, fazendo-se assim cumprir a Lei nº 15/2014 (Assembleia da República, 2014), atualmente suspenso devido ao plano de contingência da SARS-CoV-2. No entanto, para situações em que a afluência de doentes é grande, existe uma diretiva interna para situações de exceção (CHX-EPE, 2020a). Esta diretiva interna limita o acompanhamento e estabelece três períodos de visita ao longo do dia, de cerca de 15 minutos, salvaguardando exceções para doentes com necessidades especiais ou vulneráveis.

Para reduzir a barreira do acesso à informação o enfermeiro do GIF funciona como elo de ligação à família ou pessoa significativa.

O enfermeiro destacado no GIF tem um papel fulcral na gestão da informação entre doente/família/profissional de saúde, proporcionando uma correta articulação entre estes elementos. A OE tem no Código Deontológico, artigo 105º - Capítulo da deontologia profissional, o dever de informar por parte do enfermeiro, mas com a salvaguarda que a transmissão de informação dos enfermeiros deverá ser apenas referente aos cuidados de enfermagem prestados (Lei nº 156/2015 16 de Setembro, 2015). A gestão da comunicação interpessoal e da informação à pessoa e família face à complexidade da vivência de processos de doença crítica e ou falência orgânica é também um elemento importante e esperado por parte do EEEMCPSC (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

1.2. SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA

Os Serviços de Medicina Intensiva destinam-se à observação e tratamento de doentes em situação clínica crítica, mas potencialmente reversível, carecendo de monitorização e apoio das funções vitais, onde são tratados em horário contínuo por pessoal médico e de enfermagem especializado (ACSS, 2013).

Em relação ao SMI do CHX, onde realizei o meu EC, este é considerado uma Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) de nível III, segundo a Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência (RNEHR) (J. A. Paiva et al., 2017). A criação da Unidade de Cuidados Agudos Polivalente (UCAP), com capacidade de 20 camas, o CHX passou a disponibilizar também de camas de nível II, onde estão alocados doentes agudos críticos, mas sem necessidade de Ventilação Mecânica Invasiva (VMI), conforme recomendação da RNEHR.

O SMI do HSX é composto por 13 unidades individuais de cuidados. Destas, 10 unidades são designadas para cuidados intensivos polivalentes e três encontram-se numa sala que apenas é utilizada em situação de grande afluência de doentes críticos. Assim sendo, a lotação efetiva da unidade é de 10 camas sendo que destas, quatro são em quartos de isolamento e dos quais três têm adufa, com possibilidade de utilização de pressão positiva ou negativa.

O SMI foi construído tendo como base uma lógica *open space*. Tem por isso uma sala aberta com dois balcões centrais onde se localizam as centrais de monitorização e os equipamentos informáticos que suportam os registos de enfermagem e médicos, conforme as Recomendações Técnicas para Instalações de Unidade de Cuidados Intensivos (ACSS, 2013). Deste balcão central é possível ter visualização direta sobre todos os doentes. Atrás deste balcão localiza-se uma bancada equipada com medicação e algum material de consumo clínico, é considerada área limpa onde é preparada toda a terapêutica a administrar aos doentes. No SMI não existe unidose, pelo que toda a medicação para o doente é retirada do armazém periférico/avançado de farmácia e atualizado o mesmo. A exceção são os medicamentos de justificação médica e com necessidade de autorização prévia ou que não façam parte do stock de medicamentos do SMI.

No lado direito do serviço localiza-se outro balcão onde existem diversos *kits* de procedimentos (cateter venoso central, linha arterial, entubação endotraqueal, traqueotomia), a máquina de gasometria, o desfibrilhador e a mala da equipa de emergência. No SMI existe um carro de emergência, um monitor/desfibrilhador de transporte, uma mala de transporte com material de consumo clínico e medicação de emergência, dois ventiladores portáteis, três máquinas que permitem realizar técnicas de substituição renal e vários dispositivos de aquecimento corporal.

As unidades do doente são compostas por uma cama e duas colunas, um armário com material de consumo clínico e de hotelaria (reposto todos os turnos), uma cadeira e três caixotes (dois para lixo do grupo III que ficam de cada lado do doente e um para roupa suja atrás da cabeceira do doente). Do lado esquerdo do doente, numa das colunas, ficam bombas e seringas infusoras, bem como rampa de oxigénio e de ar comprimido. Na coluna do lado direito do doente fica o monitor, o ventilador, a rampa de aspiração e duas gavetas com material relacionado com a via aérea. Nos quartos de isolamento a adufa está equipada com Equipamentos de Proteção Individual (EPis).

O serviço tem disponível o sistema *Maxi-Sky*[®] que consiste num conjunto de carris que permitem realizar transferências, levantes e posicionamentos aos doentes de forma mais fácil e com menos esforço, mas que não tive oportunidade de ver em funcionamento.

Em relação à organização estrutural e espaço físico o SMI cumpre praticamente todas as Recomendações Técnicas para Instalações de Unidade de Cuidados Intensivos (ACSS, 2013).

Uma das recomendações que não está de acordo com esta UCI é o facto de estar localizada no quinto piso da torre nascente do HSX, já que os serviços com que mais se articula estão no piso -1, como o Serviço de Urgência Geral, Bloco Operatório e Imagiologia (ACSS, 2013). Esta lacuna é minimizada pelo facto de um dos três elevadores de serviço a esta torre poder ser bloqueado para ser de acesso exclusivo da equipa do SMI, em situações de urgência/emergência.

Em relação aos recursos humanos, a Equipa de Enfermagem era constituída por 33 enfermeiros.

Na equipa existem cinco enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, cinco especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Pessoa em Situação Crítica, e ainda um especialista em Enfermagem de Reabilitação. Todos os enfermeiros fizeram formação em Suporte Avançado de Vida, mas nem todos têm esta formação atualizada.

Em relação à distribuição da equipa, no turno da manhã estavam presentes seis enfermeiros (cinco na prestação de cuidados e um de coordenação) e nos turnos da tarde e noite por cinco enfermeiros, estando os cinco na prestação de cuidados e um também a exercer funções de coordenação). Em todos os turnos estava também um elemento de enfermagem de prevenção à Equipa de Emergência Intra Hospitalar, assim como um médico, cumprindo a indicação da DGS, (Direção-Geral da Saúde, 2010), Criação e Implementação de uma Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar (EEMI) e à IT.CHX.144.03 (CHX-EPE, 2020b).

O cálculo de dotações seguras para as UCI deve ser realizado tendo em conta tipo de unidade. Recorrendo à fórmula apresentada no regulamento n.º 743/2019 (Ordem dos Enfermeiros, 2019b), para o cálculo das dotações seguras e tendo em conta o que está preconizado para as UCI de nível III por Valentin e Ferdinande (2011) há necessidade de um número de enfermeiros superior àquele que é praticado no SMI. Embora este número possa ser ajustado de acordo com o nível de cuidados necessários para estes doentes, num modelo de organização flexível (Valentin & Ferdinande, 2011).

A recomendação da Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica (MCEEMC) no Parecer N.º 15 / 2018 (MCEEMC, 2018b), não é cumprida, visto que os Enfermeiros Especialistas não são 50% da Equipa de Enfermagem, embora seja possível que pelo menos um EEEMCPSC esteja presente por turno, o que nem sempre acontece. Neste aspeto seria possível fazer uma melhor gestão dos recursos humanos de enfermagem, embora, de acordo com Benner et al. (2018) um enfermeiro perito é demasiado importante, mesmo que esteja perante um enfermeiro especialista, mas sem experiência suficiente na área.

Os quatro métodos de trabalho de enfermagem mais referenciados são, segundo Silva (2017), centrado na tarefa, designado por método funcional, e os outros três centrados no cliente, o

individual, por equipa e o do enfermeiro responsável (Silva, 2017). O método de trabalho utilizado no SMI é o método individual de trabalho.

O método do Enfermeiro Responsável apresenta como vantagens a criação de uma relação mais profunda entre enfermeiro/cliente, promovendo a continuidade dos cuidados, personalização dos mesmos e segurança do cliente desde a admissão até a alta. Confere maior autonomia e responsabilidade ao enfermeiro, é o que melhor se adequa à aplicação do Processo de Enfermagem e facilita o planeamento da alta (Frederico & Leitão, 1999; Parreira, 2005 citados por Silva, 2017). Embora seja considerado uma mais valia numa UCI e em qualquer outro serviço de prestação de cuidados, sendo considerado o melhor método de trabalho em enfermagem, tendo em conta o número de enfermeiros existentes no SMI do CHX e o número de enfermeiros necessários, este método de trabalho seria difícil de implementar, mais uma vez dando ênfase ao número de enfermeiros do SMI ser abaixo do que seria esperado.

Em relação aos critérios de admissão, no Procedimento Interno PI.CHX.095.02 (CHX-EPE, 2019c) do CHX, são definidos estes critérios de admissão e exclusão ao SMI. Os doentes do SMI podem ser provenientes de vários serviços do CHX, assim como, o Serviço de Urgência Geral, Bloco Operatório, UCAP, ou qualquer outro serviço de internamento ou inter-hospitalar.

A avaliação dos critérios e aceitação do doente é feita pelo médico intensivista que aceita receber o doente, este transmite essa informação à equipa de enfermagem após aceitação do mesmo.

As decisões de alta/transferência dos doentes internados na SMI baseiam-se na avaliação clínica, relativamente à cura ou controle do processo patológico, e/ou à reversão da instabilidade fisiológica que determinam o internamento e na convicção de que o doente já não necessita ou pode não beneficiar de UCI, podendo por isso, prosseguir o tratamento e/ou vigilância numa enfermaria ou em ambulatório (CHX-EPE, 2019b).

A EEMI está alocada ao SMI, sendo constituída por um médico intensivista e um enfermeiro 24h/7 dias por semana. Estes profissionais têm formação específica em Suporte Avançado de

Vida (SAV) e “*Advanced Trauma Life Support*”. A sua ativação é feita por critérios definidos na IT.CHX.144.03 (CHX-EPE, 2020b).

O sistema informático utilizado no SMI é o *B-Simple*[®]. O *B-Simple*[®], nomeadamente o *B-ICU.CARE*[®], foi concebido especificamente para contemplar métodos e rotinas das unidades de UCI. Este é um software que funciona em integração com toda a parte informática do SMI, reunindo em tempo real a informação de todos os dispositivos conectados ao doente, como o monitor, o ventilador, as seringas e bombas infusoras, da máquina das gasometrias, entre outros. As informações do doente estão em rede neste programa, com links de acesso rápido, tornando-o por isso, muito prático e intuitivo e também muito positivo em termos de qualidade e segurança dos dados do doente.

No recorrer do EC do SMI, por questões inerentes à situação pandémica que se vive, o CHX procedeu à reestruturação dos serviços, de forma a poder dar uma resposta adequada esta mesma situação, quer a nível de meios humanos, quer a nível de espaço físico. Na segunda semana do EC no SMI, o meu orientador teve de prestar cuidados, várias vezes na UCAP, devido aos doentes COVID-19 positivos com necessidade de Ventilação Mecânica Invasiva (VMI) que se encontravam nesse mesmo serviço e por orientação do Conselho de Administração do CHX, os estudantes não puderam realizar os EC nestes locais. Com o aumento da procura de cuidados e agravamento da situação, a UCAP passou a ter apenas doentes sem necessidade de VMI e estes doentes passaram a ocupar o espaço físico do SMI, o que obrigou a nova reestruturação do 5º piso deste serviço. O SMI passou a ser exclusivamente para doentes críticos COVID-19 positivos, a sala de 3 camas foi ativada para dar apoio à cardiologia de intervenção e a Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos (UCIC) passou a funcionar como SMI com doentes críticos não positivos, apenas com cinco camas, conforme o seguinte:

Ala A: Cardiologia (10 camas) + Contingência (5 camas)

Ala A: UCIC - Ocupada pela Medicina Intensiva Não COVID (5 camas)

Ala B: Medicina Intensiva COVID (10 camas)

Ala B: Camas de Medicina Intensiva – (Neurocríticos) – Ocupadas por doentes de Cardiologia
- UCIC (3 camas)

O SMI passou assim, durante este EC a ter 15 camas no 5º piso ao seu encargo, com área COVID e não COVID e mais 8 camas de nível III COVID na UCAP, ficando com 23 doentes a seu cargo em 3 espaços físicos diferentes. Embora a lotação do SMI tivesse aumentado, os meios humanos não aumentaram na proporção que seria esperada, sendo que a equipa de enfermagem e de assistentes operacionais tenha sido reforçada, ultrapassaram-se as dotações que seriam esperadas para estes doentes. Devido a todas estas contingências, não foi possível realizar todos os turnos com o meu orientador, tendo estado acompanhada por outros elementos da equipa com a Especialidade de EPSC, que se esforçaram para que este EC decorresse dentro da normalidade possível.

Não irei caracterizar o funcionamento do espaço da UCIC, porque embora seja um espaço mais pequeno, o funcionamento é semelhante e a unidade do doente funciona do mesmo modo. A UCIC não possui quartos de isolamento.

1.3. GRUPO DE COORDENAÇÃO LOCAL PROGRAMA DE PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFEÇÕES E DE RESISTÊNCIA AOS ANTIMICROBIANOS

A Ordem dos Enfermeiros (2017), define a Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) como uma situação clínica resultante de reações orgânicas de agentes infecciosos ou das suas toxinas, adquirida pelas pessoas em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados, podendo afetar também os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade. Além disso, as IACS representam um problema relevante à escala mundial, sendo responsáveis por custos que ascendem a cerca de 300 milhões de euros anuais (Diário da República, 2016b).

Os profissionais de saúde têm um papel crucial na prevenção e controlo das IACS, uma vez que a transmissão cruzada é veiculada, na sua grande maioria, pelas mãos destes profissionais.

Foi devido à necessidade de implementação deste combate que em 2013, são criados o Grupo Coordenador Regional (GCR-PPCIRA) e o GCL-PPCIRA. Segundo o Despacho nº 15423/2013 (Direção-Geral da Saúde, 2013), o GCL-PPCIRA deve ter natureza multidisciplinar, incluindo obrigatoriamente na sua composição médicos, enfermeiros, farmacêuticos e outros técnicos de saúde ligados à área de intervenção com um conjunto de competências bem definidas.

Este mesmo Despacho, refere que o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) é um dos programas de saúde prioritários, cujo objetivo é reduzir as IACS e as resistências dos microrganismos aos antimicrobianos (RAM), através da implementação de Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI). O GCL-PPCIRA tem como objetivo específico a vigilância contínua da infeção hospitalar, do consumo de antibióticos e da incidência de microrganismos multirresistentes.

Existem elementos representantes dos diversos serviços de prestação de cuidados do CHX, que funcionam como elos dinamizadores. A equipa de enfermagem que constitui o GCL-PPCIRA está alocada junto dos órgãos de apoio técnico do CHX, no Piso 00 do HX. Esta é composta por 2,5 Enfermeiras, sendo que apenas uma é EEMCPSC. Tendo em conta o número de camas que o CHX comporta, o número de enfermeiros alocados ao GCL-PPCIRA, não é em número suficiente (Ordem dos Enfermeiros, 2019b).

A Comissão de Qualidade e Segurança do Doente (CQSD) trabalha muitas vezes em parceria com o GCL-PPCIRA, estando envolvida na implementação de medidas de controlo de infeção e na área da gestão do risco e segurança do doente, com o objetivo de minimizar complicações e melhorar a qualidade dos cuidados prestados, de acordo com os padrões de qualidade da JCI (Joint Commission International, 2020).

2. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

A prática de enfermagem à PSC é intelectual e emocionalmente desafiante, requerendo julgamentos rápidos e respostas a condições de risco de vida onde existe pouca margem para o erro. O desenvolvimento de conhecimentos especializados em práticas de cuidados agudos e críticos requer uma aprendizagem experiencial sob pressão e "pensar em ação" (pensar ligado à ação em situações de risco) (Benner et al., 2018). O profissional não é aquele que possui conhecimentos ou habilidades, mas aquele que sabe mobilizá-los em um contexto profissional (Boterf, 2003).

2.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Neste capítulo pretende-se refletir sobre as competências comuns do enfermeiro especialista Regulamento n.º 140/2019 (Ordem dos Enfermeiros, 2019a) e as atividades desenvolvidas ao longo dos EC de acordo com os objetivos delineados nos Projetos de Aprendizagem.

2.1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Os princípios da responsabilidade profissional, ética e legal estão contemplados no Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) Decreto-Lei n.º 161/96 (Ordem dos Enfermeiros, 1998) e no Código Deontológico do Enfermeiro Lei n.º 156/2015 (Ordem dos Enfermeiros, 2015a) e são o suporte para a prática generalista ou especializada. O enfermeiro especialista deve ter um conhecimento sólido e aprofundado sobre o ordenamento jurídico que regula a sua profissão e sobre o suporte legislativo ético-deontológico, para que, em situações suscitadoras de controvérsia, possa ser um elemento catalisador na promoção de consensos.

O REPE tem plasmado no seu artigo 8º que “no exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses

legalmente protegidos dos cidadãos” Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de Setembro, p. 2961 (Ordem dos Enfermeiros, 1998).

Na Lei de Bases Saúde (2019) estão descritos os direitos fundamentais aos cuidados de saúde, (Diário da República, 2019).

Em qualquer prática complexa, o enfermeiro deve desenvolver uma base de experiência rica, a fim de, em situações mal determinadas ou ambíguas, aja com sentido crítico, isto é, reconhecer o que é mais urgente ou não pode esperar. Reconhecer o que se destaca, o que é mais relevante, orienta o pensamento, o raciocínio, o julgamento e as possíveis intervenções do enfermeiro (Benner et al., 2018).

A permanência no SUG, principalmente na fase em que existiram grandes limitações à entrada de pessoas e acompanhantes em todo o hospital, levou a grandes alterações, não só na pessoa que necessita de recorrer ao SUG, mas também na sua família, acarretando mudanças no ciclo de vida familiar. A ida à urgência gera sentimentos como incapacidade, dependência, insegurança e sensação de perda do controlo sobre si mesmo. Esta ideia é confirmada por Pupulim e Sawada (2002), quando afirmam que os doentes encaram a hospitalização como um fator de despersonalização pela dificuldade em manter a sua identidade, intimidade e privacidade.

Também no SMI, a entrada de acompanhantes foi condicionada, limitando a visitas apenas aos doentes em fim de vida, tanto na área COVID (ADR), como na área não COVID, gerando situações de frustração nos familiares e despersonalização do doente, que não tiveram oportunidade de se despedir dos seus entes queridos.

Tanto no SUG como no SMI, esta situação foi gerida pela Equipa de Enfermagem, de modo a que a família mais próxima do doente tivesse oportunidade de perceber o real estado do doente e de dizer o “último adeus”, nas situações em que foi possível.

Durante o EC do SUG e do SMI, procurei desempenhar as minhas funções baseadas numa prática segura e prestar cuidados de forma a salvaguardar a privacidade dos doentes, respeitar

as suas preferências, manter a confidencialidade e respeitar os seus valores, costumes e crenças. A diversidade de doentes que cuidei foi extremamente importante para manter um nível de adaptação contínua à individualidade de cada um deles. Segundo Kim et al. (2017) os enfermeiros consideram a privacidade como uma necessidade básica do doente e Nayeri e Aghajani (2010) referem que esta é também um indicador de qualidade dos cuidados prestados.

Uma das situações que me despertou mais apreensão foi a falta de privacidade no SUG. Este está frequentemente sobrelotado, por vezes com macas a distarem poucos centímetros entre elas, o que leva a situações de grave quebra de privacidade e confidencialidade. Por vezes tive necessidade de desenvolver estratégias alternativas para a prestação de cuidados com respeito pela dignidade dos doentes, levando a que tenha recorrido várias vezes à deslocação desses doentes para zonas de maior privacidade, como a sala de realização de eletrocardiograma, que raramente é utilizada, ou mobilização de doentes que partilham a mesma box.

Os períodos de sobrelotação estão associados a efeitos nefastos quer para os doentes, quer para os profissionais. A nível das consequências para os doentes Chan et al. (2015), referem o aumento da mortalidade associado a períodos de permanência prolongados e elevados custos em saúde. Infelizmente esse efeito foi notório na época em que vivemos, com a sobrelotação dos serviços de saúde devido à pandemia.

O facto de a sala do SMI ser em *open space* pode ser gerador de desconforto por parte do doente, por estar sempre a ser observado, mas a existência de cortinas e biombos que permitiam assegurar a sua privacidade, em qualquer momento da prestação de cuidados em que este poderia estar mais exposto, colmata assim, essa sensação de exposição por parte deste. Garanti que na prestação de cuidados ao meu doente, a sua privacidade, confidencialidade, valores, costumes e crenças fossem respeitados.

No SMI a maioria dos atos médicos e de enfermagem realizados têm como base o consentimento presumido respeitando sempre o princípio da beneficência, de acordo com a norma n.º 015/2013 da DGS atualizada a 4 de novembro de 2015 (Direção-Geral da Saúde, 2015a).

A tomada de decisão no SMI é feita em equipa, em que médicos e enfermeiros partilham informação com o intuito de decidir algumas questões relacionadas com cada um dos doentes, tendo por base valores éticos e deontológicos. Verifica-se uma preocupação com o pensar e sentir do doente, mas também a família.

A passagem da informação relevante durante a passagem de turno é feita no balcão central, no meio da sala. Embora seja em *open space*, o sigilo profissional, a privacidade e confidencialidade são garantidos, pois a distância a que é feita é suficiente para garantir a segurança das informações e, ao mesmo tempo manter a observação direta do doente e monitores. Também no SUG, a passagem da informação relevante durante a passagem de turno é feita na zona central da área de trabalho. Também em *open space*, mas, do mesmo modo em que é feito no SMI, o sigilo profissional, a privacidade e confidencialidade são garantidos, pois a distância é suficiente para garantir a segurança das informações e, também ao mesmo tempo manter a observação direta do doente e dos monitores e outros equipamentos. Isto vai de encontro à recomendação do Conselho Jurisdicional da OE que refere que os locais de passagem de informação são geridos, em cada contexto de trabalho e atendendo às suas características, devendo ser sempre acutelado o sigilo das informações transmitidas (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

O CHX implementou uma ferramenta de transmissão de informação do doente, de modo a que não haja falhas na comunicação, a ferramenta é o ISBAR.

Embora neste momento tenha plena consciência de que é uma ferramenta segura e extremamente útil, esta nem sempre é utilizada pelos profissionais de saúde na transmissão de informação, o que levar a falhas de comunicação. Como futura EEEMCPSC tenho o dever

de sensibilizar os profissionais para que adiram a esta ferramenta de comunicação, através de formação e treino da utilização desta, o que vai de encontro à norma 001/2017 da DGS (Direção-Geral da Saúde, 2017a).

Uma das funções que considerei mais importante foi desempenhada no GIF. Aqui o enfermeiro tem a oportunidade de ser o elo de ligação entre o doente e a família, respeitando as suas crenças, vontades e principalmente a sua individualidade. O enfermeiro especialista tem a obrigação de delinear estratégias e soluções para que o respeito pelo doente como um todo e pela sua família seja preservado, para que não se verifique a despersonalização deste, assim como dos cuidados prestados. Muitas vezes, a entrega do telemóvel ao doente era o suficiente para restaurar a confiança no serviço, no profissional e diminuir a ansiedade e conflitos. Assim como, a autorização à entrada da família de doentes em fase terminal, para que o doente não morra sozinho e sem ver a família mais uma vez. Uma das situações que mais me marcou foi a mudança de um doente em fase terminal, no ADR, para um quarto de isolamento, para que a família o pudesse ver e estar com ele no seu último momento, com todas as precauções e EPIs necessários. Era um doente com uma má formação genética, que o impedia de falar, comer, andar, totalmente dependente, mas com uma família que o acarinhava e cuidava dele com a maior dedicação e empenho. Esta família foi chamada ao ADR e foi permitida a sua permanência até ao final.

Toda esta situação criada pela pandemia levou-me a períodos de reflexão sobre problemas que antes não existiam ou não eram problemas. Muitas vezes, os pequenos gestos, são o suficiente para irmos ao encontro das necessidades dos doentes e famílias/cuidadores e não só da doença, reduzindo os fatores de ansiedade e estabelecendo uma relação de confiança.

Com o intuito de salvaguardar a qualidade, eficácia e eficiência dos cuidados prestados, o CHX criou um procedimento para a gestão do fluxo de doentes em sobrelotação nos serviços de urgência (CHX-EPE, 2019d). Na base do funcionamento deste processo está o enfermeiro gestor de camas, que é um enfermeiro chefe, que das 10h às 19h tem a função de agilizar o

internamento de doentes provenientes do SUG, garantindo em tempo útil a atribuição de cama para que lhe possam ser prestados cuidados de saúde. Estes procedimentos ainda não têm surtido efeitos de maior porque muitas vezes os serviços de internamento encontram-se lotados e não é possível dar o encaminhamento adequado aos doentes que estão no SUG.

Na sua prática diária, o enfermeiro é confrontado com situações complexas que muitas vezes implicam uma tomada de decisão ética. Para tal, é fundamental uma “reflexão, discussão e ponderação, considerando o conhecimento específico, os valores, os princípios éticos e legais e as normas ou regras de conduta agregadas” (Silva et al., 2018). Ao longo dos EC do SUG e do SMI, tive oportunidade de acompanhar vários processos de tomada de decisão, nomeadamente na sala de emergência e no SMI, locais onde é essencial que todos os elementos da equipa tenham a capacidade de tomar decisões rapidamente de forma a promover um atendimento sincronizado. Indo de encontro ao evidenciado na literatura (Husebø & Olsen, 2016), pude constatar que uma equipa bem liderada e coordenada apresenta maior fluidez e segurança na prestação dos cuidados, tal como pude vivenciar várias vezes, tanto na sala de emergência, como em situações emergentes no SMI.

Em relação ao GCL-PPCIRA, os enfermeiros são confrontados, diariamente, com a necessidade de tomada de decisão em relação à PCI. Desde a escolha da inclusão ou exclusão de doentes nos critérios de rastreio de microrganismos epidemiologicamente significativos, à decisão da utilização das precauções de isolamento baseadas nas vias de transmissão, à necessidade de alocação de doentes no sentido de reduzir o risco de infeção.

A decisão de alocação de doentes determinada pelas precauções baseadas nas vias de transmissão é muitas vezes confrontada com uma tomada de decisão ética, relacionada com a pandemia que nos encontramos a viver. Segundo Nora et al., (2016) lidar com problemas éticos requer do enfermeiro sensibilidade moral acentuada, saber ético, experiência de vida, virtude, informação e um grande compromisso pessoal.

Durante o EC passei por várias fases, no que diz respeito tanto à alocação de doentes com SARS-CoV2 como na alocação de doentes com microrganismos epidemiologicamente importantes. Tive a experiência de fechar áreas COVID de um dia para o outro, e na semana seguinte voltar a ter de alocar doentes de medicina não COVID para novamente abrir alas COVID dentro dos serviços. O esforço dos elementos do GCL-PPCIRA foi sempre uma inspiração, para que nada falhasse e que estas áreas estivessem sempre devidamente descontaminadas e desinfetadas. Neste contexto, tive a oportunidade, por várias vezes de trabalhar um Robot de desinfecção por luz ultravioleta. O robot UVD® desinfeta pequenas e grandes áreas. Dependendo do tempo de exposição, o Robot UVD® pode matar 99,99% ou mais agentes patogénicos, tais como MRSA, *Clostridioides difficile* e Enterobacteriáceas resistentes aos Carbapenemos (CRE). Desinfeta todos os ambientes que potencialmente albergam microrganismos perigosos. Este robot foi desenvolvido para desinfecção em hospitais, incluindo salas de cirurgia, salas de doentes, corredores e áreas maiores, desde que a distância e o tempo de desinfecção sejam suficientes para chegar a todas as áreas específicas (ROBOTICS, 2016).

Não obstante, a falta de recursos humanos, a afluência elevada de doentes, o aumento da incidência de infeção por CRE nas unidades de saúde e um número reduzido de quartos individuais, dificultam essa gestão de doentes que necessitam de medidas de isolamento e preocupam, justificadamente, os profissionais de saúde e as instituições quanto à prevenção e controlo das IACS e das resistências aos antimicrobianos (Direção-Geral da Saúde, 2017b). Para tentar atenuar esse problema, uma equipa multidisciplinar de “gestão de camas”, reúne-se diariamente para internar doentes provenientes da urgência, consoante as vagas disponíveis no CHL, reunião há qual tive a oportunidade de participar várias vezes, no âmbito do estágio no GCL-PPCIRA. Esta reorganização complexa, que requer uma articulação entre serviços e uma tomada de decisão das chefias neste processo, tem em conta o perfil infeccioso dos doentes, realizado através de diversos rastreios. A alocação de doentes em quartos

individuais é efetuada atribuindo a prioridade, respeitando aquela definida pela Direção-Geral da Saúde (2017c).

No Plano Nacional de Controlo de Infeção (PNCI) (Direção-Geral da Saúde, 2008), a vigilância epidemiológica (VE) compreende-se como uma componente fundamental na PCI. Através do Despacho nº. 18052/2007 (Direção-Geral da Saúde, 2007a) foi determinada a reestruturação das Comissões de Controlo de Infeção, de modo a abrangerem três vertentes essenciais do PNCI como a VE, e elaboração e a monitorização do cumprimento de normas e recomendações de boa prática e a formação dos profissionais. A VE consiste numa recolha de dados, registo e posterior análise sistemática de informação acerca dos doentes e infeções, com o objetivo de implementar medidas de PCI (Direção-Geral da Saúde, 2008). O GCL-PPCIRA recebe, diariamente, resultados de análises microbiológicas nas quais estão identificados os microrganismos multirresistentes. O enfermeiro do PPCIRA regista essa informação no processo clínico, conforme as recomendações da (Direção-Geral da Saúde, 2017c) e comunica aos respetivos serviços os resultados. O acesso a essa informação é da responsabilidade do PPCIRA, na medida em que esta permite aos profissionais de saúde implementarem medidas de isolamento e adotarem boas práticas, consoante a situação clínica. A transmissão da informação é realizada por via telefónica e registada no processo clínico, certificando-se a identidade do interlocutor de forma a garantir uma comunicação efetiva, e com isso, a qualidade de cuidados e segurança do doente (Olinó et al., 2019), atividade que realizava todos os dias.

Esta alocação de doentes de acordo com as vagas existentes, pode prejudicar/negar a existência de visitas do mesmo, de acordo com o número da cama onde se encontram, e inevitavelmente, um maior isolamento do doente, indo contra o estipulado no Código Deontológico (Ordem dos Enfermeiros, 2015a), que consolida a legislação em matéria de direitos e deveres do doente dos serviços de saúde. Ainda, de acordo com o mesmo Código, que determina o estatuto da OE, o enfermeiro assume o dever da humanização dos cuidados de enfermagem, assumindo a pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e

comunidade. Perante tal situação, há necessidade de uma tomada de decisão baseada não só em conhecimento científico, como em ética, responsabilidade profissional e humanismo.

De acordo com as precauções baseadas nas vias de transmissão, a alocação de doentes com necessidade de isolamento implica a sua sinalização tal como recomendado *pelo Centers for Disease Control and Prevention (CDC)* (Centers for Disease Control and Prevention, 2007). No CHL esta é efetuada através de uma sinalização vermelha na pulseira identificativa do doente bem como a colocação de uma placa vermelha à entrada do quarto ou cama, fazendo cumprir o procedimento interno PI.CHX.022.04 (CHX-EPE, 2020c).

Na salvaguarda do direito do doente à privacidade e confidencialidade dos dados e ao dever de sigilo profissional, deve ponderar-se quais as circunstâncias e como deve ser realizada a sinalização do doente portador de microrganismo multirresistente (mMR), sem que se coloque em causa o direito à privacidade e à proteção de dados, de acordo com a Lei nº. 58/2019 (CNPD, 2019).

Em relação ao sistema de informação SClínico®, este sistema apenas é acessível aos profissionais de saúde, com acesso de password. Este permite fazer a sinalização de microrganismos epidemiologicamente significativos, através de mecanismos de alerta. Desta forma, é possível que apenas os profissionais envolvidos na prestação de cuidados ao doente, tenham acesso a estes dados informaticamente. Trata-se de uma solução tecnológica com características particulares no que concerne à segurança, que se repercutem, consequentemente, de forma positiva, no aspeto da confidencialidade da informação clínica, tal como defende Pupulim e Sawada (2002) o direito e o dever ao resguardo da identidade e privacidade do indivíduo/cidadão, enquanto cliente e sujeito do processo de trabalho da enfermagem.

Considero que o objetivo e competência da responsabilidade profissional, ética e legal foi alcançado, pois procurei tomar decisões em conjunto com os meus enfermeiros orientadores

e equipa interdisciplinar, sustentadas nos princípios, valores éticos, deontológicos, respeitei os direitos humanos, a segurança, a dignidade e a privacidade do doente.

2.1.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

Os profissionais de saúde têm direito a aceder à formação e ao aperfeiçoamento profissionais, tendo em conta a natureza da atividade prestada, com vista à permanente atualização de conhecimentos (Diário da República, 2019).

O conceito de qualidade na saúde está em concordância com os padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica que se baseiam na: satisfação do cliente, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e o autocuidado, readaptação funcional, organização dos cuidados de Enfermagem, prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos, e segurança nos cuidados especializados (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

Como futura enfermeira especialista em EMPSC, tenho a perfeita noção que a implementação de boas práticas no âmbito qualidade permite uma uniformização de procedimentos, bem como uma garantia de que os profissionais de saúde estão permanentemente atualizados e a par das orientações adequadas para as inúmeras técnicas e procedimentos efetuados, em benefício do doente e do seu processo de tratamento.

Das metas internacionais propostas para a segurança do doente, as que mais se enquadram no SUG são a correta identificação do doente, melhoria da comunicação efetiva, segurança dos medicamentos e a redução do risco de lesões no doente decorrentes de quedas. No SUG todos os doentes têm risco de queda. A nível internacional, já existem serviços de urgência com implementação de escalas de avaliação de risco de queda. A *New Memorial Emergency Department Fall–Risk-Assessment Tool* (MEDFRAT) é uma escala utilizada em 10% dos serviços de urgência dos Estados Unidos da América, sendo fácil de usar, de rápida aplicação e confiável (Scott et al., 2018).

O acesso aos protocolos é feito através da intranet, acessível em todos os computadores da instituição. Os profissionais do SUG e do SMI estão despertos para as políticas institucionais e isso é refletido nas suas práticas diárias. Para além dos protocolos comuns, tanto o SUG como o SMI têm implementados alguns protocolos específicos dos serviços em questão.

Os enfermeiros do SUG e do SMI são profissionais bastante despertos para a importância que as normas, protocolos e procedimentos têm na melhoria da qualidade dos cuidados e na segurança do doente. Pude verificar durante estes EC que todos os doentes por quem passei tinham pulseira de identificação, que era feita a dupla confirmação da identificação do doente e a confirmação da medicação administrada, para a prevenção de eventos adversos. Kane-Gill et al. (2017) afirmam que o doente crítico tem um maior risco de ocorrência de eventos adversos ou erros relacionados com a medicação, uma vez que recebem em média o dobro dos medicamentos dos outros doentes.

A segurança da medicação é um dos aspetos que mais me fez refletir no SUG. A constante sobrelotação deste serviço, a movimentação de pessoas e o ruído existente, aumentam a probabilidade de ocorrência de erro (Mieiro et al., 2019). Neste período em que nos encontramos, a integração de novos elementos no SUG foi feita rapidamente, com o objetivo de colmatar a falta de elementos de enfermagem neste serviço. A falta de experiência destes elementos levou a que detetasse várias vezes, erros na identificação de medicação, assim como na administração de alguns fármacos. Como enfermeira especialista, tenho a obrigação de formar e integrar estes elementos e corrigir estes erros, de modo que estes profissionais tenham a capacidade de recorrer a mim sempre que surjam dúvidas. Acabei por assumir também o papel de formadora destes elementos mais novos, na prevenção do erro e segurança da medicação.

Uma das medidas a adotar para redução de erros é a utilização de plataformas de notificação de erros ou “quase falhas” (Oxfordshire Clinical Commissioning Group, 2015). O CHX tem disponível o software HER+ para notificação de eventos adversos, mas continua a existir

alguma renitência à notificação, principalmente devido ao medo e receio de estigmatização, o que vai de encontro ao referido por Vrbnjak et al., (2016).

O processo clínico do doente no CHX, encontra-se informatizado e utiliza o software Sclínico®. Segundo Queiroz et al., (2017) a informática na enfermagem oferece melhoria na qualidade da assistência prestada, gerando incrementação na produtividade, redução de custos e diminuição da carga burocrática do enfermeiro. As mudanças tecnológicas são imprescindíveis para a monitorização da qualidade dos cuidados prestados. Estas permitem gerar indicadores de qualidade e quantidade sensíveis aos cuidados de enfermagem, o que será cada vez mais essencial para o sucesso, credibilização e valorização da nossa profissão. Este aspeto está descrito no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (Ordem dos Enfermeiros, 2017). O enfermeiro especialista deve assegurar a existência de um sistema de registos de enfermagem que incorpore sistematicamente as necessidades de cuidados de enfermagem especializados, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem especializadas e a existência de um resumo mínimo de dados e “core” de indicadores de enfermagem direcionados para o atendimento da PSC.

A equipa do SUG e do SMI tem muito presente a importância da formação contínua e a aquisição de novos conhecimentos, existindo um plano anual de formação. Considero que esta equipa é bastante dinâmica e proativa neste aspeto, não se acomodando a conhecimentos já existentes, procurando a melhor PBE.

Durante o EC do GCL-PPCIRA tive a oportunidade de colaborar com a CQSD na revisão de Regulamentos Internos, Procedimentos e Instruções de Trabalho, já que durante este período tivemos uma auditoria focal pela JCI, à Unidade de Hospitalização Domiciliária, serviço onde exerço funções.

O facto de poder trabalhar lado a lado tanto com o GCL-PPCIRA na aplicação da PCI e com o CQSD, deu-me uma perspetiva do trabalho realizado por estes Órgãos, que provavelmente

nunca iria ter. Também o facto de poder visitar as instalações do HZ, como preparação para auditorias das PBCI e poder acompanhar várias auditorias em diferentes serviços deu-me um suporte acrescido ao conhecimento adquirido e à PBE. A discussão crítico-reflexiva criada no seio do GCL-PPCIRA ajudou-me também a identificar riscos para os quais nem sempre estamos despertos.

As auditorias possuem um valor formativo importante. Nestas são avaliadas as conformidades na aplicação dos procedimentos e políticas implementados e identificados problemas e oportunidades de melhoria para os serviços. Existem várias auditorias aos serviços, realizadas pelo GCL-PPCIRA no âmbito da Campanha Nacional de Higiene das Mãos e da aplicação das PBCI. Os resultados das mesmas são notificados às chefias intermédias dos serviços, sob a forma de relatório. Este feedback permite melhorar o desempenho e implementar ações de melhoria conforme o Despacho n.º 3844-A/2016 (Diário da República, 2016a), sendo a cultura de segurança considerada um instrumento de apoio à tomada de decisão.

Durante o EC, tive também a oportunidade de participar num estudo, com a Enf^a Orientadora, em parceria com o IPL, sobre a qualidade do ar em vários locais do HX, considerados mais críticos ou propensos ao desenvolvimento de microrganismos significativos.

Notei por parte dos elementos do GCL-PPCIRA uma grande preocupação na procura e constante atualização de conhecimentos, quer por novas normas emanadas pela DGS, quer na procura de novas evidências científicas, nas quais também tive um papel bastante ativo, principalmente quando as dúvidas que expunha não tinham respostas bem consolidadas.

2.1.3. Domínio da Gestão dos Cuidados

O termo “gestão” diz respeito a um conjunto de competências utilizadas para planear, construir, equipar, avaliar e manter a confiabilidade de espaços e tecnologias (Lopes et al., 2009). Para Mororó et al., (2017), a gestão do cuidado em enfermagem é entendida como exercício profissional do enfermeiro. Este é sustentado pelos seus conhecimentos, ciência do

cuidar, mediante ações de planeamento, organização e controle da prestação de cuidados, oportunos, seguros e abrangentes, de modo a garantir a sua continuidade e dar sustentabilidade às políticas e orientações estratégicas da instituição. Goodyear e Goodyear (2018) referem que a situação atual do sistema de saúde, quer a nível financeiro, quer devido à crescente carga regulamentar e às desigualdades em saúde, desafia os enfermeiros a garantir um *continuum* de qualidade e de segurança, sendo o enfermeiro com responsabilidades de gestão o que tem o papel mais exigente do sistema de saúde.

No SUG e no ADR do HX, o enfermeiro coordenador de turno desenvolve tarefas como: a gestão dos elementos da equipa, gestão dos transportes dos doentes, controlo dos estupefacientes de todas as áreas do SUG. Também a reposição de níveis de medicação de todas as áreas, requisição de medicação que não existe no stock do serviço ou medicação que necessite de justificação clínica, manutenção da operacionalidade e teste de funcionalidade de alguns equipamentos. Tal como, a gestão de eventos problemáticos e resolução de conflitos, gestão de recursos materiais de forma atempada, requisição da colaboração dos serviços de manutenção de equipamentos e instalações, decisão sobre empréstimos a outros serviços de materiais ou equipamentos. Existe assim, um coordenador distribuído por turno para cada uma destas áreas. Durante o EC no SUG, tive a oportunidade de exercer esta função várias vezes, tal como no ADR. No ADR o enfermeiro em funções de coordenação assume também a sala de emergência desta área. De acordo com o regulamento do SUG do CHX (CHX-EPE, 2019e), os enfermeiros coordenadores são designados pelo chefe do serviço. O cargo de coordenação é atribuído aos enfermeiros que demonstram ter perfil e competências para essa função, nomeadamente, saber conduzir a equipa no sentido de atingir o melhor resultado.

Pela elevada complexidade de um SMI, neste caso específico, algumas funções são delegadas nos enfermeiros coordenadores, sobretudo no domínio da gestão assistencial. As funções de enfermeiro coordenador são maioritariamente exercidas pelo enfermeiro com maior número de anos de serviço e ocasionalmente por enfermeiros especialistas. Para a gestão de cuidados de enfermagem é utilizada a escala *Therapeutic Intervention Score System* (TISS) 28. O TISS-28

é um instrumento que permite dimensionar carga de trabalho de enfermagem em UCI e estimar gravidade da doença (Padilha et al., 2005). Este índice é avaliado todos os dias no turno da tarde e tem em conta as atividades realizadas nas últimas 24 horas, mas não é tido em conta para gerir os cuidados de enfermagem. O *Nursing Activities Score* (NAS) surge como uma ferramenta importante de gestão nestas unidades, tendo resultado, em 2003, de uma revisão e atualização do TISS 28. Em Portugal continua a aplicar-se o TISS 28 como única ferramenta validada para o efeito, mensurando apenas 43,3% da carga de trabalho, enquanto o NAS abrange 80,8% da carga de trabalho dos enfermeiros em UCI (Macedo, 2017). A adaptação transcultural e validação para a população portuguesa desta escala foi feita em 2017 por Macedo. No que respeita à gestão de cuidados, procurei desenvolver os cuidados prestados baseados na evidência científica e de acordo com as regras e procedimentos em vigor no serviço, assim com as suas rotinas próprias, consciente que num serviço com a natureza do SMI é necessário mais tempo para o domínio de todos os procedimentos inerentes a este.

O Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor (Ordem dos Enfermeiros, 2015b), reconhece que esse lugar deve ser ocupado por quem demonstrar ter determinadas competências. A MCEEMC (2017) no parecer N.º 10/2017 declara que as equipas de serviço de urgência que dispõem de profissionais com competências específicas de enfermeiro especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, deverão ser estes a exercer as funções de chefe de equipa. Também no parecer conjunto do Conselho de Enfermagem (CE) e da MCEEMC n.º 01/2017 é referido que a atribuição da função de responsável de turno compete ao enfermeiro especialista, enquanto profissional mais bem preparado e com competências na área de gestão, todavia poderá ser designado um enfermeiro de cuidados gerais desde que comprovada a sua competência para a função (CE & MCEEMC, 2017).

Algumas destas funções já tinham sido desempenhadas por mim noutras situações, embora neste momento o desempenho destas seja um grande desafio, tendo em conta a necessidade de recursos necessários ao bom funcionamento do sistema de saúde.

A escassez de recursos humanos (RH), a elevada afluência de doentes, o aumento da incidência dos mMR e o número reduzido de quartos individuais, conduzem a constrangimentos no CHX, relacionados com a PCI, que levam à necessidade de uma gestão baseada na tomada de decisão relacionada com conhecimento científico e conhecimento da instituição como um todo.

A reunião diária da equipa de Gestão de Camas onde um enfermeiro do GCL-PPCIRA está presente, permite fazer a alocação de doentes com microrganismos epidemiologicamente importantes, tendo em conta o número de vagas existentes nos serviços prestadores de cuidados e as precauções baseadas nas vias de transmissão. Esta organização complexa requer articulação entre os vários serviços do CHX, a chefia intermédia do SUG e o GCL-PPCIRA, tendo em conta a necessidade de realização de rastreios aos doentes e a necessidade de alocação dos mesmos em quartos individuais ou em coorte (Direção-Geral da Saúde, 2017b).

A delegação de tarefas por parte do GCL-PPCIRA aos elos dinamizadores poderia levar a um maior empenho destes elos no combate às IACS e na aplicação das PBCI de forma eficaz, assim como a realização de reuniões anuais sobre o resultado das auditorias internas seria um incentivo para os serviços adotarem as melhores práticas possíveis no âmbito da PCI. Uma relação de proximidade com os serviços, contribui para a satisfação profissional e para uma perceção de autonomia positiva (Riisgaard et al., 2016).

Segundo a Joint Commission International (2020) as conclusões e as tendências das formações e das atividades de melhoria devem ser comunicadas a todos os profissionais e incluídas como parte da sua educação.

A liderança transformacional facilita a inovação e a aprendizagem organizacional e gera uma visão compartilhada e inspiradora do futuro, num ambiente de empoderamento (Ghasabeh et al., 2015).

Numa altura em que a pandemia por SARS-CoV2 ainda nos atinge com intensidade moderada, é difícil motivar os profissionais a adotar práticas seguras no que diz respeito à PCI, PBCI e às

IACS, como se tudo tivesse deixado de existir e o foco passasse apenas pelo COVID. O GCL-PPCIRA tem neste momento o papel fundamental de voltar a motivar os profissionais e elos dinamizadores para o cumprimento destas regras básicas de boas práticas, chamando também as chefias intermédias a desempenhar o papel de motivadores.

2.1.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

O enfermeiro especialista deve pautar a sua intervenção pelo desenvolvimento do autoconhecimento e assertividade, bem como através de uma prática clínica baseada em evidência científica (Ordem dos Enfermeiros, 2019a).

Durante o desenvolvimento dos EC no SUG, no SMI e no GCL-PPCIRA, considero que as oportunidades de aprendizagem foram muitas e tentei aproveitar todos os momentos para crescer a nível profissional, sempre com o foco no EEEMCPSC. O desenvolvimento da autonomia e a procura constante de procedimentos, normas e protocolos inerentes ao SUG, SMI e GCL-PPCIRA do CHX, assim como a procura de *guidelines* e protocolos da literatura, combinados com os conhecimentos das Unidades Curriculares, de questões que surgiram ao longo dos EC, fizeram destes, um momento de aquisição de competências possibilitando o tempo e a oportunidade para a partilha de experiências e o desenvolvimento do pensamento crítico, assim como geraram um processo de crescimento do “Eu” pessoal e do “Eu” profissional, sendo os dois indissociáveis. Para Rasheed (2015) o autoconhecimento é um processo contínuo de compreensão, conhecimento e reflexão acerca da própria identidade, crenças, pensamentos, motivações, sentimentos, comportamentos, atitudes, capacidades e limitações.

A PBE facilita o processo de tomada de decisão e raciocínio clínico, integrando a experiência clínica, as preferências dos doentes e a mais recente evidência científica. Relaciona-se com resultados positivos e consequentes ganhos em saúde para os doentes (Goot et al., 2018).

O meu autoconhecimento foi fundamental e ter a noção das minhas virtudes e limitações, ajudou-me a conseguir selecionar as situações em que deveria intervir e aquelas em que

deveria ficar numa posição de observador. Smith e Kolb (1986) citados por Damásio (2006) afirmam que para ser um aprendiz efetivo um indivíduo necessita de aplicar as capacidades dos quatro modos de aprendizagem (experiência concreta, observação reflexiva, conceptualização abstrata e experimentação ativa) em qualquer combinação que a situação de aprendizagem exija. De modo a atingir um elevado grau de sucesso na situação de aprendizagem, o aprendiz continuará a passar várias vezes através deste ciclo, Kolb (1985), citado por Damásio (2006). Ao longo destes EC adotei uma postura de iniciativa em busca de situações de aprendizagem procurando basear essas aprendizagens numa pesquisa científica contínua e pertinente.

No início EC do SUG, foi-me proposto fazer uma formação em serviço acerca do internamento de doentes do SUG para a UHD, serviço onde exerço funções e que está em estreita colaboração com o SUG, e o papel do EEEMCPSC na UHD. Esta formação foi realizada para vários elementos do SUG, dando assim ênfase ao meu papel como formadora (Apêndice I).

Um acontecimento que me levou a fazer pesquisa da bibliografia científica no EC do SMI, foi a auto-extubação do doente crítico. Tendo em mente que a contenção mecânica não poderia ser a primeira resposta na prevenção deste acontecimento adverso (Perez et al., 2019), foquei a minha pesquisa no que poderiam ser protocolos de atuação e prevenção. Esta pesquisa deu origem ao trabalho em linguagem CIPE (Apêndice II), em que foram levantados os focos, diagnósticos e respetivas intervenções (ICN, 2019). No SMI aplica-se a Escala *Richmond Agitation Sedation Scale* (RASS) para avaliação da agitação e sedação destes doentes, contudo, existe outra escala também *Confusion Assessment Method-Intensive Care Unit* (CAM-UCI) que demonstra ser uma excelente ferramenta para a avaliação do delírio em doentes em UCI (Figueira Salluh et al., 2012).

No GCL-PPCIRA, desenvolvi a minha aprendizagem através da consulta de páginas de organizações nacionais e internacionais de referência como a CDC, a ECDC, DGS, *World Health*

Organization (WHO), entre outras, sendo a investigação diária e constante nas várias áreas de responsabilidade do GCL-PPCIRA.

No EC do GCL-PPCIRA, tive a oportunidade de desenvolver práticas e conhecimentos ao nível das plataformas criadas para a vigilância epidemiológica, quer do CHX, quer da própria DGS.

Assim, e indo de encontro ao Regulamento nº. 361/2015 (Ordem dos Enfermeiros, 2015c), a capacitação das equipas de profissionais na área da PCI associada aos cuidados à pessoa em situação crítica é um elemento fundamental. Tartari et al. (2019) mencionam que se deve capacitar os profissionais através da implementação de estratégias multimodais, incluindo uma mudança comportamental, um feedback de desempenho e treino permitindo, assim, melhorar o conhecimento. Neste contexto, o GCL-PPCIRA é responsável por oferecer educação sobre PCI a todos os funcionários, sendo essa educação atualizada periodicamente, fazendo cumprir a PCI.15 dos padrões da JCI (Joint Commission International, 2020).

Para a aquisição deste domínio, considero que as equipas do SUG, do SMI e GCL-PPCIRA tiveram um papel preponderante. Também os meus orientadores, através de momentos de reflexão em conjunto no final do turno e estando atentos à minha evolução, através das partilhas de várias experiências, através da prática de competências por mim nunca antes exercidas, principalmente na sala de emergência e em situações emergentes no SMI, com o intuito de conseguir vivenciar o maior número de situações possíveis. Estes momentos tiveram o objetivo de executar o maior número de intervenções direcionadas para a aquisição de competências de EEEMCPSC.

2.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Neste capítulo pretende-se refletir sobre as competências específicas do enfermeiro especialista refletidas no Regulamento n.º 429/2018 (Ordem dos Enfermeiros, 2018) e as atividades desenvolvidas ao longo dos EC.

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

A prestação de cuidados de enfermagem seguindo um protocolo de atuação, melhora a segurança na realização de procedimentos, contribuindo invariavelmente para um aumento na segurança do doente (Sales et al., 2018).

A observação do doente (avaliação e monitorização) é uma competência fundamental ao EEEMCPSC, estando intimamente relacionada com a segurança e a qualidade dos cuidados, uma vez que permite o reconhecimento atempado de focos de instabilidade (Alastalo et al., 2017).

Durante os EC, tive a oportunidade de realizar vários cuidados, procedimentos e intervenções, mobilizando conhecimentos e habilidades, com o objetivo de cuidar da PSC de forma holística, detetando sinais de instabilidade, agir em conformidade e prevenir complicações.

Crouch et al. (2017) afirmam que a enfermagem de emergência é uma das especialidades mais desafiadoras da enfermagem. Exige que os enfermeiros façam a gestão da ambiguidade, mudanças rápidas no ritmo e intensidade de trabalho e que tenham um conhecimento de um número significativo de apresentações clínicas, doenças e condições. Já Sutton e Jarden (2017) reforçam que os cuidados à PSC se desenvolvem em contextos complexos, a um ritmo vertiginoso e em constante evolução.

Durante o EC tive a oportunidade, por diversas vezes, de prestar cuidados ao doente crítico na SE, na antecipação de instabilidade e risco de falência orgânica e de gerir a aplicação de protocolos terapêuticos complexos.

A minha prestação de cuidados na SE foi realizada de forma individual, fundamentada por uma avaliação inicial rápida baseada essencialmente em evidências fisiológicas e queixas do doente. O reconhecimento e intervenção precoce em doentes que deterioraram o seu estado, diminui o risco de internamento em cuidados intensivos assim como de mortalidade e

morbilidade (Smith & Bowden, 2017). Para isso, a abordagem sistemática ABCDE (via aérea, ventilação, circulação, disfunção neurológica, exposição) para avaliação do doente revela-se de extrema importância. Num cenário agudo, o uso da metodologia ABCDE ajuda a economizar tempo valioso, melhora os resultados, ajuda os profissionais de saúde a focarem-se nos problemas clínicos com maior risco de vida e melhora o desempenho da equipa (Thim et al., 2012). No SUG observa-se que os enfermeiros têm o cuidado de fazer os registos segundo este tipo de avaliação, na SE. Pessoalmente, não estava habituada a este tipo de avaliação, mas no fim de interiorizar, reconheço que facilita a rápida avaliação e a realização de registos completos, sistematizados e extremamente organizados.

Tive também a oportunidade de aplicar várias o protocolo de atuação na Via Verde AVC (VVAVC) (CHX-EPE, 2016), com o acompanhamento do doente, desde a sua admissão, realização de Tomografia Axial Computorizada Crânio-Encefálica e a administração de fibrinolíticos. No fim da administração do fibrinolítico o doente foi transferido para a área Laranja para continuação de cuidados e posterior internamento. A qualidade dos cuidados prestados à pessoa vítima de AVC na fase aguda é crucial para uma melhoria do “*outcome*” neurológico (Jauch et al., 2013).

Também na SE tive a oportunidade de acompanhar um senhor de 52 anos, vindo já em SAV com acompanhamento da Viatura Medica de Emergência e Reanimação (VMER). Este senhor foi encontrado caído no chão da sua casa, foi chamado o INEM ao local em colaboração com a VMER. Entrou em PCR, tendo sido iniciadas manobras de SBV e posteriormente colocado suporte ventilatório com recurso a um Tubo Endotraqueal (TET) e compressões com o LUCAS (Sistema de Compressão Torácica). A utilização do LUCAS permite um aumento da qualidade da ressuscitação cardiopulmonar (RCP) e a minimização das interrupções das compressões. A utilização deste dispositivo permite que as mãos dos socorristas estejam livres para se concentrarem noutras atividades essenciais para salvar a vida do doente.

Após a monitorização através do desfibrilhador e com a entrada em ritmo desfibrilhável, foram aplicados choques conforme indicação do “*Team Líder*”. O doente recuperou ritmo e depois da observação médica foram constatadas as causas da paragem cardíaca, neste caso um AVC extenso do tronco cerebral. Foi pedida a colaboração do neurologista do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, que informou que a situação do doente era irreversível, posteriormente foi pedida a colaboração do médico do SMI para encaminhar o doente para a doação de órgãos. De salientar a existência de uma política institucional para a doação de órgãos e outro tipo de tecidos, que cumpre as diretivas nacionais e europeias para a colheita e transplantação de órgãos, assim como uma instrução de trabalho (IT.CHX.029.02) (CHX-EPE, 2012), para a deteção e manutenção de potencial dador. Pude verificar que estas políticas e instrução de trabalho são cumpridas, assim como o preenchimento de todos os requisitos presentes no formulário para diagnóstico de morte cerebral, tive assim a oportunidade de prestar cuidados à pessoa em situação de morte cerebral e manutenção hemodinâmica desta, até a sua transferência para o SMI. Pude averiguar que esta atuação da equipa multidisciplinar na sala de emergência foi bem estruturada, o médico assumiu o papel de “*Team Líder*”, distribuiu tarefas a toda a equipa e comunicou de forma fechada o que contribuiu para o sucesso da reanimação. Toda esta situação permitiu-me desenvolver as competências do enfermeiro especialista em EPSC, o raciocínio clínico e a tomada de decisão, em que este “executa cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à pessoa a vivenciar processos de saúde/doença crítica” e “demonstra conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida”.

Segundo os padrões de qualidade de EPSC (Ordem dos Enfermeiros, 2017) o enfermeiro deve gerir o impacto emocional imediato decorrente da situação crítica vivenciada pela família. Aspeto apoiado também por Meleis (2010) quando refere que o propósito da EPSC é apoiar as pessoas e respetiva família, nas situações de transição. Neste caso, foi informada a esposa e dado conhecimento de que o estado do doente era irreversível. Esta de imediato concordou com a doação de órgãos após a realização de todos os procedimentos para o diagnóstico de

morte cerebral. Esta família foi informada num ambiente calmo, no GIF, sendo que como enfermeira a adquirir as minhas competências específicas na PSC, estive a acompanhar todo este processo penoso, através do protocolo SPIKES (Cruz e Riera, 2016).

No que diz respeito à Via Verde Coronária (VVC), pude acompanhar um senhor de 68 anos com dor torácica na SE, onde realizou Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica incluindo eletrocardiograma e ecocardiograma à cabeceira, e depois foi transferido para a Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos para ser submetido a angioplastia.

Tive também a oportunidade de acompanhar todo o encaminhamento de um doente que entrou na SE com um síndrome de Bradicardia/Taquicardia, com bigeminismo. Este doente chegou à SE com FC de 30 no mínimo e 130 no máximo, sendo que após alguns minutos começou a ter períodos com presença de linha isométrica e de seguida com FC de 150. Foi contactado o cardiologista de serviço que imediatamente transferiu o doente para a sala de hemodinâmica da UCIC para colocação de *Pace-Maker* externo.

O protocolo da via verde de sépsis, ainda não está implementado no CHX. A DGS (Direção-Geral da Saúde, 2017e) na norma nº 10/2016, indica que todos os serviços de urgência devem ter equipas de sépsis constituídas no mínimo, por um médico e um enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica. A evidência científica aponta para as inúmeras vantagens da implementação destes protocolos, como demonstra o estudo de Mitzkewich (2019) em que o tempo para administração do primeiro antibiótico foi reduzido significativamente com a implementação de uma ferramenta de despiste de sépsis na triagem. Este protocolo está já há algum tempo para ser implementado no SUG, mas devido a constrangimentos de recursos humanos, continua a aguardar. Também a via verde de trauma aguarda a sua implementação neste serviço.

Tive a oportunidade de participar no transporte intra-hospitalar de doentes durante este EC. Este é feito de acordo com o procedimento interno do CHX (CHX-EPE, 2018), que atribui um *score* de acordo com o Sistema de Avaliação de Doentes para Transporte e de acordo com

este, assim é definido o/os profissionais que acompanham o doente (assistente operacional, enfermeiro ou enfermeiro e médico). Em relação aos transportes inter-hospitalares, estes não são sempre realizados pelos enfermeiros mais experientes ou pelos EEEMCPSC. A Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008) recomendam que o transporte secundário seja realizado por profissionais com experiência em reanimação, manuseamento e manutenção do equipamento (Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008). Também a MCEEMC no parecer nº 09/2017 atesta que o enfermeiro com melhor formação para integrar equipas de transportes de doente críticos ou equipas de emergência intra-hospitalar é preferencialmente o EEEMCPSC (MCEEMC, 2017b).

O elevado tempo de permanência dos doentes nas áreas e a sua rotatividade exigiu-me capacidade de identificação de focos de instabilidade fazendo posteriormente o devido encaminhamento para cuidados mais diferenciados, como a sala de emergência onde existem outro tipo de recursos materiais e humanos. Para que toda esta gestão resultasse, muito contribuiu a enfermeira orientadora, permitindo-me tomadas de decisão em equipa, desenvolvendo o meu juízo clínico; características fundamentais do enfermeiro com uma prática avançada. Estas características são fundamentais nas equipas uma vez que permitem a gestão de recursos e a prestação de cuidados nos serviços, integrando os conhecimentos e a experiência profissional (Kilpatrick et al., 2014). A capacidade de avaliação e decisão rápida são características que se desenvolvem com base no conhecimento científico, mas também fruto da experiência acumulada. Matney et al. (2016) afirmam que a prática nos serviços de urgência requer proficiência e é sustentada em conhecimento, perícia para uma determinada situação e inclui avaliar a informação, identificar um problema e criar e/ou modificar planos de acordo com as necessidades que surgem.

A dor está quase sempre presente na PSC, por este facto, a gestão da dor torna-se essencial, envolvendo a sua avaliação, monitorização e tratamento, através do uso de escalas e indicadores de monitorização da dor adequados, que permitam identificar a sua intensidade e avaliar a eficácia das intervenções implementadas (Teixeira & Durão, 2016). No CHX, no

Clínico, estão disponíveis várias escalas da dor: visual analógica, numérica, expressões faciais, verbal (CHX-EPE, 2015) e cabe ao enfermeiro utilizar a mais adequada conforme a situação clínica. A avaliação e tratamento da dor são primordiais na medida em que o seu controlo pode reduzir complicações na PSC (Teixeira & Durão, 2016), sendo a dor um importante indicador de qualidade dos cuidados prestados, preconizando pelo menos uma avaliação em cada episódio de urgência. Muitas vezes é a própria dor o motivo de vinda ao SUG, tornando a sua avaliação ainda mais importante. Senti que os enfermeiros tinham alguma dificuldade em avaliar a dor em doentes com ventilação invasiva, pelo que deveriam ter acesso a uma escala comportamental da dor específica para este tipo de doentes, como a *Behavioural Pain Scale* (BPS), contudo esta não está no procedimento hospitalar apesar de ser utilizada no SMI e de ser recomendada pela Sociedade Portuguesa da Dor, pelo que deveria ser feita a atualização do procedimento do CHX, para a avaliação da dor em doentes internados no SMI. Para Teixeira e Durão (2016) a BPS, é uma das escalas mais adequadas para avaliação da dor no doente crítico pela avaliação da adaptação ventilatória, movimentos do corpo e expressão facial. Nos doentes não sedados é utilizada a Escala Visual Analógica (EVA) que é um instrumento simples que permite uma avaliação contínua da dor. Durante o EC do SUG controlei e geri a dor na PSC, tendo em conta a sua avaliação e monitorização, como também implementei intervenções interdependentes (medidas farmacológicas) e autónomas (medidas não farmacológicas) para o seu tratamento.

Durante este EC do SUG realizei três turnos de triagem, experiência bastante enriquecedora, visto ser uma área que está orientada por um protocolo que não é possível executar em mais nenhuma área de prestação de cuidados no SUG ou no hospital. A tomada de decisão clínica e o raciocínio clínico requerem essencialmente experiência conforme afirma Stinson (2017). O enfermeiro especialista com o seu conhecimento, perícia e experiência profissional, pode ser uma mais-valia devido ao grau de complexidade das decisões que o enfermeiro da triagem tem de tomar num intervalo de tempo limitado. Este gere a informação que o doente, família, ou técnicos de saúde fornecem, identificando o problema que motivou a ida ao SUG, os seus

antecedentes de saúde e sintomatologia que apresenta no momento, realizando simultaneamente observação clínica (aparência geral do doente, via aérea, respiração, circulação, limitações, fatores ambientais) e fazendo interligações da atual situação com antecedentes pessoais (Ganley & Gloster, 2011).

Devido aos condicionalismos que a pandemia provocou, quer na vida pessoal, quer em tudo o que nos rodeia, a presença da família ou pessoa significativa, sendo um direito do doente conforme legislação (Lei nº 15/2014) (Assembleia da República, 2014), está neste momento suspensa no SUG. No entanto, em situações em que a condição do doente era irreversível e que o esperado era a morte, houve sempre o cuidado de permitir que os elementos mais chegados da família pudessem vir junto ao doente, para lhes ser explicada a sua situação, tendo assim a real noção do seu estado e terem a oportunidade de dizer o “último adeus”. Penso que esta oportunidade é de extrema importância para a família, no respeito pela situação do doente, sentimentos deste e da própria família e no processo de luto envolvido.

Tive oportunidade de realizar alguns turnos no gabinete de informação, desenvolvendo assim uma intervenção importante, favorecendo o cumprimento do dever de informar o indivíduo e família no que diz respeito aos cuidados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2008). A comunicação neste contexto assume um papel fundamental pois apresenta-se como uma possibilidade de construção de práticas humanizadoras visto que visa compreender as reais necessidades e vulnerabilidades do doente e estabelecer uma relação de confiança. Relativamente à família enquanto foco de cuidados, considero que a existência deste gabinete de informações é fundamental. No entanto, qualquer pessoa, para além do titular da informação, é considerado terceiro e não tem qualquer direito a receber informação de saúde de outros. Mesmo perante familiares, só pode haver quebra de sigilo, se estes estiverem implicados no plano terapêutico, tendo o doente que dar o seu consentimento, desde que esteja capaz de o fazer (Ordem dos Enfermeiros, 2014a). Em casos de incapacidade de decisão por parte do doente, deve ser sempre considerado o seu melhor interesse, ou seja, o bem-estar, segurança física, emocional ou social e os seus direitos. Numa situação de pedido de

informações sobre um doente jovem, apercebi-me da existência de conflitos entre este e a sua mãe, que estava a pedir informações. Dirigi-me ao doente em causa e expliquei-lhe que a sua mãe estava ao telefone a pedir informações, este prontamente disse que não permitia qualquer tipo de informações a essa senhora, pelo que foi dito à senhora, que o jovem era consciente e orientado e que teria de telefonar para ele para ter informações. Isto vai de encontro ao Parecer 222/2014 da OE (Ordem dos Enfermeiros, 2014a).

Este assunto foi motivo de reflexão com a enfermeira orientadora e outros elementos da equipa. Salvaguardando, que os enfermeiros que exercem funções no GIF, agem sempre em prol do benefício do doente e que grande parte dos doentes do SUG não estão capazes de decidir acerca da cedência ou não de informações. Concluímos que esta é uma reflexão que deve ser feita no âmbito institucional com vista à otimização do procedimento.

Durante o EC do SMI, tive a oportunidade de realizar a prestação de cuidados a doentes com linha arterial (LA) e cateter venoso central (CVC), assim como colaborar com o médico na sua colocação. Fazer a avaliação da pressão arterial invasiva através da LA e da pressão intra-abdominal (PIA) através da algália, o registo horário e de forma rigorosa dos débitos urinários, monitorização horária dos sinais vitais, a realização e avaliação frequente de gasometria arterial e venosa, a monitorização do *Bispectral Index* (BIS) em doentes curarizados, a prestação de cuidados a doentes com necessidade de ventilação mecânica invasiva (VMI) e não invasiva (VMNI). A prestação de cuidados a doentes com entubação endotraqueal (EET) e administração de drogas vasoativas, com a necessidade de vigilância apertada dos parâmetros hemodinâmicos. Na prestação de cuidados a doentes com necessidade de realizar técnicas de substituição renal contínua (TSRC), nomeadamente hemodiafiltração veno-venosa contínua com recurso à máquina OMNI®, com a qual tive a oportunidade de iniciar a terapia dialítica, assim como terminar, adquirindo competências para o seu manuseamento, na vigilância dos parâmetros da própria máquina, e seu respetivo registo. Andrade et al. (2019) afirmam que o enfermeiro em UCI cuida do doente submetido a TSRC executando atividades de preparação, planeamento, monitorização e acompanhamento.

A prestação de cuidados a doentes submetidos a cirurgia nomeadamente realização pensos, vigilância de drenagens e suas características e sinais de instabilidade hemodinâmica era algo que fazia parte da minha prática diária, pelo que não tive dificuldade na prestação de cuidados a estes doentes.

A observação do doente (avaliação e monitorização) é uma competência fundamental ao EEMCPSC, estando intimamente relacionada com a segurança e a qualidade dos cuidados, uma vez que permite o reconhecimento atempado de focos de instabilidade (Alastalo et al., 2017).

Uma das áreas em que desenvolvi mais competências foi na prestação de cuidados ao doente submetido a VMI. A oportunidade de conhecer e reconhecer vários modos ventilatórios, sendo os mais utilizados, a pressão controlada (PC), volume controlado (VC), volume controlado regulado por pressão (PRVC) e pressão positiva contínua nas vias aéreas (PA-CPAP) foi extremamente importante para o meu desenvolvimento profissional.

Garantir presença e operacionalidade de ressuscitador manual na unidade do doente; garantir presença e operacionalidade de sistema de aspiração; responder rapidamente aos alarmes do ventilador e fazer a sua interpretação; avaliar nível do tubo endotraqueal na comissura labial ou arcada dentária; avaliar pressão do *cuff* para a prevenção de extubação acidental e traqueo-malácia; vigiar sinais de possível ulceração devido à presença do tubo; monitorizar de nível de consciência e sedação ,através da monitorização do valor do BIS; monitorizar as de saturações de oxigénio; evitar desconexões desnecessárias do sistema de ventilação; monitorizar as secreções e suas características e aspirar o doente sempre que necessário, evitando aspiração por rotina, foram as intervenções que mais desenvolvi.

As aspirações de secreções da orofaringe e nasofaringe são feitas muitas vezes por rotina e sempre que necessário, mas a aspiração de secreções pelo TET deve ser feita apenas quando há necessidade, de modo a evitar desconexões desnecessárias do ventilador. Os sinais de presença de secreções são, entre outros, ver ouvir ou sentir secreções no TET, aumento da

pressão de pico, diminuição de volume corrente, padrão serrilhado nas curvas de fluxo e volume mostradas no ventilador conforme as indicações da American Association of Respiratory Care (AARC, 2010).

Um dos procedimentos que tive oportunidade de realizar foi a aspiração de secreções pelo TET, em circuito fechado. Esta técnica está recomendada em situações em que o doente apresenta elevada fração inspirada de oxigénio, elevada pressão positiva no final da expiração, elevado risco de desrecrutamento alveolar (AARC, 2010) e em situações em que haja infeções das vias aéreas, para proteção da equipa (Nunes et al., 2014), especialmente por evitar a aerossolização. Em relação à incidência de Pneumonia Associada à Intubação (PAI), não há diferença entre o circuito de aspiração aberto ou fechado (Aryani & Tanner, 2018).

Tive também a oportunidade de acompanhar um doente crítico, com VMI e suporte de drogas vasoativas, para a realização de Tomografia Axial Computorizada abdominal e pélvica, com angiografia, a fim de identificar foco de hemorragia ativa. No SMI praticamente todos os doentes cumprem os critérios para acompanhamento por enfermeiro, médico e auxiliar, de acordo com o score da Ordem dos Médicos (Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008). A realização de meios complementares de diagnóstico era adiada devido à risco clínico e instabilidade ou complicações apresentadas pelo doente, o que vai de encontro, também, as estas recomendações da Ordem dos Médicos (OM) e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI).

A EEMI é composta por um médico intensivista do SMI e por um enfermeiro, distribuído em cada turno, de preferência com o SAV atualizado e especialista, o que nem sempre acontecia, contrariando as indicações do PARECER N.º 15 / 2018 (MCEEMC, 2018a). Pude intervir junto com esta EEMI, numa ativação para Paragem Cardiorrespiratória (PCR), no serviço de Gastro, piso 2, ala B, da torre poente do CHX. Após realização de manobras de reanimação e aplicação do SAV, foi declarado o óbito.

A prestação de cuidados de enfermagem seguindo um protocolo de atuação, melhora a segurança na realização de procedimentos, contribuindo invariavelmente para um aumento na segurança do doente (Sales et al., 2018). O SMI tem vários protocolos de atuação, que pude cumprir durante o EC, entre os quais destaco:

- Protocolo de administração de potássio em situações de hipocaliemia;
- Protocolo de insulinoterapia no doente crítico, Protocolo de Yale modificado;
- Protocolo da nutrição entérica no doente crítico;
- Protocolo de técnicas de substituição renal, sendo que este protocolo se encontra desatualizado, visto ter sido implementado para a máquina *Prismaflex*® e atualmente as que existem no SMI são *Omni*®.
- Protocolo de avaliação ocular do doente crítico.

De salientar também a existência de uma política institucional para a doação de órgãos e outro tipo de tecidos, que cumpre as diretivas nacionais e europeias para a colheita e transplantação de órgãos, assim como uma instrução de trabalho (IT.CHX.029.02 do CHX-EPE (2012), para a deteção e manutenção de potencial dador. Pude verificar que estas políticas e instrução de trabalho são cumpridas, assim como o preenchimento de todos os requisitos presentes no formulário para diagnóstico de morte cerebral, tive assim a oportunidade de prestar cuidados à pessoa em situação de morte cerebral e manutenção hemodinâmica desta.

Nas situações de dor que presenciei, fiz a gestão de medidas farmacológicas e também de medidas não farmacológicas para o seu alívio. Através da realização de posicionamentos, massagens de conforto, aplicação de frio e sempre que possível redução das luzes e do ruído.

No SMI todas as camas permitem posicionar os doentes nos diferentes decúbitos e todas têm colchões anti escaras, de pressão alterna de elevada qualidade, permitindo o bem-estar do doente. As Úlceras de Pressão (UP) são consideradas indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem, conforme Plano Nacional para a Segurança dos doentes 2015-2020,

Despacho n.º 1400-A/2015 (Diário da República, 2015), sendo avaliada no SMI através da Escala de Braden. Verifiquei a inexistência de UP neste período do EC no SMI, o que reitera a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados neste serviço.

Comunicar com a pessoa ventilada é um desafio. A presença do TET impede que a comunicação se realize verbalmente por parte do doente, o que pode levar a sensações de frustração e emoções negativas, deixando os doentes mais vulneráveis (Martinho & Rodrigues, 2016). Deste modo, foi necessário aprimorar estratégias de comunicação para que esta se tornasse eficaz e não penosa. Explicar todos os procedimentos ao doente, mesmo quando está mais sedado, e receber feedback dos doentes menos sedados é importante para estabelecer uma boa comunicação. A utilização de perguntas curtas e fechadas e o incentivo da utilização de expressões faciais, o aceno da cabeça e o apertar das mãos foram algumas das técnicas utilizadas e que se mostraram eficazes.

O envolvimento da família na decisão dos cuidados ao doente, foi feita muitas vezes por telefone, devido ao facto das visitas terem sido suspensas. No entanto, em situações em que a condição do doente era irreversível e que o esperado era a morte, houve sempre o cuidado de permitir que o elemento mais chegado da família, ou até dois elementos, pudessem vir junto ao doente, para lhes ser explicada a sua situação, tendo assim a real noção do seu estado e terem a oportunidade de dizer o “último adeus”. Penso que esta oportunidade é de extrema importância para a família, no respeito pela situação do doente, sentimentos deste e da própria família e no processo de luto envolvido.

Contrastando com esta situação de perda e morte, houve uma situação em que o doente que estava ao meu cuidado era uma puérpera, que desenvolveu um Síndrome de *HELLP* após a cesariana, devido a pré eclâmpsia. Neste caso, foi possível deixar esta mãe ver o seu bebé e desenvolver condições que lhe permitissem extrair o seu leite materno em condições de segurança e privacidade, tendo sempre o cuidado de garantir que a medicação administrada não iria afetar o recém nascido.

O Síndrome Pós Internamento em Cuidados Intensivos (SPICI) é composto por alterações que permanecem após uma doença crítica. Elas estão presentes quando o doente está internado numa UCI e podem persistir após o doente ter alta (Inoue et al., 2019). O EEEMCPSC é o primeiro a poder identificar e intervir no SPICI, através da implementação de uma série de medidas como ensino, instrução e treino da pessoa em situação crítica sobre a adaptação individual requerida face à readaptação funcional (Ordem dos Enfermeiros, 2017). Nas intervenções do EE a Teoria do Autocuidado de Orem (2001) é a que tem maior aplicabilidade, visto que esta se refere ao autocuidado (*self-care*) como a “prática de atividades que os indivíduos iniciam e realizam em seu próprio benefício, para a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar” (Orem, 2001, p.43), ou seja, de si próprio para si próprio. A ideia central da sua teoria é a de que o autocuidado é uma função reparadora, aprendida, não inata, que a pessoa deliberadamente realiza, ou alguém realiza por ela, no sentido de suprir ou manter as condições que mantêm a vida, para manter as funções físicas e psicológicas para o funcionamento e desenvolvimento compatíveis com as condições essenciais da vida (Orem, 2001). Tendo início no SMI, esta Teoria do Autocuidado mantém-se para além deste serviço, tendo grande aplicabilidade na transição dos cuidados do SMI para os serviços que recebem o doente após a sua estadia neste, incentivando o doente à sua recuperação.

Em relação ao GCL-PPCIRA, a redução das IACS, assenta, principalmente, na estratégia de promoção de boas práticas a nível das PBCI e na implementação de quatro feixes de intervenção (*bundles*) de suporte aos procedimentos e dispositivos invasivos como a prevenção da pneumonia associada à intubação (Direção-Geral da Saúde, 2015e), a prevenção da infeção relacionada com o cateter venoso central (Direção-Geral da Saúde, 2015d), a prevenção da infeção urinária associada a cateter vesical (Direção-Geral da Saúde, 2015b) e a prevenção da infeção do local cirúrgico (Direção-Geral da Saúde, 2015c).

Os feixes de intervenção (Direção-Geral da Saúde, 2017c) garantem a segurança do doente. Pude constatar durante o EC no GCL-PPCIRA, que está a haver um esforço no sentido da sua implementação e que alguns serviços já tentam adotar estas *bundles*, nomeadamente na

UCAP “Feixes de intervenção” de Prevenção de Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical (Direção-Geral da Saúde, 2015b), assim como nos serviços de cirurgia “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico (Direção-Geral da Saúde, 2015c). Embora ainda longe do ideal, considero que o esforço por parte dos serviços e do GCL-PPCIRA, para a implementação destes feixes está a ser feita. A implementação dos feixes contribui para a prevenção de infeções e para a redução da prescrição desnecessária de antibióticos e a sua respetiva resistência (Wasserman & Messina, 2018).

Na minha opinião considero que mesmo assim o GCL-PPCIRA necessita de divulgar os feixes de intervenção pelos serviços, através de sessões de educação para a saúde. Estas poderiam ser efetuadas pelos seus elos dinamizadores, de forma a consciencializar o maior número de profissionais de saúde envolvidos na sua aplicação. Posteriormente, surge a necessidade da realização de auditorias e monitorização das intervenções, com o objetivo de melhorar as práticas e a qualidade dos cuidados, podendo efetuar-se grelhas para a auditoria dos diferentes feixes de intervenção, embora o SClínico® já tenha algumas dessa intervenção, como já mencionei. Segundo a PCI. 15 JCI (2020), as conclusões e tendências das atividades de melhoria da qualidade devem ser comunicadas a todos os profissionais e incluídas como parte da educação dos mesmos.

A prática de enfermagem não se limita apenas ao curar, incorpora também um aspeto pedagógico que pode direcionar as ações educativas, a formação e o treino da equipa de enfermagem ao doente, à família e à comunidade, tornando-se elemento essencial para a eficiência e para a qualidade do cuidado de enfermagem e da saúde (Gonçalves & Sena, 1999). Assim, numa busca contínua de cuidados de excelência, a educação para a saúde é fundamental para capacitar os enfermeiros, na área da prevenção e controlo de infeção (Ordem dos Enfermeiros, 2017), na medida em que minimiza o risco de transmissão cruzada (Suri & Gopaul, 2018) e, por consequência, influencia a segurança do doente (Steven et al., 2014). Tartari et al. (2019) mencionam que se deve capacitar os profissionais através da implementação de estratégias multimodais, incluindo uma mudança comportamental, um

feedback de desempenho e o treino em higiene das mãos, permitindo, assim, melhorar o conhecimento. O PPCIRA tem a responsabilidade de supervisionar todas as atividades de prevenção e controlo de infeção adquiridas pelos profissionais através da educação para a saúde (Joint Commission International, 2020). Nesse contexto, decidi realizar o meu trabalho baseado na linguagem CIPE sobre educação da saúde na área da prevenção e controlo de infeção ao doente cuidador/família, no seu domicílio, sendo que este é o meu principal foco de atuação no dia a dia, o domicílio.

Ainda dentro da aquisição desta competência colaborei na implementação de medidas de PCI, efetuei o registo de alerta de infeção para os profissionais de saúde e identifiquei situações de risco, implementando estratégias para minimizar o mesmo, participando na tomada de decisão em relação a medidas de PCI perante surtos, tanto de SARS-CoV2 como de *Clostridioides difficile*, CRE ou MRSA, usando as ferramentas disponíveis no *Sclínico*[®] e na Vigilância Epidemiológica das plataformas usadas pelo GCL-PPCIRA.

2.2.2. Dinamiza a Resposta em Situações de Emergência, Exceção e Catástrofe, da Conceção Ação

"A gestão efetiva das crises requer tanto de improviso como de preparação. Se falta a primeira, a gestão perde flexibilidade frente às condições em mudança; se falta a segunda, perde clareza em alcançar as respostas essenciais. Não nos devemos preocupar se a preparação nos parecer tão rígida que minimize a forma e as capacidades de improviso. Pelo contrário, o esforço de preparação em si, ainda que de forma modesta, aumenta a habilidade de improvisar."

E.L.Quarantelli in (INEM, 2012, pág.3).

Dada a baixa ocorrência de catástrofes, segundo o INEM (2012), torna-se fundamental para o EEEMCPSC conhecer os Planos de Emergência para que possa atuar em conformidade. Para tal, considero que a realização de simulacros seria uma oportunidade para os enfermeiros

colocarem em prática a resposta a este tipo de evento, de forma pronta e sistematizada (Ordem dos Enfermeiros, 2018), de forma a reduzir as consequências negativas. O EEEMCPSC deve difundir o plano de emergência e catástrofe pela equipa, garantindo que o treino/exercício de ativação do plano de emergência ou catástrofe, é realizado periodicamente (Regulamento nº 429/2018).

De acordo com Fernández et al. (2013), a simulação é um modelo de aprendizagem que consiste em treinar os profissionais em condições limite aproximadas da realidade, em que se aprende a movimentar-se organizadamente. Posto isto e tendo em conta a dimensão do SUG, o elevado número de profissionais, a sua rotatividade e o facto de se tratar de um serviço de referência, considero que seria importante a realização anual de um simulacro que vise a melhoria do conhecimento do maior número de profissionais a intervir em situações difíceis. O desenvolvimento e conhecimento dos procedimentos de ativação dos recursos de emergência e a identificação de problemas operativos e organizativos de forma a atualizar e melhorar o plano de emergência leve a melhores performances no caso de situações de emergência e catástrofe.

O Plano de Emergência Externo (PEE) em vigor no CHX aplica-se ao HX. Foi elaborado para a definição de regras e normas gerais de atuação em contexto de crise, assim como, no sentido do reforço de avaliação de meios de reação da instituição face à situação. O objetivo principal do PEE é garantir uma atuação eficaz em caso de receção multivítimas, reduzindo a sua mortalidade e morbilidade (CHX-PLN.CHX.074.00, 2017).

Pelo facto de trabalhar no CHX, tenho conhecimento do Plano de Emergência Interno (PEI) contra Incêndios (CHX-PLN.CHX010.01, 2012), assim como do Plano de Emergência Externo (Catástrofe) (CHX-PLN.CHX.074.00, 2017).

Durante o EC no SUG e no SMI realizei uma reflexão com os enfermeiros orientadores e alguns elementos das equipas de enfermagem, no sentido de perceber se estes tinham consciência de como atuar e se sabiam onde se encontravam alocados os organogramas de atuação assim

como toda a documentação referente à logística necessária em caso de ativação do PEE. Todos os elementos do SUG sabem qual a sala em que está toda a documentação necessária à ativação deste plano, o mesmo na acontece no SMI, onde o PEI é bem conhecido pelos seus elementos. A enfermeira orientadora do SUG explicou toda a organização do procedimento, sendo que passei de, apenas ler no papel o procedimento, a ver toda a logística envolvida no mesmo e como atuar. O serviço dispõe de *kits* de identificação, de triagem *START* bem acondicionados e de fácil acesso e uma área de contingência. Considero que o SUG está muito bem organizado em caso de ativação deste plano.

No nível III de resposta do PEE do CHL, deve ser criada um SMI avançado a nível da UCPA. Na realidade, o nível III de resposta do PEE foi colocado em prática em fevereiro de 2021, no pico da pandemia, sendo esta equiparada e vivenciada como uma catástrofe.

No PEI contra incêndios, procurei as instruções especiais de atuação, nomeadamente evacuação de doentes do SMI, Anexo 12 do mesmo Plano.

Numa UCI, uma evacuação obriga ao envolvimento de um elevado número de meios humanos e materiais, visto existirem múltiplos riscos associados, essencialmente relacionados com a segurança dos doentes (Patoleia, 2017).

Durante o EC no SMI, realizei também uma reflexão com o enfermeiro orientador e alguns elementos da equipa de enfermagem, no sentido de perceber se estes tinham consciência de como atuar e qual seria o sentido da evacuação de doentes no cenário de incêndio, tendo em conta que o SMI passou a incluir mais 5 camas, que neste caso estão alocadas à UCIC, e também perceber qual seria a sua atitude perante a evacuação de doentes COVID. Neste contexto, é necessária mais formação e simulacros, visto não haver respostas concretas e consensuais, embora todos concordassem, que em caso de evacuação horizontal, esta seria no sentido contrário ao incêndio e em direção à porta corta fogo mais perto, tomando as devidas precauções na evacuação do doente crítico. Constatei também que a sinalética está bem visível e com as devidas orientações.

A anunciada, mas imprevisível, radical e global experiência da pandemia Covid-19 revelou o grau de ignorância, fragmentação, insuficiência do conhecimento nacional e internacional e de estratégias de intervenção e, ainda mais substancialmente, de coordenação em todas as áreas críticas de prevenção e cuidados. A importância da componente de enfermagem nas organizações e nos aspetos técnicos e culturais da prestação de cuidados de saúde e acessibilidade, tem sido sublinhada como protagonista da resistência e resiliência durante o pior período de emergência e catástrofe que vivenciamos, devendo ser especificamente envolvida nesta profunda modificação das interações e das intervenções que deve ser efetuada com vista a um bem comum (Tognoni, 2020), a saúde de todos. Como tal, é necessária uma união multicultural e multidisciplinar, de modo a poder prever, antecipar e solucionar os riscos que advêm a curto ou longo prazo de uma situação tão arrasadora como a que experienciamos, e sobre a qual, ainda não sabemos quais serão as sequelas, físicas e psicológicas de todos os intervenientes.

O conceito de saúde global trouxe aspetos positivos e negativos em todo o mundo. Se, por um lado há uma melhoria das práticas, reforçada pela partilha de conhecimento e tecnologia médica, por outro, a globalização trouxe novos desafios, acelerando o processo de disseminação de novas doenças infecciosas e outras que já se encontravam erradicadas (Ruger & Yach, 2014).

Para dar resposta ao PCI 12.2 (Joint Commission International, 2020) o GCL-PPCIRA elaborou um PI - Ativação da Área de Contingência - Ameaças Globais (CHX-EPE, 2019a), cujo objetivo era fundamentar e organizar ações, métodos e recursos a envolver na preparação e resposta a situações de epidemia ou pandemia e bioterrorismo. Este planeamento estratégico implica uma avaliação das necessidades, uma definição de objetivos, uma implementação de intervenções específicas de forma coordenada e uma monitorização e avaliação das atividades das intervenções, de forma a promover a sensibilização da população e influenciar comportamentos numa emergência de saúde pública (OMS, 2018), quase uma premonição para o que viria a seguir.

O facto de ser uma situação global, em diferentes estados de evolução, provocou a necessidade de acompanhamento e de emanção de orientações, a nível internacional pela WHO e a nível nacional pela DGS. Este acompanhamento fez com que fossem emitidas diversas normas e orientações face ao contexto epidemiológico da doença, aplicadas em diferentes níveis, que sustentaram o processo de tomada de decisão em muitas situações, a nível interno nas instituições.

Desta forma, pude conhecer os circuitos no CHX criados face à pandemia, elaborar estratégias de melhoria em relação a procedimentos instituídos e efetuar a avaliação do risco de infeção, redefinição de circuitos e participação ativa na tomada de decisão baseada no juízo clínico, em relação à alocação/relocação de doentes portadores de SARS-CoV-2.

Realizei, diariamente, a estatística do CHX em relação à COVID-19, para envio à ARS, de forma a perceber a importância da aplicabilidade da estatística na área da saúde, para reformulação de procedimentos e políticas.

Desenvolvi competências no âmbito da Plataforma de VE TraceCovid-19®, no registo e sinalização para vigilância de doentes Covid positivos entrados no CHX e que não tinham qualquer vigilância ou eram suspeitos ou em vigilância por contactos próximos, assim como interpretar quando um resultado positivo ao Covid já era considerada pessoa com critérios de cura e com dispensa de teste, que durante o EC mudou de 90 dias para 180 dias. Esta plataforma visa dar suporte aos profissionais de saúde para a realização de registos detalhados de informação específica sobre os casos, respetivo rastreio de contactos, vigilância e seguimento clínico a doentes com suspeita ou confirmação de COVID-19 (SNS, 2020). Ainda neste âmbito desenvolvi contactos (correio eletrónico) com a Saúde Pública, através do Delegado de Saúde, no sentido de implementar estratégias de controlo e mitigação da infeção por SARS-CoV-2 dos doentes do CHX na comunidade, dando propósito ao PCI. 12.2 (Joint Commission International, 2020).

Em relação aos cuidados de enfermagem preservando os vestígios de indícios de prática de crime e a violência no ciclo de vida, consultei o protocolo existente no CHX sobre o abuso sexual e a Cadeia de Custódia, Abuso Sexual - PC.CHX.104.02 (CHX-INMLCF, 2017).

A Cadeia de Custódia é um processo usado para manter e documentar a história cronológica da evidência, para garantir a idoneidade e o rastreamento das evidências utilizadas em processos judiciais (CHX-INMLCF, 2017).

Consultei também o Despacho nº 9494/2019 sobre o Programa Nacional de Prevenção da Violência no Ciclo de Vida (Diário da República, 2019a) e a Resolução do Conselho de Ministros nº 139/2019, sobre as Medidas de Prevenção e Combate à Violência Doméstica (Diário da República, 2019b). Estes protocolos estão direcionados para o SUG do HX e não para o SMI, visto que estes doentes quando chegam ao SMI já tiveram de passar por todo o processo descrito nos protocolos. O SUG possui um gabinete devidamente fechado com um cofre e frigorífico destinado apenas à preservação de provas, assim como o devido procedimento está bem visível e de fácil acesso no mesmo gabinete.

2.2.3. Maximiza a Prevenção, Intervenção 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

As Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) são um dos eventos adversos mais comuns na prestação de cuidados e um importante problema de saúde pública com impacto na morbilidade, mortalidade e qualidade de vida (Cassini et al., 2016). O Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistências aos Antimicrobianos (PPCIRA) foi considerado um programa prioritário pelo Despacho n.º 6401/2016 de 16 de maio, tendo como objetivos até 2020: melhorar a prevenção e o controlo de infeções nas unidades de saúde, diminuindo as infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS); melhorar a qualidade

da prescrição dos antimicrobianos; e diminuir a resistência aos antimicrobianos (Direção-Geral da Saúde, 2018a). Estas infeções constituem um problema considerável para a segurança do doente e o seu impacto pode resultar em internamentos hospitalares prolongados, incapacidade a longo prazo, encargo financeiro adicional para o sistema de saúde, altos custos para os doentes e suas famílias, levando a um aumento da mortalidade (World Health Organization, 2011). Na admissão à unidade de saúde, deve assumir-se que todo o doente está potencialmente colonizado ou infetado com microrganismos “problema” e podem constituir-se reservatório ou fonte potencial para transmissão cruzada de infeção. A aplicação das PBCI durante a prestação de cuidados é determinada pelo nível de interação entre o prestador de cuidados e o doente e, o grau de exposição previsto ao sangue ou outros fluidos orgânicos (Direção-Geral da Saúde, 2012).

Num SUG, onde existe grande rotatividade de doentes, sobrelotado e com elevada carga de trabalho, nem sempre é fácil a adoção das melhores práticas, no entanto, contrariamente ao que esperava, não foi o que observei, existindo uma consciencialização dos profissionais a adotarem boas práticas.

Os EEMCPSC têm uma atitude proativa e de liderança no sentido da execução de procedimentos de prevenção, nomeadamente na gestão da alocação de doentes, nos isolamentos e educação dos restantes profissionais. Um dos exemplos destes procedimentos é aquando da identificação de um microrganismo multirresistente num doente, este ser mobilizado para o quarto de isolamento na área laranja quando o mesmo está disponível, ou para uma box estrategicamente mais afastada dos restantes doentes. Desta forma é dado cumprimento à recomendação da DGS na norma 029/2012 (Direção-Geral da Saúde, 2012). A mesma refere que doentes que representem um risco acrescido de transmissão cruzada devem ser colocados num local que minimize esse risco, como quarto individual ou local afastado das zonas de maior circulação.

O SUG do HX, tem o cuidado de promover estratégias que visam adoção das precauções básicas de controlo de infeção, equipamentos de proteção individual (EPI) disponíveis em quantidade suficiente e em locais estratégicos, a existência de Solução Antisséptica de Base Alcoólica (SABA).

Tive oportunidade de cuidar de vários doentes vítimas de trauma, o que se constituiu como uma oportunidade de aprendizagem importante a nível da prevenção da infeção em vítimas desta tipologia. Por vezes, em situações de emergência, é difícil conciliar medidas de suporte imediato de vida com as medidas de prevenção de infeção, mas pude constatar uma preocupação por parte dos enfermeiros em aplicar os princípios de prevenção de infeção nestas situações. Ma et al. (2016) referem que a desregulação imunitária é uma consequência do trauma e pode aumentar o risco de infeção nosocomial. Afirmam também que a prevenção precoce em vítimas de trauma, envolvendo principalmente a prevenção de infeção da ferida, pode diminuir a mortalidade e melhorar os resultados.

A utilização racional de EPIs e dando cumprimento ao que está estabelecido é de extrema importância na prevenção e controlo da transmissão do SARS-CoV2. A prestação de cuidados a doentes COVID na ADR foi de grande relevância para o cumprimento da correta utilização de EPIs e das PBCI na prevenção da transmissão desta doença. A alocação de doentes urgentes respiratórios nesta área permitiu a separação eficaz destes doentes em relação aos que não tinham suspeita de SARS-CoV2. O cuidado tornou-se uma missão para todos os profissionais de saúde do CHX, embora nem sempre alcançada com sucesso.

As UCI são as unidades de internamento hospitalar com maior prevalência de IACS (ECDC, 2019). As PAI, as Infeções Associadas aos CVC, Infeções Urinárias e Infeções do Local Cirúrgico são algumas das mais importantes e que têm lugar de destaque nas IACS.

As Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI) estão presentes no SMI, havendo uma grande adesão por parte de todos os profissionais para que sejam cumpridas segundo a Norma 029/2012 - PBCI estabelecidas pela Direção-Geral da Saúde (2012) e no cumprimento

das Instruções de Trabalho do CHX, com o mesmo intuito. As medidas implementadas no SMI que vão de encontro às PBCI são: existência de sensores automáticos nos lavatórios para água e gel de mãos; disponibilização de Soluções Antissépticas de Base Alcoólica (SABA) em várias áreas na unidade e em cada cama do doente, existência de sensores automáticos de abertura de portas (à entrada do serviço e nos quartos de isolamento); cada unidade do doente possui um carro com todo o material necessário à prestação de cuidados, de uso exclusivo; o material/equipamentos ou são desinfetados ou descartados no momento da alta do doente o que previne a infeção cruzada; existência de pedal para abertura em todos os baldes (lixo e roupa suja); os sacos do lixo são fechados e acondicionados de acordo com as normas em vigor, não excedendo dois terços da sua capacidade, assim como os contentores de corte perfurantes, sendo que as assistentes operacionais têm o cuidado de os manter dentro do que é estipulado; a limpeza do serviço também obedece ao estipulado nas PBCI; a preparação da medicação também é feita cumprindo as normas de assepsia e prevenção de infeções cruzadas; os EPIs estão em local de fácil acesso, num carro de apoio no centro do serviço e nas adufas dos quartos de isolamento; possibilidade de utilizar pressão negativa ou positiva nos quartos individuais; o facto de ser um serviço de acesso condicionado e restrito; a existência de fardamento em número suficiente, que possibilita aos profissionais a utilização exclusiva durante um turno; a preocupação por parte dos profissionais, particularmente enfermeiros, em trocar de fardamento após prestação de cuidados que implicaram maior permanência ou proximidade com doentes infetados mMR. A colocação de doentes de maior risco de transmissão de mMR eram isolados nos quartos individuais, para que esse risco fosse minimizado, tal como recomenda a Direção-Geral da Saúde (2012). Com a mudança para a UCIC, não foi possível proceder ao isolamento de doentes em quartos, pois este espaço não tem quartos de isolamento, pelo que, este era feito em coorte, e respeitando os protocolos da instituição assim como as normas da DGS.

Os doentes que dão entrada no SMI são submetidos ao rastreio de microrganismos. Este rastreio é efetuado de acordo com a prescrição médica e consiste na colheita de urina para

urocultura, duas hemoculturas, zaragatoa retal para pesquisa de Enterobacteriáceas Resistentes aos Carbapenemos (CRE), zaragatoa axilar/inguinal para pesquisa de acinetobacter, zaragatoa nasal/axilar/perianal para pesquisa de *Staphylococcus Aureus* Resistente à Meticilina (MRSA) e colheita de expetoração para cultura quando o doente apresenta expetoração. O intuito destas ações prende-se com a vigilância, monitorização e deteção precoces de focos de infeção no doente. As recomendações relativas à avaliação do risco de colonização por ERC não estão a ser integralmente cumpridas pois, tanto o procedimento interno do CHX como a norma da DGS referem que o doente só é considerado não colonizado após ter três amostras consecutivas negativas colhidas com intervalo de 48 horas (Direção-Geral da Saúde, 2017). No SMI apenas se colhe uma zaragatoa para pesquisa de CRE, muitas vezes por falta de pedido médico, segundo apurei. É de importância referir que no atual contexto a utilização de EPIs obedece a novas instruções de trabalho do CHX, como FI.CHX.391.03 e a Norma 007/2020 Prevenção e Controlo de Infeção por SARS-CoV-2 (COVID-19): Equipamentos de Proteção Individual (EPI) (Direção-Geral da Saúde, 2020).

Durante o EC do GCL-PPCIRA tive a oportunidade de realizar auditorias internas a dois serviços de prestação de cuidados do HX. Em reflexam com a equipa do GCL-PPCIRA, é notável, desde as últimas auditorias internas, alguma despreocupação das equipas na utilização racional dos EPIs e no cumprimento das PBCIs, sendo que o foco destas equipas continua a ser apenas o Covid. Houve uma tentativa por parte dos elementos do GCL-PPCIRA e minha, de voltar a motivar as equipas no sentido de voltarem a adotarem as boas práticas, assim como no esclarecimento de dúvidas. Ficou assente entre a equipa que uma das estratégias a adotar no futuro muito próximo seria voltar a fazer formação às equipas, utilizando a melhor evidência científica, quer sobre as PBCI, PCI e feixes de intervenção, assim como novas normas emitidas quer pelas entidades nacionais, como a DGS, quer pelas internacionais, ECDC, CDC, WHO. Ainda assim, no cumprimento da Norma nº. 007/2019 (Direção-Geral da Saúde, 2019a), a Direção-Geral da Saúde (2021) deu conhecimento de que em 2020 a utilização de solução antisséptica aumentou em todas as unidades de saúde, aumentando também na comunidade,

face ao contexto pandémico. Ainda, entre 2019-2020 obteve-se uma melhoria de cerca de 4% no cumprimento das medidas de higiene ambiental. A pandemia veio aumentar significativamente os resultados da etiqueta respiratória, aumentando o índice global em 3,9%. O consumo de antibióticos na comunidade também foi reduzido no ano de 2020.

O Despacho nº. 1150/2021 (Direção-Geral da Saúde, 2021a), identifica quais as doenças transmissíveis de notificação clínica e laboratorial obrigatória e outros riscos para a saúde pública que devem ser abrangidos pelo Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SINAVE®). O Despacho nº. 5855/2014 (Direção-Geral da Saúde, 2014) determina a obrigatoriedade da utilização desta aplicação informática. Apesar destas notificações serem de carácter obrigatório, quer clínico, quer laboratorial (Direção-Geral da Saúde, 2017d) constatei que existe pouca notificação de outras doenças de declaração obrigatória para além da COVID-19 no Trace Covid.

A emergência da resistência aos antimicrobianos (mRA) acontece em todo o mundo, implicando agentes microbianos que são ameaças à saúde humana e animal. Tal, reduz as opções de tratamento das doenças provocadas por estes agentes, com consequências graves no aumento de morbilidade, mortalidade e de custos dos cuidados de saúde e sociais associados. Especialistas estimam que a mRA será responsável pela morte de dez milhões de pessoas por ano em todo o mundo em 2050 (Direção-Geral da Saúde, 2019b). Sendo um elemento educador e capacitador na área da prevenção e do controlo da infeção associado aos cuidados à PSC, seja em que contexto for, como futura EEEMCPSC tenho como dever alertar para os custos que as práticas desadequadas podem interferir a curto prazo na nossa qualidade de vida e na saúde global.

A PCI faz parte da minha atuação como profissional no dia a dia. É algo que está naturalmente ligado a mim. Por essa razão, uma das situações que mais me levanta preocupação na PCI são as flebites associadas aos CVPs e às práticas dos enfermeiros para as prevenir. Deste modo, e por ser uma preocupação que já vem de longe, decidi aprofundar o meu conhecimento nesta

temática, tentando perceber quais os motivos que podem levar à incidência de flebites, perceber as práticas dos enfermeiros e as taxas de infiltrações e flebites no HX, sendo este o foco do meu projeto de investigação.

PARTE II – PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA: PROJETO DE INVESTIGAÇÃO – AÇÃO

INTRODUÇÃO

Os Cuidados de Saúde no contexto hospitalar são cada vez mais um desafio constante, quer pela procura de melhoria na prestação de cuidados ao doente, tendo como objetivo a sua segurança, pela descoberta de novas técnicas, de novos medicamentos, tecnologias de diagnóstico e terapêutica, quer, por outro lado, pelo surgir de novas doenças, infeções desconhecidas por novos microrganismos, novas resistências a antibióticos, entre outros.

Um dos grandes problemas da atualidade são as Infeções Nosocomiais da Corrente Sanguínea (INCS), causadas maioritariamente por técnicas invasivas.

A punção de veias periféricas é uma técnica realizada em cerca de 86,4% dos doentes admitidos em meio hospitalar (Danski et al., 2016).

Esta técnica é um procedimento realizado para a administração de terapêutica intravenosa, assim como para colheitas de sangue, sendo um dos procedimentos mais comuns em meio hospitalar.

As intervenções de enfermagem associadas aos Cateteres Venosos Periféricos (CVP) assumem um caráter de extrema importância na prevenção das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS), nomeadamente Infeções Nosocomiais da Corrente Sanguínea (INCS), pela sua elevada taxa de colocação em meio hospitalar e pela sua elevada manipulação.

As recomendações publicadas sobre os procedimentos invasivos e estratégias de implementação de boas práticas, têm o objetivo de reduzir a incidência das infeções associadas a esses procedimentos e aos dispositivos intravasculares. A OMS emitiu em 2002 (O’Grady, et al., 2011), um conjunto de recomendações “Prevenção da Infeção Nosocomial Associadas a Dispositivos Intravasculares”, que foram elaboradas por um grupo de trabalhos multidisciplinar, com base nas recomendações emanadas pelos *Centers for Disease Control*

And Prevention - Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee, United States, sendo que a Direção Geral da Saúde (DGS) elaborou um guia associado ao “*Programa nacional de controlo da infeção – Recomendações para prevenção da infeção associada aos dispositivos intravasculares*” (Direção-Geral da Saúde, 2006). Nestas recomendações estão incluídas as relativas à cateterização venosa periférica, à técnica de inserção do CVP (normas de assepsia), locais de inserção, tipos de pensos utilizados na fixação do CVP no doente, à inspeção diária do local de inserção e a troca dos materiais utilizados de forma rotineira.

Tendo em conta: que estas recomendações da DGS são de 2006 e não houve atualização das mesmas; que existem *guidelines* internacionais atualizadas para a cateterização venosa periférica, e que a necessidade de implementar cuidados de enfermagem fundamentados na prática baseada na evidência, com foco nas necessidades, na segurança, na qualidade e no bem-estar dos doentes é a missão das instituições prestadoras de cuidados de saúde, surge a necessidade de dar resposta à seguinte questão de investigação:

- Quais são as práticas dos enfermeiros numa Instituição Hospitalar na escolha, inserção e manutenção de cateteres venosos periféricos para promover a qualidade dos cuidados?

Para tal, teremos como objetivos do estudo de investigação:

- Atualizar a instrução de Trabalho do HX, EPE relativa aos dispositivos intravasculares de acordo com as *guidelines* mais recentes;
- Determinar as diferenças entre as práticas dos enfermeiros e as *guidelines* atuais;
- Determinar a taxa de flebites e infiltrações do HX nos doentes internados nos serviços de cirurgia, medicina e unidade de hospitalização domiciliária;

Para tal, irá desenvolver-se um estudo quantitativo, transversal, tipo correlacional.

1. ENQUADRAMENTO

Melhorar a segurança e qualidade dos cuidados de saúde depende da implementação da prática baseada nas descobertas da prática clínica de todos os dias (Ray-Barruel & Rickard, 2018). Foram desenvolvidos vários auxiliares de decisão para orientar os cuidados de enfermagem ao doente com um cateter venoso periférico (CVP), incluindo normas, *guidelines*, *framewoks*, feixes de intervenções, políticas, procedimentos, algoritmos, *checklists* e escalas (Ray-Barruel & Rickard, 2018).

Os padrões da prática profissional estabelecem níveis de desempenho e fornecem critérios de responsabilidade apoiados por evidências da pesquisa e atualizados por peritos regularmente (Ray-Barruel & Rickard, 2018). O Royal College of Nursing com o “Standards for Infusion Therapy” (Royal College of Nursing, 2019) e o Infusion Nurses Society com o “Infusion Therapy Standards of Practice” (L. A. Gorski, 2017), definem normas para a prática baseada na evidência para acessos vasculares e perfusões (Ray-Barruel & Rickard, 2018).

Estes dois documentos criaram uma lista de procedimentos para os cuidados com os acessos vasculares, avaliação da escolha do local de punção, avaliação regular do local de punção, a remoção em tempo oportuno, a prevenção de infeções e os cuidados com os pensos dos cateteres, assim como o registo dos cuidados no processo clínico do doente (Ray-Barruel & Rickard, 2018).

O CVP é um recurso material essencial no contexto hospitalar, utilizado para a administração de fluidos, nutrientes, medicamentos e produtos sanguíneos, bem como na recolha de sangue para análises. A sua utilização pode causar complicações, que podem afetar a segurança e o bem-estar do doente, sendo a flebite uma das complicações mais frequentes, com taxas de incidência que variam entre 4,5% e 60% (Oliveira et al., 2019). A elevada incidência de flebites e a segurança e bem-estar do doente, o planeamento e implementação dos cuidados de enfermagem é essencial para prevenir esta complicação durante a inserção e enquanto o CVP está colocado no doente (Oliveira et al., 2019).

Segundo o estudo de Oliveira et al., (2019), a criação de protocolos que padronizam as práticas de enfermagem, bem como a implementação de formações e da sensibilização dos enfermeiros para os fatores de risco de desenvolvimento de flebite, que são essenciais para garantir um cuidado seguro e de qualidade ao doente.

Segundo Larsen et al., (2016), a terapia intravenosa é amplamente utilizada em contextos hospitalares, principalmente através da colocação de cateteres venosos periféricos. A maioria dos cateteres são removidos devido à ocorrência de complicações, ao fim do tratamento ou à falta de utilização. As complicações mais comuns associadas à utilização do cateter intravenoso periférico são hematoma, trombose, flebite, tromboflebitas, infiltração, extravasamento, infeção local e dor venosa. Mais de 70% dos doentes internados precisam de um cateter venoso periférico, embora outros estudos indiquem que a taxa de uso de CVPs é 86,4% a 80,6% dos doentes internados (Larsen et al., 2016).

Os conhecimentos técnico-científicos dos enfermeiros e da equipa de enfermagem sobre a terapêutica intravenosa garantem a eficácia do tratamento e a qualidade da prestação de cuidados, tornando fundamental conhecer as melhores práticas de cuidados baseadas na evidência (Larsen et al., 2016).

A bacteremia associada ao uso de cateteres venosos é uma das principais causas de infeções hospitalares e é uma das principais causas de morbilidade e mortalidade, juntamente com o aumento dos custos dos cuidados de saúde (Gallego-Muñoz & Guerrero-Navarro, 2019).

Gallego-Muñoz e Guerrero-Navarro, (2019) enfatiza a importância de fazer uma inspeção visual do local de inserção e do cateter em si, mas também é extremamente importante ter um registo diário das características do cateter e do local de inserção para uma boa utilização dos cateteres e para a redução das taxas de bacteriemia adquirida no hospital. Os registos eletrónicos no processo dos doentes podem facilitar a utilização dos dados e a análise dos mesmos, contribuindo assim para a redução das infeções relacionadas com os cuidados de saúde. É também salientada a importância de programas de formação em que o objetivo é a educação dos profissionais de saúde com formação contínua e regulamentada (Gallego-Muñoz & Guerrero-Navarro, 2019).

A colocação e utilização de CVPs é uma prática altamente útil e padrão nos cuidados ao doente, mas o abuso e o uso indevido destes dispositivos podem aumentar consideravelmente o risco de complicações e, particularmente, de bacteremia. A utilização de uma lista de verificações poderia ser de grande utilidade na inserção e durante a inspeção visual diária, a fim de garantir o cumprimento sistemático das ações mais pertinentes de acordo com as recomendações (Gallego-Muñoz & Guerrero-Navarro, 2019).

Segundo Braga et al., (2016a) citando Maki e Ringer, (1991) e Athayde e Oliveira, (2006), a flebite é definida como uma inflamação da camada íntima da veia, resultado de uma resposta à lesão tecidual, associada à utilização do CVP e identificada por diferentes sinais e sintomas. É uma complicação que resulta na remoção de quase metade dos CVPs (Oliveira, 2014, citado por Braga et al., 2016) afetando o conforto do doente, o tempo de permanência do cateter, o tempo de hospitalização e o custo com o tratamento (Pasalioglu & Kaya, 2014, citados por Braga et al., 2016a).

Uma das intervenções de enfermagem mais implementadas em contexto hospitalar é a terapêutica endovenosa (Ho & Cheung, 2012, citados por Braga et al., 2016a), operacionalizada por meio da punção venosa periférica. Segundo Sena, Krempser, Silva, e Oliveira, (2013), citados por Braga et al., (2016a), a punção de veias periféricas consiste em várias etapas, desde a seleção do material, colocação do CVP, passando pela avaliação clínica da pessoa, mesmo após a remoção do cateter. Este processo não está isento de complicações onde a flebite se destaca como a de maior incidência (Oliveira, 2014, Pasalioglu e Kaya, 2014 e Infusion Nurses Society, 2006 citados por Braga et al., 2016a).

Os fatores associados à flebite são o tempo de permanência do CVP, o calibre do cateter, o local anatómico de inserção, as competências técnicas do profissional, os cuidados de manutenção do CVP, os cuidados ao local de inserção, a frequência da troca do penso, as características das infusões e do próprio doente (Braga et al., 2016a, citando Pasalioglu & Kaya, 2014; Ferrete-Morales et al., 2010; Ferreira, Pedreira, & Diccini, 2007; Maki & Ringer, 1991).

Os enfermeiros devem saber identificar os doentes com fatores de risco associados ao desenvolvimento de flebite para implementarem intervenções preventivas de forma a evitar outras complicações maiores, como a tromboflebite e a infeção (Ho & Cheung, 2012, Gabriel et al., 2011 citados por Braga et al., 2016a).

A utilização da versão da Escala Portuguesa de Flebite (validada por Braga et al., 2016a) na prática clínica padroniza a avaliação do local de inserção e áreas adjacentes ao CVP que estão em risco de desenvolver flebite. Os resultados desta escala assinalam uma adequação à prática clínica na avaliação e na documentação dos cuidados, apresentando-se como instrumento válido e fiável (Braga et al., 2016a). A identificação da flebite ocorre a partir da análise dos sinais e sintomas decorrentes de uma resposta inflamatória e que estes poderão ser percebidos mesmo após a remoção do CVP (flebite pós-infusão) (Braga, Salgueiro-Oliveira, Henriques, & Rodrigues, 2016), recomenda-se a avaliação do local de inserção do CVP e áreas adjacentes por um período mínimo de 48 h após a remoção, não se limitando ao período de permanência (Braga et al., 2016 citando Infusion Nurses Society, 2006, Webster et al., 2015). Assim, a avaliação sistemática da flebite com o uso da Escala Portuguesa de Flebite poderá subsidiar a tomada de decisão dos enfermeiros para a implementação de intervenções terapêuticas e análise da efetividade das medidas preventivas em curso (Braga, Salgueiro-Oliveira, Henriques, & Rodrigues, 2016).

A infiltração é definida como a administração inadvertida de soluções ou medicamentos não vesicantes nos tecidos próximos à inserção do cateter venoso, devido à perfuração ou à rutura da veia (Braga, Salgueiro-Oliveira, Henriques, Arreguy-Sena, et al., 2016). Quando a infiltração ocorre devido à administração inadvertida de solução ou medicamento vesicante, esta é denominada extravasamento e apresenta um risco de dano tecidual progressivo podendo tornar-se evidente em dias ou semanas após a exposição (Braga, Salgueiro-Oliveira, Henriques, Arreguy-Sena, et al., 2016).

Existem algumas dificuldades no processo de gestão da infiltração, como as falhas na identificação do problema, devido entre outros, à quantidade insuficiente de profissionais, alta rotatividade de pessoal e falta de conhecimentos sobre tratamentos eficazes devido a

limitações da pesquisa (Doellman et al., 2009 citado por Braga, Salgueiro-Oliveira, et al., 2016). Melhores práticas em terapia intravenosa devem ser implementadas, com vista a diminuir o risco de infiltração. Entre elas, destacam-se a monitorização do local de inserção do cateter, a implementação de *guidelines* e protocolos de prevenção, reconhecimento precoce dos primeiros sinais e sintomas, e intervir no problema adequadamente, para limitar os danos e evitar efeitos adversos graves (Coyle et al., 2014; Infusion Nurses Society, 2006; Rosenthal, 2007; Dougherty, 2008; Hadaway, 2007; Royal College of Nursing, 2010 e Schulmeister, 2010, citados por Braga, Salgueiro-Oliveira, et al., 2016).

Para avaliar, determinar a extensão e padronizar a descrição da infiltração, documentar a gravidade do problema, aferir os graus e avaliar a prevalência de infiltração, recomenda-se a utilização de uma escala de avaliação (Braga, Salgueiro-Oliveira, Henriques, Arreguy-Sena, et al., 2016).

As escalas também têm sido utilizadas como indicadores para avaliação dos resultados dos cuidados e para contribuir para a implementação de intervenções (Braga, Salgueiro-Oliveira, Henriques, Arreguy-Sena, et al., 2016).

A Escala Portuguesa de Infiltração adaptada para a cultura portuguesa apresentou equivalência linguística face à publicada pela *Infusion Nurses Society*, mostrou-se válida e fidedigna, com boa consistência interna para avaliar a infiltração em contexto clínico. A avaliação sistemática da infiltração com o uso desta escala poderá auxiliar na tomada de decisão dos enfermeiros e a implementação de medidas preventivas e novas intervenções (Braga, Salgueiro-Oliveira, Henriques, Arreguy-Sena, et al., 2016).

Segundo o Royal College of Nursing (2019) a avaliação inicial para a escolha do local de colocação do dispositivo vascular deve incluir se a terapia de infusão é ou não necessária e se outras vias foram consideradas e excluídas (Hallam et al., 2016 citado por Royal College of Nursing, 2019). Se for necessária terapia de infusão, a seleção do local e do dispositivo para acesso vascular deve então incluir a avaliação da condição, idade e diagnóstico do doente, condição vascular, histórico de dispositivos de infusão e o tipo e duração da terapêutica, bem como as potenciais complicações associadas aos dispositivos de acesso vascular. O calibre e o

comprimento do dispositivo exigido pela terapêutica prescrita de ter em conta as condições da veia/vaso/artéria (INS, 2016 citado por Royal College of Nursing, 2019). O estilo de vida do doente, a imagem corporal, quaisquer anomalias conhecidas, a preferência e o histórico relevante do doente, assim como a duração e a definição da terapia devem ser consideradas para a seleção do local e do dispositivo (Hallam, et al., 2016 citados por Royal College of Nursing, 2019).

Segundo o Royal College of Nursing, (2019) citando Hallam et al., (2016) a utilização em todas as instituições de saúde de uma *Vessel Health and Preservation Framework* deve ser considerada como um apoio ao pessoal de saúde na avaliação e seleção do melhor dispositivo de acesso vascular para satisfazer as necessidades de cada doente e preservar vasos sanguíneos existentes.

Novas recomendações relativas às tentativas de colocação dos acessos vasculares são fornecidas nas normas, e referem que não deve haver mais do que duas tentativas de colocação do CVP por cada clínico e que as tentativas totais devem ser limitadas a não mais de quatro (Gorski, 2017). Isto porque as múltiplas tentativas falhadas causam dor no doente, retardam o tratamento, limitam o acesso vascular futuro, o aumento do custo e o aumento do risco de complicações (Gorski, 2017). Além disso, o sucesso da punção diminui com múltiplas tentativas (Hagle e Mikell, 2014 citados por Gorski, 2017). A competência volta a ser uma questão crítica com a colocação do cateter periférico e só os enfermeiros que possuem esta competência e cuja competência foi certificada devem colocar cateteres periféricos. Um dos critérios da prática da *Infusion Therapy Standards* afirma que a inserção e gestão do acesso vascular é atribuída apenas a pessoas com educação, formação e competência validadas, isto também é referido nas diretrizes no *Centers for Disease Control and Prevention* (Gorski et al., 2016, e O'Grady et al., 2011 citados por Gorski, 2017). Para os doentes com acesso vascular difícil, uma avaliação cuidadosa das necessidades de infusão do doente e colaboração com a equipa de cuidados de saúde são necessárias para discutir opções de dispositivos de acessos vasculares alternativos e apropriados (Gorski et al., 2016 citado por Gorski, 2017).

A prática baseada na evidência com recurso a estruturas de apoio dos profissionais de saúde, como *guidelines*, *frameworks*, *bundles*, normas e algoritmos, são essenciais para ajudar e incentivar esta prática. Sem o incentivo da aquisição de novos conhecimentos o cuidar torna-se estático e não vai de encontro aos melhores cuidados e resultados em saúde para os doentes, assim como a satisfação dos profissionais de saúde e melhorias no ambiente de trabalho.

Deste modo, ir de encontro à melhor evidência científica deve ser uma meta de todos os profissionais de saúde.

2. METODOLOGIA

2.1. CONCRETIZAÇÃO DO ESTUDO

A formação contínua dos profissionais de enfermagem sobre o conhecimento científico atual associado à colocação e manutenção dos CVP é de extrema importância de forma a garantir a eficácia do tratamento intravenoso e a qualidade da prestação de cuidados ao doente, sendo fundamental para isso conhecer as melhores práticas baseadas na evidência, prevenindo flebites e infiltrações. Isso justifica a importância desta pesquisa sobre as práticas dos enfermeiros e o conhecimento do número de flebites e infiltrações, assim como o conhecimento das instruções de trabalho associadas a estes procedimentos, pois só desta forma se pode justificar a mudança como suporte à tomada de decisão destes profissionais sobre a colocação e manutenção do cateter venoso periférico adequado ao doente submetido a terapia intravenosa e a prevenção e identificação de flebites e infiltrações.

Assim, irá proceder-se à identificação e análise das práticas dos enfermeiros na escolha, inserção e manutenção de cateteres venosos periféricos tendo como base as *guidelines* mais recentes e a identificação da taxa de flebites e infiltrações. Para tal, irá desenvolver-se um estudo quantitativo, transversal, tipo correlacional.

2.2. QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

Segundo Ribeiro (2010), uma investigação começa por uma grande questão. A questão de investigação é o fio condutor de todo o estudo, informa sobre o produto resultante da investigação.

Deste modo, a questão de investigação deste estudo é:

Quais são as práticas dos enfermeiros de uma Instituição Hospitalar no serviço de Cirurgia, serviço de Medicina e Unidade de Hospitalização Domiciliária, na escolha, inserção e manutenção de cateteres venosos periféricos para promover a qualidade dos cuidados?

2.3. OBJETIVOS

Os objetivos deste estudo são:

- Conhecer as práticas dos enfermeiros na escolha, inserção e manutenção de cateteres venosos periféricos;
- Determinar as diferenças entre as práticas dos enfermeiros e as *guidelines* atuais;
- Determinar as taxas de flebites e infiltrações;

2.4. POPULAÇÃO E AMOSTRA

As pessoas ou objetos acerca das quais se pretende produzir conclusões designam-se por população (Ribeiro, 2010 citando Norusis, 1991). A amostra corresponde à fração da população sobre a qual se desenvolve o estudo.

A população selecionada para este estudo serão os enfermeiros do HX, sendo a amostra os enfermeiros dos serviços de Cirurgia, Medicina e Unidade de Hospitalização Domiciliária.

A técnica de amostragem é não probabilística por conveniência.

2.5. INSTRUMENTOS

Os métodos de recolha de dados são vários e devem ser direcionados e adequados às questões de investigação, de modo a cumprir os objetivos do estudo. O instrumento de recolha de dados deve ter em conta a população alvo a que se destina, devem ser objetivos e sistemáticos. Neste contexto, o instrumento de recolha de dados foi um formulário de preenchimento pelos enfermeiros, de modo a sistematizar as práticas. Foi também aplicada a escala de flebites e infiltrações traduzidas para a população portuguesa por Braga et al., (2016), cuja a autorização para a sua utilização está em ANEXO I.

Os dados serão recolhidos através de um questionário de preenchimento pelos enfermeiros, e que recolhe a seguinte informação (APÊNDICE IV):

- a caracterização sócio demográfica e profissional (sexo, idade, experiência profissional, habilitações literárias, tempo de serviço);
- A prática dos enfermeiros na escolha, inserção e manutenção dos CVP no CHX, EPE;
- Escala Portuguesa de Flebite. Esta escala é composta por 5 Graus de flebite, avaliada por vários critérios clínicos, sendo o **Grau 0** – Sem sintomas, **Grau 1** – Dor no local ou áreas adjacentes ao cateter durante a administração de solução ou medicamento, **OU** Eritema no local do acesso com ou sem dor; **Grau 2** – Dor no local do acesso **E** edema **E** eritema; **Grau 3** – Dor no local do acesso **E** eritema **OU** edema, **E** Rubor ao longo do percurso da veia, **E** Cordão venoso palpável; **Grau 4** – Dor no local do acesso **E** eritema **E/OU** edema, **E** Rubor ao longo do percurso da veia, **E** Cordão venoso palpável > 2,5 cm de comprimento, **E** Drenagem purulenta (Braga et al., 2016).
- Escala Portuguesa de Infiltração. Esta escala é composta por 5 Graus de infiltração avaliada por vários critérios clínicos, sendo o **Grau 0** – sem sintomas; **Grau 1** – Pele pálida; Edema <2,5cm em qualquer direção, Frio ao toque, Com ou sem dor, **Grau 2** – Edema entre 2,5 e 15cm em qualquer direção podendo associar-se a: Pele pálida, Frio ao toque, Com ou sem dor; **Grau 3** – Edema extenso >15cm em qualquer direção, podendo associar-se a: Pele pálida, translúcida, Frio ao toque, Dor leve a moderada, Possível diminuição da sensibilidade; **Grau 4** – Infiltração de qualquer quantidade de

produtos derivados do sangue, irritantes ou vesicantes podendo associar-se a **Ou:** Edema extenso >15cm em qualquer direção podendo associar-se a: Pele pálida, translúcida; Pele tensa, com perda de fluídos; Pele descorada, com hematoma e edema; Edema depressível dos tecidos; Comprometimento circulatório; Dor moderada a severa (Braga, Salgueiro-Oliveira, Henriques, Arreguy-Sena, et al., 2016).

2.6. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

Os princípios éticos e legais são fundamentais tanto na prática clínica como na investigação. Sem um código de ética que oriente e delimite os passos da investigação é a própria investigação que é colocado em causa (Ribeiro, 2010).

Assim, é necessário que o investigador tenha sempre presente os princípios éticos que devem reger a investigação, determinados pelo código de ética. Estes direitos estão espelhados nos *“Princípios Éticos para a Investigação Médica em Seres Humanos”*, Declaração de Helsínquia (Associação Médica Mundial, 2013).

A investigação está sujeita a padrões éticos que promovem e garantem o respeito por todos os seres humanos e protegem a sua saúde e direitos, a produção de novos conhecimentos nunca prevalece sobre os direitos e interesses individuais dos participantes na investigação (Associação Médica Mundial, 2013). É dever do investigador proteger a vida, a saúde, a dignidade, a integridade, o direito à autodeterminação, a privacidade e a confidencialidade da informação pessoal dos participantes, assim como proteger contra o desconforto e o prejuízo e o direito a um tratamento justo e leal.

Torna-se assim fundamental elaborar um documento para o Consentimento Informado e Esclarecido (CIE) com toda a informação pertinente para a pessoa que preenche o questionário, salvaguardando os direitos acima referidos (APÊNDICE V).

O estudo de investigação foi também submetido ao parecer da comissão de ética e do conselho de administração do local onde será realizada (CHX, EPE), para autorização para a realização deste trabalho de investigação (ANEXO II).

2.7. TRATAMENTO DE DADOS

Os objetivos do investigador quando se debruça sobre um conjunto de dados é verificar da existência e da natureza das relações entre variáveis (Ribeiro, 2010).

Os parâmetros de normalidade vêm com maior probabilidade do centro de uma distribuição do que de ambos os extremos, estes parâmetros são chamados medidas de tendência central (Beck, 2012).

Os parâmetros de normalidade vêm com maior probabilidade do centro de uma distribuição do que de ambos os extremos, estes parâmetros são chamados medidas de tendência central (Beck, 2012).

Segundo Beck (2012), a estatísticas descritiva é usada para descrever e sintetizar os dados. Médias e percentagens são exemplos de estatística descritiva. Quando estes indicadores são calculados com base em dados de uma população, são chamados parâmetros.

Os parâmetros de normalidade vêm com maior probabilidade do centro de uma distribuição do que de ambos os extremos, estes parâmetros são chamados medidas de tendência central (Beck, 2012).

O tratamento de dados deste estudo foi efetuado recorrendo à estatística descritiva, nomeadamente: a frequências absolutas e relativas, medidas de tendência central (média) e medidas de dispersão (máximo, mínimo e desvio padrão).

A plataforma de software *IBM SPSS®* oferece uma análise estatística avançada, uma vasta biblioteca de algoritmos de *machine learning*, análise de texto, extensibilidade de código aberto, integração com *big data* e implementação perfeita em aplicações (IBM, 2020).

O tratamento dos dados foi efetuado através do programa estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*).

3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Neste capítulo apresenta-se a análise dos resultados obtidos tendo por base os objetivos definidos para os estudos. Por forma a permitir uma apresentação dos resultados de forma mais prática, este capítulo está dividido em dois subcapítulos: Estudo I e Estudo II (APÊNDICE VI).

3.1. ESTUDO I – AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS DOS ENFERMEIROS

Neste subcapítulo são apresentados os resultados obtidos através do questionário sobre as práticas dos enfermeiros na escolha, inserção e manutenção dos cateteres venosos periféricos (CVP) no CHL, EPE.

Características sociodemográficas dos enfermeiros

Dos 27 enfermeiros que responderam a este questionário, 25 são do sexo feminino e 2 do sexo masculino, correspondendo a 92,59% e 7,41% respetivamente (Tabela 1).

TABELA 1 - DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA POR GÉNERO

	n	%
Masculino	2	7,41
Feminino	25	92,59
Total	27	100,00

Os 27 enfermeiros que responderam ao questionário apresentaram uma média (\bar{x}) de idades de $44,741 \pm 11,437$ anos, compreendidas entre os 25 e os 63 anos (Tabela 2).

TABELA 2 - IDADE DOS ENFERMEIROS

	N	Mínimo	Máximo	\bar{x}	Desvio padrão
IDADE	27	25	63	44,741	11,437

Em relação aos Anos de Serviço, obteve-se um mínimo de 1 ano de serviço e um máximo de 36 anos, sendo a média de $21,259 \pm 10,585$ (Tabela 3).

TABELA 3 - ANOS DE SERVIÇO

	N	Mínimo	Máximo	\bar{x}	Desvio padrão
ANOS de SERVIÇO	27	1	36	21,259	10,585

No que diz respeito à Formação Académica dos 27 enfermeiros, 18 (66,67%) apenas tinham a licenciatura, enquanto 6 (22,22%), para além da licenciatura, tinham pós-graduação e 3 (11,11%) acresciam à licenciatura, um mestrado (Tabela 4).

TABELA 4- DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA SEGUNDO A FORMAÇÃO ACADÉMICA

	n	%
Licenciatura	18	66,67
Pós-Graduação	6	22,22
Mestrado	3	11,11
Total	27	100,00

Dos 27 enfermeiros, apenas 8 (29,63%) tinham Formação em CVP e 19 (70,37%) não tinham formação específica em CVP, para além da fornecida na formação académica (Tabela 5).

TABELA 5 - FORMAÇÃO SOBRE CVP

	n	%
Sim	8	29,63
Não	19	70,37
Total	27	100,00

Na distribuição por Serviços, obtivemos 7 (25,93%) enfermeiros da Unidade de Hospitalização Domiciliária (UHD), 10 (37,04%) enfermeiros no serviço de Cirurgia e 10 (37,04%) enfermeiros no serviço de Medicina (Tabela 6).

TABELA 6 - DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA POR SERVIÇOS

	n	%
UHD	7	25,93
CIRURGIA	10	37,04
MEDICINA	10	37,04
Total	27	100,00

Avaliação das práticas dos enfermeiros na escolha, inserção e manutenção dos CVP

Dos 27 enfermeiros que responderam ao questionário, sobre as suas práticas na escolha, inserção e manutenção do CVP, obtivemos apenas consenso no item “P8 - Que tipo de obturador utiliza normalmente:”, com 100% de respostas na opção “2. Obturador com válvula bidirecional”. Nos restantes itens houve uma diversidade de respostas.

Assim, no item “P1- Quando vai puncionar um doente” a maioria das respostas, 44,44% foi a opção “5. Higieniza as mãos e usa luvas”, enquanto 7,41% responde que “3. Lava as mãos com água e sabão”.

Na questão seguinte, 44,44% dos enfermeiros responderam que “o tipo de garrote que utiliza” é “3. Garrote de borracha que depois desinfeta”, enquanto 3,70% respondem que usam “descartável”.

No item “P3. Quando faz a identificação da veia a puncionar, faz a palpação da veia várias vezes, mesmo após a desinfecção da pele”, 70,37% respondem que “sim”, quando os restantes respondem que “não”.

Para o item “P4 - Que desinfetante utiliza antes de puncionar o doente”, 62,96% dos enfermeiros utilizam “desinfetante cutâneo”, quando 3,7% utiliza “betadine”.

“O local anatómico preferencial da inserção do CVP”, escolhido pelos enfermeiros foram “Dorso da mão” e “Antebraço”, com igual percentagem (40,74%), enquanto o “Braço” foi o local que apenas recebeu 3,70% das respostas.

Os enfermeiros responderam que o “P6 - Calibre preferencial do CVP escolhido pelos enfermeiros”, foi principalmente, em 44,44%, “depende do calibre da veia”, enquanto o calibre “18G” obteve apenas 3,70% das respostas.

No item “P7 - Quando não consegue puncionar o doente na primeira tentativa, quantas vezes mais punciona o doente antes de pedir ajuda”, 62,96% dos enfermeiros tenta “Mais 2 vezes”, e 3,70% dos enfermeiros tenta “Mais 4 vezes” até pedir ajuda.

Na pergunta seguinte “P9 - Penso que mais utiliza para fixar o CVP”, 70,37% dos enfermeiros responderam “2. Adesivo não estéril”, mas 11,11% dos enfermeiros selecionaram a opção “5. transparente estéril”.

Quando os enfermeiros necessitam usar um cateter para administração de terapêutica intravenosa, 88,89% dos enfermeiros utiliza para a desinfecção do obturador ou torneira, o álcool a 70%, enquanto 3,70% dos profissionais não utiliza nenhum desinfetante.

No item “P11 - Após a utilização do cateter com obturador”, 62,96% dos enfermeiros referem que faz apenas um *flush* com solução salina, contudo 11,11% dos enfermeiros não fazem mais nada.

Os enfermeiros ao serem questionados sobre quanto tempo pode ficar o CVP sem ser trocado, 40,74% responde que deve ser trocado se tiver sinais inflamatórios, contudo, 7,41% dos enfermeiros refere que deve ser trocado de 2 em 2 dias.

Por fim, no item “P13 - Quando o doente fica com toda a medicação por via oral ou outra, sem medicação intravenosa prescrita”, 48,15% das respostas foram “Mantém o CVP mais uns dias porque pode ser necessário”, enquanto 11,11% “Mantém o cateter até a data de alta”.

TABELA 7 - PRÁTICAS DOS ENFERMEIROS NA ESCOLHA, INSERÇÃO E MANUTENÇÃO DOS CVP

		n	%
P1- Quando vai puncionar um doente:	2.Um dos anteriores conforme a necessidade	9	33,33
	3.Lava as mãos com água e sabão	2	7,41
	4.Higieniza as mãos com SABA	4	14,81
	5.Higieniza as mãos e usa luvas	12	44,44
	P2 - Que tipo de garrote utiliza:	1.Garrote de elástico que depois desinfeta	4
	2. Uma luva	10	37,04
	3. Garrote de borracha que depois desinfeta	12	44,44
	4. Descartável	1	3,70
P3 - Quando faz a identificação da veia a puncionar, faz a palpação da veia várias vezes, mesmo após a desinfecção da pele:	1. Sim	8	29,63
	2. Não	19	70,37
P4 - Que desinfetante utiliza antes de puncionar o doente	3. Álcool a 70 ^o	9	33,33
	4. Betadine	1	3,70

	5. Desinfetante cutâneo	17	62,96
P5 - Local anatómico preferencial da inserção do CVP:	1. Não interessa o local	4	14,81
	5. Braço	1	3,70
	6. Antebraço	11	40,74
	7. Dorso mão	11	40,74
P6 - Calibre preferencial do CVP:	1. O maior possível	2	7,41
	3. 16G	2	7,41
	4. 18G	1	3,70
	5. 20G	10	37,04
	8. Depende do calibre da veia	12	44,44
P7 - Quando não consegue puncionar o doente na primeira tentativa, quantas vezes mais punciona o doente antes de pedir ajuda	2. Mais 4 vezes	1	3,70
	3. Mais 3 vezes	4	14,81
	4. Mais 2 vezes	17	62,96
	5. Mais 1 vez	5	18,52
P8 - Que tipo de obturador utiliza normalmente:	2. Obturador com válvula bidirecional	27	100,00
P9 - Penso que mais utiliza para fixar o CVP:	2. Adesivo não estéril	19	70,37
	4. Película transparente estéril + adesivo não estéril	5	18,52
	5. Película transparente estéril	3	11,11
P10 - Quando necessita usar um cateter para administração de terapêutica intravenosa que desinfetante utiliza para a desinfeção do obturador ou torneira:	1. Nenhum	1	3,70
	5. Desinfetante das mãos	2	7,41
	6. Álcool a 70 ^o	24	88,89
P11 - Após a utilização do cateter com obturador:	1. Não faço mais nada	3	11,11
	2. Desinfeto novamente com o mesmo desinfetante	7	25,93
	4. Faço apenas um <i>flush</i> com solução salina	17	62,96
P12 - Durante quanto tempo pode ficar o CVP sem ser trocado:	3. Deve ser trocado de 2 em 2 dias	2	7,41
	4. Deve ser trocado de 3 em 3 dias	8	29,63
	7. Deve ser trocado se tiver sinais inflamatórios	11	40,74
	8. Deve ser trocado de 4 em 4 dias	6	22,22
P13 - Quando o doente fica com toda a medicação por via oral ou outra, sem medicação intravenosa prescrita:	1. Mantém o cateter até a data de alta	3	11,11
	2. Mantém o CVP mais uns dias porque pode ser necessário	13	48,15
	3. Retira o cateter e se necessário volta a puncionar	11	40,74
		27	100

Para melhorar análise das práticas respondidas pelos profissionais, de forma a poder apurar uma percentagem global de práticas corretas ou incorretas, para cada pergunta classificou-se as várias opções de resposta como corretas ou incorretas, à luz da literatura.

Assim, após a classificação das opções de resposta, obteve-se uma percentagem média de respostas corretas de 68,38% quanto às práticas dos enfermeiros na escolha, inserção e manutenção dos CVPs (Tabela 8).

TABELA 8 - DISTRIBUIÇÃO DE PRÁTICAS CORRETAS OU INCORRETAS

		Incorretas	Corretas
P1- Quando vai puncionar um doente	n	9	18
	%	33,33	66,67
P2 - Que tipo de garrote utiliza:	n	14	13
	%	51,85	48,15
P3 - Quando faz a identificação da veia a puncionar, faz a palpação da veia várias vezes, mesmo após a desinfeção da pele:	n	8	19
	%	29,63	70,37
P4 - Que desinfetante utiliza antes de puncionar o doente	n	9	18
	%	33,33	66,67
P5 - Local anatómico preferencial da inserção do CVP:	n	4	23
	%	14,81	85,19
P6 - Calibre preferencial do CVP:	n	4	23
	%	14,81	85,19
P7 - Quando não consegue puncionar o doente na primeira tentativa, quantas vezes mais punciona o doente antes de pedir ajuda	n	5	22
	%	18,52	81,48
P8 - Que tipo de obturador utiliza normalmente:	n	0	27
	%	0,00	100,00
P9 - Penso que mais utiliza para fixar o CVP:	n	19	8
	%	70,37	29,63
P10 - Quando necessita usar um cateter para administração de terapêutica intravenosa que desinfetante utiliza para a desinfeção do obturador ou torneira:	n	3	24
	%	11,11	88,89
P11 - Após a utilização do cateter com obturador:	n	10	17
	%	37,04	62,96
P12 - Durante quanto tempo pode ficar o CVP sem ser trocado	n	10	17
	%	37,04	62,96
P13 - Quando o doente fica com toda a medicação por via oral ou outra, sem medicação intravenosa prescrita:	n	16	11
	%	59,26	40,74

Neste estudo definiram-se como variáveis dependentes as práticas dos enfermeiros, pelo que foi verificada a aderência à normalidade da distribuição das variáveis através do teste *Shapiro-Wilk* (Pestana & Gageiro, 2005).

Com uma probabilidade de erro de 5%, pode-se constatar que não se aplicam os pressupostos de normalidade da amostra para todas as variáveis estudadas ($p < 0,05$), o que permite concluir que a distribuição da amostra não é normal. Não se tendo verificado a normalidade da amostra, optou-se por utilizar testes estatísticos não paramétricos.

Para a análise da influência de cada variável independente com a variável de resultado (dependente), recorreu-se ao teste do Qui-quadrado para as variáveis categóricas. Mas, por existirem várias células cuja frequência era inferior a cinco, por amostra ser reduzida, optou-se por utilizar o teste exato de Fisher. O teste exato de Fisher mostrou que não há associação entre as práticas corretas e os três serviços avaliados. Exceto na pergunta 9 “Penso que mais utiliza para fixar o CVP”, verificou-se que existe diferença altamente significativa ($F=12,329$; $p=0,001$) entre os três serviços, ou seja, o serviço UHD apresenta maioritariamente respostas corretas, enquanto os restantes serviços apresentam respostas maioritariamente incorretas (Tabela 9). Por outro lado, mesmo não havendo diferenças estatisticamente significativas, consegue-se fazer o levantamento dos serviços com maior percentagem de perguntas com respostas corretas. Assim, a UHD assume o pódio com maior percentagem de respostas corretas, em que apresenta 8 perguntas, de um total de 13, com a maioria das respostas corretas. Seguido da Cirurgia com 5 perguntas com a maioria das respostas corretas e por fim a Medicina com 4 perguntas com maior percentual de respostas corretas.

TABELA 9 - TESTE EXATO DE FISHER ENTRE AS PRÁTICAS DOS ENFERMEIROS E SERVIÇOS

			UHD	Cirurgia	Medicina	Total	F	p
P1	Incorretas	n	5	2	2	9	5,482	0,048
		%	71,4%	20,0%	20,0%	33,3%		
	Corretas	n	2	8	8	18		
		%	28,6%	80,0%	80,0%	66,7%		
P2	Incorretas	n	2	3	9	14	9,203	0,014
		%	28,6%	30,0%	90,0%	51,9%		
	Corretas	n	5	7	1	13		
		%	71,4%	70,0%	10,0%	48,1%		
P3	Incorretas	n	1	4	3	8	1,27	0,515
		%	14,3%	40,0%	30,0%	29,6%		
	Corretas	n	6	6	7	19		
		%	85,7%	60,0%	70,0%	70,4%		

P4	Incorretas	n	3	1	5	9	4,023	0,187
		%	42,9%	10,0%	50,0%	33,3%		
	Corretas	n	4	9	5	18		
		%	57,1%	90,0%	50,0%	66,7%		
P5	Incorretas	n	1	1	2	4	0,644	1
		%	14,3%	10,0%	20,0%	14,8%		
	Corretas	n	6	9	8	23		
		%	85,7%	90,0%	80,0%	85,2%		
P6	Incorretas	n	0	2	2	4	1,528	0,521
		%	0,0%	20,0%	20,0%	14,8%		
	Corretas	n	7	8	8	23		
		%	100,0%	80,0%	80,0%	85,2%		
P7	Incorretas	n	3	1	1	5	3,128	0,248
		%	42,9%	10,0%	10,0%	18,5%		
	Corretas	n	4	9	9	22		
		%	57,1%	90,0%	90,0%	81,5%		
P8	Corretas	n	7	10	10	27		
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%		
P9	Incorretas	n	1	9	9	19	12,329	0,001
		%	14,3%	90,0%	90,0%	70,4%		
	Corretas	n	6	1	1	8		
		%	85,7%	10,0%	10,0%	29,6%		
P10	Incorretas	n	1	2	0	3	2,156	0,453
		%	14,3%	20,0%	0,0%	11,1%		
	Corretas	n	6	8	10	24		
		%	85,7%	80,0%	100,0%	88,9%		
P11	Incorretas	n	1	4	5	10	2,232	0,377
		%	14,3%	40,0%	50,0%	37,0%		
	Corretas	n	6	6	5	17		
		%	85,7%	60,0%	50,0%	63,0%		
P12	Incorretas	n	0	5	5	10	5,759	0,056
		%	0,0%	50,0%	50,0%	37,0%		
	Corretas	n	7	5	5	17		
		%	100,0%	50,0%	50,0%	63,0%		
P13	Incorretas	n	3	7	6	16	1,298	0,549
		%	42,9%	70,0%	60,0%	59,3%		
	Corretas	n	4	3	4	11		
		%	57,1%	30,0%	40,0%	40,7%		
Total		n	7	10	10	27		
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%		

3.2. ESTUDO II – ESCALA PORTUGUESA DE INFILTRAÇÃO E ESCALA PORTUGUESA DE FLEBITE

Neste subcapítulo são apresentados os resultados obtidos através do questionário sobre a Escala Portuguesa de Infiltração Adaptada e a Escala Portuguesa de Flebite Adaptada.

Com recurso a ambas as escalas anteriormente descritas, realizou-se a observação do local de inserção e áreas próximas aos CVPs, de um total de 121 CVPs. Em que 21 (17,36%) CVPs foram de doentes internados na UHD, 50 (41,32%) de doentes do serviço de Cirurgia e 50 (41,32%) CVPs de doentes internados no serviço de Medicina (Tabela 10).

TABELA 10 - DISTRIBUIÇÃO DOS DOENTES POR SERVIÇO DE INTERNAMENTO

	n	%
UHD	21	17,36
Cirurgia	50	41,32
Medicina	50	41,32
Total	121	100,00

Escala Portuguesa de Infiltração Adaptada

Esta escala é composta por 5 Graus de infiltração avaliada por vários critérios clínicos, sendo o mínimo o Grau 0 – sem sintomas, e o máximo o Grau 4 – Infiltração de qualquer quantidade de produtos derivados do sangue, irritantes ou vesicantes podendo associar-se a Ou: Edema extenso >15cm em qualquer direção podendo associar-se a: Pele pálida, translúcida; Pele tensa, com perda de fluídos; Pele descorada, com hematoma e edema; Edema depressível dos tecidos; Comprometimento circulatório; Dor moderada a severa (Braga, Salgueiro-Oliveira, Henriques, Arreguy-Sena, et al., 2016).

Da análise do grau de infiltração, considerando os 121 CVPs observados nos três serviços onde foram avaliadas as práticas dos enfermeiros, foram documentadas no Grau 0 de infiltrações 93,39% dos CVPs e 3,31% nos Grau 1 e 2. Não foi verificada infiltração no Grau 3 ou 4 (Tabela 11).

TABELA 11 - DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA POR GRAU DE INFILTRAÇÃO

	n	%
Grau 0	113	93,39
Grau 1	4	3,31
Grau 2	4	3,31
Total	121	100,00

Em relação ao Grau 0 na Escala de Infiltração, o serviço de cirurgia apresenta uma maior percentagem de CVPs sem qualquer infiltração, 98,00% e 0,00% de infiltração de Grau 2.

TABELA 12 – DISTRIBUIÇÃO ENTRE OS SERVIÇOS E APLICAÇÃO DA ESCALA DE INFILTRAÇÃO

			SERVIÇOS			Total
			UHD	CIRURGIA	MEDICINA	
INFILTRAÇÃO	Grau 0	n	18	49	46	113
		%	85,71%	98,00%	92,00%	93,39%
	Grau 1	n	2	1	1	4
		%	9,52%	2,00%	2,00%	3,31%
	Grau 2	n	1	0	3	4
		%	4,76%	0,00%	6,00%	3,31%
Total		N	21	50	50	121
		%	17,36%	41,32%	41,32%	100,00%

Escala Portuguesa de Flebite Adaptada

Esta escala é composta por 5 Graus de flebite, avaliada por vários critérios clínicos, sendo o mínimo o Grau 0 – Sem sintomas, e o máximo o Grau 4 – Dor no local do acesso e eritema e/ou edema, e Rubor ao longo do percurso da veia, e Cordão venoso palpável > 2,5 cm de comprimento, e Drenagem purulenta (Braga et al., 2016).

Da análise do grau de flebite, considerando os 121 CVPs observados nos três serviços onde foram avaliadas as práticas dos enfermeiros, foram documentadas no Grau 0 de flebite 55,37% dos CVPs, e 25,62% nos Grau 1. No Grau 2, foram observados 7 CVP's (5,79%), e 16 (13,22%) CVPs com Grau 3 nesta Escala. Não foi verificada flebite no Grau 4 (Tabela 13).

TABELA 13 - DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA POR GRAU DE FLEBITE

	n	%
Grau 0	67	55,37
Grau 1	31	25,62
Grau 2	7	5,79
Grau 3	16	13,22
Total	121	100,00

Em relação à distribuição do grau de flebite entre serviços, a UHD mostra uma maior % de CVPs sem flebite, 76,19%, sendo que o serviço com menor % é a Cirurgia, com 48,00%. No grau 1 da Escala de Flebite, mantém-se o serviço de Cirurgia com maior número de CVPs com grau 1, 18 (36,00%), já no grau 2 e 3 é a Medicina que apresenta maior número de Flebite, 4 (8,00%) e 10 (20,00%) respetivamente.

TABELA 14 – DISTRIBUIÇÃO ENTRE OS SERVIÇOS ESTUDADOS E A APLICAÇÃO DA ESCALA DE FLEBITE

			SERVIÇOS			Total	
			UHD	CIRURGIA	MEDICINA		
FLEBITE	Grau 0	n	16	24	27	67	
		%	76,19%	48,00%	54,00%	55,37%	
	Grau 1	n	4	18	9	31	
		%	19,05%	36,00%	18,00%	25,62%	
	Grau 2	n	0	3	4	7	
		%	0,00%	6,00%	8,00%	5,79%	
	Grau 3	n	1	5	10	16	
		%	4,76%	10,00%	20,00%	13,22%	
	Total		N	21	50	50	121
			%	17,36%	41,32%	41,32%	100,00%

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo pretende-se discutir os resultados à luz da melhor evidência científica, com recurso a bibliografia de referência, confrontando-os com as questões de investigação e o significado dos seus resultados.

4.1. ESTUDO I – AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS DOS ENFERMEIROS

Dos 27 enfermeiros que responderam ao questionário das práticas dos enfermeiros, 25 eram do sexo feminino (92,59%) e apenas 2 eram do sexo masculino (7,41%), o que vai de encontro aos números registados pela OE 2021, em que 82,37% dos enfermeiros são do sexo feminino e 17,63% são do sexo masculino (Ordem dos Enfermeiros, 2021).

Em relação à idade, temos uma média de idades de 44,741 anos, sendo, segundo a OE o quarto grupo etário mais representativo, dos 41 aos 45 anos, 9 948 enfermeiros registados na OE (Ordem dos Enfermeiros, 2021).

Relativamente aos anos de serviço, temos uma média de 21,259 anos, não havendo dados estatísticos na OE para comparação deste item, nem nos estudos consultados.

Em relação à formação académica 66,67% dos enfermeiros tem apenas licenciatura, sendo que na OE 77,35% dos enfermeiros possui apenas este grau académico. 11,11% dos enfermeiros deste estudo possui o grau de Mestre, enquanto na OE estão registados 5,78% de enfermeiros com este grau académico, demonstrando um maior grau de diferenciação dos enfermeiros envolvidos neste trabalho de investigação. Em relação a pós-graduações, não existem dados disponíveis na OE (Ordem dos Enfermeiros, 2021).

Dos 27 enfermeiros envolvidos, apenas 8 (29,63%), responderam terem formação em CVPs, para além da formação base, não especificando onde foi feita essa formação, nem com que objetivos.

Relativamente aos serviços eleitos para o estudo, foram eleitos os que apresentam maior percentagem de doentes com CVPs, tendo em conta o número de enfermeiros afetos a cada serviço, a amostra foi constituída por 10 enfermeiros do Serviço de Medicina, 10 do Serviço de Cirurgia e 7 da UHD, sendo que à data da aplicação do

estudo, nenhum enfermeiro recusou a sua participação no mesmo, tendo todos assinado o consentimento informado, livre e esclarecido para participação em investigação, conforme o apêndice II.

Na “P1- Quando vai punccionar um doente” a maioria das respostas, 44,44% foi a opção “5. Higieniza as mãos e usa luvas”. A higienização das mãos é obrigatória antes de qualquer procedimento assético e antes do contacto com o doente, já o uso de luvas faz parte dos EPIs e deve ser usado aquando da punção do doentes, logo após a higienização das mãos e retiradas logo após o contacto com doente, sendo descartadas em lixo apropriado, seguindo novamente a higienização das mãos conforme as indicações *do Infusion Nurses Society (INS)* (Gorski et al., 2021). Embora a higienização das mãos seja correta, a utilização de luvas na punção do doente nem sempre é cumprida. Esta deve ser adequado ao procedimento que se vai efetuar ao doente e conforme as recomendações da instituição, que de acordo com o *Royal College of Nursing (RCN)* (Royal College of Nursing, 2022).

Na “P2 - Que tipo de garrote utiliza” a maioria respondeu “3. Garrote de borracha que depois desinfeta” 44,44% e 37,04% respondeu “Uma luva” e 3,70% respondeu “descartável”. Qualquer das respostas a esta pergunta pode estar correta, desde que seja feita a desinfecção correta do garrote, quando de elástico, de acordo com as recomendações do fabricante (Royal College of Nursing, 2022), descartado, quando é o caso ou desinfetado com desinfetante adequado quando é de borracha. De acordo com o estudo de Oliveira et al. (2019) a falta de garrotes descartáveis ou a limpeza e desinfecção dos garrotes entre doentes durante a punção venosa é uma prática entre os enfermeiros. A descontaminação dos garrotes entre doentes é essencial para a prevenção da infeção relacionada com os CVPs, como tal, a instituição de protocolos institucionais e procedimentos para a desinfecção e substituição de garrotes é fundamental na prevenção da infeção por mMR (Oliveira et al., 2019).

Em relação à “P3 - Quando faz a identificação da veia a punccionar, faz a palpação da veia várias vezes, mesmo após a desinfecção da pele?” responderam “não” 70,37% dos enfermeiros, sendo que 29,63% responderam “sim”. De acordo com a *Commission on Safety & in Health Care* (2021) e o *RCN* (2022) e ainda o *INS* (2021), a palpação da veia

a punção deve ser feita antes da desinfeção da pele, após esta desinfeção apenas se pode tocar no local a punção se o enfermeiro estiver a usar luvas esterilizadas, usando a técnica asséptica cirúrgica para a colocação de CVPs. Segundo o INS, a Aseptic Non Touch Technique (ANTT®) deve ser usada em qualquer procedimento médico invasivo, minimizando o risco de infeção (Gorski et al., 2021).

Na “P4 - Que desinfetante utiliza antes de punção o doente”, nenhum dos enfermeiros respondeu clorhexidina alcoólica a 2%, embora 62,96% tenha respondido desinfetante dérmico, que no caso do HX é o desinfetante cutâneo, em uso na generalidade dos serviços, o que não deixa de ser uma prática correta. No HX apenas serviços específicos, como o SMI ou a UCAP têm disponível a clorhexidina alcoólica a 2%.

À luz da evidência científica, o desinfetante recomendado é a clorhexidina alcoólica a 2%, exceto em casos de hipersensibilidade a esta ou alergia (Gorski et al., 2021), (Royal College of Nursing, 2022), (Commission on Safety & in Health Care, 2021). De referir que o desinfetante cutâneo em uso no HX não tem iodopovidona.

Em relação à “P5 - Local anatómico preferencial da inserção do CVP” 40,74% respondeu dorso da mão e 40,74 % respondeu antebraço, de acordo com as mais recentes *guidelines* o local preferencial para a colocação do CVP deve ter em conta a preferência do doente, o tempo de tratamento e tipo de medicação e o local que terá mais probabilidade de durar até o final do tratamento, o que melhor preserva o capital venoso do doente, também o que pode trazer mais conforto para o doente (Gorski et al., 2021). A escolha do local da punção também deve ser preferencialmente no dorso da mão e antebraço, começando por rotina nas áreas mais distais, de preferência no braço não dominante, os membros inferiores devem ser evitados, principalmente em doentes diabéticos e na seleção de veias pode ser necessário recorrer a ecografia ou luz infravermelha (Braga et al., 2018; Royal College of Nursing, 2022). Embora as respostas com maior percentagem sejam as mais indicadas, todas as outras considerações que devem ser pesadas na escolha do local de punção não fazem parte do dia a dia dos enfermeiros aquando da colocação dos CVPs, o que demonstra uma grande falta de

investimento por parte das instituições na formação dos profissionais e na procura da melhor PBE.

Na “P6 - Calibre preferencial do CVP” 44,44% responderam “Depende do calibre da veia”, embora esta resposta não seja incorreta, nenhum enfermeiro respondeu “O menor possível”. A escolha do calibre do cateter deve ter em consideração vários fatores, como a duração e tipo de terapêutica, o estado do doente, o número de infusões e a compatibilidade da terapia com as veias periféricas. Segundo as indicações do INS, deve ser escolhido o cateter de menor diâmetro e com o menor número de lúmens, no caso dos CVPs deve ser escolhido o cateter com o menor diâmetro de acordo com o tratamento e duração deste (L. Gorski et al., 2021) (Oliveira et al., 2019).

Em relação à “P7 - Quando não consegue puncionar o doente na primeira tentativa, quantas vezes mais punciona o doente antes de pedir ajuda” a maioria 62,96% respondeu “Mais 2 vezes”, perfazendo o total de 3 tentativas. Segundo o (Department of health, 2016) se à observação do doente, o profissional de saúde tem a perceção de que a probabilidade de puncionar na primeira tentativa é baixa, deve recorrer ao profissional mais experiente nesta técnica, para que seja maximizada e bem sucedida a primeira tentativa de colocação do CVP, deve-se para isso recorrer a dispositivos de luz infra vermelha ou por via eco guiada (Commission on Safety & in Health Care, 2021). É recomendado que os profissionais de saúde não façam mais de duas tentativas de punção antes de pedir ajuda a outros mais experientes. A falta de treino e experiência aumenta os níveis de stress e ansiedade, tanto dos doentes como dos profissionais que fazem a tentativa de punção, logo, a probabilidade de falha e risco de equimose, hematoma e infeção aumenta com o número de tentativas mal sucedidas. O INS refere que os profissionais dedicados à colocação de acessos vasculares e administração de terapias intravenosas devem ter habilidades e formação adequada nesta área, de acordo com as agências reguladoras a nível nacional, assim como de acordo com as políticas e procedimentos da instituição (L. Gorski et al., 2021).

Na “P8 - Que tipo de obturador utiliza normalmente” as respostas foram unânimes, com 100,00% a responder “Obturador com válvula bidirecional”. De acordo com a literatura, embora seja recomendado um prolongador após a colocação do cateter, o obturador

bidirecional permite fazer o *flush* com cateter mantendo uma pressão positiva dentro do mesmo. O uso de obturadores bidirecionais são usados para conectar seringas como cateter ou para a administração de medicação através de sistemas, ou qualquer outro tipo de injetáveis, eliminando o uso de agulhas e diminuindo os acidentes provocados por estas e também a exposição a microrganismos transmitidos pelo sangue (Gorski et al., 2021).

Na questão “P9 - Penso que mais utiliza para fixar o CVP” os enfermeiros responderam maioritariamente (70,37%) “Adesivo não estéril”. No CHX a IT referente à colocação de pensos para a fixação de cateteres refere que estes devem ser fixados com adesivo semipermeável estéril, apropriado para este tipo de dispositivos. Alguns enfermeiros referiram que nunca tinham no serviço estes pensos disponíveis e por isso utilizavam os não estéreis. Sendo profissional desta instituição e de acordo com as outras respostas, sei que há disponível este material, para fazer cumprir a IT da instituição, provavelmente será um problema de adequar o nível de reposição do armazém avançado deste serviço.

Na literatura é evidente a escolha de penso semipermeável estéril na fixação de acessos vasculares, sejam eles CVPs, PICC, Midlines, CVCs ou outros, pois permitem a visualização do local da punção e observar sinais e sintomas de flebites e infiltração, deslocação do cateter ou extravasamento (Oliveira et al., 2019). Na realização do teste de Fisher, este foi o item com maior significância ($p=0,001$), indo de encontro ao estabelecido na literatura, como referido anteriormente (Oliveira et al., 2019)

Em relação à “P10 - Quando necessita usar um cateter para administração de terapêutica intravenosa que desinfetante utiliza para a desinfeção do obturador ou torneira” a resposta mais escolhida (88,89%) foi “Álcool a 70º”. De facto, o recomendado é álcool a 70º, este procedimento deve ser efetuado sempre antes da utilização do obturador, de modo a retirar grande parte dos microrganismos existentes no obturador, tanto pela ação mecânica, pela rotação da compressa no obturador, como pela ação química do álcool (Sociedad Española de Medicina Preventiva Salud Pública e Higiene, 2022; Royal College of Nursing, 2022).

Na “P11 - Após a utilização do cateter com obturador” 62,96% dos enfermeiros respondeu “Faço apenas um *flush* com solução salina”. Embora a maioria dos

enfermeiros tenha a noção de que deve ser feito um *flush* com cloreto de sódio a 0,9%, pelo menos depois da administração de medicação, não têm conhecimento de como o realizar nem de qual a técnica mais adequada. O *flush* do CVP deve ser realizado antes da administração de medicação para a confirmação da permeabilidade do CVP, fazendo primeiro a aspiração para assegurar o retorno de sangue e depois proceder ao *flush*, no fim da administração da medicação, assim como entre medicações (Sociedad Española de Medicina Preventiva Salud Pública e Higiene, 2022b). Segundo o INS (2021) esta deve ser realizada em seringas 10 milímetros e em *flushes* pulsáteis de 1 ml de modo a remover o máximo de depósitos de fibrina, precipitados de medicação e de bactérias endoluminais, causando uma pressão positiva no interior do cateter e do interior da veia (Gorski et al., 2021). A aposta na formação institucional e nacional dos profissionais de saúde que contactam diariamente com os acessos vasculares deve ser uma prioridade.

Em relação à “P12 - Durante quanto tempo pode ficar o CVP sem ser trocado” 40,74% dos enfermeiros responderam “Deve ser trocado se tiver sinais inflamatórios”. Na IT do CHX o CVP e todos os equipamentos de perfusão, como prolongadores, sistemas e afins, devem ser trocados de 96 em 96h. Nas mais recentes PBE, os equipamentos devem ser trocados de 96 em 96h, para evitar a fixação de precipitados de medição e a criação de biofilme, mas os CVPs devem ser trocados apenas se apresentarem os primeiros sinais inflamatórios ou de infiltração e não por rotina. O INS (2021) recomenda que o CVP seja retirado apenas quando for clinicamente indicado e não por tempo de permanência, pois não existe evidência de que o risco de deslocação, oclusão, flebite ou infiltração seja superior quando o cateter permanece mais de 96h, embora existam fatores condicionantes que precipitam a formação de flebites ou infiltrações, como o estado do doente, a idade, o estado do capital venoso e o tipo de medicação (Wei et al., 2019; Gorski et al., 2021). Assim, o CVP deve retirado apenas nos primeiros sinais de flebite (grau 1 na Escala Portuguesa de Flebite) (Braga et al., 2018; Oliveira et al., 2019).

Na “P13 - Quando o doente fica com toda a medicação por via oral ou outra, sem medicação intravenosa prescrita” a maioria dos enfermeiros, 48,15%, respondeu “Mantém o CVP mais uns dias porque pode ser necessário”. A evidência demonstra que o CVP só deve ser colocado na falta de alternativas terapêuticas e retirado assim que a terapia intravenosa termina (Gorski et al., 2021). Deste modo, os CVPs devem ser

removidos se não forem usados por mais de 24h ou pelo fim do plano terapêutico (Ray-Barruel e Rickard, 2018).

4.2. ESTUDO II – ESCALA PORTUGUESA DE INFILTRAÇÃO E ESCALA PORTUGUESA DE FLEBITE

Neste subcapítulo procede-se à discussão dos resultados obtidos em comparação a evidência científica e com as melhores PBE.

Escala Portuguesa de Infiltração Adaptada

Esta escala tem 5 graus conforme já descrito anteriormente. Esta foi adaptada e validada para a população portuguesa por Braga, Salgueiro-Oliveira e Henriques (2016), e foi a escala utilizada para a avaliação de infiltrações dos 121 CVPs.

A infiltração é uma complicação do uso dos CVPs e uma das causas principais para a remoção destes antes do fim do plano terapêutico, é, portanto, considerado um trauma vascular, um evento adverso. Esta consiste na administração inadvertida de medicação não vesicante ou solução, para fora da veia, por perfuração ou rutura desta, para o tecido subcutâneo ou intradérmico, apresentando risco de dano tecidual progressivo (Royal College of Nursing, 2022; Braga, Salgueiro-Oliveira, Henriques, et al., 2016).

A incidência de infiltrações varia entre 7% e 13% em estudos realizados em Portugal, segundo a literatura e no estudo de Braga et al. (2018) é de cerca de 15,8%. No estudo de Simin, Milutinović, Turkulov e Brkić (2019) a incidência de infiltrações foi de 16,3%, tendo este estudo sido realizado com recurso à escala de infiltração do INS.

Dos 121 CVPs observados, 93,39% destes não apresentavam qualquer sinal de infiltração, ou seja, estavam no Grau 0 da Escala e apenas 6,62% apresentaram infiltração de Grau 1 e 2 em mesma percentagem (3,31%).

Estes resultados estão dentro de estudos anteriores feitos em Portugal, mas são menores que os resultados apresentados no estudo de Braga et al. (2018), provavelmente pelo tamanho limitado da amostra e pelas características inerentes aos doentes com os CVPs observados.

Escala Portuguesa de Flebite Adaptada

A incidência de flebites neste estudo foi de 44,63% no total dos 3 serviços avaliados, sendo que o serviço com incidência menor foi a UHD com uma taxa de 23,81%, ainda muito longe dos 5% recomendados (Braga et al., 2018).

O INS recomenda taxas de flebites inferiores a 5%, tal como a Sociedad Española de Medicina Preventiva Salud Pública e Higiene (2022) no seu Programa de “*Buenas Prácticas en Seguridad de Doentes: Flebites Zero*”.

No estudo de Braga et al. (2018) a incidência de flebites foi de 11,5%, ainda assim muito superior ao recomendado (5%).

As práticas dos enfermeiros avaliadas neste estudo demonstram que, apesar de muitas vezes saberem quais são as práticas recomendadas, nem sempre as seguem, tal como no estudo de (Oliveira et al., 2019). Desde a higiene das mãos, à desinfeção dos garrotes ou uso de luvas descartáveis, a colocação de penso estéril semipermeável, à desinfeção dos obturadores e retirada dos CVPs quando já não são necessários, justificam estas altas taxas de flebites e infiltrações.

As escalas de flebite e infiltração traduzidas para a população portuguesa são um valioso instrumento de controlo destes traumas vasculares, ou seja, eventos adversos. Estes devem ser colocados à disposição dos enfermeiros para que seja feita uma avaliação rigorosa do estado dos CVPs dos doentes, dando maior ênfase a este evento adverso.

Para tal, a aposta terá de ser na formação de profissionais de saúde aptos para liderarem a implementação de *standards, guidelines e bundles* com foco na PBE, em cada instituição e a nível nacional, como evidenciam todos os estudos (Royal College of Nursing, 2022; Gorski et al., 2021; Sociedad Española de Medicina Preventiva Salud Pública e Higiene, 2022; Oliveira et al., 2019; Commission on Safety & in Health Care, 2021).

5. CONCLUSÕES DO ESTUDO

Na avaliação das práticas dos enfermeiros (apêndice I), a maioria dos enfermeiros perguntou se era para responder o que realmente faziam na prática, embora isso estivesse explícito nas indicações de preenchimento do questionário, ou se respondiam aquilo que achavam que era o correto. Este facto demonstra que é crucial investir na formação dos enfermeiros em relação ao conhecimento das complicações que advêm das práticas menos apropriadas em relação aos cuidados de enfermagem relacionados com as estas (Braga et al., 2018). Também a Commission on Safety & in Health Care (2021) na Austrália refere que existe uma falha entre as recomendações das *guidelines* e o que é a prática corrente, tanto para os profissionais de saúde, como para as Organizações de Saúde, não adotando a melhor prática baseada na evidência, cumprindo as *bundles* na inserção e manutenção dos CVPs, com o objetivo de reduzir as taxas de complicações associadas a estes dispositivos.

Considero que ainda existe um desconhecimento das Escala Portuguesa de Infiltração e Escala Portuguesa de Flebite, o que pode justificar a falta de investimento na formação dos profissionais. Estas escalas deviam fazer parte da avaliação diária dos enfermeiros, algo que está a ser proposto no CHX.

O propósito deste trabalho é demonstrar que as infeções relacionadas com os CVPs e as práticas menos corretas na escolha, inserção e manutenção destes influenciam as elevadas taxas de incidência de flebites e infiltrações, de acordo com evidência científica (Sociedad Española de Medicina Preventiva Salud Pública e Higiene, 2022a; Royal College of Nursing, 2022; Commission on Safety & in Health Care, 2021; Gorski et al., 2021; Krempser et al., 2019; Oliveira et al., 2019; Braga et al., 2018).

As práticas dos enfermeiros neste estudo revelam que, embora a maioria até tenha algum conhecimento sobre as melhores práticas, nem todos as aplicam. A Prática Baseada na Evidência deve ser objetivo de todos os enfermeiros e as Instituições têm o dever de proporcionar formações que vão de encontro às necessidades das PBE. Tendo em conta o primeiro objetivo do estudo de conhecer as práticas dos enfermeiros, conclui-se, que efetivamente, estes não vão de encontro às melhores PBE, algumas por falta de conhecimento, outras por falta de meios. Neste sentido, é importante que todos

nos empenhemos em potenciar a formação de pares, estimular o envolvimento dos enfermeiros em investigação nesta matéria, e consciencializá-los para a importância da PBE.

O INS e o RCN, tal como outras associações recomendam a formação de enfermeiros e equipas direcionadas para esta temática, como a criação de Equipas de Acessos Vasculares. No CHX, está em curso um projeto para a implementação de uma Equipa de Acessos Vasculares, com formação na colocação de outros dispositivos, como os cateteres centrais de inserção periférica (PICC), midlines e mini midlines por via ecoguiada, sendo uma alternativa aos CVPs tradicionais quando estes não são a via de administração de medicação intravenosa ou outro tipo de terapia adequada ao doente. O facto de termos doentes a serem puncionados várias vezes (mais de quatro) representa uma prática incorreta por parte dos profissionais de saúde, médicos e enfermeiros. Isto vai de encontro ao segundo objetivo do estudo que é alterar a IT do CHX, de modo a evidenciar as melhores PBE e as orientações emanadas por instituições internacionais sobre as melhores praticas em relação aos acessos vasculares.

O conhecimento das taxas de flebites superiores ao recomendado nos estudos de Braga et al. (2018) e Oliveira et al. (2019), de 44,63% no HX, demonstra que existe um longo caminho a percorrer para as melhores práticas, dando assim resposta ao terceiro objetivo do PIA.

A utilização de novas tecnologias, como o recurso a ecógrafo ou a luz quase infravermelha deve fazer parte do investimento das instituições, de modo a permitir a utilização de outros dispositivos mais adequados à situação de cada doente.

Considero que existem muitas necessidades formativas nesta matéria, e é fundamental que as instituições a nível nacional compreendam o quão sério é este assunto, ou seja, como este primeiro procedimento à chegada à instituição de saúde, pode ser um risco para as pessoas que lá são assistidas.

A criação de protocolos institucionais e instruções de trabalho que vão de encontro à PBE deve ser uma prioridade nas instituições nacionais e a taxa de flebites de ser considerada como indicador de qualidade dos cuidados de enfermagem, tal como a implementação de atividades de sensibilização para o risco que as práticas que não vão

de encontro à melhor evidência científica, que prejudica a qualidade dos cuidados e a segurança dos doentes.

Como limitações deste PIA temos a reduzida quantidade de observações dos CVPs (121) e de enfermeiros que responderam ao questionário, não podendo extrapolar os resultados para toda a instituição, nem para outras instituições nacionais. Este tema deveria ser mais aprofundado a fim de poder ter resultados mais representativos, tanto das práticas dos enfermeiros como das taxas de flebites e infiltrações a nível nacional.

A aposta na formação de Equipas de Acessos Vasculares para melhorar os resultados em saúde e diminuir a comorbilidades associadas a estes eventos adversos deve ser uma prioridade e deve fazer parte de uma mudança de mentalidade a nível dos cuidados de saúde e da segurança do doente.

CONCLUSÃO

O EC constitui um momento privilegiado de formação e enriquecimento pessoal porque, não só nos proporciona a possibilidade de contactar com diferentes realidades de prestação de cuidados, como acima de tudo nos permite, na condição de estudantes, debater ideias e analisar as nossas ações com outro tempo e outra profundidade, algo que na prática diária no local de trabalho, muitas vezes, pela falta de tempo, não é possível fazer. O EC contribuiu assim para desenvolver uma prática especializada à PSC. Tal como referenciado por vários autores, não é possível desenvolver competência sem o respetivo processo reflexivo crítico associado.

A redação deste RE foi difícil para sintetizar todos os conhecimentos apreendidos, no entanto, penso ter sintetizado o que considerei de maior relevância e impacto durante este percurso. Adquiri novos conhecimentos através das situações vivenciadas, das reflexões realizadas e do estudo e pesquisas complementares. Considero que atingi com sucesso a aquisição das competências inerentes ao EE, quer as comuns plasmadas no Regulamento n.º 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, quer as competências específicas plasmadas no 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.

A realização dos EC foi marcada pela exigência de capacidade de conciliação entre os vários aspetos que compõe a minha vida pessoal e profissional. Contudo, considero que investi ao máximo e tentei aproveitar todas as oportunidades que surgiram, adquirindo raciocínio clínico e reflexivo perante as situações vivenciadas, sempre com foco no doentes como um todo, atuando, quer sob pressão nas situações que o exigiam, quer antevendo focos de instabilidade. A PBE distingue a prática generalista da prática especializada, assim como EE considero que a minha aprendizagem foi, sem dúvida, enriquecedora em todos os momentos de aprendizagem.

As teorias de enfermagem servem de fio condutor à prática especializada. As Teorias de Meleis, de Orem e Benner facilitaram a aplicação da prática avançada em Enfermagem, justificando as intervenções de enfermagem com base no raciocínio clínico e

pensamento reflexivo. Foram estas Teorias que nortearam as minhas intervenções nas diferentes situações com que me deparei ao longo dos EC.

Em relação ao papel dos Enfermeiros Orientadores, Paiva (2008), afirma que estes devem deter uma capacidade de interpretação, compreensão do outro e capacidade de questionamento no sentido de facilitar a aprendizagem do supervisionado, estimulando a procura pelo conhecimento através do processo reflexivo e raciocínio clínico.

Como fatores facilitadores deste percurso, o papel dos enfermeiros orientadores foi, sem dúvida, fundamental. Para além de os considerar um exemplo a seguir enquanto enfermeira especialista, os mesmos mostraram-se sempre disponíveis, dedicados, procurando oportunidades de aprendizagem e promovendo momentos de reflexão, fazendo-me sentir parte integrante do grupo de trabalho de cada EC. O EE deve basear a sua prática na evidência científica, ter raciocínio crítico e de reflexão. Aprofundar os conhecimentos e procurar respostas com foco na PBE é o que distingue os EE na sua prática diária de cuidados.

Como fatores dificultadores deste percurso, para além da minha vida profissional, do investimento em novas formações, pois estou a concluir uma Pós-Graduação em Gestão e Administração de Unidades de Saúde, também a vida familiar sofreu com a execução deste projeto de vida.

Concluir este Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização à Pessoa em Situação Crítica, foi um enorme desafio e esforço, numa altura em que entramos numa pandemia pelo vírus SARS-CoV 2. A falta de conhecimento do que nos esperava, os medos e receios, pelos doentes, pela nossa família e por nós, foi sem dúvida lutar pelo que se acredita, por vezes com vontade de adiar ou desistir. O facto de ter tido períodos de tempo em que as aulas foram suspensas, assim como os campos de estágio, levou ao prolongamento deste Mestrado vários meses. Mas a vontade de ir mais longe sobrepôs-se a todas as limitações e dificuldades. De salientar que, nesta fase, a compreensão dos professores e da escola, pelo momento difícil que atravessamos foi de extrema importância para a conclusão deste Mestrado.

A elaboração do Projeto de Investigação-Ação levou-me a aprofundar ainda mais uma temática que já era o meu foco de interesse. Tendo por base este interesse, tenho por

objetivo, alargar este estudo a toda a Instituição Hospitalar, assim como, a nível de outras Instituições de Saúde nacionais. Ter conhecimento das práticas nacionais na inserção, escolha e manutenção dos CVPs, das taxas de flebites e infiltrações de outras Instituições de Saúde, promover e organizar formação tendo as *guidelines* internacionais e as melhores PBEs, levando à redução das taxas de flebites e infiltrações alcançando a melhoria da qualidade dos cuidados e segurança do doente. A nível internacional, a taxa de flebites aceitável está estipulada nos 5%, havendo inclusive programas de formação para a redução destas, como o “Flebites Zero”. A realidade portuguesa está muito longe dessa meta. Pelo que o investimento nesta área deve ser feito. Embora considere que o caminho é longo e difícil, tem de ser iniciado.

A formação da Equipa de Acessos Vasculares do CHX está em curso, e a apresentação deste PIA, fundamenta a sua necessidade. Como tal, pretendo pôr em prática a ativação desta Equipa, para que esta Instituição seja uma referência a nível nacional das boas práticas em relação aos Acessos Vasculares.

A constante evolução dos cuidados de saúde e de novas tecnologias para a saúde melhoram a prestação de cuidados ao doente e seus familiares, assim como asseguram a evolução dos mesmos. O desenvolvimento da competência de investigação é transversal ao Mestre e ao EE, pois é a procura do conhecimento e da PBE que se alcança a melhoria continua dos cuidados e da segurança aos doentes e famílias, leva ao desenvolvimento tecnológico e justifica a prática de enfermagem.

A adoção de novos indicadores de cuidados de enfermagem levam-nos a evoluir na profissão e a procura do conhecimento deve ser uma constante.

O mundo evolui perante os desafios que nos vão surgindo e aos quais procuramos dar resposta da forma mais adequada possível, tendo por base as melhores práticas e a melhor evidência. Sem dúvida que estes novos desafios nos tornaram mais ágeis e com juízo crítico e pensamento reflexivo perante as situações adversas.

“Os cuidados de saúde modernos trouxeram ganhos de saúde sem precedentes às novas gerações de doentes e seus familiares. Foram encontradas curas para situações consideradas incuráveis e aumentou o tempo de sobrevivência com melhor qualidade de vida numa escala que nada fazia prever há 50 anos. Mas todas estas conquistas acarretam riscos associados.”

(Pina et al., 2010, pág. 28).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AARC. (2010). AARC Clinical Practice Guidelines. Endotracheal suctioning of mechanically ventilated patients with artificial airways 2010. *Respiratory Care*, 55(6), 758–764. <http://rc.rcjournal.com/content/55/6/758>
- Accs. (2013). Recomendações Técnicas para Instalações de Unidade de Cuidados Intensivos. In *Direção Geral de Saúde (UIE/ACSS)*. UIE/ACSS. http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/RT_09_2013_DOC_COMPLETO.PDF
- Administração Central do Sistema de Saúde. (2015). Recomendações Técnicas para Serviços de Urgências. *Ministério Da Saúde*, 50. http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/Urgencias_final.pdf?fbclid=IwAR2SKxDfOp9NL_7nn1JCLkyNHohG_cm9FGGy5hGIGIKs2jOPLRUOEAmnG9I
- Aguiar, M. J. S. F. (2013). *Supervisão de ensinamentos clínicos em enfermagem: perspetivas e vivências dos enfermeiros orientadores*. [Universidade de Lisboa]. <http://hdl.handle.net/10400.5/6427>
- Alarcão, I., & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 14(3), 373–382. <https://doi.org/10.1590/s0104-07072005000300008>
- Alastalo, M., Salminen, L., Lakanmaa, R. L., & Leino-Kilpi, H. (2017). Seeing beyond monitors—Critical care nurses' multiple skills in patient observation: Descriptive qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 42, 80–87. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2017.03.004>
- Andrade, P. De, Ribeiro, B., Barros, F. D. M., & Campos, J. F. (2019). *Atuação do enfermeiro intensivista no modelo colaborativo de hemodiálise contínua: nexos com a segurança do paciente*. 1–8. <https://doi.org/https://doi.org/10.1590/s1980-220x2018004603475>
- Aryani, D. F., & Tanner, J. (2018). Does open or closed endotracheal suction affect the incidence of ventilator associated pneumonia in the intensive care unit? A systematic review. *Enfermeria Clinica*, 28, 325–331. [https://doi.org/10.1016/S1130-8621\(18\)30179-7](https://doi.org/10.1016/S1130-8621(18)30179-7)
- Assembleia da República. (2014). Lei nº15/2014 de 21 de março. *Diário Da República n.º 57/2014, Série I*, 57, 2128. <https://dre.pt/home/-/dre/571943/details/maximized>
- Associação Médica Mundial. (2013). Declaração de Helsínquia: versão de Outubro de 2013. 64ª *Assembleia Geral*. <http://ispup.up.pt/docs/declaracao-de-helsinquia.pdf>
- Azinhaga, A. I. R. (2014). Trabalho em equipa em contexto de emergência – Perceção dos enfermeiros e dos médicos num Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico. *Coimbra*, 238. http://www.hds.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/06/HDSInForma_55.pdf
- Beck, P. and. (2012). *New to This Edition • Emphasis on producing and evaluating research evidence*.
- Benner, P., Kyriakidis, P. H., & Stannard, D. (2018). Thinking-in-Action and Reasoning-in-Transition: An Overview. *Clinical Wisdom and Interventions in Acute and Critical Care*, 1–26. <https://doi.org/10.1891/9780826105745.0001>
- Boterf, G. Le. (2003). *Desenvolvendo a estratégia* (A. D. E. E.-R. Vieira & Reservados (eds.)). ARTMEDQ EDITORA S. A.
- Braga, L. M., Parreira, P. M., Oliveira, A. de S. S., Mónico, L. dos S. M., Arreguy-Sena, C., & Henriques, M. A. (2018). Phlebitis and infiltration: Vascular trauma associated with the peripheral venous catheter. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 26. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2377.3002>
- Braga, L. M., Salgueiro-Oliveira, A. D. S., Henriques, M. A. P., & Rodrigues, M. A. (2016). Tradução e adaptação da Phlebitis Scale para a população portuguesa. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(11), 101–109. <https://doi.org/10.12707/RIV1604>
- Braga, L. M., Salgueiro-Oliveira, A. de S., Henriques, M. A. P., Arreguy-Sena, C., & Parreira, P. M. dos S. D. (2016). Adaptação transcultural da Infiltration Scale para o português. *Acta Paulista de*

Enfermagem, 29(1), 93–99. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201600013>

- Cassini, A., Plachouras, D., Eckmanns, T., Abu Sin, M., Blank, H. P., Ducombe, T., Haller, S., Harder, T., Klingeberg, A., Sixtensson, M., Velasco, E., Weiß, B., Kramarz, P., Monnet, D. L., Kretzschmar, M. E., & Suetens, C. (2016). Burden of Six Healthcare-Associated Infections on European Population Health: Estimating Incidence-Based Disability-Adjusted Life Years through a Population Prevalence-Based Modelling Study. *PLoS Medicine*, 13(10), 1–16. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002150>
- CE & MCEEMC. (2017). *Parecer ConjuntoCE_MCEEMC_01-2017_Atribuição Responsavel Turno_.pdf*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8246/parecerconjuntoce_mceemc_01-2017_atribuicaoresponsavelturno_.pdf
- Centers for Disease Control and Prevention. (2007). 2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings (updated July 2019). *Centers for Disease Control and Prevention*, 1–232. <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/pdf/guidelines/isolation-guidelines-H.pdf>
- Chan, S. S. W., Cheung, N. K., Graham, C. A., & Rainer, T. H. (2015). Strategies and solutions to alleviate access block and overcrowding in emergency departments. *Hong Kong Medical Journal*, 21(4), 345–352. <https://doi.org/10.12809/hkmj144399>
- CHX-EPE. (2012). *PL.CHL.004.02 - Doação de órgãos e outro tipo de tecidos*.
- CHX-EPE. (2015). *PI.CHL.126.01 Avaliação da dor no Centro Hospitalar de Leiria Pombal. Leiria*.
- CHX-EPE. (2016). *CI-107_2016_Procedimento_Encaminhamento-do-Doente-com-Suspeita-de-AVC.-Aprovação_Anexo.pdf*.
- CHX-EPE. (2018). *Transferência e Transporte Interno de Doentes-PI.CH.043.03*.
- CHX-EPE. (2019a). Ativação da Área de Contingência – Ameaças Globais (PI.CHL.233.01). *Centro Hospitalar de Leiria*.
- CHX-EPE. (2019b). *Comunicação precisa e efetiva*. 1–11.
- CHX-EPE. (2019c). *Critérios de admissão e alta no serviço medicina intensiva PI.CHL.095.02* (pp. 1–10). CHL PI.CHL.095.02.
- CHX-EPE. (2019d). *Procedimento Gestão do Fluxo de Doentes em Sobrelotação dos Serviços de Urgência – PI.CHL.248.00*.
- CHX-EPE. (2019e). *Regulamento o Serviço de Urgência Geral do CHL, E.P.E. - RE.CHL.005.03*.
- CHX-EPE. (2020a). *CI 173_2020_ACESSO ÀS INST. CHL POR NÃO PROFISSIONAIS. ATIVAÇÃO FASE II, NIVEL II DO PLANO DE CONTIGÊNCIA - PI.CHL.265.01* (pp. 1–20). CHL-EPE PI.CHL.265.01.
- CHX-EPE. (2020b). *Equipa de emergência médica intra-hospitalar - IT.CHL.144.03* (pp. 1–8). CHL IT.CHL.144.03.
- CHX-EPE. (2020c). *Isolamentos (PI.CHL.022.04)*.
- CHX-EPE. (2020d). *REGULAMENTO INTERNO - RE.CHL.004.06*. In *CHL- EPE* (pp. 1–67). CHL RE.CHL.004.06.
- CHX-EPE. (2021). *Regulamento Interno do Centro Hospitalar de Leiria (7ª)*.
- CHX-INMLCF. (2017). *Abuso Sexual - PC.CHX.104.02* (pp. 1–19).
- CHX-PLN.CHX.074.00. (2017). *Plano de Catástrofe - atualização-PLN.CHL.074.00*.
- CHX-PLN.CHX010.01. (2012). *Plano de emergência interno contra incêndios PLN.CHL.010.01* (pp. 1–40).
- CNPD. (2019). Lei n.º 58/2019 - LEI DA PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS. *RGPD*, c, 1–22. www.pgdlisboa.pt/leis/lei_print_articulado.php?tabela=leis&artigo_id=3118A0002&nid=3118&nversao=&tabela=leis

- Commission on Safety, A., & in Health Care, Q. (2021). *Management of Peripheral Intravenous Catheters Clinical Care Standard* (Issue May). Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. www.safetyandquality.gov.au
- Crouch, R., Charters, A., Dawood, M., & Bennett, P. (2017). *Oxford Handbook of Emergency Nursing*. <https://oxfordmedicine.com/view/10.1093/med/9780199688869.001.0001/med-9780199688869>
- Cruz, C. de O., & Riera, R. (2016). Comunicando más noticias: o protocolo SPIKES. *Diagn. Tratamento*, 21(3), 106–108.
- Damáσιο, C. (2006). *Prática Clínica e Regresso à Escola*.
- Danski, M. T. R., Johann, D. A., Vayego, S. A., Oliveira, G. R. L. de, & Lind, J. (2016). Complicações relacionadas ao uso do cateter venoso periférico: ensaio clínico randomizado. *Acta Paulista de Enfermagem*, 29(1), 84–92. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201600012>
- Department of health. (2016). *Guideline - Guideline Peripheral intravenous catheter (PIVC)*.
- Despacho n.º 13427/2015 de 20 de novembro. (2015). Definir quais os serviços de urgência que constituem os pontos da Rede de Referência de Urgência/Emergência. *Diário Da República II Série, N.º 228 (13-10-2015)*, 33814–33816.
- Diário da República. (2019). Lei n.º 95/2019 de 4 de setembro - Lei de Bases da Saúde. *Diário Da República, n.º 169*, 5688–5724. <https://dre.pt/application/conteudo/124417108>
- Diário da República. (2012). Despacho n.º 9128/2012. *DR, 2.ª série(1)*, 23790–23791. <http://dre.pt>
- Diário da República. (2013). Decreto-Lei n.º 157/2013 de. *Diário Da República, 1.ª Série — N.º 219 — 12 de Novembro de 2013*, 6431. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/157-2013-504683>
- Diário da República. (2014). Aviso n.º 9191/2014. *DR, 2.ª série*, 20619–20754. <http://dre.pt>
- Diário da República. (2016a). Despacho n.º 3844-A/2016. *Diário Da República n.º 52/2016, 1.º Suplemento, Série II de 2016-03-15, 1.º Supleme(nº 52)*, 9254–(2). <https://dre.pt/application/conteudo/73865550>
- Diário da República. (2016b). Programas de Saúde Prioritários Despacho n.º 6401/2016. *Diário Da República, 2.ª Série — N.º 94 — 16 de Maio de 2016*, 15239. <https://dre.pt/application/conteudo/74443131>
- Diário da República. (2016c). Regulamento n.º 877/2016. *DR, 2.ª série*, 28748–28754. <http://dre.pt>
- Diário da República. (2019a). Despacho n.º 9494/2019. *Diário Da República 2ª Série, N.º 202(21 de outubro)*, 142–143. https://dre.pt/pesquisa/-/search/125517180/details/normal?l=1&fbclid=IwAR2go-2w3Ab2FrZzwJfA8CsZn-ER32JgRXtm-Vb6F9zeAHxxu_n_62yEs98
- Diário da República. (2019b). Resolução do Conselho de Ministros n.º 139/2019. *Diário Da República 1ª Série Nº 157, 19 de agosto*, 75–79. <https://dre.pt/application/file/a/124044447>
- Diário da República, 2.ª série — N.º 28 — 10 de fevereiro de 2015. (2015). PLANO NACIONAL PARA A SEGURANÇA DOS DOENTES 2015-2020 O. *Diário Da República, 2.ª série(28)*, 3882(2)-(10). <https://dre.pt/application/conteudo/66463212>
- Direção-Geral da Saúde. (2006). Recomendações para Prevenção da Infecção Nosocomial Associada aos Dispositivos Intravasculares. *Programa Nacional de Controlo de Infecção*, 31.
- Direção-Geral da Saúde. (2007a). *Despacho n.º 18 052/2007*. 2007. <https://files.dre.pt/2s/2007/08/156000000/2321623216.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2007b). Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde. *Direção Geral Da Saúde*, 1–20. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-infeccao-associada-aos-cuidados-de-saude-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2008). Manual de Operacionalização do Programa Nacional de Prevenção e

- Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde. In *Direção-Geral da Saúde*. https://anes.pt/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-Operacionalização-do-PNCI_2008.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2010). Criação e Implementação de uma Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar (EEMI). *Circular Normativa DGS, N° 15/DQS/*, 1–11. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-15dqsdcqco-de-22062010-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2012). Norma 029/2012 - Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI). *Direção-Geral Da Saúde*, 1–26. <https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/cnhm-material-de-implementacao/norma-das-precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao1.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2013). Despacho n° 15423/2013 - Criação dos grupos de Coordenação Regional e Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos. *Diário Da República, Série II*(n° 229), 34563–34565. <https://dre.pt/application/conteudo/2965166>
- Direção-Geral da Saúde. (2014). Despacho n.º 5855/2014 de 5 de Maio. *Diário Da República, 2.ª série*(N.º 85), 11660.
- Direção-Geral da Saúde. (2015a). Consentimento Informado, Esclarecido e Livre Dado por Escrito Norma n° 015/2013. *Norma N° 015/2013 de 03/10/2013 Revista a 04/11/2015*, 16. <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/consentimento-informado-esclarecido-e-livre-dado-por-escrito.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2015b). Norma 019/2015 “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical. *Direção Geral Da Saúde, Norma° 019*, 1–12.
- Direção-Geral da Saúde. (2015c). Norma 020/2015 “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico. *Norma N° 020/2015 de 15/12/2015*, 12. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0202015-de-15122015-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2015d). Norma 022/2015 “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central. *Direção-Geral Da Saúde, 2015*, 1–26. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0222015-de-161220151.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2015e). Norma n°21/2015: “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação. *Norma N°021/2015 de 16/12/2015 Atualizada a 30/05/2017, Categoria IIC*, 1–3. www.gds.pt
- Direção-Geral da Saúde. (2017a). Norma DGS n.º 001/2017: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. *Direção Geral Da Saúde*, 8. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2017b). Prevenção da transmissão de enterobactérias resistentes aos carbapenems em hospitais de cuidados de agudos. *Direção-Geral Da Saúde*, 20.
- Direção-Geral da Saúde. (2017c). PROGRAMA DE PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFEÇÕES E DE RESISTÊNCIA AOS ANTIMICROBIANOS. *Direção-Geral Da Saúde*, 8, 24.
- Direção-Geral da Saúde. (2017d). SINAVELab - Notificação laboratorial obrigatória de doenças transmissíveis. *DGS, 007/2016*, 1–9.
- Direção-Geral da Saúde. (2017e). Via Verde Sepsis no Adulto. *Norma N° 010/2016 de 30/09/2016 Atualizada a 16/05/2017*, 1–27. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102016-de-30092016-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2018a). Infecções e Resistências aos Antimicrobianos: Relatório Anual do Programa Prioritário 2018. *Direção Geral Da Saúde*, 1–37. www.dgs.pt
- Direção-Geral da Saúde. (2018b). Norma 002/2018 Sistemas de Triagem de Serviços urgência. *Norma N° 002/2018 de 09/01/2018*, 1–23. www.dgs.pt

- Direção-Geral da Saúde. (2019a). *Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde*. CDC, 46. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0072019-de-16102019-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2019b). Plano Nacional de Combate à Resistência aos Antimicrobianos 2019-2023. In *Direção-Geral da Saúde*. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-de-combate-a-resistencia-aos-antimicrobianos-2019-2023.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2020). Norma 007/2020 Prevenção e Controlo de Infeção por SARS-CoV-2 (COVID-19): Equipamentos de Proteção Individual (EPI). *Norma 007/2020*, 1–7. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0072020-de-29032020.aspx%0Ahttps://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/qualidade-do-ar-ambiente/indice-de-qualidade-do-ar.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2021a). Despacho n.º 1150/2021. *Diário Da República*, 2ª Série(N.º. 19), 137–190. <https://dre.pt/application/conteudo/155575942>
- Direção-Geral da Saúde. (2021b). Prevenção E Controlo De Infeções E De Resistência aos Antimicrobianos. *Direção-Geral Da Saúde*, 1–2. https://www.dgs.pt/wwwbase/raiz/mlkImprimir_v3.aspx?codigoms=
- Direção-Geral das Instalações e Equipamentos da Saúde. (2007). *Recomendações sobre a organização dos espaços do serviço de urgência*. 31. <http://www2.portaldasauade.pt/NR/rdonlyres/9EE5ADDF-4CC1-41B9-BC00-D368FA074329/0/RecomendacoesOrgEspUrgencia.pdf>
- Fernández, O., Moraza, A. S., García, C. H., & Tomero, N. M. (2013). Actuación ante Accidentes con Múltiples Víctimas y Catástrofes. *Summa 112 Salud Madrid*, 980–1081.
- Figueira Salluh, J., Ávila Chalhub, R., Quarantini, L., & Gusmao-Flores, D. (2012). The confusion assessment method for the intensive care unit (CAM-ICU) and intensive care delirium screening checklist (ICDSC) for the diagnosis of delirium: a systematic review and meta-analysis of clinical studies. *Critical Care*, 16(4), 2–11. <http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L52097515%5Cnhttp://ccforum.com/content/16/4/R115%5Cnhttp://dx.doi.org/10.1186/cc11407>
- Fleury, M. T. L., & Fleury, A. (2001). Construindo o Conceito de Competência. *Revista De Administração Contemporânea*, 5, 183–196. <https://doi.org/10.1590/s1415-65552001000500010>
- Gallego-Muñoz, C., & Guerrero-Navarro, N. (2019). Key points in the management of peripheral venous catheters. *Enfermería Clínica (English Edition)*, 29(3), 202–203. <https://doi.org/10.1016/j.enfcl.2017.10.005>
- Ganley, L., & Gloster, A. S. (2011). Learning zone emergency department. *Nursing Standard*, 26(12), 49–56.
- Ghasabeh, M., Soosay, C., & Reaiche, C. (2015). The Emerging Role of Transformational Leadership. *The Journal of Developing Areas*, 49(6), 459–467. <https://muse.jhu.edu/article/586774>
- Gonçalves, A. M., & Sena, R. R. de. (1999). A pedagogia do cuidado de enfermagem. *REME Rev. Min. Enferm*, 3(1/2), 41–45.
- Goodyear, C., & Goodyear, M. (2018). Career development for nurse managers. *Nursing Management*, 49(3), 49–53. <https://doi.org/10.1097/01.NUMA.0000530429.91645.e2>
- Goot, W. E., Keers, J. C., Kuipers, R., Nieweg, R. M. B., & de Groot, M. (2018). The effect of a multifaceted evidence-based practice programme for nurses on knowledge, skills, attitudes, and perceived barriers: A cohort study. *Nurse Education Today*, 63(June 2017), 6–11. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.01.008>
- Gorski, L. A. (2017). Infusion therapy standards. *Wolters Kluwer Health*, 35(1), 10–18. www.homehealthcarenow.org
- Gorski, L., Hadaway, L., Meyer, B. M., & Nickel, B. (2021). The 2021 Infusion Therapy Standards of Practice. *Journal of Infusion Nursing*, 44(1S), 1–224. <https://doi.org/10.1097/nhh.0000000000000504>

- Husebø, S. E., & Olsen, Ø. E. (2016). Impact of clinical leadership in teams' course on quality, efficiency, responsiveness and trust in the emergency department: Study protocol of a trailing research study. *BMJ Open*, 6(8), 1–9. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011899>
- ICN. (2019). *ICNP*. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>
- INEM. (2012). Situação de Exceção - Manual TAS. In *Inem*. <http://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Situação-de-Exceção.pdf>
- Inoue, S., Hatakeyama, J., Kondo, Y., Hifumi, T., Sakuramoto, H., Kawasaki, T., Taito, S., Nakamura, K., Unoki, T., Kawai, Y., Kenmotsu, Y., Saito, M., Yamakawa, K., & Nishida, O. (2019). Post-intensive care syndrome: its pathophysiology, prevention, and future directions. *Acute Medicine & Surgery*, 6(3), 233–246. <https://doi.org/10.1002/ams2.415>
- Jauch, E. C., Saver, J. L., Adams, H. P., Bruno, A., Connors, J. J. B., Demaerschalk, B. M., Khatri, P., McMullan, P. W., Qureshi, A. I., Rosenfield, K., Scott, P. A., Summers, D. R., Wang, D. Z., Wintermark, M., & Yonas, H. (2013). Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: A guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 44(3), 870–947. <https://doi.org/10.1161/STR.0b013e318284056a>
- Joint Commission International. (2020). *Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais, incluindo padrões para Hospitais* (Centros Médicos Académicos (ed.); 7ª).
- Kane-Gill, S. L., Dasta, J. F., Buckley, M. S., Devabhakthuni, S., Liu, M., Cohen, H., George, E. L., Pohlman, A. S., Agarwal, S., Henneman, E. A., Bejian, S. M., Berenholtz, S. M., Pepin, J. L., Scanlon, M. C., & Smith, B. S. (2017). Clinical Practice Guideline: Safe Medication Use in the ICU. In *Critical Care Medicine* (Vol. 45, Issue 9). <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000002533>
- Kilpatrick, K., Lavoie-Tremblay, M., Ritchie, J. A., & Lamothe, L. (2014). Advanced practice nursing, health care teams, and perceptions of team effectiveness. *Journal of Trauma Nursing : The Official Journal of the Society of Trauma Nurses*, 21(6), 291–299. <https://doi.org/10.1097/JTN.000000000000090>
- Kim, K., Han, Y., & Kim, J. S. (2017). Nurses' and patients' perceptions of privacy protection behaviours and information provision. *Nursing Ethics*, 24(5), 598–611. <https://doi.org/10.1177/0969733015622059>
- Larsen, E., Keogh, S., Marsh, N., Rickard, C., Krempser, P., Arreguy-Sena, C., Parreira, P. M. D. S. D., Salgueiro-Oliveira, A. de S., Danski, M. T. R., Johann, D. A., Vayego, S. A., Oliveira, G. R. L. de, & Lind, J. (2016). Complicações relacionadas ao uso do cateter venoso periférico: ensaio clínico randomizado. *Acta Paulista de Enfermagem*, 72(6), S18–S25. <https://doi.org/10.12968/bjon.2017.26.19.S18>
- Lei nº 156/2015 16 de Setembro. (2015). Lei nº 156/2015. *Diário Da República*, 2020(Ene 2020), 4454–4458.
- Lopes, M. M. B., Carvalho, J. N., Backes, M. T. S., Erdmann, A. L., & Meirelles, B. H. S. (2009). Políticas e tecnologias de gestão em serviços de saúde e de enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22(6), 819–827. <https://doi.org/10.1590/s0103-21002009000600015>
- Ma, X. Y., Tian, L. X., & Liang, H. P. (2016). Early prevention of trauma-related infection/sepsis. *Military Medical Research*, 3(1), 1–7. <https://doi.org/10.1186/s40779-016-0104-3>
- Macedo, R. P. A. (2017). *Nursing Activities Score (NAS): adaptação transcultural e validação para a população portuguesa*. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4428/1/Tese_Final_Inácio.pdf?fbclid=IwAR3TyQoFw2uz3ubypv6iO23-oamCwllD7lkOwacDLw7OGKniG4E1I0MqzB4
- Maia, C. (2021). Caracterização dos Utilizadores dos Serviços de Urgência da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, Durante o Estado de Emergência devido à COVID-19. *Higiene - Revista Da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias Do Instituto Politécnico de Castelo Branco, Edição Esp*, 37–44.
- Martinho, C. I. F., & Rodrigues, I. T. R. M. (2016). Communication of mechanically ventilated patients in

- intensive care units. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 28(2), 132–140. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20160027>
- Matney, S. A., Staggers, N., & Clark, L. (2016). Nurses' Wisdom in Action in the Emergency Department. *Global Qualitative Nursing Research*, 3. <https://doi.org/10.1177/2333393616650081>
- MCEEMC. (2016). Parecer N.º 06/2016: ESPECIFICIDADE DA ÁREA DE INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA VERTENTE DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA. *Ordem Dos Enfermeiros*, 1–3. http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer_06_13_12_2016_MCEEMC_Valorizacao_CuidadosEnfEspPessoaSituacaoCritica.pdf
- MCEEMC. (2017a). *PARECER N.º 10 / 2017*. 1–4.
- MCEEMC. (2017b). *Parecer N.º 09 / 2017: transporte da pessoa em situação crítica*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8249/parecer_09_2017_mceemc_transportepessoasituacao critica.pdf
- MCEEMC. (2018a). Parecer N.º 15 / 2018: Funções Do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem Médico-Cirúrgica Nas Unidades De Cuidados Intensivos/Serviços De Medicina Intensiva. *Parecer n.º 15/2018*, 2018, 1–4. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8264/parecer-n%BA15_2018-fun%E7%F5es-eeemc-de-cuidados-intensivos-e-medicina-intensiva.pdf
- MCEEMC. (2018b). Parecer n.º14/2018. *Mesa Do Colégio Da Especialidade Em Enfermagem Médico-Cirúrgica*, 2016, 1–3. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8287/parecer-n%BA14_2018_rectificado.pdf
- Meleis, Afaf I. (2010). TRANSITIONS THEORY MIDDLE-RANGE AND SITUATION-SPECIFIC THEORIES IN NURSING RESEARCH AND PRACTICE. In S. P. Company (Ed.), *Springer Publishing Company, LLC* (Springer P). Springer Publishing Company, LLC. https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions_theory__middle_range_and_situation_specific_theories_in_nursing_research_and_practice.pdf
- Meleis, Afaf Ibrahim. (2012). Theoretical nursing: Development and progress. In W. K. H. | L. W. & Wilkins (Ed.), *Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins* (5th ed.). Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins. <https://doi.org/10.2307/3425219>
- Mieiro, D. B., Oliveira, É. B. C. de, Fonseca, R. E. P. da, Mininel, V. A., Zem-Mascarenhas, S. H., & Machado, R. C. (2019). Strategies to minimize medication errors in emergency units: an integrative review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(Suppl 1), 307–314. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0658>
- Mitzkewich, M. (2019). Sepsis Screening in Triage to Decrease Door-to-Antibiotic Time. *Journal of Emergency Nursing*, 45(3), 254–256. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2018.08.002>
- Mororó, D. D. de S., Enders, B. C., Lira, A. L. B. de C., Silva, C. M. B. da S., & Menezes, R. M. P. M. (2017). Análise conceitual da gestão do cuidado em enfermagem no âmbito hospitalar. *Acta Paulista de Enfermagem*, 111(10), 323–332. <https://www.scielo.br/pdf/ape/v30n3/1982-0194-ape-30-03-0323.pdf>
- Nayeri, N. D., & Aghajani, M. (2010). Patients' privacy and satisfaction in the emergency department: A descriptive analytical study. *Nursing Ethics*, 17(2), 167–177. <https://doi.org/10.1177/0969733009355377>
- Nora, C. R. D., Deodato, S., Vieira, M. M. da S., & Zoboli, E. L. C. P. (2016). Elementos e estratégias para a tomada de decisão ética em enfermagem. *Texto e Contexto Enfermagem*, 25(2), 1–9. <https://doi.org/10.1590/0104-07072016004500014>
- Nunes, R., Nunes, P. M., Xavier, P. A., Wittkopf, P., & Schivinski, C. I. S. (2014). Aspiration traqueal : a técnica e suas indicações. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, 90–96. https://www.researchgate.net/publication/304312770_Aspiracao_traqueal_a_tecnica_e_suas_indicacoes

- O'Grady, N. P., Alexander, M., Burns, L. A., Dellinger, E. P., Garland, J., Heard, S. O., Lipsett, P. A., Masur, H., Mermel, L. A., Pearson, M. L., Raad, I. I., Randolph, A. G., Rupp, M. E., & Saint, S. (2011). Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections. *American Journal of Infection Control*, 39(4 SUPPL.), S1–S34. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2011.01.003>
- O'Grady, N. P., Alexander, M., Burns, L. A., Dellinger, E. P., Garland, J., Heard, S. O., Lipsett, P. A., Masur, H., Mermel, L. A., Pearson, M. L., Raad, I. I., Randolph, A. G., Rupp, M. E., Saint, S., & Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). (2011). Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections. *Clinical Infectious Diseases : An Official Publication of the Infectious Diseases Society of America*, 52(9). <https://doi.org/10.1093/cid/cir257>
- Olino, L., Gonçalves, A. de C., Strada, J. K. R., Vieira, L. B., Machado, M. L. P., Molina, K. L., & Cogo, A. L. P. (2019). Comunicação efetiva para a segurança do paciente: nota de transferência e Modified Early Warning Score. *Revista Gaucha de Enfermagem*, 40(spe), e20180341. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180341>
- Oliveira, A. D. S. S., Basto, M. L., Braga, L. M., Sena, C. A., Melo, M. N., & Parreira, P. M. D. S. D. (2019). Nursing practices in peripheral venous catheter: Phlebitis and patient safety. *Texto e Contexto Enfermagem*, 28, 1–13. <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2018-0109>
- OMS. (2018). *Comunicação de riscos em emergências de saúde pública*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259807/9789248550201-por.pdf?ua=1#:~:text=Comunicação dos riscos – troca de informações%2C aconselhamento,pessoas em risco%2C o que constitui parte integrante>
- Ordem dos Enfermeiros. (1998). Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro - Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro (Com. *Diário Da República — I Série-a (21-4-1998)*, 1739–1757. <https://dre.pt/application/conteudo/175784>
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). Passagem de turno junto aos doentes, em enfermarias - Parecer CJ/20 – 2001. *Ordem Dos Enfermeiros*, 3.
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *PARECER CJ 8/2008 INFORMAÇÕES TELEFÓNICAS A FAMILIARES DE UTENTES*. 1–3. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ_Documentos/Parecer8_2008_informacoes_telefonicas.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2014a). *PARECER CJ 222/2014 Sigilo Profissional e Segurança da Informação*. 2014–2016.
- Ordem dos Enfermeiros. (2014b). Regulamento n.º 533/2014 “Norma para o cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem.” *Diário Da República*, 2.ª Série, 30247–30254. <https://dre.pt/application/conteudo/60651797>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015a). *Código Deontológico (Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 156/2015 de 16 de Setembro)*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015b). Regulamento n.º 101/2015: Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor. *Diário Da República*, 2.ª Série, 48, 5948–5952. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_101_2015_PerfilCompetenciasEnfermeiroGestor.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015c). Regulamento n.º 361/2015 Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Diário Da República*, 2.ª Série N.º 123, 17240–17243. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_361_2015_PadroesQualidadeCuidadosEspEnfPessoaSituacaoCritica.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados 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.* 26–32. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 429/2018 - Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. 2.ª Série, N.º 135, 19359–19370. <https://dre.pt/application/conteudo/115698617>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019a). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista Regulamento n.º 140/2019. *Diário Da República, 2ª Série, nº26*, 4744–4750.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019b). Regulamento n.º 743/2019: Regulamento da norma para cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem. *Diário Da República, II Série (Nº 184 de 25-09-2019)*, 128–155. <https://dre.pt/application/conteudo/124981040>
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Estatística de Enfermeiros*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/estatistica-de-enfermeiros/>
- Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2008). *Transporte de Doentes Críticos* (Centro Edi, Issue (Comissão da Competência em Emergência Médica)). <https://www.spci.pt/media/documentos/15827260365e567b9411425.pdf>
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (Mosby (ed.); 6ª Edição).
- Padilha, K. G., Cardoso de Sousa, R. M., Miyadahira, A. M. K., Monteiro da Cruz, D. de A. L., Fernandes Vattimo, M. de F., Kimura, M., Alves Grossi, S. A., da Silva, M. C. M., Cruz, V. F., & Ducci, A. J. (2005). Therapeutic intervention scoring system-28 (TISS-28): diretrizes para aplicação. *Revista Da Escola de Enfermagem Da U S P*, 39(2), 229–233. <https://doi.org/10.1590/s0080-62342005000200014>
- Paiva, J. A., Fernandes, A., Granja, C., Esteves, F., Miguel, J., José, R., Nóbrega, J., Vaz, J., & Coutinho, P. (2017). Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência - Medicina Intensiva. In R. Portuguesa (Ed.), *República Portuguesa - Saúde* (RNEHR). <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/08/RNEHR-Medicina-Intensiva-Aprovada-10-agosto-2017.pdf>
- Paiva, L. A. R. (2008). *Supervisão em ensino clínico de enfermagem*. <https://ria.ua.pt/handle/10773/1342>
- Patoleia, F. M. M. A. (2017). *Atuação em caso de emergência/catástrofe na Unidade de Cuidados Intensivos do CH*. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/17629>
- Perez, D., Peters, K., Wilkes, L., & Murphy, G. (2019). Physical restraints in intensive care—An integrative review. *Australian Critical Care*, 32(2), 165–174. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2017.12.089>
- Pina, E., Ferreira, E., Marques, A., & Matos, B. (2010). Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. *Revista Portuguesa de Saúde Pública, Tematico(10)*, 27–39.
- Pupulim, J. S. L., & Sawada, N. O. (2002). *Reflexões Acerca Da Comunicação Enfermeiro-Paciente Relacionada À Invasão Da Privacidade*. 10(3), 433–438.
- Queiroz, P. E. S., Schulz, R. D. S., & Barbosa, J. D. V. (2017). Importância Da Tecnologia No Processo De Enfermagem Para O Tratamento De Feridas Crônicas. *Revista Enfermagem Contemporânea*, 6(2), 69–77. <https://doi.org/10.17267/2317-3378rec.v6i2.1182>
- Rasheed, S. P. (2015). Self-Awareness as a Therapeutic Tool for Nurse / Client Relationship. *International Journal of Caring Sciences*, 8(1), 211–217.
- Ray-Barruel, G., & Rickard, C. M. (2018). Helping nurses help PIVCs: Decision aids for daily assessment and maintenance. *British Journal of Nursing*, 27(8), S12–S18. <https://doi.org/10.12968/bjon.2018.27.8.S12>
- Ribeiro, J. L. P. (2010). Investigação e avaliação em psicologia e saúde. In *Placebo Editora*. <https://doi.org/10.1080/01690965.2010.550928>
- Riisgaard, H., Nexøe, J., Le, J. V., Søndergaard, J., & Ledderer, L. (2016). Relations between task delegation and job satisfaction in general practice: A systematic literature review. *BMC Family Practice*, 17(1),

- 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12875-016-0565-1>
- ROBOTICS, B. O. (2016). *UVD ROBOTS*. <http://uvd.blue-ocean-robotics.com/modelb>
- Royal College of Nursing. (2019). *Standards for infusion therapy. May 2008*, 113. <https://www.rcn.org.uk/professional-development/publications/pub-005704>
- Royal College of Nursing. (2022). *Standards for infusion therapy* (4th ed.). Royal College of Nursing.
- Ruger, J. ., & Yach, D. (2014). The Global Role of the World Health Organization Globalization and health. *Global Health Governance*, 2(2), 1–9. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3981564/>
- Sales, C. B., Bernardes, A., Gabriel, C. S., Brito, M. de F. P., Moura, A. A. de M., & Zanetti, A. C. B. (2018). Protocolos Operacionais Padrão na prática profissional da enfermagem: utilização, fragilidades e potencialidades. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(1), 138–184. <https://doi.org/dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0621>
- Scott, R. A., Oman, K. S., Flarity, K., & Comer, J. L. (2018). Above, Beyond, and Over the Side rails: Evaluating the New Memorial Emergency Department Fall–Risk-Assessment Tool. *Journal of Emergency Nursing*, 44(5), 483–490. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2018.01.007>
- Silva, T. N. da, Freire, M. E. M., Vasconcelos, M. F. de, Silva Junior, S. V. da, Silva, W. J. de C., Araújo, P. da S., & Eloy, A. V. A. (2018). Deontological aspects of the nursing profession: understanding the code of ethics. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(1), 3–10. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0565>
- Silva, M. T. M. da C. (2017). Método de trabalho de Enfermeiro Responsável - melhoria da qualidade. In *Escola Superior De Enfermagem Do Porto* (Vol. 62, Issue 5).
- Simin, D., Milutinović, D., Turkulov, V., & Brkić, S. (2019). Incidence, severity and risk factors of peripheral intravenous cannula-induced complications: An observational prospective study. *Journal of Clinical Nursing*, 28(9–10), 1585–1599. <https://doi.org/10.1111/jocn.14760>
- Simões, J., Alarcão, I., & Costa, N. (2008). Supervisão em Ensino Clínico de Enfermagem: a perspectiva dos Enfermeiros Cooperantes. *Revista de Enfermagem Referência*, II(6), 91–108. <http://www.index-f.com/referencia/2008pdf/0691108.pdf>
- Smith, D., & Bowden, T. (2017). Using the ABCDE approach to assess the deteriorating patient. *Nursing Standard*, 28(14), 51–61. <https://journals-rcni-com.e.bibl.liu.se/doi/pdf/10.7748/ns.2017.e11030>
- SNS. (2020). Plataforma Trace COVID-19. *SPMS*. <https://www.spms.min-saude.pt/2020/05/plataforma-trace-covid/>
- Sociedad Española de Medicina Preventiva Salud Pública e Higiene. (2022a). *Buenas Prácticas en Seguridad de Pacientes : Flebitis Zero - Introducción al proyecto*: www.flebitiszero.com 2022
- Sociedad Española de Medicina Preventiva Salud Pública e Higiene. (2022b). *Buenas Prácticas en Seguridad de Pacientes : Flebitis Zero aséptico del catéter Inserción y mantenimiento aséptico del catéter*. www.flebitiszero.com 2022
- Steven, A., Magnusson, C., Smith, P., & Pearson, P. H. (2014). Patient safety in nursing education: Contexts, tensions and feeling safe to learn. *Nurse Education Today*, 34(2), 277–284. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2013.04.025>
- Stinson, K. J. (2017). Benner’s Framework and Clinical Decision-Making in the Critical Care Environment. *Nursing Science Quarterly*, 30(1), 52–57. <https://doi.org/10.1177/0894318416680536>
- Suri, P., & Gopaul, R. (2018). GUIDE TO INFECTION CONTROL IN THE HOSPITAL. *International Society for Infectious Diseases*. <https://isid.org/guide/infectionprevention/emergency/>
- Sutton, L. J., & Jarden, R. J. (2017). Improving the quality of nurse-influenced patient care in the intensive care unit. *Nursing in Critical Care*, 22(6), 339–347. <https://doi.org/10.1111/nicc.12266>
- Tartari, E., Fankhauser, C., Masson-Roy, S., Márquez-Villarreal, H., Moreno, I. F., Navas, M. L. R., Sarabia,

- O., Bellissimo-Rodrigues, F., Mezerville, M. H. De, Lee, Y. F., Aelami, M. H., Mehtar, S., Agostinho, A., Camilleri, L., Allegranzi, B., Pires, D., & Pittet, D. (2019). Train-the-Trainers in hand hygiene: A standardized approach to guide education in infection prevention and control (Antimicrobial Resistance and Infection Control) DOI: 10.1186/s13756-019-0666-4). *Antimicrobial Resistance and Infection Control*, 9(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s13756-020-0687-z>
- Teixeira, J., & Durão, C. (2016). Monitorização da dor na pessoa em situação crítica: uma revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série*(10), 135–142. <https://doi.org/10.12707/RIV16026>
- Thim, T., Krarup, N. H. V., Grove, E. L., Rohde, C. V., & Lofgren, B. (2012). Initial assessment and treatment with the Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure (ABCDE) approach. *International Journal of General Medicine*, 5, 117–121. <https://doi.org/10.2147/IJGM.S28478>
- Tognoni, G. (2020). *Ci sarà - quando , come , perché , per chi - un “ dopo ” - Covid 19 ?* 147–153.
- Valentin, A., & Ferdinande, P. (2011). Recommendations on basic requirements for intensive care units: Structural and organizational aspects. *Intensive Care Medicine*, 37(10), 1575–1587. <https://doi.org/10.1007/s00134-011-2300-7>
- Vrbnjak, D., Denieffe, S., O’Gorman, C., & Pajnikihar, M. (2016). Barriers to reporting medication errors and near misses among nurses: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 63, 162–178. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.08.019>
- Wasserman, S., & Messina, A. (2018). GUIDE TO INFECTION CONTROL IN THE HEALTHCARE SETTING Bundles in Infection Prevention and Safety. In *International Society for Infectious Diseases*. http://isid.org/wp-content/uploads/2019/06/ISID_GUIDE_BUNDLES_IN_INFECTION_PREVENTION_SAFETY.pdf
- Wei, T., Li, X. ying, Yue, Z. ping, Chen, Y. yi, Wang, Y. ren, Yuan, Z., Lin, Q., Tan, Y., Peng, S. yi, & Li, X. feng. (2019). Catheter dwell time and risk of catheter failure in adult patients with peripheral venous catheters. *Journal of Clinical Nursing*, 28(23–24), 4488–4495. <https://doi.org/10.1111/jocn.15035>
- World Health Organization. (2011). Report on the Burden of Endemic Health Care-Associated Infection Worldwide Clean Care is Safer Care. *World Health Organization*, 34. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK144030/>

apêndices

APENDICE I – APRESENTAÇÃO DA FORMAÇÃO SOBRE A UHD E O PAPEL DO
ENFERMEIRO ESPECIALISTA

UNIDADE DE HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA

O INTERNAMENTO DE DOENTES DO SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL PARA A UNIDADE DE HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA...

8º CURSO DE MESTRADO DE ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA - ESPECIALIDADE DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA



Inês Marcos

OBJETIVOS:

OBJETIVO GERAL:

- Melhorar o conhecimento e a capacitação dos enfermeiros do SUG para a referenciação de doentes provenientes do SUG para a UHD.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Conhecer o conceito de Hospitalização Domiciliária;
- Capacitar os enfermeiros para o conhecimento dos critérios de aceitação do doente proveniente do SUG para a UHD.
- Compreender o papel dos enfermeiros na dinâmica da referenciação dos doentes do SUG;
- Compreender a dinâmica entre a referenciação de doentes do SUG e a observação dos doentes pela UHD;
- Conhecer o papel do Enfermeiro EEMC - área EPSC - na UHD;
- Refletir sobre casos práticos.

O QUE É A HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA:

A hospitalizaçãodomiciliária, enquantomodelo de prestaçãode cuidadoem casa, afigura -se como uma alternativa ao internamentotconvencional,proporcionandassistência contínua e coordenadaaos cidadãos que, requerendoadmissão hospitalar para internamento,cumpram um conjuntode critériosclínicos, sociais e geográficosque permitem a sua hospitalizaçãono domicílio, sob a responsabilidadedos profissionaisde saúde que constituamuma Unidade de HospitalizaçãoDomiciliária, com a concordânciado cidadãoe da família.

(Diário da República, 2018)

INÊS MARCOS

22/05/2021

O QUE É A HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA:



INÊS MARCOS

22/05/2021

O QUE É A HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA:

Estratégia de implementação de Unidades de Hospitalização Domiciliária no Serviço Nacional de Saúde em 2018

26900-(2)

Diário da República, 2.ª série — N.º 191 — 3 de outubro de 2018

PARTE C

SAÚDE

Gabinete da Secretária de Estado da Saúde

Despacho n.º 9323-A/2018

O XXI Governo Constitucional, no seu programa para a saúde, estabelece como medidas prioritárias melhorar a governação do Serviço

através da introdução de modalidades de pagamento e de contraprestação que incentivem o desenvolvimento destas respostas, que seja alcançada a alocação de incentivos financeiros por via do programa de incentivos à integração de cuidados e à valorização do percurso do utente no SNS para o futuro 2017-2018, que permita financiar diversos projetos de hospitalização domiciliária no país.

Assim, no âmbito do disposto nos artigos 4.º, 5.º e 6.º do Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro, determino o seguinte:

1 — Todas as entidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde

(Diário da República, 2018)



NORMA

Marta da Graça Crispino de Freitas

NÚMERO: 030/2018
 DATA: 20/12/2018
 ASSUNTO: Hospitalização Domiciliária em idade adulta
 PALAVRAS-CHAVE: Hospitalização Domiciliária, Terapêutica, Monitorização, Equipa de Saúde, referência, critérios de Hospitalização Domiciliária, Internamento domiciliário
 PARA: Profissionais de Saúde do Serviço Nacional de Saúde
 CONTACTOS: Departamento de Qualidade na Saúde (dsas@dgs.min-saude.pt)

(Direção-Geral da Saúde, 2018)

INÊS MARCOS

22/05/2021

O QUE É A HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA:



INÊS MARCOS

22/05/2021

PORQUÊ A HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA:

Razões para a Hospitalização Domiciliária

NEHospDom

População geriátrica a aumentar

Crescimento populacional

Uso das novas tecnologias no apoio à decisão médica

Necessidade de inovar soluções de internamento

A admissão hospitalar convencional apresenta riscos de desenvolvimento de infeções hospitalares

Os doentes apresentam, em muitas situações, melhores resultados clínicos

SPMI

INÊS MARCOS 22/05/2021

OBJETIVOS

Objetivo Principal → Prestar cuidados de saúde no domicílio do doente, durante um período transitório, em alternativa ao internamento hospitalar convencional, inserido no seu ambiente socio familiar, assegurando um tratamento o mais eficaz e efetivo possível, com uma atenção dirigida e personalizada potenciando a autonomia pessoal e funcional do doente.

Objetivos Gerais →

- Incrementar a eficácia e efetividade dos recursos das camas hospitalares
- Melhorar a utilização dos recursos hospitalares disponíveis
- Favorecer a transferência do doente do internamento hospitalar para o ambiente domiciliário
- Fomentar o auto cuidado e a educação do doente e da família
- Otimizar a coordenação dos vários níveis de cuidados

INÊS MARCOS 22/05/2021

OBJETIVOS

Objetivos Específicos

- Ser responsável por toda a gestão do processo assistencial
- Ser composta por uma equipa multidisciplinar hospitalar
- Ser dotada de meios técnicos e logísticos adequados
- Assegurar a prevenção e o controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde e a gestão de resíduos hospitalares
- Garantir que a prescrição, o transporte e acondicionamento de medicamentos e materiais de consumo clínico

INÊS MARCOS

22/05/2021

ORGANIGRAMA ESTRUTURAL DO SERVIÇO



INÊS MARCOS

22/05/2021

HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO

A UHD funciona 24 horas / 7 dias por semana nos 365 dias do ano com apoio de enfermagem permanente

Cobertura Horária

- Entre as 8:00 -16:00 horas
- Entre as 16:00 e as 23:00 horas
- Durante a noite entre as 23:00 e as 08:00 horas a UHD funciona em regime de prevenção de enfermagem e prevenção médica entre as 16:00 e as 08:00 h (as emergências/urgências serão deferidas para o Serviço de Urgência, com ou sem a participação do INEM através da VMER)
- A verificação do óbito e o certificado de óbito são efetuados pelo médico da unidade a qualquer hora do dia ou da noite.

INÊS MARCOS

22/05/2021

TIPOLOGIA DE DOENTES A ADMITIR NA UHD

Doentes com patologia aguda ou crónica agudizada.

Doentes em estadio terminal/paliativo que, transitoriamente, necessitem de cuidados e procedimentos terapêuticos complexos da exclusiva responsabilidade do hospital.

INÊS MARCOS

22/05/2021

Patologias elegíveis para a UHD

Patologia infecciosa aguda que requeira tratamento antibiótico parentérico:

- Infeção urinária / Pielonefrite aguda.
- Infeção respiratória.
- Infeção da pele e tecidos moles.
- Colecistite aguda com reavaliação cirúrgica pré alta.
- Diverticulite aguda com reavaliação cirúrgica pré alta.
- Gastrenterite aguda.
- Peritonite bacteriana espontânea.
- Endocardite sem indicação cirúrgica.
- Espondilodiscite sem indicação neuro cirúrgica.
- Outras patologias infecciosas controláveis no domicílio.

INÊS MARCOS

Patologia crónica agudizada:

- Doença pulmonar obstrutiva crónica.
- Insuficiência cardíaca.
- Cirrose hepática.
- Outras patologias controláveis no domicílio.

22/05/2021

Patologias elegíveis para a UHD

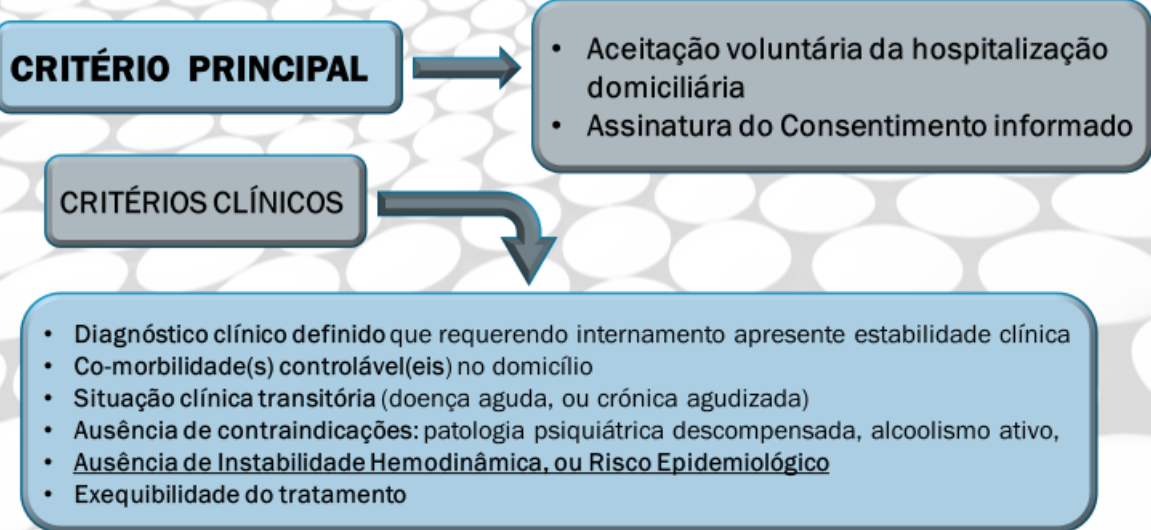
Cuidados no pós-operatório como parte de um protocolo de transição de cuidados, ou no tratamento de patologia médica crónica descompensada no contexto pós-cirurgia.

Doença incurável, avançada e progressiva (oncológica ou não oncológica) ou processo orgânico degenerativo em situação terminal, que requeira cuidados paliativos intensivos e/ou especializados, em estreita articulação com a Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP).

INÊS MARCOS

22/05/2021

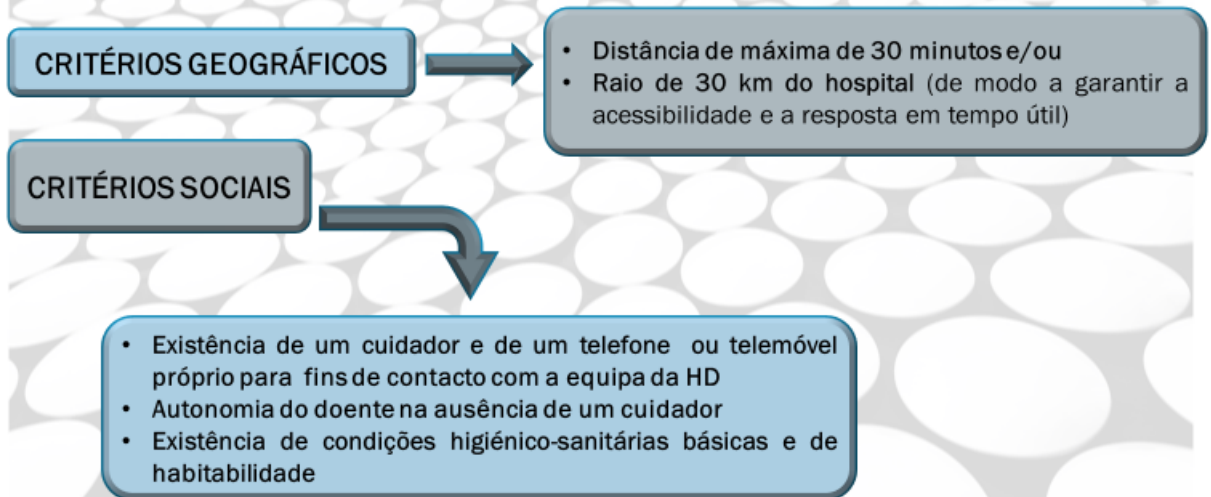
CRITÉRIOS DE ADMISSÃO



INÊS MARCOS

22/05/2021

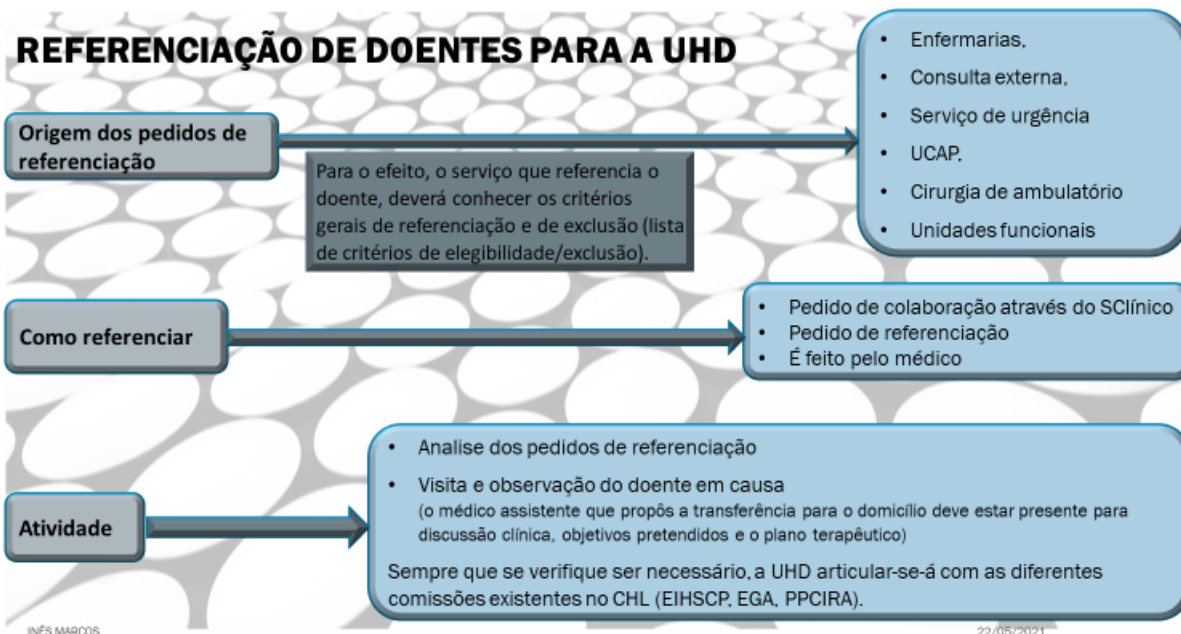
CRITÉRIOS DE ADMISSÃO



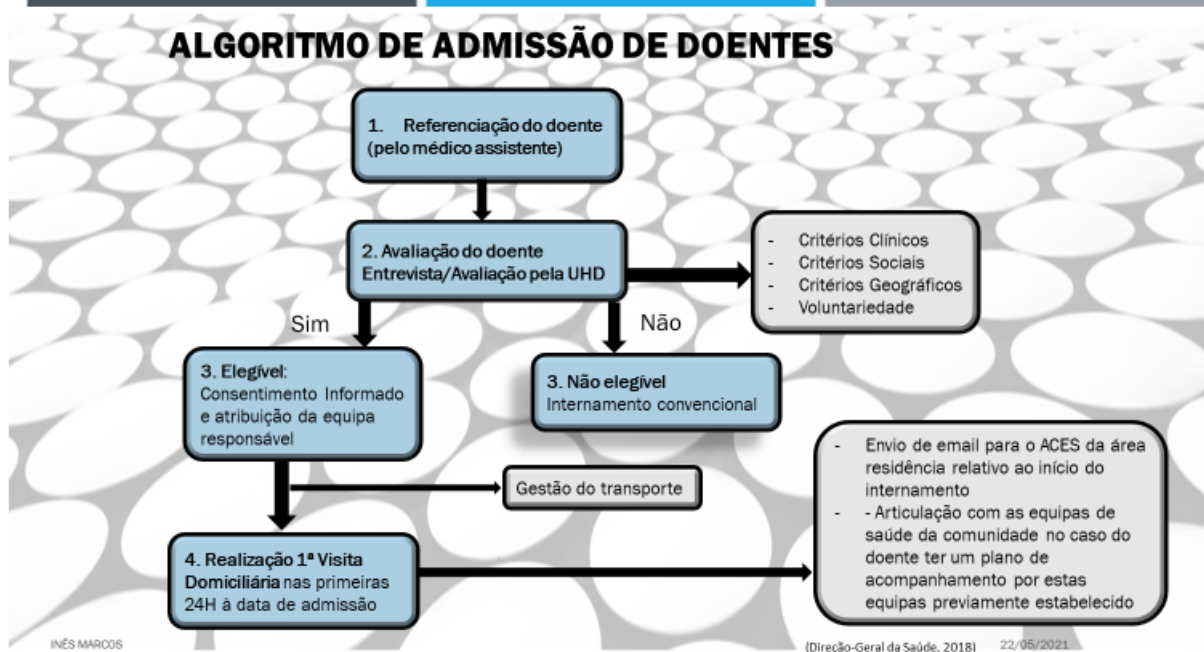
INÊS MARCOS

22/05/2021

REFERENCIAÇÃO DE DOENTES PARA A UHD



ALGORITMO DE ADMISSÃO DE DOENTES



PROCEDIMENTOS DE DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICAS POSSÍVEIS DE REALIZAR NA UHD

- Miелограма, biópsia óssea, punção lombar, paracentese, artrocentese, colheitas de amostras biológicas (sangue, urina, líquido cefalo-raquidiano, líquido ascítico, líquido articular e expectoração) para análise e/ou microbiologia;
- Outras técnicas: gasimetria, eletrocardiograma, ecocardiograma, ecografia, pulsometria, oximetria, polissonografia;
- Dispositivos de acessos vasculares periféricos;
- Ventilação mecânica não-invasiva (VNI), suporte nutricional artificial entérico e/ou parentérico, transfusão de hemoderivados, terapêutica EV de medicamentos de uso exclusivo hospitalar;
- Oxigenoterapia domiciliária de curta duração;
- Tratamento Antimicrobiano com Terapêutica Antibiótica Domiciliária Endovenosa (TADE) – Possibilidade de manter terapêutica antibiótica em doentes com indicação para ciclos prolongados;
- Tratamento de feridas complexas;
- Utilização de acessos vasculares centrais (para administração de fármacos ou de suporte nutricional parentérico), previamente colocados em meio hospitalar ou à cabeceira do doente, conforme o dispositivo vascular indicado;
- Outros procedimentos que as equipas considerem exequíveis.

(Direção-Geral da Saúde, 2018)

INÊS MARCOS

22/05/2021

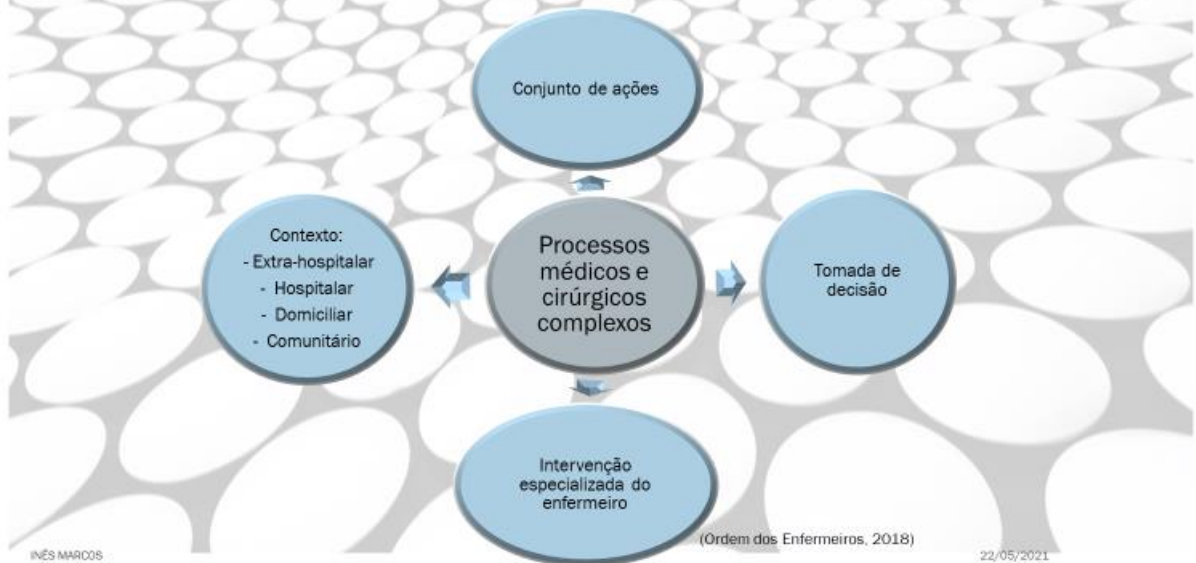
PAPEL DO ENFERMEIRO EEMC - ÁREA EPSC - NA UHD

- Competências Comuns do Enfermeiro Especialista envolvem as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2019).
- Os processos médicos e cirúrgicos complexos dizem respeito ao conjunto de ações que implicam a tomada de decisão, baseada na informação relevante e potenciais consequências de cada alternativa e recurso, que determina a intervenção especializada do enfermeiro em contexto extra-hospitalar, hospitalar, domiciliário e comunitário (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

INÊS MARCOS

22/05/2021

PAPEL DO ENFERMEIRO EEMC - ÁREA EPSC - NA UHD



PAPEL DO ENFERMEIRO EEMC - ÁREA EPSC - NA UHD

“Tendo como finalidade a melhoria da qualidade de vida da pessoa, os cuidados especializados em enfermagem Médico-Cirúrgica exigem a conceção, implementação e avaliação de planos de intervenção em resposta às necessidades das pessoas e famílias alvos dos seus cuidados, com vista à deteção precoce, estabilização, manutenção e a recuperação perante situações que carecem de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo complicações e eventos adversos, tal como na promoção da saúde e na prevenção da doença em diversos contextos.” (Ordem dos Enfermeiros, 2018)

PAPEL DO ENFERMEIRO EEMC - ÁREA EPSC - NA UHD

“Os cuidados de enfermagem na pessoa, família/cuidador em situação crítica exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa, família/cuidador alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil.

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

(Ordem dos Enfermeiros, 2018)

INÊS MARCOS

22/05/2021

PAPEL DO ENFERMEIRO EEMC - ÁREA EPSC - NA UHD

Assim...

O Enfermeiro EEMC – EPSC deve saber:

- Observar o utente de forma holística;
- Identificar precocemente os focos de instabilidade;
- Planear em conjunto com toda a equipa um plano terapêutico para o utente, assim como de acordo com as preferências do utente e do cuidador/família;
- Educar o utente e cuidador/família, de modo a capacitar os mesmos na identificação de sinais de preocupação, para que seja feito um contacto com a equipa o mais precocemente possível;
- Utilizar estratégias de comunicação eficaz na realização de ensinamentos, transmissão de informação...;
- Ter um papel ativo na equipa de saúde e estar sempre disponível para responder a dúvidas dos colegas acerca dos sinais e sintomas que causem preocupação;
- Basear a sua prática na melhor evidência existente;

(Ordem dos Enfermeiros, 2018)

INÊS MARCOS

22/05/2021

PAPEL DO ENFERMEIRO EEMC - ÁREA EPSC - NA UHD

Assim...

O Enfermeiro EEMC – EPSC deve saber:

- Prevenir e diagnosticar as necessidades do serviço em matéria de prevenção e controlo de infeção;
- Estabelecer as estratégias pró-ativas a implementar no serviço visando a prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos do serviço;
- Atualizar o Plano de Prevenção e Controlo de Infeção e de resistência a Antimicrobianos do serviço com base na evidência;
- Demonstrar conhecimentos específicos na área da higiene hospitalar que lhe permitam ser referência para a equipa, na prevenção e controlo da infeção e na resistência a Antimicrobianos;
- Estabelecer os procedimentos e circuitos requeridos na prevenção e controlo da infeção face às vias de transmissão;
- Salvaguardar o cumprimento dos procedimentos estabelecidos na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos;
- Monitorizar, registar e avaliar as medidas de prevenção e controlo implementadas.

(Ordem dos Enfermeiros, 2018)

INÊS MARCOS

22/05/2021

REFLETIR SOBRE CASOS PRÁTICOS



Catarina... 17 anos

- Recorreu à urgência por dispneia e cansaço
- Foi diagnosticada com uma pneumonia
- Disse ao médico que não quer ficar internada
- Medicação:
 - Claritromicina 500 mg EV de 12/12h
 - Amoxicilina + ác. Clav. 12/12h
- Vigilância de oximetrias
- Vive em Fátima
- Tem condições habitacionais
- A mãe pode estar sempre com ela

Pode ser admitida?

INÊS MARCOS

22/05/2021

REFLETIR SOBRE CASOS PRÁTICOS



Pode ser admitida?

Não... tem 17 anos...



INÊS MARCOS

22/05/2021

REFLETIR SOBRE CASOS PRÁTICOS



Maria... 35 anos

- Recorre à urgência por dor 7 no flanco à esquerda
- Apresenta disúria, hematúria e febre
- Diagnóstico de cólica renal com ITU após MCDT´s
- Refere ao enfermeiro que gostaria de ir para casa

- **Medicação:**
 - Ceftriaxona 2g de 24/24h
 - Analgesia de 12/12h e em SOS

- Não tem monitor para avaliação de sinais vitais, apenas termómetro
- Vive em Leiria
- Tem condições habitacionais
- Vive sozinha, não tem cuidador, apenas vizinhos

Pode ser admitida?

INÊS MARCOS

22/05/2021

REFLETIR SOBRE CASOS PRÁTICOS



Maria... 35 anos


Pode ser admitida?

Yesssss....

INÊS MARCOS

22/05/2021

REFLETIR SOBRE CASOS PRÁTICOS



António... 66 anos

- Recorre à urgência por desorientação com hipotensão, febre e taquicárdia
- Está em oligúria
- Após realização de MCDT´s foi diagnosticado com uma sépsis de ponto de partida urinário
- Após estabilização hemodinâmica é sugerida referência para a UHD por falta de vagas no internamento
- Medicação:
 - Gentamicina 240 mg de 24/24h
 - Antipiréticos
 - Furosemida
- Está algaliado
- Necessita de monitorização de sinais vitais 3 id
- É dependente nas AVD´s
- Tem cuidadora em casa 24h e condições habitacionais
- Vive na Marinha Grande

Pode ser admitido?

INÊS MARCOS

22/05/2021

REFLETIR SOBRE CASOS PRÁTICOS



INÊS MARCOS

22/05/2021

António... 66 anos

Pode ser admitido?

Sim, pode...

REFLETIR SOBRE CASOS PRÁTICOS



INÊS MARCOS

22/05/2021

Hamed... 60 anos... Muçulmano

Recorre ao SUG por dor intensa na região abdominal, anorexia e vômitos

Tem antecedentes de neoplasia do cólon com metastização hepática

É seguido pela EIHS CP

Tem agravamento do estado clínico e está em fase terminal

É explicado ao utente e família a situação

O utente pede para ir para casa, não quer morrer no hospital...

A família está renitente, não sabe se tem condições para cuidar do utente neste momento...

- **Medicação:**
 - Morfina
 - Ondasetron
 - Butilescopolamina
 - Soro em perfusão
- Não tem veias para acessos venosos
- Não tolera nada oral

O que fazer?

Pode ser admitido?

REFLETIR SOBRE CASOS PRÁTICOS



INÊS MARCOS

22/05/2021

Hamed... 60 anos

Pode ser admitido?

Pode morrer em casa?

É discutido o caso com a EIHS CP

Pode, se a família aceitar

Colocação de um DIB sc para perfusão de morfina e administração de restante medicação por via sc

REFLETIR SOBRE CASOS PRÁTICOS



INÊS MARCOS

22/05/2021

Pedro... 50 anos

Recorre ao SUG por dor no hipocôndrio dtº, acompanhado por náuseas, vômitos e febre

Após realização de MCDT´s é dito ao utente que tem de ficar internado, pois ainda não se consegue definir diagnóstico
O Pedro pede para ir para casa

- **Medicação:**
 - Tazobac 4.5gr de 6/6h
 - Antipiréticos/ analgésicos
 - Metoclopramida antes das refeições
- Vive com a esposa e com os filhos em Pataias
- Tem condições habitacionais

Pode ser admitido?

REFLETIR SOBRE CASOS PRÁTICOS



Pode ser admitido?

Não... Não tem diagnóstico definido

INÊS MARCOS

22/05/2021

REFLETIR SOBRE CASOS PRÁTICOS



Joaquina... 80 anos

Recorre ao SUG por dor, calor, edema acentuado do MIE, com febre
Após observação pela dermatologia é diagnosticada com uma erisipela do MIE

- Medicação:
 - Clindamicina 600 mg 6/6h ev
 - Amoxicilina + ác. Clav. 2,2 gr de 12/12h ev
 - Analgesia ev
- Vive em lar
- Responsável do lar aceita internamento em UHD, após referência pelo médico do SUG
- Lar é na Maceira

Pode ser admitido?

INÊS MARCOS

22/05/2021

REFLETIR SOBRE CASOS PRÁTICOS



INÊS MARCOS

Joaquina... 80 anos

Pode ser admitido?

Sim pode, a clindamicina pode ser administrada através de bólus com recurso a uma perfusora

22/05/2021

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Diário da República. (2018). *Despacho n.º 9323-A/2018. Diário da República, 2.ª série N.º 191, 3/10/2018*: 28900-(2)-26900 (5). *Determina a estratégia de implementação de Unidades de Hospitalização Domiciliária no Serviço Nacional de Saúde*. 2. 2-5. <https://dre.pt/home/-/dre/116587923/details/maximized>

Direção-Geral da Saúde. (2018). *Hospitalização Domiciliária em idade adulta. Norma N.º 020/2018 de 20/12/2018*, 1-22. <http://nocs.pt/hospitalizacao-domiciliaria-em-idade-adulta/>

Ministério da Saúde. (2019). *Despacho N.º 12333/2019Saúde*, 30, 76-77.

Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento n.º 429/2018 - Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica*. 2.ª Série, N.º 135, 19359-19370. <https://dre.pt/application/conteudo/115698617>

Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista Regulamento n.º 140/2019. Diário Da República, 2ª Série, n.º 26, 4744-4750*.

INÊS MARCOS

22/05/2021



INÊS MARCOS

22/05/2021



INÊS MARCOS

22/05/2021

APENDICE II – TRABALHO EM LINGUAGEM CIPE NO SMI

Mestrado de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Documento de trabalho

Estudante: Inês Sofia Pereira Marcos

Ensino Clínico: II – Serviço de Medicina Intensiva

Local: Centro Hospitalar de Leiria, EPE, Hospital de Santo André

Data: Novembro de 2020

Professor Responsável: Professora Teresa Peralta

1. Identifique e descreva uma situação e/ou condição de assistência que no local de ensino clínico constitua para si motivação adicional para agir no quadro de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica - Regulamento n.º 429/2018 (máximo 500 palavras).

A pessoa em situação crítica é, na definição do Regulamento n.º 429/2018, 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. Este regulamento define os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica como altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato,

como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Um dos meios avançados de suporte das funções vitais mais utilizado no SMI é a Ventilação Mecânica Invasiva (VMI). A VMI consiste num método de suporte para o tratamento de doentes com insuficiência respiratória aguda ou crónica agudizada (Henrique et al., 2019). O desmame caracteriza-se como o processo de transição da ventilação artificial para a espontânea, em que os doentes permanecem em VMI por tempo superior a 24 horas, e inicia-se após a resolução da causa da insuficiência respiratória e instabilidade hemodinâmica, testando-se diariamente medidas fisiológicas e clínicas para a determinação do momento apropriado para a retirada da VMI (Henrique et al., 2019).

Uma das complicações da VMI é a extubação não planeada do Tubo Endotraqueal (TET). Isto engloba a auto-extubação em que o TET é removido deliberadamente pelo doente e a extubação acidental, em que este é retirado devido a manobras durante os cuidados ao doente. A auto-extubação é responsável pela maioria das extubações não planeadas (68-95%) (Gueret et al., 2020).

Segundo Rocheta, (2018) citando o SEMICYUC (2011), a extubação do doente é uma intervenção que dever ser planeada e programada em equipa. As extubações não planeadas estão associadas a uma elevada taxa de re-entubações, o que aumenta o risco de complicações associadas, aumenta o risco de Pneumonia Associada à Ventilação e aumenta a taxa de mortalidade, sendo considerado um indicador de resultado constando nos Indicadores de Qualidade em Unidade de Cuidados Intensivos (Rocheta, 2018).

Durante a minha passagem no SMI, EC II, presenciei a auto-extubação de dois doentes que tinham iniciado desmame ventilatório. Estes acontecimentos são considerados eventos adversos, que colocam em perigo a vida do doente. Embora haja um protocolo para a extubação traqueal do doente, não existe nenhum para a prevenção da auto-extubação de doentes em VMI.

Segundo os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2017) estes exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil. O Enfermeiro Especialista em PSC identifica, tão rápido quanto possível, os problemas potenciais da pessoa em situação crítica, relativamente aos quais este tem competência para prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuam para evitar esses mesmos problemas ou minimizar-lhes os efeitos indesejáveis (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2017).

Assim, procurei incidir em focos de atenção relacionados com a previsão e prevenção da auto-extubação de doentes submetidos a VMI.

2. Para a situação e/ou condição descrita no ponto anterior, identifique e redija em CIPE® Versão 2 o(s) Foco(s) - áreas de atenção relevantes para a enfermagem (máximo 250 palavras).

FOCOS

FOCO 1 – Ventilação – 10020704

Processo do sistema respiratório: deslocar o ar para dentro e para fora dos pulmões com frequência e ritmo respiratórios determinados; profundidade inspiratória e força expiratória (ICN, 2016).

Recomenda-se a utilização de um protocolo de enfermagem para o desmame da Ventilação Mecânica, sendo este o grupo profissional que cuida do doente durante 24h. Esta assistência no processo de desmame garante de maneira eficaz e segura o retorno à ventilação espontânea, o que requer dos profissionais habilidades e competências para assegurar cuidado livre de riscos (Torres, 2017). O desmame ventilatório é um processo complexo e o seu alcance depende de várias estratégias que devem ser implementadas concomitantemente, para que o seu sucesso seja conseguido (Martins, 2019).

FOCO 2 – Delírio – 10005692

Delírio definido pelo (ICN, 2016) como pensamento distorcido.

Delírio é um distúrbio ou flutuação da condição mental, acompanhada de falta de atenção ou alteração dos níveis de consciência e de um pensamento desorganizado (Mesa et al., 2017). As suas manifestações são: diminuição da atenção, alterações secundárias das funções cognitivas, entre elas percepção, memória, orientação, e raciocínio, e ainda comprometimento do ciclo sono-vigília e transtornos emocionais (Trzepacz et al., 2010). Estas manifestações têm início abrupto, apresentando flutuação de intensidade durante o dia e de um dia para o outro (Gois et al., 2019).

A Richmond Agitation Sedation Scale (RASS) e Confusion Assesment Method-ICU (CAM-UCI) são duas ferramentas essenciais para a avaliação do delírio neste doentes (Mesa et al., 2017).

3. Para o (s) Foco (s) descritos no ponto anterior, identifique e redija em CIPE® Versão 2 os Diagnósticos Enfermagem emergentes (máximo 250 palavras).

DIAGNÓSTICOS

FOCO 1 – Ventilação – 10020704

1.1. Função do sistema respiratório comprometida – 10023362

A manutenção da entubação endotraqueal é a primeira prioridade em doentes com ventilação mecânica e a extubação não planeada é considerada um indicador de qualidade da ventilação mecânica. A maioria dos casos de extubação não planeada não são acidentais, mas são causados por ações do doente (Kwon & Choi, 2017).

1.2. Desabitação ventilatória comprometida – 10001261

Têm sido feitas mudanças nas estratégias de desmame ventilatório nos últimos anos, sendo recomendadas hoje em dia o aumento da pressão inspiratória durante o TRE inicial (com peça em T ou CPAP), uso de protocolos que tentem minimizar a sedação

e ventilação não-invasiva imediatamente após extubação para doentes em risco elevado de falha na extubação (Peña-López et al., 2018)

É essencial a utilização de estratégias de VM protetoras para que a descontinuação do suporte ventilatório ocorra o mais precocemente possível, assim que o doente apresente sinais de recuperação e de estabilidade (Barcellos & Chatkin, 2020).

FOCO 2 – Delírio – 10005692

2.1. Risco de delírio – 10022070

O uso das ferramentas RASS e CAM-ICU permitiu identificar 80% de pacientes com delírio, os fatores de risco para desenvolver delírio foram: idade <65 anos, consumo de álcool, pós-operatório e dias de VM. O delírio associou-se a períodos mais longos de permanência nas UCI e no hospital, assim como com maior mortalidade hospitalar (Mesa et al., 2017).

2.2. Risco de sono comprometido – 10037615

O sono inadequado é uma queixa comum e uma fonte de angústia para muitos doentes críticos. A perturbação do sono nestes doentes pode ser severa e caracteriza-se pela fragmentação do sono, ritmos circadianos anormais, aumento do sono leve (Devlin et al., 2018).

4. Para os Diagnósticos Enfermagem descritos no ponto anterior, identifique e redija em CIPE® Versão 2 as Intervenções de Enfermagem emergentes (máximo 750 palavras).

INTERVENÇÕES

1.1. Função do sistema respiratório comprometida – 10023362

- Monitorizar a saturação do oxigénio sanguíneo com o oxímetro – 10032047

A monitorização contínua dos doentes entubados para identificar a dessaturação de oxigénio rapidamente é obrigatória para prevenir lesões cardíacas e cerebrais secundárias (Peña-López et al., 2018).

- Monitorizar status respiratório – 10012196

A avaliação diária da possibilidade de desmame ventilatório e extubação deve implementada, por forma a fomentar o desmame ventilatório oportuno, prevenir atrasos na extubação e diminuir o tempo de ventilação, com conseqüente decréscimo das complicações associadas, (Martins, 2019 citando Klompas et al., 2014; Hellyer, Ewan, Wilson & Simpson, 2016; Álvarez Lerma et al., 2014).

A realização Teste de Respiração Espontânea (TRE) previamente à extubação, surgiu como estratégia, por forma a avaliar se o doente é capaz de respirar espontaneamente, evitar a extubação precoce e, conseqüentemente, prevenir a reintubação, ou seja, o insucesso do desmame ventilatório

1.2. Desabilitação ventilatória comprometida – 10001261

- Manter ventilação com ventilador mecânico – 10046258

A VMI tem como principal objetivo manter as trocas gasosas e o equilíbrio ácido-base, sendo que, para tal é necessária uma gestão apropriada, de modo a assegurar a sincronia doente-ventilador, através da seleção do modo ventilatório e configurações adequadas às características específicas de cada doente, por forma a garantir a proteção pulmonar, prevenir lesões induzidas pela ventilação e complicações associadas (Hess & Kacmarek, 2014, citado por Martins, 2019).

- Implementar desmame ventilatório – 10050657

A uniformização da prática de cuidados, relativamente ao desmame ventilatório do doente crítico sob VMI, assume um caráter preponderante para a prevenção de complicações associadas a esta terapia de suporte, cuja gestão inapropriada pode comprometer a segurança do doente (Martins, 2019).

- Monitorizar resposta ao desmame ventilatório – 10051731

Diversos estudos avaliaram a realização de visitas multidisciplinares e a utilização de listas de verificações, destacando que sua aplicação tem impacto na melhoria dos resultados clínicos, com a diminuição dos dias de permanência nos Cuidados Intensivos e de dias de Ventilação Mecânica Invasiva (Barcellos & Chatkin, 2020).

2.1. Risco de delírio - 10022070

- Avaliar delírio – 10050129

Vários métodos foram desenvolvidos e validados para diagnosticar o delírio em doentes nas UCI, mas o Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-UCI) e a Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC) são as ferramentas mais utilizadas para o efeito. (Figueira Salluh et al., 2012).

Os enfermeiros fazem observações frequentes dos doentes ao longo do tempo, o que os coloca numa excelente posição para detetar o início e monitorizar o curso de delírio (Trzepacz et al., 2010).

- Gerir delírio – 10035989

Segundo (Gois et al., 2019), a abordagem ao doente com delírio deve incluir a identificação de fatores precipitantes e definir intervenções adequadas, levando à resolução do quadro de delírio, que se pode apresentar de diferentes formas.

Os valores de -1 a 3 da Richmond Agitation Sedation Scale (RASS), têm sido consistentemente associados a um risco aumentado de extubação não planeada em Cuidados Intensivos (Gueret et al., 2020).

- Ensinar a família sobre o delírio – 10026518

Educar doentes e famílias em relação ao delírio, à sua etiologia, e ao seu desenvolvimento é um papel importante para os profissionais de saúde envolvidos no cuidado a estes doentes. Garantir que o delírio é geralmente temporário e que os sintomas fazem parte de uma outra condição, como a sedação e a privação do sono, pode ser extremamente benéfico tanto para estes como para as suas famílias (Trzepacz et al., 2010).

2.2. Risco de sono comprometido – 10037615

- Avaliar sono – 10036764

Devido ao ambiente específico das UCI e ao facto dos doentes permanecerem inconscientes, o sono do doente deve ser avaliado pela equipa multidisciplinar. Uma

das ferramentas mais fiáveis para a avaliação quantitativa e qualitativa do sono dos doentes em UCI é a polissonografia (Medrzycka-Dabrowska et al., 2018).

- Promover sono – 10050949

Promover um ambiente calmo, isento de ruído e diminuir as intervenções desnecessárias é essencial para atingir um sono de qualidade, com duração adequada. A conscientização dos enfermeiros sobre os fatores que perturbam o sono no ambiente das UCI e as técnicas de prevenção, podem melhorar significativamente a qualidade do sono que os doentes experienciam (Medrzycka-Dabrowska et al., 2018).

- Ensinar sobre padrão de sono – 10040380

Muitos fatores perturbam o sono dos doentes nas ICU com um ambiente específico e intervenções terapêuticas invasivas que contribuem para o desenvolvimento dos distúrbios do sono. Os fatores identificados como perturbadores do sono são: dor e desconforto, cuidados de enfermagem e intervenções médicas, ventilação mecânica, ambiente da UCI (incluindo ruído), agentes farmacológicos e gravidade da doença (Medrzycka-Dabrowska et al., 2018).

5. Referências bibliográficas

Barcellos, R. D. A., & Chatkin, J. M. (2020). Impacto de uma lista de verificação multiprofissional nos tempos de ventilação mecânica invasiva e de permanência em UTI. *Jornal Brasileiro Pneumologia*, 46(3), 1–7.

Devlin, J. W., Skrobik, Y., Gélinas, C., Needham, D. M., Slooter, A. J. C., Pandharipande, P. P., Watson, P. L., Weinhouse, G. L., Nunnally, M. E., Rochweg, B., Balas, M. C., van den Boogaard, M., Bosma, K. J., Brummel, N. E., Chanques, G., Denehy, L., Drouot, X., Fraser, G. L., Harris, J. E., ... Alhazzani, W. (2018). Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU. In *Critical care medicine* (Vol. 46, Issue 9). <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000003299>

Gois, J., Vieira, T., Lourenço, B. da S., Souza, D. R. S., Valentim, L., & Reis, L. (2019). Assistência de enfermagem ao paciente com delirium na unidade de terapia intensiva: uma revisão integrativa.

Revista Nursing, 3214–3219.

Gueret, R. M., Tulaimat, A., & Morales-Estrella, J. L. (2020). Self-extubation revisited: A case-control study. *Respiratory Care*, 65(9), 1301–1308. <https://doi.org/10.4187/respcare.07007>

Henrique, M., Vargas, M., Dos, B., & Souza, S. (2019). PRINCIPAIS CRITÉRIOS RELACIONADOS AO SUCESSO E INSUCESSO DO DESMAME DA VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA. *Revista Saúde Integrada*, 23(2019).

ICN, I. C. O. N.-. (2016). CIPE® - CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM - Versão 2015 (Ordem dos). <https://www.flipsnack.com/ordemenfermeiros/cipe-2015.html?fbclid=IwAR1u9YSHVQPkIGX2xPamiqLYUFxTjOJH8VcXQRTbrCE4JONEfouVPS6Rwg8>

Martins, M. A. I. (2019). *Desmame Ventilatório do Doente Crítico Sob Ventilação Mecânica Invasiva : Prática Baseada em Evidências Desmame Ventilatório do Doente Crítico Sob Ventilação Mecânica Invasiva : Prática Baseada em Evidências.*

Medrzycka-Dabrowska, W., Lewandowska, K., Kwiecień-Jagus, K., & Czyz-Szypenbajl, K. (2018). Sleep deprivation in Intensive Care Unit-systematic review. *Open Medicine (Poland)*, 13(1), 384–393. <https://doi.org/10.1515/med-2018-0057>

Mesa, P., Previgliano, I. J., Altez, S., Favretto, S., Orellano, M., Lecor, C., Soca, A., & Wesley, E. (2017). Delirium in a Latin American intensive care unit. A prospective cohort study of mechanically ventilated patients. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 29(3), 337–345. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20170058>

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 429/2018 - Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. 2.ª Série, N.º 135, 19359–19370. <https://dre.pt/application/conteudo/115698617>

ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados 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.* 26–32. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf

Peña-López, Y., Ramirez-Estrada, S., Eshwara, V. K., & Rello, J. (2018). Limiting ventilator-associated complications in ICU intubated subjects: strategies to prevent ventilator-associated events and improve outcomes. *Expert Review of Respiratory Medicine*, 12(12), 1037–1050. <https://doi.org/10.1080/17476348.2018.1549492>

Rocheta, J. F. P. (2018). Indicadores de Qualidade em Unidade de Cuidados Intensivos. In *Design*. Universidade Nova de Lisboa.

Torres, G. M. (2017). *CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM BUNDLE DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM PARA PREVENÇÃO DE EXTUBAÇÃO NÃO PLANEJADA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA* (Vol. 01) [UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE].
<http://www.albayan.ae>

Trzepacz, P., Breitbart, W., Franklin, J., Levenson, J., Martini, D. R., & Wang, P. (2010). PRACTICE GUIDELINE FOR THE Treatment of Patients With Delirium. In *AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION* (Issue Treatment of Patients With Delirium).
<https://www.psychiatry.org/home/search-results?k=delirium>

APÊNDICE III – TRABALHO EM LINGUAGEM CIPE NO GCL-PPCIRA

Mestrado de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Documento de trabalho

Estudante: Inês Sofia Pereira Marcos

Ensino Clínico: Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica com Relatório

Local: Grupo Coordenador Local do Programa de Prevenção e Controlo da Infecção e Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA) do Centro Hospitalar de Leiria, EPE, Hospital de Santo André

Data: Novembro de 2021

Professor Responsável: Professora Susana Mendonça

1. Identifique e descreva uma situação e/ou condição de assistência que no local de ensino clínico constitua para si motivação adicional para agir no quadro de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica - Regulamento n.º 124/2011 (máximo 500 palavras).

As Infecções Associadas a Cuidados de Saúde (IACS) e o aumento da resistência dos microrganismos aos antimicrobianos (RAM) são problemas relacionados e de importância crescente à escala mundial. Nenhum país e nenhuma instituição prestadora de cuidados de saúde pode ignorar as implicações destas infeções e o seu impacto nos utentes, nas unidades de saúde e na comunidade (Direção-Geral da Saúde, 2017b).

As IACS agravam o prognóstico da doença de base, prolongando os internamentos, associando mais doenças às que já estavam presentes e aumentando a mortalidade. Simultaneamente, aumentam os custos de saúde. A

eliminação de estirpes multissensíveis aos antibióticos mais utilizados e o aumento das mais resistentes, bem como a transmissão das resistências para as mais sensíveis, são mecanismos de adaptação característicos de grande parte das bactérias. Esta resistência tem sido potenciada pela utilização, muitas vezes inadequada dos antimicrobianos (Direção-Geral da Saúde, 2021).

A evidência científica demonstra que a higiene adequada das mãos é a ação mais eficaz para impedir a propagação da infeção. Evita até 50% das infeções evitáveis adquiridas durante a prestação de cuidados de saúde (IACS), incluindo as que afetam a força de trabalho da saúde. Mas também previne as infeções transmissíveis na comunidade, como a gripe, outras infeções respiratórias, diarreias infecciosas, entre outras. A conformidade com a higiene das mãos é recomendada como um dos principais indicadores de desempenho para programas de prevenção e controle de infeção, segurança do doente e qualidade dos serviços de saúde em todo o mundo (Direção-Geral da Saúde, 2021).

A missão dos profissionais e dos serviços de saúde passa por prevenir, minorar ou resolver os problemas dos cidadãos em situação de doença e das suas famílias. Na linha da tomada de decisões informadas sobre a sua própria saúde, e da promoção de atitudes compatíveis com esse princípio, cabe ao cidadão um papel importante na prevenção das IACS e do aumento das resistências aos antibióticos. Para que esse papel seja assumido é necessário melhorar os níveis de literacia atualmente existentes (Direção-Geral da Saúde, 2016).

O aumento da incidência de colonização e infeção por Enterobacteriaceas Resistentes aos Carbapenemos (ERC) nas unidades de saúde portuguesas preocupa justificadamente profissionais e estruturas de prevenção e controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde e das resistências aos antimicrobianos, assim como as infeções por MRSA ou *Acinetobacter baumannii*, entre outras.

A infeção por *Clostridium difficile* é a causa mais importante da diarreia associada aos cuidados de saúde na Europa e nos Estados Unidos. Está associada a uma elevada carga social e financeira, devido à sua alta morbidade e mortalidade. Essa

carga pode ser reduzida e evitável por uma combinação de medidas de prevenção e controle de infeções (Tschudin-Sutter et al., 2018).

Segundo o Regulamento nº. 429/2018, 16 de julho, Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (EPSC), umas das competências específicas do Enfermeiro Especialista é maximizar a prevenção, intervenção 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 (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Assim, é espectável que o Enfermeiro Especialista seja capaz de diagnosticar as necessidades do serviço em matéria de prevenção e controlo de infeção (PCI), estabelecer estratégias pró-ativas a implementar no serviço, visando a PCI e salvaguardar o cumprimento dos procedimentos estabelecidos nessa área.

Os Hospitais devem, segundo a (Joint Commission International, 2020), implementar estratégias de educação e atividades baseadas em evidências, de forma a reduzir o risco de infeção, oferecendo educação sobre práticas de PCI aos profissionais (PCI.15). Ainda, a prática baseada na evidência é uma forte vertente na área da saúde de países desenvolvidos, regendo a pesquisa, o ensino e a prática de cuidados (Reichembach Danski et al., 2017), tanto aos profissionais de saúde como aos cidadãos.

Assim, como futura EEEMCPSC e exercendo funções na Unidade de Hospitalização Domiciliária foquei a minha atenção no Conhecimento, Prevenção e Capacitação do cuidador/família do doente/pessoa com Infeção/Colonização por Microrganismos Multi Resistentes (MMR) no domicílio, a fim de prevenir a infeção cruzada e o aumento destas.

2. Para a situação e/ou condição descrita no ponto anterior, identifique e redija em CIPE® Versão 2 o(s) Foco(s) - áreas de atenção relevantes para a enfermagem (máximo 250 palavras).

FOCOS

FOCO 1 – Infeção (10010104)

Processo patológico: invasão do corpo por microrganismos patogénicos que se reproduzem e multiplicam, causando doença por lesão celular local, secreção de toxinas ou reação antigénio-anticorpo (Internacional Council of Nurses, 2016).

Enterobacteriáceas Resistente aos Carbapenemos (CRE) estão a disseminar-se globalmente e causam grande preocupação para todas as Organizações de Saúde. Este tipo de organismos são uma prioridade para as atividades de desenvolvimento e prevenção de medicamentos e pelos Centros de Controle e Prevenção de Doenças e pela Organização Mundial da Saúde. A rapidez de disseminação das CRE dentro e entre as unidades de saúde é inédita (Ben-David et al., 2019).

Os fatores de risco para ERC são muito sobreponíveis aos fatores de risco para colonização por outras bactérias multirresistentes, como MRSA (Staphylococcus Aureus Meticilino Resistente) ou Acinetobacter baumannii resistente aos Carbapenemos, entre outras, sendo que os idosos são uma população especialmente vulnerável, ao agrupar vários fatores de risco e várias bactérias resistentes (Direção-Geral da Saúde, 2017a).

FOCO 2 – Papel de prevenção (10015715)

Papel: agir ou evitar ou desviar algo de acontecer (Internacional Council of Nurses, 2016).

Prevenção: Medida ou conjunto de medidas adotadas com antecedência para impedir o surgimento ou minorar os efeitos de algo nefasto ou que se receia; o que se faz para evitar perigo, dano, prejuízo.

As estratégias de prevenção e controle de infeções devem ser ampliadas para todos os cenários de assistência à saúde. O ambiente do domicílio guarda especificidades próprias em relação ao hospital exigindo assim, ações específicas de prevenção e controle de infeção (Valle et al., 2016).

Existem vários métodos propostos para prevenir as infeções por MMR, a higiene das mãos e as precauções baseadas na transmissão, têm sido as mais utilizadas para o seu controlo. No entanto, há uma discussão em curso sobre as evidências para a eficácia de vários métodos de prevenção mais específicos que foram incluídos nas normas

para a prevenção e controle do MRSA na maioria dos países europeus (Köck et al., 2014).

3. Para o (s) Foco (s) descritos no ponto anterior, identifique e redija em CIPE® Versão 2 os Diagnósticos Enfermagem emergentes (máximo 250 palavras).

DIAGNÓSTICOS

FOCO 1 – Infecção (10010104)

1.1. Risco de infecção cruzada

No topo das Precauções Básicas de Controlo de Infecção está a desinfeção das mãos, principalmente no doente que se encontra no domicílio, no seio da família (Sousa, 2013) e (CDC, 2014).

A higiene das mãos é recomendada como um dos principais indicadores de desempenho para programas de prevenção e controle de infecção, segurança do doente e qualidade dos serviços de saúde em todo o mundo (Direção-Geral da Saúde, 2021).

1.2. Conhecimento sobre infecção cruzada comprometida (10037978)

O acompanhante e as visitas dos doentes colonizados ou infetados por MRSA e dos doentes com suspeita de colonização/infecção por MRSA devem usar medidas de proteção de contacto e a equipa assistencial (médico e/ou enfermeiro) deve-lhes fornecer educação para a saúde sobre medidas de contenção na fonte, ao acompanhante e visitas do doente, assim como, a colonização por microrganismo multirresistente, nomeadamente por MRSA não constitui indicação para não dar alta hospitalar ao doente, antes de completar a descolonização, nomeadamente do hospital de cuidados de agudos para a unidade de internamento de cuidados continuados integrados ou lar/residência para idosos (Direção-Geral da Saúde, 2015), ou domicílio.

FOCO 2 – Papel de prevenção (10015715)

2.1. Prevenção da contaminação comprometida (10005055)

As infeções são classificadas quanto a endógenas e exógenas. A primeira é verificada a partir de microrganismos do próprio indivíduo geralmente imunodeprimido, enquanto a segunda é adquirida a partir de microrganismos externos ao utente (Oliveira et al., 2017 citado por Silva, 2019), tal com contacto com material contaminado, deficiente higiene das mão, uso incorreto de PBCI.

4. Para os Diagnósticos Enfermagem descritos no ponto anterior, identifique e redija em CIPE® Versão 2 as Intervenções de Enfermagem emergentes (máximo 750 palavras).

INTERVENÇÕES

FOCO 1 – Infeção (10010104)

1.1. Risco de infeção cruzada

- Ensinar sobre prevenção de infeção cruzada (10038112)
- Ensinar família sobre prevenção de infeção cruzada (10041732)
- Ensinar família sobre doença (10021719)
- Ensinar sobre gestão da diarreia (10043660)

As medidas recomendadas para prevenir a transmissão da infeção cruzada focam principalmente a higiene das mãos e o isolamento de contacto, que está indicado para todos os microrganismos transmissíveis por esta via. A descontaminação do ambiente inanimado com desinfetantes apropriados e lavagem das mãos com água e sabão é, no caso do *Clostridioides difficile*, uma medida importante já que os esporos eliminados na diarreia são dificilmente eliminados pela maioria dos desinfetantes (Sousa, 2013 citado por Silva, 2019).

O ensino do doente, cuidador/família é uma das estratégias mais importantes na prevenção e disseminação de infeções cruzadas, principalmente no seio familiar.

As utilizações das precauções de contacto visam interromper elos da cadeia de transmissão de microrganismos como, por exemplo, a transmissão pelas nas mãos dos profissionais (González, 2016 citado por Silva, 2019) e familiares.

De acordo com a (DGS, 2017b), os fatores de risco para ERC são sobreponíveis aos fatores de risco para colonização por outras bactérias MR, como MRSA, ou *Acinetobacter baumannii* resistente aos Carbapenemos, entre outras, constituindo os idosos uma população especialmente vulnerável, ao agrupar vários fatores de risco e várias bactérias resistentes (Silva, 2019).

1.2. Conhecimento sobre infecção cruzada comprometida (10037978)

- Educar (10006564)
- Ensinar família sobre padrão de higiene (10038131)
- Ensinar sobre regime de tratamento (10024625)
- Ensinar sobre técnica de redução de risco (10038804)

O conhecimento é adquirido através da educação, sendo que esta é sem dúvida a intervenção de destaque numa Unidade de Hospitalização Domiciliária. No domicílio o ambiente necessita de ser controlado pelo doente/cuidador e pelo profissional de saúde, promovendo um ambiente seguro para a prestação de cuidados e para o núcleo familiar. Tal como no seio familiar, apostar na educação noutras estruturas de prestação de cuidados e estruturas residências, é o caminho para evitar a infecção cruzada, nomeadamente no que diz respeito à lavagem das mãos e o uso correto de EPI, assim como a aplicação das PBCI.

Educar sobre *Clostridioides difficile*: Prestadores de Cuidados de Saúde, limpeza, administração, doentes e famílias (CDC, 2014).

Fornecer educação sobre MRSA para prestadores de cuidados de saúde (CDC, 2014).

FOCO 2 – Papel de prevenção (10015715)

2.1. Prevenção da contaminação comprometida (10005055)

- Prevenir infecção cruzada (10015649)
- Ensinar cuidador (10033086)
- Ensinar sobre procedimento (10044651)

- Ensinar sobre uso de dispositivo de proteção (10040913)

De acordo com a DGS (2013), a aplicação das precauções de contacto justifica-se, por exemplo, em infeções ou colonizações gastrointestinais, respiratórias ou cutâneas por bactérias consideradas MR (Silva, 2019).

Com prevalência de bactérias multirresistentes estimada em mais de 50%, os utentes de estruturas residenciais para idosos e UCC desempenham um papel importante como reservatórios na transmissão de infeções cruzadas entre unidades de prestação de cuidados de saúde. Pesquisas neste tipo de estruturas residenciais indicaram que os reservatórios ambientais também desempenham papéis importantes na transmissão de bactérias multirresistentes. Por exemplo, a permanência em salas contaminadas está associada ao aumento do risco de aquisição deste tipo de organismos, enquanto a contaminação do ambiente do quarto está associada ao estado de colonização do paciente (Mody et al., 2021).

A educação dos familiares e utentes, a partilha de informação, tem sido apontada como uma estratégia para promover a adesão à restrição de visitas e minimizar o impacto negativo desta medida. Este papel de educador nem sempre é fácil, assim como desmistificar riscos não justificáveis e incutir nas pessoas a necessidade de cumprir as medidas realmente eficazes, mas a sua colaboração é fundamental para quebrar cadeias de transmissão de infeção (Gonçalves, 2012 citado por Silva, 2019).

O Guia de apoio aos cuidados do utente colonizado / infetado com microrganismos multirresistentes no domicílio é um panfleto/ferramenta de ensino ao doente e cuidador que está internado no seu domicílio e está infetado/colonizado com um microrganismo epidemiologicamente importante (CHL-EPE, 2021).

As Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI) destinam-se a prevenir a transmissão cruzada proveniente de fontes de infeção conhecidas ou não. Essas potenciais fontes de infeção incluem o sangue e outros fluidos orgânicos (excluindo o suor), pele não íntegra, mucosas, assim como, qualquer material ou equipamento do ambiente de prestação de cuidados, passível de contaminação com as referidas fontes. Aplicam-se a todos os utentes independentemente de se conhecer o estado infeccioso dos mesmos. O princípio subjacente às PBCI é de que “não há doentes de

risco, mas sim, procedimentos de risco”. A ênfase é dada para as precauções a implementar consoante os procedimentos clínicos e os seus riscos inerentes (Direção-Geral da Saúde, 2012).

5. Referências bibliográficas

- Ben-David, D., Masarwa, S., Fallach, N., Temkin, E., Solter, E., Carmeli, Y., & Schwaber, M. J. (2019). Success of a National Intervention in Controlling Carbapenem-resistant Enterobacteriaceae in Israel's Long-term Care Facilities. *Clinical Infectious Diseases*, 68(6), 964–971. <https://doi.org/10.1093/cid/ciy572>
- CDC. (2014). Top CDC Recommendations to Prevent Healthcare - Associated Infections. *National Center for Emerging and Zoonotic Infectious Diseases Division*. https://www.cdc.gov/hai/prevent/prevention_tools.html
- CHL-EPE. (2021). *Guia de apoio aos cuidados do utente colonizado / infetado com microrganismos multirresistentes no domicílio - FI.CHL.495.00*.
- Direção-Geral da Saúde. (2012). Norma 029/2012 - Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI). *Direção-Geral Da Saúde*, 1–26. <https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/cnhm-material-de-implementacao/norma-das-precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao1.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2015). Prevenção e Controlo de Colonização e Infecção por *Staphylococcus aureus* Resistente à Meticilina (MRSA) nos Hospitais e Unidades de Internamento de Cuidados Continuados Integrados. *Direção-Geral de Saúde*, 1–24.
- Direção-Geral da Saúde. (2016). Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos em números - 2015: Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos. *Direção-Geral Da Saúde*, 43. <https://www.dgs.pt/em-destaque/portugal-controlo-da-infecao-e-resistencia-aos-antimicrobianos-em-numeros-2015.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2017a). Prevenção da transmissão de enterobactérias resistentes aos carbapenemos em hospitais de cuidados de agudos. *Direção-Geral Da Saúde*, 20.
- Direção-Geral da Saúde. (2017b). PROGRAMA DE PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFEÇÕES E DE RESISTÊNCIA AOS ANTIMICROBIANOS. *Direção-Geral Da Saúde*, 8, 24.
- Direção-Geral da Saúde. (2021). Prevenção E Controlo De Infecções E De Resistência aos Antimicrobianos. *Direção-Geral Da Saúde*, 1–2. https://www.dgs.pt/wwwbase/raiz/mlkImprimir_v3.aspx?codigoms=

- International Council of Nurses. (2016). *CIPE - CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM Versão 2011* (Ordem dos Enfermeiros (ed.); Edição Ord).
- Joint Commission International. (2020). *Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais, incluindo padrões para Hospitais* (Centros Médicos Académicos (ed.); 7ª).
- Köck, R., Becker, K., Cookson, B., Van Gemert-Pijnen, J. E., Harbarth, S., Kluytmans, J., Mielke, M., Peters, G., Skov, R. L., Struelens, M. J., Tacconelli, E., Witte, W., & Friedrich, A. W. (2014). Systematic literature analysis and review of targeted preventive measures to limit healthcare-associated infections by meticillin-resistant staphylococcus aureus. *Eurosurveillance*, *19*(29). <https://doi.org/10.2807/1560-7917.es2014.19.29.20860>
- Mody, L., Gontjes, K. J., Cassone, M., Gibson, K. E., Lansing, B. J., Mantey, J., Kabeto, M., Galecki, A., & Min, L. (2021). Effectiveness of a Multicomponent Intervention to Reduce Multidrug-Resistant Organisms in Nursing Homes: A Cluster Randomized Clinical Trial. *JAMA Network Open*, *4*(7), 1–14. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.16555>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 429/2018 - Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. *2.ª Série, N.º 135*, 19359–19370. <https://dre.pt/application/conteudo/115698617>
- Reichembach Danski, M. T., Oliveira, G. L. R. de, Pedrolo, E., Lind, J., & Johann, D. A. (2017). Importância da prática baseada em evidências nos processos de trabalho do enfermeiro / Importance of evidence-based practice in nurse’s work processes . *Ciência, Cuidado e Saúde*, *16*(2). <https://doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v16i2.36304>
- Silva, G. G. da. (2019). Isolamento de Contacto –Eficácia de uma formação [Instituto Politécnico de Leiria]. In *IPL - ESSLei*. <https://iconline.ipleiria.pt/handle/10400.8/4710>
- Sousa, M. T. N. L. A. de S. (2013). Intervenções de Enfermagem em parceria com a pessoa idosa com infeção a Clostridium difficile sujeita a isolamento de contacto [Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. In *ESEL*. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/15989>
- Tschudin-Sutter, S., Kuijper, E. J., Durovic, A., Vehreschild, M. J. G. T., Barbut, F., Eckert, C., Fitzpatrick, F., Hell, M., Norèn, T., O’Driscoll, J., Coia, J., Gastmeier, P., von Müller, L., Wilcox, M. H., Widmer, A. F., Allerberger, F., Cornely, O. A., Delmée, M., Olesen, B., & van Broeck, J. (2018). Guidance document for prevention of Clostridium difficile infection in acute healthcare settings. *Clinical Microbiology and Infection*, *24*(10), 1051–1054. <https://doi.org/10.1016/j.cmi.2018.02.020>
- Valle, A. R. M. da C., Andrade, D. de, Sousa, Á. F. L. de, & Carvalho, P. R. M. de. (2016). Prevenção e controle das infecções no domicílio: desafios e implicações para enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, *29*. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201600033>

APÊNDICE IV -

APÊNDICE IV - QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS DOS ENFERMEIROS NA
ESCOLHA, INSERÇÃO E MANUTENÇÃO DOS CATETERES VENOSOS PERIFÉRICOS (CVP)
NO CHX, EPE

**QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS DOS ENFERMEIROS NA ESCOLHA,
INSERÇÃO E MANUTENÇÃO DOS CATETERES VENOSOS PERIFÉRICOS (CVP) NO CHX,
EPE**

Preencha todos os campos com o máximo de rigor e honestidade a fim de conseguir resultados válidos e escolha apenas uma opção. Obrigada

Serviço _____ Idade: _____	
Género: 1. Masculino () 2. Feminino ()	
Anos de serviço: _____ Formação académica: 1. Licenciatura () 2. Pós Graduação () 3. Mestrado () 4. Doutoramento ()	
Formação sobre os CVP: 1. Sim () 2. Não ()	
Registo do cateter venoso periférico	
Quando punciona um doente:	
<ul style="list-style-type: none"> P1 - Quando vai puncionar um doente: 	1. Higieniza as mãos com SABA (4) 2. Lava as mãos com água e sabão (3) 3. Um dos anteriores conforme a necessidade (2) 4. Apenas usa luvas (1) 5. Higieniza as mãos e usa luvas (5)
<ul style="list-style-type: none"> P2 - Que tipo de garrote utiliza: 	1. Descartável (4) 2. Uma luva (2) 3. Garrote de elástico que depois desinfeta (1) 4. Garrote de borracha que depois desinfeta (3)
<ul style="list-style-type: none"> P3 - Quando faz a identificação da veia a puncionar, faz a palpação da veia várias vezes, mesmo após a desinfeção da pele: 	1. Não (2) 2. Sim (1)
<ul style="list-style-type: none"> P4 - Que desinfetante utiliza antes de puncionar o doente: 	1. Álcool a 70º (3)

	<p>2. Betadine (4)</p> <p>3. Desinfetante cutâneo (5)</p> <p>4. Clorexidina alcoólica a 2% (6)</p> <p>5. Desinfetante das mãos (2)</p> <p>6. Qualquer um serve (1)</p>
<ul style="list-style-type: none"> P5 - Local anatómico preferencial da inserção do CVP: 	<p>1. Dorso mão (7)</p> <p>2. Flexura (4)</p> <p>3. Antebraço (6)</p> <p>4. Braço (5)</p> <p>5. Membro inferior - pé (2)</p> <p>6. Membro inferior - perna (3)</p> <p>7. Não interessa o local (1)</p>
<ul style="list-style-type: none"> P6 - Calibre preferencial do CVP: 	<p>1. 14G (2) 2. 16G (3) 3. 18G (4)</p> <p>4. 20G (5) 5. 22G (7) 6. 24G (6)</p> <p>7. Depende do calibre da veia (8)</p> <p>8. O maior possível (1)</p> <p>9. O menor possível (9)</p>
<ul style="list-style-type: none"> P7 - Quando não consegue puncionar o doente na primeira tentativa, quantas vezes mais punciona o doente antes de pedir ajuda: 	<p>1. Mais 1 vez (5) 2. Mais 2 vezes (4) 3. Mais 3 vezes (3)</p> <p>4. Mais 4 vezes (2) 5. Quantas vezes forem necessárias até conseguir (1)</p>
<ul style="list-style-type: none"> P8 - Que tipo de obturador utiliza normalmente: 	<p>1. Obturador com válvula bidirecional (2)</p> <p>2. Obturador de simples sem válvula (1)</p>

<ul style="list-style-type: none"> • P9 - Penso que mais utiliza para fixar o CVP: 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Adesivo não estéril (2) 2. Película transparente estéril (5) 3. Adesivo não estéril + película transparente estéril (3) 4. Película transparente estéril + adesivo não estéril (4) 5. Ligadura (1)
<ul style="list-style-type: none"> • P10 - Quando necessita usar um cateter para administração de terapêutica intra venosa que desinfetante utiliza para a desinfeção do obturador ou torneira: 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Álcool a 70º (6) 2. Betadine (4) 3. Desinfetante cutâneo (5) 4. Clorexidina alcoólica a 2% (7) 5. Desinfetante das mãos (3) 6. Qualquer um serve (2) 7. Nenhum (1)
<ul style="list-style-type: none"> • P11 - Após a utilização do cateter com obturador: 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Desinfeto novamente com o mesmo desinfetante (2) 2. Não faço mais nada (1) 3. Faço apenas um flush com solução salina (4) 4. Faço um flush com solução salina e heparina (3)
<ul style="list-style-type: none"> • P12 - Durante quanto tempo pode ficar o CVP sem ser trocado: 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Deve ser trocado diariamente (2) 2. Deve ser trocado de 2 em 2 dias (3) 3. Deve ser trocado de 3 em 3 dias (4) 4. Deve ser trocado de 4 em 4 dias (8) 5. Deve ser trocado ao fim de uma semana (5) 6. Deve ser trocado se tiver sinais inflamatórios (7) 7. Deve ser trocado se tiver infiltração (6) 8. Outra (1) Qual ? _____

<ul style="list-style-type: none">• P13 - Quando o doente fica com toda a medicação por via oral ou outra, sem medicação intravenosa prescrita:	<ol style="list-style-type: none">1. Mantém o CVP mais uns dias porque pode ser necessário (2)2. Retira o cateter e se necessário volta a puncionar (3)3. Mantém o cateter até a data de alta (1)
--	---

Após o preenchimento deste pequeno questionário, por favor preencha as seguintes escalas relativas aos doentes (5 doentes) pelos quais é responsável hoje, as escalas são de rápido preenchimento, escolha apenas uma opção. Obrigada.

Graus e critérios clínicos da versão da Escala Portuguesa de Infiltração	
Grau	CrITÉrios clínicos
0 ()	<ul style="list-style-type: none"> • Sem sintomas
1 ()	<ul style="list-style-type: none"> • Pele pálida • Edema <2,5cm em qualquer direção • Frio ao toque • Com ou sem dor
2 ()	<ul style="list-style-type: none"> • Edema entre 2,5 e 15cm em qualquer direção podendo associar-se a: <ul style="list-style-type: none"> - Pele pálida - Frio ao toque - Com ou sem dor
3 ()	<ul style="list-style-type: none"> • Edema extenso >15cm em qualquer direção, podendo associar-se a: <ul style="list-style-type: none"> - Pele pálida, translúcida - Frio ao toque - Dor leve a moderada - Possível diminuição da sensibilidade
4 ()	<ul style="list-style-type: none"> • Infiltração de qualquer quantidade de produtos derivados do sangue, irritantes ou vesicantes podendo associar-se a: <ul style="list-style-type: none"> Ou • Edema extenso >15cm em qualquer direção podendo associar-se a: <ul style="list-style-type: none"> - Pele pálida, translúcida - Pele tensa, com perda de fluídos - Pele descorada, com hematoma e edema - Edema depressível dos tecidos - Comprometimento circulatório - Dor moderada a severa

(Braga, Salgueiro-Oliveira, Henriques, Arreguy-Sena, et al., 2016)

GRAUS E CRITÉRIOS CLÍNICOS DA VERSÃO DA ESCALA PORTUGUESA DE FLEBITE	
Grau	Critérios Clínicos
0 ()	<ul style="list-style-type: none">• Sem sintomas
1 ()	<ul style="list-style-type: none">• Dor no local ou áreas adjacentes ao cateter durante a administração de solução ou medicamento, OU• Eritema no local do acesso com ou sem dor
2 ()	<ul style="list-style-type: none">• Dor no local do acesso E edema E eritema
3 ()	<ul style="list-style-type: none">• Dor no local do acesso E eritema ou edema, E• Rubor ao longo do percurso da veia, E• Cordão venoso palpável.
4 ()	<ul style="list-style-type: none">• Dor no local do acesso E eritema E/OU edema, E• Rubor ao longo do percurso da veia, E• Cordão venoso palpável > 2,5 cm de comprimento, E• Drenagem purulenta

(Braga, Salgueiro-Oliveira, Henriques, & Rodrigues, 2016)

Obrigada pela sua colaboração!

Inês Marcos

APÊNDICE V – CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO
EM INVESTIGAÇÃO

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

Caro(a) enfermeiro(a)

Chamo-me Inês Sofia Pereira Marcos, sou enfermeira a exercer funções na Unidade de Hospitalização Domiciliária, do Hospital X, Centro Hospitalar X, EPE.

Neste momento estou a realizar um estudo de investigação no âmbito do relatório final do 1º Curso de Mestrado Médico Cirúrgico na Área de Especialização à Pessoa em Situação Crítica e/ou Falência Orgânica, da Escola Superior de Saúde de Leiria, Instituto Politécnico de Leiria.

A temática do estudo incide nas práticas dos enfermeiros na escolha, inserção e manutenção dos Cateteres Venosos Periféricos (CVP), sendo o título do estudo “*As práticas dos enfermeiros na escolha, inserção e manutenção de cateteres venosos periféricos*”, sendo assim estudo quantitativo, transversal, tipo correlacional.

Este estudo será realizado num único momento, pelo preenchimento de um questionário pelos enfermeiros, na primeira parte, na segunda pelo preenchimento de duas escalas, Escala Portuguesa de Flebites e Escala Portuguesa de Infiltrações. No sentido de obtenção de resultados válidos solicito que responda com o máximo rigor e honestidade. Não existem respostas certas ou erradas, apenas se pretende a sua opinião pessoal e sincera.

O tratamento de dados será feito com recurso ao programa SPSS.

Este estudo tem carácter voluntário, pelo que o seu não preenchimento ou ausência de assinatura do Consentimento Informado e Esclarecido implica a sua exclusão neste estudo.

A assinatura do presente documento tem de ser feita em duplicado, ficando o colega com uma das cópias do consentimento.

Ao fim de 6 meses todos os consentimentos da participação no estudo serão destruídos.

Informo que o estudo mereceu o Parecer favorável da Comissão de Ética do Centro Hospitalar X EPE e autorização do Centro de Investigação da instituição, assim como do Conselho de Administração.

O participante pode em qualquer altura desistir, não havendo qualquer tipo de consequências.

Parte declarativa do investigador/profissional de saúde:

Confirmando que expliquei à pessoa abaixo indicada, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários ao ato referido neste documento.

Respondi a todas as questões que me foram colocadas e assegurei-me de que houve um período de reflexão suficiente para a tomada da decisão.

Também garanti que, em caso de recusa, será assegurado o respeito pelos seus direitos, assim como informei que a qualquer momento pode retirar o consentimento.

Nome Legível do investigador/profissional de saúde:	Inês Sofia Pereira Marcos Nº Mec.	Serviço/Departamento: Escola Superior de Saúde de Leiria
Data: 21/12/2021	Hora: 12h00m	N.º Cédula Profissional: Nº OE 0000
Contacto Institucional do investigador/profissional de saúde: investigadorx	Assinatura: Inês Sofia Pereira Marcos	

Parte declarativa da pessoa que consente:

Por favor leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido/a. Verifique se todas as informações estão corretas. Se tudo estiver conforme, então assine este documento.

Declaro ter compreendido os objetivos de tudo quanto me foi proposto e explicado pela(s) pessoa(s) que acima assina(m) este documento, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, bem como o tempo suficiente para refletir sobre esta proposta.

AUTORIZO **NÃO AUTORIZO**, participar neste estudo e que tomo a minha decisão de forma inteiramente livre, e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo investigador.

Data:	Assinatura(s) _____
-------	---------------------

Se o menor tiver discernimento, deve também assinar

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE (se o menor tiver discernimento e 16 ou mais anos, deve também assinar)

Representante legal; **Pessoa de relação próxima com o (a) Participante**

Pai/Mãe Filho/Filha Cônjuge Tutor Outro (especificar)

Nome _____

Cartão Cidadão/BI Passaporte Carta de condução N.º _____ Data Emissão ou validade:

Assinatura _____ Data ____/____/____

APÊNDICE VI – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DE ESTUDO

Centro Hospitalar X, E.P.E.
A/C Exmo. Senhor
Presidente do Conselho de Administração
Rua X...

ASSUNTO: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DE ESTUDO:
AS PRÁTICAS DOS ENFERMEIROS NA ESCOLHA, INSERÇÃO E MANUTENÇÃO DE CATETERES
VENOSOS PERIFÉRICOS

Exmo. Senhor,

Venho por este meio requerer a V. Exa. autorização para a realização do projeto de investigação referido em epígrafe.

No sentido de facilitar a avaliação por V. Exas., abaixo apresenta-se um resumo dos aspetos mais relevantes:

Título do projeto de investigação:	As Práticas dos Enfermeiros na Escolha, Inserção e Manutenção de Cateteres Venosos Periféricos
Nome do investigador:	Inês Sofia Pereira Marcos
Instituição de origem	Instituto Politécnico de Leiria – Escola Superior de Saúde de Leiria
Estado do pedido de autorização à CNPD	N/A
Tipo de estudo	Quantitativo, transversal, tipo correlacional
Serviços do CHL que participam	Serviços X, Y e Z
Entidades externas ao CHL que participam	Instituto Politécnico de Leiria – Escola Superior de Saúde de Leiria

Objetivos

- Conhecer as práticas dos enfermeiros na escolha, inserção e manutenção de cateteres venosos periféricos;
- Determinar as diferenças entre as práticas dos enfermeiros e as *guidelines* atuais;
- Determinar as taxas de flebites e infiltrações;

Metodologia

População ou amostra Enfermeiros dos serviços X, Y e Z.

Duração prevista do projeto 3 mês

O Investigador compromete-se:

- a iniciar o estudo apenas após ter obtido todos os pareceres e autorizações necessárias;
- a entregar um exemplar do trabalho final.

Para este pedido, segue em anexo toda a documentação necessária ao pedido de autorização para a realização do projeto de investigação no CHX E.P.E.

Leiria, 4 de dezembro de 2021

Com os melhores cumprimentos,

Inês Sofia Pereira Marcos

ANEXOS

ANEXO I – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO DA UTILIZAÇÃO DE ESCALA PORTUGUESA DE
INFILTRAÇÃO E FLEBITE

Pedido de Autorização para a utilização de Escalas

Boa tarde,
Professora Doutora X

Sou Inês Marcos, aluna do 1º Curso de Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização à Pessoa em Situação Crítica.

Veio por este meio pedir a sua autorização para a utilização da *Escala Portuguesa de Flebite*, assim como a *Escala Portuguesa de Infiltração*, no âmbito do trabalho de investigação que irei desenvolver, com o tema: Práticas dos enfermeiros na escolha, inserção e manutenção de cateteres venosos periféricos.

O objetivo da utilização das Escalas será verificar o número de flebites e infiltrações nos serviços em que será feito o estudo.

Agradeço desde já a sua disponibilidade

Cordialmente

Inês Marcos

Re: Pedido de autorização

Prezada Inês Marcos,

é com muita satisfação que autorizo o uso da Escala Portuguesa de Flebite, assim como da Escala Portuguesa de Infiltração, no âmbito do trabalho de investigação.

Estou a disposição se precisar de algo.

Cordialmente

ANEXO II – APROVAÇÃO DO ESTUDO "AS PRÁTICAS DOS ENFERMEIROS NA ESCOLHA,
INSERÇÃO E MANUTENÇÃO DE CATETERES VENOSOS PERIFÉRICOS"

Enviado: 7 de fevereiro de 2022 16:25

Para: Inês Marcos

Assunto: Aprovação do estudo "As práticas dos enfermeiros na escolha, inserção e manutenção de cateteres venosos periféricos"

Bom dia Enfª Inês,

Venho por este meio informar que o estudo intitulado, "As práticas dos enfermeiros na escolha, inserção e manutenção de cateteres venosos periféricos" foi aprovado pelo Conselho de Administração no dia 02 de fevereiro.

Pelo que, pode iniciar o seu estudo. Seria possível informar-nos quando irá iniciar o estudo? Aproveito para recordar que no fim do vosso estudo devem enviar para o Centro de Investigação uma cópia do trabalho final e das publicações que surgirem deste projeto.

Se tiver alguma dúvida não hesite em contactar-me.

Ao seu dispor,

Com os melhores cumprimentos,