



**POLITÉCNICO
DE LEIRIA**

ESCOLA SUPERIOR
DE SAÚDE

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

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Desenvolvimento de Competências Especializadas em Enfermagem
na Área da Pessoa em Situação Crítica - “Cateterização Venosa
Periférica da Inserção à Remoção: projeto de implementação de
evidência”.

ALUNO Nº 5200102: Fernando Balau Martins Catarino

PROFESSORA ORIENTADORA: Cristina Costeira

UNIDADE CURRICULAR: Estágio de Enfermagem à Pessoa
em Situação Crítica com Relatório

Leiria, setembro de 2022

TURMA 2- IX CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA
NA ÁREA DE
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Desenvolvimento de Competências Especializadas em Enfermagem
na Área da Pessoa em Situação Crítica- “Cateterização Venosa Periférica da
Inserção à remoção: projeto de implementação de evidência”.

APRESENTADO PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE
em ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

ALUNO Nº 5200102: Fernando Balau Martins Catarino

PROFESSORA ORIENTADORA: Cristina Costeira

UNIDADE CURRICULAR: Estágio de Enfermagem à Pessoa
em Situação Crítica com Relatório

Leiria, setembro de 2022

AGRADECIMENTOS

Nada disto teria sido possível se esta caminhada tivesse sido feita sozinho, por isso, deixo o agradecimento às pessoas que me acompanharam na realização deste trabalho de investigação que tanto representa para a minha vida pessoal e profissional;

Assim deixo um agradecimento á minha esposa Dulce, meus filhos Miguel, Filipe e Afonso pela falta de disponibilidade, de tempo para partilha, durante este percurso;

Á minha mãe Maria por compreender o eu ter estado “ausente”;

Á coragem para iniciar e terminar este percurso;

Á Professora Doutora Cristina Raquel Batista Costeira, um agradecimento especial pelo acompanhamento, disponibilidade e orientação durante este percurso académico;

Agradeço também, ao corpo docente do Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, que colaboraram e foram de grande importância na minha formação enquanto Enfermeiro e Mestre, em especial a Exma. Professora Doutora Maria dos Anjos Dixe;

Aos Enfermeiros Supervisores pela paciência, partilha de conhecimento e pela constante critica construtiva durante os ensinios clínicos;

A todos os colegas de mestrado, pela partilha de ideias, apoio e principalmente pela construção de novas amizades.

A todos o meu sincero...OBRIGADO!!!

1.1- RESUMO

Este relatório surge no âmbito do término do IX Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização em Enfermagem à pessoa em Situação Crítica, lecionado na Escola Superior de Saúde de Leiria. Procura descrever de forma sistematizada as atividades e reflexões conducentes à aquisição de competências especializadas em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, para obtenção do grau de Mestre. Encontra-se dividido em duas partes.

A primeira parte tem como objetivo descrever e analisar, com base na metodologia crítico-reflexiva, as atividades desenvolvidas, que se traduzem no desenvolvimento de competências, comuns e específicas, assim como práticas do cuidado à pessoa em situação crítica.

Os Ensinos Clínicos desenvolvidos, decorreram em três locais distintos. Num Serviço de Urgência Médico Cirúrgica de 25 de maio a 25 de julho de 2021, numa Unidade de Cuidados Intensivos entre 7 de novembro de 2021 e 8 de janeiro de 2022 e numa Clínica de Hemodiálise entre 18 de fevereiro a 29 de abril de 2022.

Para complementar este relatório, com uma componente de investigação, na segunda parte será apresentado um projeto de melhoria continua desenvolvido em contexto clínico, evidenciado as competências de investigação adquiridas. O estudo de investigação foi desenvolvido numa Unidade de Cuidados Intermédios no interior de Portugal e consistiu num projeto de implementação de evidências sobre cuidados de enfermagem com cateterização venosa periférica, desde a inserção á remoção. Para a consecução desse projeto recorreu-se à metodologia de implementação de evidência da *Joanna Briggs Institute* que se caracteriza por três principais etapas. Na primeira foi realizada uma auditoria de *baseline*, em que foram utilizados 20 critérios de auditoria baseados na evidência mais recentes. Na segunda foram identificadas barreiras e desenvolvidas estratégias para melhorar *outcomes* e na terceira foi realizada uma auditoria de *follow-up* para verificar a efetividade das estratégias implementadas. Este projeto tem como objetivo geral avaliar o cumprimento dos critérios baseados em evidencias em relação aos cuidados com cateteres venosos periféricos, nos utentes de uma unidade de cuidados intermédios num Hospital do Interior de Portugal

Palavras-chave: Cateter venoso periférico; Melhores Práticas; Ciência da Implementação; Cuidados de enfermagem; Qualidade do cuidado; Segurança do paciente.

ABSTRACT

This report emerges from the completion of the IX Master's Degree Course in Medical-Surgical Nursing in the area of Specialisation in Critical Care Nursing, taught at Escola Superior de Saúde de Leiria. It seeks to describe in a systematised way the activities and reflections leading to the acquisition of specialised skills in Critical Care Nursing for obtaining the Master's Degree. It is divided into two parts.

The first part aims at describing and analysing, based on the critical-reflective methodology, the activities developed, which translate into the development of common and specific skills, as well as practices in caring for critically ill patients.

The developed Clinical Teaching took place in three different places. In a Medical Surgical Emergency Service from May 25 to July 25, 2021, in an Intensive Care Unit between November 7, 2021 and January 8, 2022 and in a Hemodialysis Clinic between February 18 to April 29, 2022.

To complement this report, with a research component, the second part will present a continuous improvement project developed in a clinical context, highlighting the acquired research skills. The research study was developed in an Intermediate Care Unit in the interior of Portugal and consisted of a project for the implementation of evidence on peripheral venous catheterization nursing care, from insertion to removal. To accomplish this project, the Joanna Briggs Institute's evidence implementation methodology was used, which is characterized by three main steps. In the first a baseline audit was performed, in which 20 audit criteria based on the most recent evidence were used. In the second barriers were identified and strategies developed to improve outcomes and in the third a follow-up audit was carried out to check the effectiveness of the strategies implemented. The overall objective of this project is to assess compliance with the evidence-based criteria for peripheral venous catheter care in patients of an intermediate care unit of a hospital in the interior of Portugal.

Keywords: Peripheral venous catheter; Best Practices; Implementation Science; Nursing care; Quality of care; Patient safety.

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACSS- Administração Central do Sistema de Saúde

AVC- Acidente Vascular Cerebral

BO- Bloco Operatório

BIS- Índice Bispectral

CD-Clínica de Dialise

CDC- Centers for Disease Control and Prevention

CI- Consentimento Informado

CIPE- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CVC- Cateter Venoso Central

DRC- Doente Renal Crónico

EC- Ensino Clínico

EC- Ensino Clínico I

ECII- Ensino Clínico II

ECIII- Ensino Clínico III

EMC- Enfermagem Médico-cirúrgica

EPI- Equipamento de proteção individual

FAV- Fistula Arteriovenosa

GCL-PPCIRA -Grupo Coordenador Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistências aos Antimicrobianos.

IACS- Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde

JBI- Joanna Briggs Institute

JCI- Joint Commission International

KPC- Klebsiella Pneumoniae Carbapenemase

OE- Ordem dos Enfermeiros

OMS-Organização Mundial da Saúde

PAV- Pneumonia Associada a Ventilação

PIA- Pressão Intra Abdominal

PIE- Projeto de Implementação de Evidências

MEPSC- Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

MRSA- Methicillin Resistante Staphylococcus Aureus

PAV- Pneumonia Associada a Ventilação

PIC- Pressão Intra Craniana

PSC- Pessoa em Situação Crítica

REPE- Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SIADAP- Sistema Integrado de Avaliação do Desempenho na Administração Pública

SU- Serviço de Urgência

SUMC- Serviço de Urgência Médico Cirúrgico

UD- Unidade de Dialise

UCI- Unidade de Cuidados Intensivos

VMI- Ventilação Mecânica Invasiva

VNI- Ventilação não Invasiva

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS.....	iii
RESUMO	iv
ABSTRACT	v
LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS.....	vi
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	x
ÍNDICE DE FIGURAS	xi
INTRODUÇÃO	12
PARTE I- REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NOS ENSINOS CLÍNICOS	15
1. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM.....	16
1.1- SERVIÇO DE URGÊNCIA	16
1.2- UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS	19
1.3- UNIDADE DE HEMODIALISE	23
2. ANÁLISE CRÍTICA DE ATIVIDADES	25
2.1- COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	25
2.1.1- Responsabilidade Profissional, Ética e Legal.....	25
2.1.2- Domínio da Melhoria Continua da Qualidade.....	28
2.1.3- Domínio da Gestão De Cuidados.....	32
2.1.4- Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais	36
2.2- COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA.	40
2.2.1- Cuida da Pessoa, Família/Cuidador a Vivenciar Processos Complexos De Doença Crítica e/ou Falência Orgânica.....	41
2.2.2-Dinamiza a Resposta em Situações de Emergência, Exceção e Catástrofe, da Conceção à Ação	44

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	47
PARTE II – PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA: PROJETO DE MELHORIA CONTINUA DA QUALIDADE	51
1-ENQUADRAMENTO TEÓRICO E FUNDAMENTAÇÃO DO ESTUDO	52
1.1-CATETERIZAÇÃO PERIFÉRICA	52
1.2-CUIDADOS DE ENFERMAGEM À PESSOA COM NECESSIDADE DE CVP	53
2-IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA E OBJETIVOS	54
3- METODOLOGIA	55
3.1- DESENHO DO ESTUDO	56
3.2- ESPECIFICIDADES DO CONTEXTO CLÍNICO	59
3.3- CHECK-LIST DE AUDITORIA	60
3.4- PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS	60
3.5- RESULTADOS E DISCUSSÃO	60
4. CONCLUSÃO DO ESTUDO	68
5. CONCLUSÃO	69
BIBLIOGRAFIA	71
APÊNDICES	lxxv
APÊNDICE I- Check-list de suporte às auditorias	lxxvi
APÊNDICE II – PowerPoint da ação de formação	lxxviii
APÊNDICE III- Procedimento operativo	lxxxiv
APÊNDICE IV - Poster	cii
ANEXOS	ciii
ANEXO I- Pedido de autorização à comissão de Ética	civ
ANEXO II- Autorização para a realização do estudo	cvii
ANEXO III – Consentimento Informado	cx

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Resultados da auditoria <i>baseline</i> , no momento da inserção.....	61
Gráfico 2: Resultados da auditoria <i>baseline</i> , no momento da realização do penso e fixação do cateter.	62
Gráfico 3: Resultados da auditoria <i>baseline</i> , dos cuidados de enfermagem na manutenção do CVP.	63
Gráfico 4: Resultados da auditoria <i>baseline</i> , da remoção e substituição do CVP.....	63
Gráfico: 5 Comparação de resultados de conformidade, durante a inserção do cateter, com a evidência científica recomendada, entre a auditoria de <i>baseline</i> e <i>follow-up</i>	64
Gráfico 6: Comparação de resultados de conformidade, na confeção do penso e proteção do cateter, com a evidência científica recomendada, entre a auditoria de <i>baseline</i> e <i>follow-up</i>	65
Gráfico 7 Comparação de resultados de conformidade, na manutenção do cateter, com a evidência científica recomendada, entre a auditoria de <i>baseline</i> e <i>follow-up</i>	66
Gráfico 8: Comparação de resultados de conformidade, na remoção do cateter, com a evidência científica recomendada, na auditoria de <i>baseline</i> e <i>follow-up</i>	67

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Desenho esquemático das Fases do PIE.	59
--	----

INTRODUÇÃO

Com o intuito de proporcionar aos seus estudantes, a oportunidade de integrar contextos complexos e geradores de situações de aprendizagem que permitam promover e garantir uma atuação segura e diferenciada à pessoa em situação crítica e à sua família, a Escola Superior de Saúde de Leiria, assume essa missão, acolhendo no seu portefólio curricular o Curso de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Coadunando-se, desta forma, com um novo paradigma de aprendizagem, que destaca a centralidade no estudante e dos objetivos de formação no desenvolvimento de competências, em que a componente experimental, de projeto e aquisição de competências transversais assumem um papel preponderante (Lobeiro, 2019).

Para Carrapiço (2001), um relatório é uma atividade prática que traduz uma exposição escrita de um determinado trabalho ou experiência em contexto real de trabalho. Representa a descrição da realização experimental, dos resultados obtidos, assim como das ideias associadas, de modo a constituir uma compilação completa e coerente de tudo o que diga respeito a esse trabalho. Nesta perspetiva, um relatório de estágio é um documento científico que esclarece acerca dos objetivos traçados e das atividades relevantes desenvolvidas ao longo da sua execução evidenciando aprendizagens. Considerando-se aprendizagem como a construção pessoal resultante de um processo experiencial interior à pessoa e que se manifesta por uma modificação de comportamento relativamente estável (Alarcão & Tavares, 2003) e com a convicção que se desenvolve por meio de um estudo sistemático, prática, treino e experiência, apresenta-se deste modo, necessariamente dinâmica e refletida.

A reflexão da prática profissional e do saber científico visando a excelência do cuidar, surgem da consciência de que os relatórios em contexto de aprendizagem, são imprescindíveis e devem ser desenvolvidos de forma contínua, sistemática, atualizada e autónoma, permitindo fundamentar as decisões tomadas. O relatório que se apresenta está inserido no Curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica da Escola Superior de Saúde de Leiria com intuito de obter o título de Especialista e de Mestre em Enfermagem Médico cirúrgica na área de Especialização à Pessoa em Situação Crítica.

O presente relatório refere-se aos estágios realizados numa Urgência Médico Cirúrgica, numa Unidade de Cuidados Intensivos e numa Unidade de Diálise. Estes decorreram de 25 de maio a 25 de julho de 2021, de 7 de novembro de 2021 e 8 de janeiro de 2022 e de 18 de fevereiro a 29 de abril de 2022, respetivamente.

A elaboração deste relatório tem como objetivo geral servir de instrumento de avaliação para a atribuição do grau de mestre e como objetivos específicos servir de revisão, de reflexão e análise da prática clínica tendo como base as experiências vivenciadas durante os Ensinos Clínicos (EC) bem como a descrição das competências de investigação desenvolvidas e que concorrem para o desenvolvimento pessoal e profissional como futuro enfermeiro especialista.

Para uma melhor explanação dos conteúdos, foi dividido em duas partes. A primeira parte descreve os conhecimentos, aptidões e competências relacionadas com a prestação de cuidados ao doente crítico no âmbito da Enfermagem Médico-Cirúrgica a Pessoa em Situação Crítica durante o referido período. Para tal recorreu-se a uma metodologia critico-reflexiva em torno das competências comuns do Enfermeiro Especialista e as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica na Área de especialização da Pessoa em Situação Crítica, servindo de base os Regulamentos da Ordem dos Enfermeiros 140/2019 e 429/2018.

Desenvolver competências para o exercício pleno de uma profissão exige interagir nos seus contextos reais, aferindo a progressiva qualificação para o desempenho das respetivas atribuições. A competência possibilita aplicar de forma objetiva conhecimentos e habilidades para alcançar um determinado resultado (Vieira et al., 2016).

A teoria de enfermagem, que serviu como referencial aos cuidados de enfermagem ao longo de todos os estágios, foi predominantemente a Teoria apresentada por Afaf Ibrahim Meleis, classificada como a Teoria das Transições (Meleis, 2010). Nesta é definida a Enfermagem como o processo facilitador de transições promotoras de sentimentos de bem-estar. A autora refere ainda que esta definição apresenta um conceito central, o conceito de Transição. Assim, o enfermeiro interage com o ser humano numa situação de saúde/doença que é a parte sociocultural e vive de alguma maneira a transição real ou por antecipação.

A segunda parte será constituída pela descrição e apresentação de um trabalho de melhoria continua da qualidade, desenvolvido numa Unidade de Cuidados Intermédios, intitulado “Cateterização venosa periférica, da inserção à remoção: projeto de implementação de evidência”.

A cateterização venosa periférica é um procedimento frequentemente executado pelos enfermeiros no cuidado a doentes em situação crítica. Pela constatação em equipa da necessidade de melhorar as práticas associadas ao mesmo, foi desenhado um projeto de implementação de evidência, sobre a temática da cateterização venosa periférica. Este projeto teve

como objetivo principal contribuir para melhorar práticas clínicas dos enfermeiros na inserção, manipulação e remoção de cateteres venosos periféricos, numa unidade de cuidados intermédios de um hospital no interior de Portugal. Para a consecução desse projeto, recorreu-se à metodologia de implementação de evidência da *Joanna Briggs Institute (JBI)*, que se caracteriza por três principais fases. Na primeira fase foi realizada uma auditoria de *baseline*, em que foram utilizados 20 critérios de auditoria baseados nas evidências mais recentes fornecidos pela JBI. Na segunda fase foram identificadas barreiras, projetadas e implementadas estratégias para melhorar *outcomes* iniciais e por último, na terceira fase foi realizada uma auditoria de *follow-up* para verificar a efetividade das estratégias implementadas. Este estudo permitiu implementar a evidência clínica recente, melhorando o conhecimento e as práticas clínicas dos enfermeiros, onde se realizou o estudo na área da cateterização venosa periférica, aumentando a segurança do doente, reduzindo complicações e custos associados às mesmas.

O presente trabalho foi desenvolvido com as indicações do guia orientador do processo de ensino aprendizagem elaborado para o Planeamento da Unidade Curricular Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica com Relatório, e com o guia para a elaboração e apresentação de trabalhos escritos da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria (2018).

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

1. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM

O EC assume-se como um momento privilegiado, na formação do Enfermeiro Especialista para o desenvolvimento de aprendizagens ligadas à profissão, consolidação dos conhecimentos adquiridos e reflexão sobre as práticas, contrariando o academismo de uma formação centrada na escola e o voluntarismo de uma formação realizada nos serviços de saúde e desligada da reflexão e da curiosidade intelectual (Simões, Alarcão & Costa, 2008).

O curso de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica prevê a realização de três ensinamentos clínicos: ECI – Serviço de Urgência (SU), ECII - Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) e ECIII (opcional) que decorreu numa Unidade de Dialise (UD).

Para ser possível elaborar uma crítica-reflexiva das competências desenvolvidas como futuro enfermeiro especialista é fundamental conhecer aspetos estruturais e funcionais dos locais de EC. Assim neste capítulo serão apresentados os três EC desenvolvidos.

1.1- SERVIÇO DE URGÊNCIA

O Ensino Clínico I decorreu num SU, no período compreendido entre 25 de maio e 25 de julho de 2021, num total de 180h, distribuído por 9 semanas, em horário rotativo; harmonizado com o horário do respetivo Enfermeiro Orientador, Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica. Este SU integra-se na estrutura do Sistema Integrado de Emergência Médica e pertence ao Nível 2, designado por Serviço de Urgência Médico Cirúrgico (SUMC). A classificação deste SU como SUMC é reiterada no Despacho nº- 13427/2015 (2015) que define e classifica os SU existentes e que constituem os pontos da Rede de Urgência/Emergência.

Enquanto SUMC, este serviço era constituído e organizado por áreas, recursos e valências segundo o Despacho nº- 10319/2014 de 11 de agosto (2014), que caracterizava as diversas tipologias de SU, organicamente separado da área da saúde infantil, ginecológica e obstétrica. Devido a Pandemia, a urgência geral para adultos foi fisicamente dividida em duas áreas distintas, a área respiratória e área não respiratória. O serviço tinha como missão prestar cuidados de saúde urgentes e emergentes aos utentes, tendo como objetivo basilar o atendimento e a orientação, em tempo útil de todos aqueles que acediam ao serviço em função do respetivo grau de urgência (Serviço Nacional de Saúde, 2022). O referido SUMC funcionava 24 horas por dia no atendimento de doentes adultos. No entanto, no período entre a meia-noite e as oito da manhã oferecia também atendimento pediátrico, deste modo, o serviço articulava a sua atividade com a unidade de urgência pediátrica e ainda com a urgência obstétrica.

Em relação à estrutura orgânica, o serviço comportava uma equipa multidisciplinar constituída nomeadamente por enfermeiros, médicos, assistentes operacionais, técnicos de eletrocardiografia, seguranças, assistentes técnicos e de relações públicas. Sendo que a equipa de enfermagem era constituída por 45 enfermeiros. Os enfermeiros eram distribuídos pelas duas urgências. Na urgência respiratória estavam alocados 3 enfermeiros no turno da manhã, que correspondia ao horário 8h-16h, e tarde, das 12h as 24h, e, 2 enfermeiros no turno da noite, das 00h as 08h. Por sua vez, na área não respiratória, eram 5 enfermeiros no turno da manhã, 5 no turno da tarde e 3 no turno da noite. Estes eram distribuídos pelos vários setores (Cirurgia\Ortopedia\Urologia; Medicina Interna; Clínica Geral; Triador; Sala de Reanimação). Da equipa de enfermagem, faziam parte 11 especialistas (9 enfermeiros especialistas em EMC, 1 especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica e 1 em Reabilitação). Relativamente aos enfermeiros que constituem a equipe de enfermagem dos serviços de urgência em Rede, recomenda-se que 50% sejam enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC), na área da Enfermagem à PSC, com formação em Suporte Avançado de Vida, em permanência nas 24 horas (Regulamento N. º743 da Ordem dos Enfermeiros de 25 de setembro de 2019), o que não se verificou, por falta de profissionais com título de enfermeiro especialista em EMC.

O método de trabalho utilizado era o de equipa. Neste método de trabalho, toda a assistência de enfermagem era prestada sob a liderança de um enfermeiro, líder de equipe, que planificava os cuidados, atribuindo aos doentes os enfermeiros, baseando-se nas competências adquiridas e, como tal na rentabilização dos recursos que se dispunha (Ventura et al, 2021). Atendendo que este grupo era constituído por profissionais de enfermagem com diferentes níveis de formação, cada enfermeiro era responsável por todos os cuidados prestados aos utentes a si distribuídos, na secção que se encontrava, no entanto, toda a equipa de enfermagem conhecia as necessidades e os problemas de todos os doentes alocados naquele espaço, porque estas eram discutidas e partilhadas em equipa. Cada enfermeiro tinha previamente delineado a sua distribuição pelas diferentes secções existentes no SU (Triador, Triagem, Medicina Interna, Apoio e Cirurgia/Ortopedia), desta forma as funções variavam e dependiam da secção em que se encontravam. Importa ainda referir que, em cada turno existia um enfermeiro responsável pela coordenação do turno quando a enfermeira gestora não se encontrava em funções no serviço. Quanto à estrutura física existia a entrada principal, por onde eram admitidos os doentes; uma sala de espera para doentes e acompanhantes; um gabinete de informações e uma sala de triagem de prioridades. No interior, como já foi referido, este encontrava-se dividido em

Urgência Geral e em Urgência Respiratória. A Urgência Geral dispunha na área de Triage de dois gabinetes de consulta médica, uma sala de apoio de enfermagem para colheitas de espécimes para análises, preparação e administração de terapêutica. Na área da Medicina Interna existiam dois gabinetes de consultas para especialidades médicas, uma sala de apoio de enfermagem, uma sala disposta em *open space* para monitorização e vigilância, uma sala de emergência, um gabinete eletrocardiografia e uma sala de pessoal. A área Ortopédica era constituída por uma sala de consulta de ortopedia e uma sala de tratamentos e confeção de gessos. Por último a área Cirúrgica tinha um gabinete de consulta de cirurgia, uma sala de pequena cirurgia e uma zona em *open space* para vigilância e monitorização. O SU era ainda composto por uma copa, quatro vestiários, um armazém de material clínico e outro de material hoteleiro, um gabinete da direção e uma sala com equipamentos de proteção individual, várias instalações sanitárias para os utentes e seus familiares, assim como para profissionais. Em relação à Área Respiratória, esta continha uma copa, uma casa de banho para utentes (masculino e feminino) e outra para profissionais, um armazém de material clínico, um gabinete na área de triagem de consulta, uma sala em *open space* que permitia a vigilância, monitorização e ventilação assistida quando necessário. Esta tinha capacidade para seis doentes, sempre sob vigilância de dois enfermeiros e um médico de medicina interna. Este espaço tinha ainda um quarto de isolamento e uma sala de emergência. Assim é possível depreender que o serviço estava devidamente estruturado e organizado para assegurar as condições necessárias para a prestação de cuidados, além do mais, este disponibilizava os materiais e os equipamentos essenciais às diferentes secções. No entanto, a área física do SU não se verificava suficiente para dar respostas adequadas nos momentos em que existia maior afluência de doentes a recorrer ao SU.

Este SUMC situava-se no mesmo piso que os exames complementares de diagnóstico, porém o acesso ao bloco operatório (BO) realizava-se por meio de um elevador, dado que este se situava dois pisos acima, o que contraria os pressupostos da Administração Central de Sistemas de Saúde (ACSS, 2015).

Devido à época de pandemia que se vivenciava, para além da reorganização de recursos humanos, houve necessidade de reestruturar espaços, nomeadamente, com a criação de uma urgência respiratória, para onde eram encaminhados todos os doentes com sintomatologia característica. Como consequência desta reorganização e da pandemia, deixou de ser permitido que os doentes do SU, pudessem fazer-se acompanhar. A ligação entre o doente e seus acompanhantes era realizada pelo enfermeiro que diretamente prestava cuidados ao doente e

que se deslocava ao gabinete de informações e aí prestava as informações solicitadas. Só em situações excepcionais e pontuais é que era permitida a presença de um acompanhante, por tempo limitado, junto ao utente. Como por exemplo, o doente que entrava pela emergência, após a sua recuperação era lhe proporcionado poder estar uns momentos com um familiar. Outra situação de exceção era quando se decidia pelo internamento de um doente, era chamada a família que podia ficar por breves instantes junto ao doente para se despedir destes.

1.2- UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

A UCI onde foi desenvolvido o estágio fazia parte do serviço de Medicina Intensiva situada no segundo piso, do mesmo hospital. Estes serviços são locais qualificados para assumir a responsabilidade integral pelos doentes com disfunções de órgãos, suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais (Ministério da Saúde, 2003) Tratava-se de um serviço polivalente (multidisciplinar) do saber médico, não só pela forma como abordava os doentes, como pelo tipo de patologias que tratava e ainda pela interdisciplinaridade a que obrigava (Ministério da Saúde, 2003). Nestes serviços existem equipas próprias, com médicos e enfermeiros, que fornecem assistência médica qualificada por intensivista, em presença física nas vinte e quatro horas. Assim como meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica, medidas de controlo contínuo de qualidade e programas de ensino e treino em cuidados intensivos. O serviço onde foi desenvolvido o ensino clínico tinha como missão:

- Proporcionar cuidados médicos integrados e especializados ao doente em estado crítico e pós-operatório de alto risco. Estabilizar o seu estado de saúde e tratar a sua doença;
- Tratar doentes com mais de 18 anos com problemas médicos e cirúrgicos;
- Proporcionar vigilância e terapia intensiva de forma permanente, utilizando técnicas especializadas;
- Fornecer apoio à Unidade de Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC);
- Colaborar na avaliação e interpretação do doente crítico em todos os serviços do Hospital e responder a eventuais solicitações externas;
- Desenvolver investigação;
- Colaborar na formação de ensino pré-graduado e pós-graduado.

O Serviço era composto por internamento (8 camas), consulta de Medicina Intensiva e realização de meios complementares de diagnóstico. O tratamento em UCI deve ser reservado

para doentes com boa perspetiva de recuperação substancial e sobrevivência funcional. Teoricamente um doente deve ser internado numa UCI se de isso resultar uma redução do seu risco de morte (Branco e Pinto, 2012). A sobrevivência deve ser definida em termos de duração da qualidade de vida que terá valor para o doente em particular.

A decisão de internar um doente na UCI assentava numa avaliação do prognóstico do doente, disponibilidade das modalidades terapêuticas, com impacto possível naquela situação, ponderação dos seus riscos e benefícios, assim como a influência no prognóstico e no resultado previsível para o doente, família e sociedade. Consiste na ponderação de riscos e benefícios a dar a um doente com base na sua gravidade e urgência (Branco e Pinto, 2012).

Naquela unidade eram definidas, como prioridades, para internamento de um doente:

1. Necessidade de suporte ventilatório;
2. Monitorização invasiva e suporte hemodinâmico;
3. Monitorização de doentes de risco que possam a vir necessitar de intervenção imediata de suporte ventilatório/hemodinâmico em situação de agudização.

De acordo com a *Society of Critical Care Medicine* (cit. por Branco e Pinto, 2012) não deveriam ser admitidos em UCI doentes:

- Em estado vegetativo ou inconsciência permanente;
- Em morte cerebral que não sejam potenciais dadores de órgãos;
- Com recusa de tratamento intensivo ou procedimentos invasivos;
- Em estado terminal ou portadores de neoplasias não controladas.

Segundo os mesmos autores, apesar destes critérios, a decisão de internar ou não um doente na UCI onde decorreu o ECII dependia sempre da autorização do Diretor do Serviço.

As decisões de transferência ou de alta dos doentes internados na UCI eram baseados na avaliação clínica relativamente à cura do processo patológico e/ou à reversão da instabilidade fisiológica que determinaram o internamento e também na convicção de que o doente já não necessitaria ou não podia beneficiar de cuidados intensivos, podendo por isso prosseguir o tratamento e/ou vigilância em cuidados intermédios, numa enfermaria ou em ambulatório.

Os principais critérios para que se verificasse a alta de um doente eram:

1. Parâmetros hemodinâmicos dentro da “normalidade” e estáveis;

2. Função respiratória estável, vias aéreas permeáveis com o doente extubado e gasometria “normais” e estabilizadas;
3. Necessidade de oxigénio suplementar não excedendo uma FiO₂ de 50%;
4. Sem suporte inotrópico de vasodilatadores, diuréticos ou de antiarrítmicos, por via endovenosa. Se a administração deste tipo de fármacos ainda estivesse indicada, ou a prescrição fosse em baixas doses, por outra via e suscetível de ser administrada com segurança, na unidade de cuidados intermédios, na enfermaria ou em ambulatório;
5. Disritmias cardíacas controladas e sem repercussão hemodinâmica grave;
6. Cateteres ou dispositivos de monitorização invasiva, intramusculares ou intracranianos removidos;
7. Convulsões totalmente controladas e com estabilidade neurológica;
8. Doentes com necessidade de ventilação mecânica ou de hemodiálise ou diálise peritoneal a longo prazo cuja situação crítica foi resolvida ou revertida, com restantes parâmetros fisiológicos estabilizados;
9. Doentes com traqueostomia “madura” que já não necessitam de aspiração frequente nem de outros cuidados ou monitorização complexa.

Quanto ao espaço físico a UCI possui uma lotação de oito unidades, seis em *open space* e duas em quartos de isolamento de pressão negativa.

Cada unidade era provida de uma cama sem cabeceira e de diversos equipamentos e dispositivos hemodinâmicos e de ventilação. Eram constituídas por um ventilador mecânico, um monitor hemodinâmico, um computador com programa CliniSoft®, várias bombas e seringas infusoras, duas saídas de vácuo, duas saídas de oxigénio, duas saídas de ar comprimido, dispositivo com solução desinfetante e antisséptica, um insuflador manual, um foco de luz orientável, um suporte orientável para apoio das traqueias, sondas de aspiração de vários tamanhos, luvas de diversos tamanhos, luvas esterilizadas, compressas esterilizadas e não esterilizadas e um contentor de cortantes e perfurantes.

Para cada unidade, existia, ainda, uma gaveta para stock do material mais usado, nomeadamente fita de nastro, cateteres venosos periféricos, lancetas e fitas para avaliação de glicémia capilar, *bionecteres*, *clamps*, adesivos, seringas de gasometria e outras, filtros, espaços mortos, tubos de *guedel*, elétrodos, torneiras de três vias e agulhas de diversos calibres.

Existia ainda uma gaveta junto à cabeceira com glucómetro, acessórios de nebulização, máscaras e óculos nasais, soro fisiológico em unidose, sistemas simples e de bombas infusoras, prolongadores, entre outros.

No balcão central era possível aceder à monitorização contínua de cada unidade, bem como computadores de trabalho e registos, permitindo uma visualização direta de cada unidade incluindo os doentes em isolamento.

Existia na UCI: um ecógrafo, três monitores de diálise Braun Omni e vários ventiladores, três Stephan Eve 3®, um Mindray sv600® e um Mindray sv800®, cinco Airvo® (O2 de alto fluxo), um Vg70®, dois Philips v60plus®, um Philips v60® e um Philips Vision®.

Em relação aos recursos humanos, a UCI era constituída por uma equipa multidisciplinar: 30 Enfermeiros, 18 Assistentes Operacionais, 8 Médicos e 1 Técnico Administrativo (durante os dias úteis das 8 às 17 horas). A UCI era dotada de recursos humanos (médicos e enfermeiros) qualificados e treinados para manusear as situações que lhes eram confiadas, com a tecnologia que disponha, vinte e quatro horas por dia. Estes profissionais trabalham em equipa o que se manifesta num ganho na qualidade dos cuidados prestados aos doentes. A equipa de Enfermagem da UCI era constituída por 29 enfermeiros excluindo a enfermeira gestora. Nove enfermeiros eram especialistas em enfermagem médico-cirúrgica e quatro em enfermagem de reabilitação. Existia um rácio de pelo menos de 1:2 enfermeiro/doente em todos os turnos.

A equipa de Assistentes Operacionais era constituída por dezoito elementos. No turno da manhã eram escalados três elementos, à tarde e noite dois. Existia ainda uma Assistente Social durante os dias úteis das 9 às 17:30 horas em que a identificação e sinalização dos problemas sociais eram realizadas pelo enfermeiro/médico que acolhe o doente, assim como a presença diária de fisioterapeuta(s). Os técnicos de imagiologia deslocam-se ao serviço sempre que era necessário, para a realização de exames mais complexos tais como: Tomografia Axial Computorizada (TAC) em que o doente era transportado ao serviço de imagiologia, acompanhado de enfermeiro, assistente operacional e médico (se necessário). Eram os enfermeiros que colhiam todas as espécimes que eram enviadas ao laboratório através de um sistema de vácuo. O serviço dispunha ainda, de um equipamento para analisar os gases sanguíneos (GEM® 3500).

A equipa de enfermagem tem como metodologia de trabalho o método individual, em que o enfermeiro assume total responsabilidade de atender todas as necessidades dos doentes a ele designados, durante o seu turno. Os registos de tensão arterial (TA), frequência cardíaca (FC),

pressão arterial média (PAM), pressão venosa central (PVC), saturação periférica de oxigénio (SPO₂), débitos de soros/medicação infundidos era efetuado de forma contínua e automática. O registo da diurese, glicémia capilar e da quantidade de alimentação entérica fornecida ao doente, eram efetuados manualmente com frequência ajustada a cada doente. O *software* utilizado para os registos era o programa CliniSoft®. Em todos os turnos eram realizadas notas de evolução dos doentes. Diariamente no turno da manhã eram aplicadas escalas de avaliação do doente, tais como: Escala TISS 28 para avaliação das horas de cuidados de enfermagem na UCI e do nível de gravidade dos doentes. Esta era composta por sete categorias: atividades básicas, suporte ventilatório, suporte cardiovascular, suporte renal, suporte neurológico, suporte metabólico e intervenções específicas; Escala de *Braden* para avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão. O médico responsável do turno fazia a observação médica e registo informático do diário clínico, da estratégia terapêutica, a avaliação e elaboração das notas de admissão dos novos doentes admitidos ou as notas de alta daqueles que tinham saído da unidade. Eram permitidas duas visitas diárias de familiares diretos das 14 às 19 horas, embora nesse período de pandemia só era autorizada uma por doente, com agendamento antecipado, para não haver duas visitas no mesmo espaço temporal, na UCI.

1.3- UNIDADE DE HEMODIALISE

As razões para a escolha da área e do local de Ensino Clínico III (ECIII) desenvolvido na Clínica de Dialise (CD) deveu-se ao facto de o doente renal crónico, ser uma área, em que ao longo da carreira profissional (28 anos), não existiu oportunidade de contato. Assim a possibilidade de poder desenvolver o EC num serviço da área, foi percebido como uma excelente oportunidade de aprofundar, adquirir e aplicar conhecimentos em técnicas de substituição renal. Por outro lado, também foi importante o facto, deste serviço ser próximo ao local de trabalho, onde atualmente se exerce funções, e assim facilitador para a conjugação dos turnos de aprendizagem necessários para concluir o EC.

O EC decorreu numa clínica de Hemodialise, no período compreendido entre 18 de fevereiro de 2022 e 29 de abril de 2022, num total de 180h, distribuído por 10 semanas, em horário fixo das 8h as 16h, harmonizado com o horário de uma enfermeira orientadora Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica.

Os doentes da CD eram designados pela Administração Regional de Saúde que os alocava na unidade de dialise mais próxima da sua residência e se responsabilizava pelo seu transporte.

A Clínica era composta por 2 pisos. O piso inferior, era onde se situavam armazéns de *stocks* de material clínico, hoteleiro, administrativo, as salas de tratamentos de águas, serviços administrativos, refeitório do pessoal, sala de reuniões/formação em serviço e vestiários masculinos e femininos. O piso superior era essencialmente composto pela sala de receção, sala de doentes com sintomas de Sars-Cov-2 onde aguardam até a realização de um teste rápido para despiste de doença. Também no piso 2 localizava-se o gabinete médico, gabinete do enfermeiro gestor, gabinete de enfermagem, *stock* de medicação (farmácia interna), sala de pesagem dos doentes e lavagem do local da fistula, e sala de tratamentos. A sala de tratamentos apresentava uma estrutura retangular, funcionando em *open space* em que ao centro ficava o posto de enfermagem para vigilância dos doentes em tratamento. Junto às paredes, em toda a volta ficavam as boxes para realização de tratamento de hemodiálise. O serviço tinha capacidade para atender 25 doentes de cada vez, distribuídos por três turnos diários. Como os utentes realizam diálise em dias alternados, tinha capacidade para acolher até 150 doentes, distribuídos por 6 turnos.

A sala detinha “carros” de trabalho individuais equipados, para cada enfermeiro, onde se encontravam soluções antissépticas de base alcoólica (SABA), luvas, compressas, adesivos, solução antisséptica cutânea á base de álcool e clorohexidina, termómetros e glucómetros. O serviço também dispunha de um carro de emergência, que se encontrava no centro da sala.

A equipa multiprofissional era constituída por enfermeiros (12 em *full-time* e 15 em regime de *part-time*), auxiliares de cuidados gerais, nefrologistas, médicos assistentes em *part-time*, nutricionista, assistente social, farmacêutica, técnico de laboratório e técnicas administrativas. Esta equipa multidisciplinar permite prestar cuidados assentes num modelo centrado na pessoa doente.

Os registos de Enfermagem eram realizados através de um programa informático designado EuCLID®, onde se encontra o processo de enfermagem, a tabela terapêutica, os processos de trabalho e os diários de todos os doentes. Nesse mesmo programa, também era possível aceder a informação médica, resultados de análises e exames. O processo de enfermagem era assente na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) permitindo assim uma linguagem científica e unificada, comum à Enfermagem mundial, e que permite extrair indicadores sensíveis à prática de cuidados (como exemplo a evolução dos autocuidados).

2. ANÁLISE CRÍTICA DE ATIVIDADES

A conjugação das atividades desenvolvidas nos EC com a base teórica e científica adquirida ao longo do curso, permitem a aquisição das competências comuns e específicas dos enfermeiros especialistas definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE). Pretendemos assim, de forma crítica, descrever e analisar as competências desenvolvidas e adquiridas ao longo dos EC. Nos subcapítulos seguintes são descritas as atividades realizadas durante o EC e será feita uma síntese das competências desenvolvidas.

2.1- COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Neste capítulo será dado maior relevo ao que foi desenvolvido no âmbito das competências comuns do enfermeiro especialista, através do recurso à análise reflexiva e fundamentada na revisão científica. Estas competências comuns são partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria (Regulamento n. º140 da Ordem dos Enfermeiros de 6 de fevereiro de 2019). Seguidamente serão desenvolvidos os quatro domínios das competências comuns.

2.1.1- Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

A Ordem dos Enfermeiros, no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), define no artigo 8º que todos os enfermeiros devem adotar uma postura e conduta ética e responsável, atuando no respeito pelos direitos e interesses dos cidadãos (OE, 2015). A tomada de decisão é algo constante no dia a dia dos enfermeiros, no cuidado a PSC a complexidade e características dos doentes e da organização tornam algumas decisões complexas. Benner (2001) apresenta na sua teoria, a influência que a experiência profissional tem na tomada de decisão, sendo os enfermeiros classificados em iniciados a peritos, sendo o enfermeiro perito capaz de tomar decisões, como resultado do seu julgamento intuitivo adquirido, através da intuição baseada na perícia acumulada. Sendo que este julgamento intuitivo envolve o reconhecimento de padrões, o reconhecimento de similaridades, compreensão da situação, “*know-hall*” qualificado, sentido de prioridade e visão global da situação.

Deste modo os enfermeiros, na sua prática diária, confrontam-se com questões relacionadas com problemas e dilemas éticos e deontológicos em múltiplas situações, apesar de nem sempre se ter consciência disso. Acrescem então ao EE outras responsabilidades, entre as quais as de

atuar garantindo e zelando pelo respeito dos direitos humanos e dos doentes, dignidade e inviolabilidade da vida humana crenças e valores do doente procurando contribuir para cuidados mais humanizados e centrados nas necessidades do doente.

Os serviços de urgência, desde a sala de emergência às unidades de tratamento, passando pelas salas de monitorização e vigilância, normalmente eram espaços abertos o que podia concorrer para a falta de privacidade. Neste contexto houve sempre a preocupação de usar os dispositivos existentes (cortinas ou biombos na ausência destas) para garantir a privacidade da pessoa doente proporcionando um espaço físico individualizado.

Ao longo dos ECs foi possível acompanhar diversos processos de tomada de decisão. No SUMC, tanto na sala de emergência, como nas demais áreas, tendo em vista que na urgência o doente crítico se encontra em todas as áreas físicas e não apenas na sala de emergência. O doente que aparentemente parecia estável podia descompensar e exigia da equipa multiprofissional e do enfermeiro, um olhar clínico apurado e que todos os elementos da equipatinham que em sintonia, conforme os protocolos, agir de forma rápida e sincronizada, a fim de prestar um atendimento de qualidade e na maioria das vezes determinante para a vida e/ou qualidade de vida do doente. De realçar que essas tomadas de decisão foram suportadas num juízo baseado na experiência e no conhecimento.

Ao longo dos ensinamentos clínicos, ao acompanhar os enfermeiros orientadores na transmissão de informações, foi possível refletir sobre as questões éticas relacionadas com o sigilo e confidencialidade, acerca das informações transmitidas, respeitando e cumprindo o Código deontológico do enfermeiro que reforça a importância e o dever do enfermeiro em informar o doente e família no que diz respeito aos cuidados de Enfermagem (OE, 2019). Entretanto, em 2016, devido a evolução tecnológica, tinha sido criado, no Parlamento Europeu, um regulamento relativo a proteção de dados pessoais, o Regulamento Geral da Proteção de Dados, que exige um maior rigor no que diz respeito às informações pessoais dos doentes e clientes, tornando mais rígidas as regras e as informações que possam ser transmitidas e a maneira como o são (Regulamento n.º 679, 2016).

Por outro lado, também durante as passagens de turno, o sigilo e a confidencialidade, correm o risco de serem quebradas, caso as informações transmitidas sejam ouvidas por outros doentes ou acompanhantes. No SUMC quer o sigilo quer a confidencialidade eram muito importantes assim, estava definido que as passagens de turno às 8h seriam efetuadas na sala de enfermagem com a porta fechada. As passagens de turno da tarde e noite eram realizadas juntos aos doentes,

pelo que eram sempre adotados cuidados especiais no tipo de linguagem, no tom de voz que se recomendava, ser baixa de forma a manter o sigilo da informação. Na UCI e na CD, este problema não era tão evidente porque a passagem de turno era realizada na bancada central, que se situava suficientemente longe, impossibilitando que outras pessoas pudessem ouvir. Apesar de muitas vezes existirem interrupções, por parte de outros membros da equipa, por doentes ou profissionais, existia um esforço para que esse momento fosse realizado de forma tranquila, garantindo o cumprimento do sigilo e o respeito pela confidencialidade dos dados do doente.

Para além destes dois aspetos a privacidade também era um aspeto muito valorizado na prestação de cuidados. Na UCI a privacidade, individualidade e a exposição dos doentes era assegurada por cortinas, que individualizavam as unidades. Por vezes, devido a vários fatores, essas cortinas eram “curtas” fazendo com que durante a prestação de cuidados, os doentes pudessem ficar mais expostos, para os demais profissionais e quem visitasse o serviço. Esta constatação foi partilhada com os enfermeiros do serviço e sugeridas estratégias de melhoria, assim, e começaram a ser colocadas barreiras apropriadas para manter, de forma mais eficaz, a individualização de cada unidade.

A preocupação em desenvolver uma prática centrada no doente, foi uma premissa sempre respeitada, pois o doente é encarado como um parceiro e decisor no seu processo de cuidados. Assim, o consentimento informado (CI) como processo de comunicação, contínuo e participado, que se estabelece da interação entre o profissional de saúde e a pessoa (DGS, 2015) adquire um papel fundamental, seja este obtido de forma escrita ou verbal.

A papel dos enfermeiros no CI é fundamental no seu sucesso e concretização, através de um trabalho de equipa entre o médico(s), enfermeiro(s) e outros técnicos de saúde. Segundo Vicente (2014) o enfermeiro direciona a informação de forma mais pormenorizada, numa linguagem mais acessível. Este desempenha, também, um papel de tradutor e de mediador entre o médico e o doente. O CI fortalece a relação entre o enfermeiro e a pessoa, traduzindo-se no reconhecer, respeitar e defender a capacidade da pessoa em pensar, decidir e agir de forma ativa sobre os cuidados de enfermagem que lhe são propostos e na escolha da decisão a tomar (Lopes, 2021). Enquanto enfermeiros devemos assegurar que as pessoas, enquanto figura central dos nossos cuidados, compreendem o conteúdo do CI, e para que tal aconteça esses devem desenvolver e aperfeiçoar estratégias de comunicação interpessoal. O CI é a materialização nos cuidados de saúde do Princípio Ético da Autonomia, pois a pessoa só pode, efetivamente,

participar no seu processo de tomada de decisão quando plenamente informada relativamente a todos os elementos em saúde, o que nem sempre é possível devido aos elevados níveis de literacia em saúde que Portugal detém. Devendo assim, emergir o enfermeiro como o advogado do doente.

Um outro tema que mereceu reflexão durante o EC na UCI, e que contribuiu para o desenvolvimento desta competência, foi o conceito de morte cerebral e colheita de órgãos para transplantação. Embora durante o EC não se tenha vivenciado nenhuma experiência relacionada com morte cerebral, foi revisado matéria referente a realização de provas de morte cerebral, de acordo com a Lei nº12/2009 de março. Estas provas permitem verificar a ausência da totalidade dos reflexos do tronco cerebral. A verificação da morte requer a realização de pelo menos dois conjuntos de provas com intervalo de tempo adequado a situação clínica e idade. Devem ser realizados por dois médicos especialistas e nenhum deles poderá pertencer á equipa envolvida no transplante de órgãos ou tecidos (Barradas & Nunes, 2010).

O exercício de enfermagem no contexto prático de Hemodiálise possibilitou o desenvolvimento desta competência ética relacionada com a abordagem e gestão das expectativas da pessoa hemodialisada. Para esta, o direito à privacidade é especialmente crítico, no que às questões do absoluto sigilo profissional diz respeito, sobretudo, porque essa partilha um espaço/clínica com outros doentes.

Em suma, considera-se assim ter sido possível desenvolver esta competência, dado que, estimulou o interesse e a consciencialização, pela importância do respeito pelos valores, normas e princípios que fundamentam o exercício da profissão. Assim como, o desenvolvimento de uma prática promotora do respeito pelos direitos humanos, direitos dos doentes e familiares. Processo que ajudou a treinar as tomadas de decisão éticas, fundamentada e partilhada com a equipa multidisciplinar, que se revelaram, nalgumas situações complexas, mas sempre tendo por base os Princípios Éticos da Beneficência, Não maleficência, Justiça e Autonomia (Beachamp & Childress, 2013).., o Código Deontológico, as leis vigentes e o doente como centralidade dos cuidados.

2.1.2- Domínio da Melhoria Continua da Qualidade

A instituição onde decorreram os ECI e ECII é acreditada pela *Joint Commission International* (JCI). A JCI é uma organização não governamental criada nos Estados Unidos em 1994 com a finalidade de acreditar instituições de saúde com os mais elevados padrões internacionais de segurança e qualidade nos cuidados prestados, assim como o compromisso de melhorar

continuamente o atendimento aos pacientes. A JCI, no Hospital onde decorreram os EC, examinou 1300 parâmetros, divididos em três grandes grupos: Padrões Centrados no Doente, Padrões para a Gestão das Organizações de Saúde e Padrões de Centro Médico Académico, cujo resultado confirmou que o referido hospital cumpre os critérios e orientações internacionais de qualidade ao nível dos cuidados prestados no atendimento do doente, no campo da investigação e ensino das ciências da saúde, bem como na gestão organizacional.

A acreditação hospitalar é o reconhecimento formal de uma autoridade de acreditação externa e independente, de que o hospital atende a requisitos definidos e cumpre exigências a nível organizacional nas áreas de gestão administrativa, médica e de enfermagem. Na instituição onde decorreram os EC a política de gestão da qualidade e segurança do doente implementada permite estabelecer as diretrizes que levam à aquisição da melhoria contínua da qualidade, da segurança e do bem-estar dos doentes, familiares e profissionais dessa mesma instituição.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) juntamente com a JCI preconiza 6 metas para a segurança do doente. Estas metas correspondem a identificação correta, comunicação efetiva, segurança dos medicamentos de alta vigilância, cirurgia segura, redução dos riscos relacionados com as Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) e prevenção de danos decorrentes de quedas (DGS, 2015).

Nos três EC foi perceptível a preocupação dos profissionais de enfermagem em cumprir estas metas, alinhando a conduta de todos na mesma direção.

Por outro lado, a atuação profissional em EC foi pautada, nas boas práticas recomendadas, de forma que os cuidados fossem mais seguros, visíveis e eficazes. Sendo assim o enfermeiro na sua prática deverá continuamente prestar melhores cuidados e mostrar disponibilidade contínua para a mudança e adesão às novas aprendizagens. O ambiente da prestação de cuidados em contexto de SU, pela sua particularidade, dada a grande rotatividade de doentes, a afluência de pessoas e respetivas famílias ou o número elevado de doentes por área constituem situações que contribuem para o aumento do risco de ocorrência de erros, desta forma são adotadas estratégias na tentativa de os reduzir: estratégias individuais de concentração na tarefa; dupla confirmação na identificação do doente, através do nome completo e data de nascimento, o registo informatizado, a não existência de prescrição oral, sem validação da mesma e a identificação numérica das macas.

A uniformização e divulgação de procedimentos, instruções e protocolos, assim como a evidência do cumprimento de políticas institucionais, demonstram e uniformizam as boas práticas.

Os protocolos são processos ricos em aprendizagem organizacional que resultam de pesquisas bibliográficas, onde se reflete racionalmente os melhores recursos a serem utilizados de forma a alcançar os objetivos pretendidos (Jacques & Gonçalo, 2017). Esta documentação embora tenha como principal finalidade estabelecer uniformização de cuidados, permitiu também, através da sua consulta, facilitar a integração e a tomada de consciência sobre as diferentes dimensões do cuidar.

Tendo por base os padrões de qualidade dos cuidados especializados em EMC, nomeadamente no contexto à PSC é fundamental a intervenção do enfermeiro especialista na antecipação das complicações resultantes da doença e dos processos médicos e cirúrgicos complexos, assim como a gestão do risco e do ambiente na prevenção de complicações com recurso à evidência científica e elaboração de protocolos/normas de atuação (OE, 2018). Evidencia-se, como exemplo, a política de prevenção de complicações, nomeadamente úlceras de pressão, mediante a implementação de estratégias facilitadoras do cuidar, como o recurso aos colchões de pressão alterna, o registo do posicionamento efetuado e a utilização de um instrumento de avaliação de risco – Escala de *Braden*.

O SNS disponibiliza ao cidadão e aos profissionais de saúde, uma plataforma destinada à gestão de incidentes ocorridos, o “Notifica”. Constitui-se um instrumento de melhoria contínua da Qualidade e Segurança do Doente que promove uma cultura de segurança do doente responsabilizando o profissional pela sua utilização (DGS, 2014). Em complementaridade a este sistema existia a possibilidade do registo de incidentes, através da apresentação de não conformidades, em impresso próprio, enviado para apreciação ao gabinete de qualidade. Cada registo de ocorrência, quer seja relacionado com a prestação de cuidados direta ou indireta (equipamentos, consumíveis clínicos) é posteriormente analisada pela responsável pelo gabinete de qualidade, que tinha como objetivo investigar qual a causa, a montante que deu origem a uma não conformidade e assim, prevenir a existência de novos acontecimentos indesejáveis.

As instituições de saúde estão atualmente cada vez mais focadas em responder às exigências em termos de qualidade em saúde e segurança do doente, pelo que a criação de comissões e grupos de trabalho no seio das instituições permite analisar e adequar as orientações emanadas

à especificidade e ao contexto local. Desta forma na clínica de dialise, onde decorreu o EC III, existia uma equipa de controlo de infeção, uma equipa de implementação do protocolo de punção com técnica de botoeira e uma equipa de auditoria interna. Em termos de estratégias de melhoria da qualidade, destaca-se o programa informático “*Reporte de Variação Clínica do Doente no EuCLID*” que é um campo de notificação de incidentes. Em cada incidente a registar são preenchidos cinco itens principais e vários secundários. Os principais são essencialmente o momento do incidente, tipo de incidente, descrição do incidente, ações corretivas e danos para o doente. Neste contexto, existiu a oportunidade de registar um “*reporte de variação clínica no EuCLID*” relacionado com um quadro de hipotensão marcada com alteração do estado de consciência, após tratamento, mas sem consequências aparentes para o doente. Foi ainda possível, em equipa partilhar, discutir e trocar opiniões de alguns resultados de acessos vasculares, avaliação dos incidentes reportados, análise microbiológica das águas, resultados de auditorias, resultados de inquéritos da perceção de cuidados e da qualidade de vida realizados anualmente aos doentes, resultados de elogios e reclamações, acompanhamento de plano de formação, entre outros parâmetros.

Existem igualmente um conjunto de procedimentos e protocolos que permitem dar resposta aos padrões de qualidade, assim como às normas emanadas pela DGS na área dos tratamentos Hemo dialíticos. Apesar de a enfermagem ser caracterizada pelo pensamento crítico-reflexivo a existência de protocolos e procedimentos, padroniza a atuação do profissional, garantindo que sejam aplicadas um conjunto de premissas criteriosamente investigadas para a prestação de cuidados ao doente crónico com insuficiência renal em tratamento de hemodiálise. Desta forma a consulta dos mesmos constitui uma ferramenta fundamental para a reflexão sobre os cuidados prestados e o desenvolvimento de competências.

Uma atividade observada durante as sessões de dialise, integrada num projeto de serviço desenvolvida pelos enfermeiros, e que evidencia a importância da procura da melhoria continua dos cuidados, diz respeito a sessões de exercício físico com os DRC, como seja por exemplo desenvolver atividades de pedalar, movimentos ativos das pernas e braços, com ou sem utilização de pesos. Assim, em suma é possível depreender que as aprendizagens nos EC permitiram treinar e melhorar esta competência tão importante para produzir ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem.

2.1.3- Domínio da Gestão De Cuidados

A competência “Domínio da gestão dos cuidados” é definida pela Ordem dos Enfermeiros (2010, p.8) como a realização da gestão dos cuidados “otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas.” Para atingir esta competência, nos campos de ECI, II e III, foram desenvolvidos turnos em que, foi possível, acompanhar os enfermeiros gestores dos respetivos serviços. Por outro lado, os enfermeiros orientadores, para além de especialistas, eram também, frequentemente os coordenadores de turno, pelo fato de serem os que tinham mais anos de experiência profissional e lhes serem reconhecidas competências necessárias ao desempenho destas funções.

Nomeadamente à gestão de recursos materiais, foi possível observar, colaborar com o enfermeiro coordenador nos pedidos de medicação à farmácia e o seu armazenamento, no controlo dos estupefacientes, na verificação da funcionalidade dos recursos materiais nas respetivas áreas, na verificação, reposição de medicamentos e materiais necessários, no pedido de substituição, reparação de dispositivos médicos sempre que necessário. No que concerne à gestão dos recursos humanos foi treinada a distribuição dos enfermeiros por local de trabalho, a gestão de conflitos, assim como a nomeação do enfermeiro para acompanhamento dos utentes que eram transferidos para outras instituições. Também era o enfermeiro coordenador de turno, na ausência do enfermeiro gestor, que geria os assistentes operacionais.

Destaca-se o papel relevante da figura, do enfermeiro coordenador de turno, na gestão e otimização dos internamentos, por forma a reduzir o número de doentes concentrados no SUG, dado que muitas das áreas viam a sua capacidade excedida em mais do dobro. Este elemento era designado na elaboração de horário, de entre os enfermeiros com maior antiguidade no serviço, e normalmente era um enfermeiro especialista.

Devido à complexidade do SU e às suas características peculiares, algumas decisões são difíceis de serem tomadas e acordadas por todos da equipa, dessa forma, o enfermeiro coordenador tinha como responsabilidade gerir os conflitos, dar suporte á equipa nas tomadas de decisões mais complexas nas questões organizacionais e de gestão das unidades.

O enfermeiro deve desenvolver estratégias de resolução de problemas, sempre em parceria com o doente. Em contexto de SUG, a colaboração entre enfermeiros em áreas com menor carga de trabalho e a parceria proporcionada por quem é funcionalmente dependente destes, é de especial importância. A gestão visa uma melhoria contínua da qualidade, num processo em que se pretende alcançar a máxima eficiência, sem colocar em causa a qualidade dos cuidados

prestados. As sobrelotações dos serviços colocam muitas vezes os enfermeiros em situações que exigem uma tomada de decisão rápida por forma a melhorar os cuidados prestados.

Segundo um estudo realizado em 2019, 61.1% dos doentes triados como não urgentes e pouco urgentes recorrem ao SUG por iniciativa própria, sem recorrer aos Cuidados de Saúde Primários, apesar da quase totalidade ter médico de família atribuído. Este perfil de utilização dos serviços de Urgência originou a criação da área “verdes 2”, para onde eram encaminhados os doentes independentes e com baixa prioridade que não se encontrassem em maca. Da reflexão sobre esta situação, considera-se que a existência de dois circuitos de resposta para estes doentes possibilita libertar o SUMC da presença de doentes com baixa prioridade, e proporciona a uma resposta rápida às suas necessidades de saúde, dado que reduz o tempo de espera preconizado pelo Protocolo da Triagem de Manchester. Mas, por outro lado, não fomenta a utilização dos Cuidados de Saúde Primários, atendendo a que os doentes mesmo pouco urgentes eram sempre consultados. Da nossa reflexão ressalta a ideia de que os doentes pouco urgentes e não urgentes, deveriam ser encaminhados para a consulta aberta do centro de saúde da região. Essa opção já existe embora seja pouco procurada. Um estudo indica ainda que 87,1% dos doentes não urgente/pouco urgentes consideram que a sua doença justifica a ida à urgência.

Como já referido também na UCI foi possível acompanhar o enfermeiro gestor da unidade. Neste contexto, vários foram os temas abordados, como a realização de horários mantendo em todos os turnos uma equipa equilibrada em número de enfermeiros generalistas/especialista, enfermeiro iniciados/sénior, planos de férias, gestão de conflitos atendendo à individualidade de cada profissional. Ainda assim, a reflexão que mereceu maior destaque, teve a ver com as questões relacionadas com a avaliação de desempenho. Nesse serviço estava implementado o modelo de Sistema Integrado de Avaliação do Desempenho na Administração Pública (SIADAP). Segundo este modelo pretende-se desenvolver uma cultura de gestão orientada para os resultados com base em objetivos previamente estabelecidos, favorecendo a autoavaliação e orientando os profissionais na sua atividade em função de objetivos claros e critérios de avaliação transparentes. Possibilita o reconhecimento do mérito, assegurando a diferenciação e valorização dos níveis de desempenho (GEADAP, 2019). De realçar que, da reflexão realizada, surgiu a questão da limitação prévia de que apenas uma percentagem (20%) de enfermeiros poderiam atingir a classificação de relevante. Aspeto que imprime insatisfação profissional e todas as consequências associadas.

No contexto de ECIII, dado tratar-se de uma instituição particular, a monitorização do desempenho é feita nas auditorias realizadas á implementação dos procedimentos e protocolos da clínica, utilizando a estratégia da observação, realizada pelo enfermeiro gestor. Esta forma de avaliar tem as suas vantagens e desvantagens. Embora de, em teoria a oportunidade de todos os enfermeiros cumprirem os objetivos ela também está sujeita à subjetividade da observação feita pelo Enfermeiro Gestor. Do resultado das auditorias havia uma atribuição de pontos que serviam para a clínica dentro do universo Fresenius Medical Care.

Outra área abordada, na gestão em enfermagem, foi o cálculo das dotações seguras. O cálculo das dotações seguras em enfermagem possibilita o equilíbrio entre os seus elementos e as necessidades de cuidados efetivamente prestados. O cálculo das horas e dos cuidados necessárias tem por base a implementação de sistemas específicos de calculo, como é o caso do Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem (SCD/E) recomendado pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), que permitem determinar as necessidades em cuidados de enfermagem, possíveis de traduzir em horas de cuidados.

A dotação apropriada de enfermeiros, o nível de qualificação e perfil de competências, são aspetos fulcrais para alcançar níveis de segurança e de qualidade dos cuidados de saúde. Segundo a OE (2019), a definição de um rácio apropriado deve ter por base aspetos como as competências profissionais, a arquitetura da instituição, a desconcentração de serviços, a formação e a investigação e não se limitar ao critério do número de horas de cuidados por doente e por dia ou a tempos médios utilizados em determinados procedimentos. Num SUMC, segundo a OE (2019), o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem utiliza os postos de trabalho como base de cálculo, tendo por base o conhecimento nos números de afluência de doentes aquele serviço.

Em contexto de cuidados intensivos, recomenda -se que o rácio enfermeiro/doente seja de 1/1, 1/2 ou 1/3 conforme o nível de cuidados e que na equipe 50 % sejam enfermeiros especialistas em EMC, preferencialmente na área da Enfermagem à PSC, em permanência nas 24 horas (Regulamento n.º 743, 2019). A equipa de enfermagem era composta por 9 enfermeiros especialistas em EMC e 4 especialista em Reabilitação. O cálculo das dotações seguras não pode limitar-se ao critério do número de horas de cuidados por doente/dia ou tempos médios utilizados em determinados procedimentos, sendo imprescindível que considere as competências profissionais, a arquitetura da instituição, a desconcentração de serviços, a

formação e a investigação a realizar. O rácio normalmente era de um enfermeiro para dois doentes. Esporadicamente era um enfermeiro para um doente.

Na UCI, onde decorreu o ECII, era utilizado *Therapeutic Intervention Scoring System*, na versão atual TISS 28, que possibilita medir a gravidade do doente segundo a complexidade e o grau de complexidade das intervenções, bem como o tempo dispensado pelos enfermeiros para a realização de determinados procedimentos (Gonçalves, Garcia, Toffoleto, Telles & Padilha, 2006).

Em contexto de Hemodiálise, a OE recomenda que o número mínimo de um enfermeiro, por cada quatro utentes e não excedendo a razão de cinco utentes por Enfermeiro. O número de enfermeiros presentes por turno, nunca poderá ser inferior a dois elementos. Esta questão foi verificada em todos os turnos ao longo do ECIII. Quanto à recomendação da integração de pelo menos 50% enfermeiros especialistas em EMC, nas áreas de Enfermagem à PSC e, ou Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, não era verificada, dado que dos 27 enfermeiros que trabalhavam na clínica de diálise apenas cinco eram especialistas em EMC.

Neste contexto, foi ainda possível refletir sobre as dificuldades sentidas na elaboração de horários e suas especificidades. Tratando-se de uma instituição particular, onde apenas uma parte dos enfermeiros, detém relação laboral com contrato de trabalho na modalidade de 35 horas semanais, sendo os restantes mediante disponibilidade em regime de prestação de serviço a *part-time*. Esta prática obrigou ao longo dos últimos anos à fidelização e ao compromisso da equipa de enfermagem em *part-time*, a realização de um número mínimo de turnos semanais por forma a manter a competência técnica, nomeadamente em relação à punção da fistula AV.

Dado que a enfermeira orientadora desempenhava funções de gestão facilitou o desenvolvimento desta competência de forma contínua durante o ECIII, uma vez que foi possibilitado o acompanhamento das diferentes funções, nas diferentes áreas da gestão: gestão de recursos humanos, materiais e consumíveis, de equipamentos e dos processos de desinfeção da central de águas. Neste serviço existia, ainda, uma enfermeira que era responsável pelas auditorias e gestão aos fármacos e produtos de desinfeção. Das suas funções destaca-se a auditoria mensal direcionada que esta desenvolvia.

A metodologia de organização do trabalho é um dos pontos essenciais na promoção da qualidade dos cuidados de enfermagem (Costa, 2004). O método de trabalho utilizado era o método individual de trabalho, que centrava a sua atenção nas necessidades dos clientes, valorizando a personalização e individualização dos cuidados, por meio da distribuição de um

limitado número de clientes em função do grau de dependência ou especificidade de tratamento para cada enfermeiro, responsabilizando este, durante o turno de trabalho, pela prestação de cuidados globais aos clientes que lhe foram atribuídos (Silva, 2017).

Ter a responsabilidade de liderança de um serviço de cuidados de saúde é assumir uma grande responsabilidade, para com os doentes e família e para com a sua própria equipa. Esse enfermeiro terá de ter asseguradas competências de gestão, de liderança e conhecimento. Tudo tem de estar operacional e cabe ao mesmo prever possíveis momentos de instabilidade no serviço e precaver a máxima segurança dos cuidados ao doente. Nestes ensinamentos clínicos as várias oportunidades de aprendizagem permitiram desenvolver estas competências.

2.1.4- Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

O desenvolvimento de competências emocionais, técnicas e científicas foi possível durante os EC. De acordo com a OE (2015), no Código Deontológico, o enfermeiro procura, em todo o ato profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever de manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas. De forma a cumprir com os desafios propostos nestes EC, esta constante necessidade de atualização de conhecimentos é algo que tem de estar presente nos enfermeiros especialistas, uma vez que assumem papéis de liderança na gestão dos cuidados de enfermagem prestados.

O fato de exercer funções numa unidade de cuidados intermédios e numa Viatura Médica de Emergência e Reanimação, fez com que existisse uma certa familiaridade com alguns procedimentos, nomeadamente aqueles que envolviam emergências. Porém, em determinadas situações de caráter urgente, foi possível, desenvolver estratégias que melhoraram a resposta pessoal inerente ao doente crítico. Tal como refere Benner (2001), ao iniciar a sua intervenção num serviço que lhe é desconhecido, o enfermeiro deve basear-se na experiência adquirida como alicerce para desenvolvimento de competências.

Neste domínio de competências comuns do enfermeiro especialista, o mesmo deverá ser capaz de desenvolver o autoconhecimento de forma proactiva baseada em padrões altamente qualificados. Como estratégia para desenvolver esta competência, foi desenhado no início de cada EC um projeto de aprendizagem no qual foi identificado a necessidade de conhecer os aspetos relacionados com a componente formativa dos contextos formativos.

Inicialmente houve a preocupação em compreender e assimilar a estrutura física e organizacional das unidades, complementado com a leitura dos protocolos, procedimentos, normas e dinâmica de trabalho. À medida que os EC decorriam, foi perceptível o papel importante que a formação entre pares e multidisciplinar tem.

Benner, Sutphen, Leonard-Kahn, & Day (2009) preconizam três estádios para a construção da aprendizagem na enfermagem, em que o primeiro estádio diz respeito ao conhecimento teórico necessário para a prática; o segundo estádio refere-se ao conhecimento proveniente da prática, o conhecido *know-how*, e o terceiro estádio implica o comportamento segundo a ética, com estabelecimento das responsabilidades, preocupações e compromissos da profissão. Neste sentido, o pensamento crítico é uma constante em enfermagem traduzindo-se num alicerce das múltiplas vertentes do cuidar.

Em contexto do ECI, e com o objetivo de ampliar o conhecimento no âmbito da Triagem de Manchester houve a oportunidade de realizar dois turnos na sala de triagem. Desta experiência, considera-se ter sido muito enriquecedora por se tratar de uma experiência nova. Para Coutinho, Cecílio, & Mota (2012), a correta classificação de risco segundo a Triagem de Manchester depende do treino e da experiência do enfermeiro que procede à triagem. Para estes autores, o enfermeiro reúne as condições necessárias para o desempenho destas funções, dado o profundo conhecimento sobre sinais e sintomas das mais variadas patologias, estabelecendo uma relação empática fundamental na minimização de sentimentos negativos (Duro & Lima, 2010). Por outro lado, pudemos constatar as dificuldades sentidas pelos profissionais na realização desta atividade, relacionadas com a pressão proveniente do doente e/ou família que aguarda a classificação da triagem e quando não existe concordância em relação à mesma, encontrando-se o enfermeiro numa posição vulnerável.

Em todos os EC procurou-se adquirir conhecimentos avançados e qualificados quanto à prestação de cuidados ao doente crítico, aliado a uma boa capacidade de observação, capacidade de reação rápida e eficaz face ao fator surpresa, à escassez de material, procurando priorizar e analisar rapidamente a situação e atuar com segurança (Urden et al., 2016).

Em qualquer contexto clínico torna-se fundamental a interação do estudante sob a supervisão de profissionais que os auxiliem a desenvolver conhecimentos, técnicas e atitudes numa perspetiva de construção do seu profissionalismo e da sua identidade profissional, através da mobilização dos conhecimentos adquiridos e emergentes. Assim, como futuro enfermeiro

especialista, considera-se de grande importância a integração numa nova equipa multidisciplinar, visto ser um requisito essencial para a prestação de cuidados de qualidade.

No decorrer dos EC, pudemos constatar que, de um modo geral os elementos de cada equipa demonstravam respeito mútuo e reconhecimento pelas funções de cada um, assumindo-se como uma relação profissional sólida, baseada na confiança, promovendo a expressão de ideias e opiniões distintas, mas sempre com o mesmo objetivo, prestar o melhor cuidado ao doente. Desta forma, gera-se uma cultura de formação partilhada e um ambiente indispensável para potenciar o desenvolvimento dos profissionais detentores de conhecimentos científicos e técnicos atualizados, equipas profissionais e multiprofissionais.

Ressalvamos que a conduta pessoal como estudante, não se baseou somente no desenvolvimento de competências e aquisição de conhecimentos, como também se baseou em reconhecer os limites subjacentes à prática, enquanto futuro enfermeiro especialista, mediante as situações inesperadas de alterações do estado clínico do doente. Neste sentido, de acordo com Gomes (2010), espera-se que o enfermeiro especialista seja um profissional reflexivo, e capaz de mobilizar todo um manancial de conhecimentos, alicerçado nos saberes providos da experiência, para que a sua intervenção seja holística, contextualizada e com elevado nível de qualidade.

Ao nível dos cuidados intensivos, para além de ter havido a possibilidade de adquirir e consolidar conhecimentos sobre técnica dialíticas, ventilação invasiva, conseguiu-se avaliar e adequar os diferentes modos ventilatórios (Pressão Controlada, Volume Controlado, Pressão de Suporte, ventilação mandatória intermitente, entre outros), sendo esta área uma das lacunas face ao doente crítico que foi possível desenvolver.

Neste domínio de competências comuns do enfermeiro especialista, este também deverá ser capaz de basear a tomada de decisão em válidos e fortes padrões da área do conhecimento. Como referido anteriormente, a tomada de decisão constitui-se uma escolha entre duas ou mais opções de atuação, tendo em vista um determinado resultado, sendo que, a decisão implica racionalidade, competência e consciência, para que seja escolhida a alternativa correta.

Rosa, Sebold, Arzuaga, Santos & Radunz (2010), referem que existe uma necessidade de aprofundar e desenvolver uma base teórica própria, baseada no movimento gradual da procura de novos conhecimentos, sendo que se torna fundamental a interiorização de conceitos, modelos e teorias específicas de enfermagem. Estas devem servir de referência para a prática profissional, direcionada para a prestação de cuidado de qualidade. Os mesmos autores (2010,

p. 121) referem que “as teorias de enfermagem são construções, desde uma prática idealizada, com a finalidade de guiar as ações de enfermagem (...) concebidas com o intuito de organizar e sistematizar as questões que permeiam as atividades profissionais, gerando conhecimentos que as apoiem e subsidiem a própria prática. É de salientar que ao longo deste percurso pelos três EC foi crucial a elaboração de trabalhos com recurso à CIPE, que, através de um exercício reflexivo sobre um caso clínico específico, permitiram a elaboração de focos, diagnósticos e respetivas intervenções de enfermagem de acordo com a linguagem supracitada, com a finalidade de planear, aplicar e avaliar os cuidados prestados, tornando-os individualizados, contínuos e progressivos. Realçamos ainda a importância das matérias lecionadas nas aulas teóricas, que contribuíram em larga escala para a revisão de alguns conceitos, assim como para aquisição de novo conceito que foram fundamentais para o sucesso da realização dos EC.

A prestação de cuidados de Enfermagem numa Unidade de Hemodiálise abrange uma enorme variedade de temáticas, pelo que foi necessário uma constante consulta e validação de conhecimentos, atendendo à anterior experiência profissional, que nunca tinha permitido um contacto direto com estas Unidades de cuidados, além de se tratar de uma área bastante diferenciada.

No ECIII, foi proporcionado a realização de vários cursos *e-learning*, na plataforma Fresenius Medical Care, compostos por vários Módulos como:

- ❖ EuCLIDE V5.5- Curso geral/Apresentação;
- ❖ Reporte de Variação Clínica
- ❖ Acondicionamento de resíduos Hospitalares;
- ❖ Limpeza e desinfeção do posto de dialise;
- ❖ Medidas de Proteção- NephroCare Covilhã;
- ❖ Segurança do Doente: Importância da visualização permanente do Acesso Vascular;
- ❖ Introdução a Fresenius;
- ❖ Higiene, prevenção e controle de infeção;
- ❖ NephroCare Standard para Bons cuidados de dialise;
- ❖ Conexão e desconexão do Cateter Venoso Central;
- ❖ Equipamentos de proteção individual;
- ❖ Segurança contra incêndios em edifícios;
- ❖ Acesso Vascular;
- ❖ Methicillin-resistant Staphylococcus aureus;

- ❖ Nutrição;
- ❖ Hemodiafiltração online;
- ❖ Anatomia e Fisiologia do Rim;
- ❖ Esvaziamento do circuito Extracorporal,
- ❖ Intralock: Vídeo formativo sobre a administração do lock do cateter;
- ❖ Preparação para situações de Emergência:

O ECIII contribuiu assim, de forma muito significativa, para a aquisição de competências no domínio do desenvolvimento de aprendizagens profissionais, assim como para a reflexão da prática de cuidados. Permitiu assim o crescimento pessoal e profissional, possibilitando o desenvolvimento desta competência. Através de pesquisa bibliográfica e dos conhecimentos provenientes da experiência profissional dos supervisores e orientadores. Foi possível adquirir e aprofundar conhecimentos na área, o que possibilitou intervir eficazmente nos cuidados de enfermagem e na gestão adequada dos mesmos. A aprendizagem deve ser feita de uma forma espontânea de acordo com os interesses e necessidades, tornando-se mais gratificante do que aquela que é imposta (Almeida, 2013). Pelo exposto, considera-se ter progredido na competência de desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

2.2- COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Conforme o que se encontra descrito no artigo 3.º da Secção II do Capítulo I do Regulamento n.º 140/2019 da OE publicado em Diário da República (2019), definem-se competências específicas do enfermeiro especialista “as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (p.4745).

De acordo com o que se encontra descrito no Anexo II do Regulamento n.º 429/2018 da OE publicado em Diário da República (2018), os cuidados de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica são 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. Também é competência do enfermeiro especialista em EMCPCS, a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação, bem como

a maximização da intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação.

Desta forma, os EC foram fundamentais para o desenvolvimento destas competências específicas, as quais são organizadas em três grandes eixos, que de seguida são apresentados, acompanhados do relato e análise de algumas das experiências que permitiram a aquisição das mesmas.

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

Segundo o que consta no Regulamento n.º 429/2018 (OE, 2018), “A pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica.”

As pessoas que se encontram em situação crítica sofrem muitas vezes de ansiedade, angústia e instabilidade emocional associadas aos cuidados que lhes são prestados, pelo que o enfermeiro tem um papel preponderante para minimizar essa ansiedade, devendo ser um veículo transmissor de calma (Galinha de Sá, Botelho & Henriques, 2015).

Nesse sentido é importante que o enfermeiro especialista na área da enfermagem à PSC, reúna competências que lhe permitam ser um elemento de referência nesse campo de ação proporcionando cuidados altamente qualificados.

Foi importante adquirir conhecimento sobre os diferentes modos de atuação inerentes à especificidade dos serviços em questão nos ECs, no entanto há situações que são transversais a qualquer um dos campos de EC. Uma abordagem ABCDE, uma correta utilização do material disponível, conhecimento sobre os equipamentos e domínio da organização, procedimentos e protocolos dos respetivos serviços e do carro de emergência, é uma importante vantagem para o sucesso e qualidade dos cuidados prestados à PSC, atuando também na prevenção de complicações. Os doentes críticos na fase aguda da sua instabilidade hemodinâmica apresentam muitas vezes uma “barreira” à comunicação, quer com o enfermeiro quer com a família/cuidador, principalmente no que corresponde aos que se encontram internados em UCI e que se encontram sedados e analgesiados, conectados a prótese ventilatória sob ventilação mecânica invasiva.

A comunicação é a base da enfermagem onde se centra grande parte dos cuidados permitindo um cuidado holístico, pelo que é de extrema importância que se estabeleçam estratégias para efetivar a comunicação com estes doentes adquirindo competências relacionais para minimizar essa “barreira” e facultando essas mesmas estratégias à família/cuidador (Cavaco, José & Lourenço, 2013).

Quando o doente ventilado, se encontra mais desperto, demonstra uma grande necessidade de comunicar. Esta é uma área que exige da equipa uma grande adaptação, aspeto que foi vivenciado inúmeras vezes em EC. A utilização da comunicação não verbal como forma de estabelecer uma comunicação mais eficaz foi uma das estratégias mais treinadas, mas que se entendem como exigentes e com necessidade de maior investimento. A finalidade das estratégias de comunicação é proporcionar uma prática de enfermagem mais humana, que visualize a pessoa humana, como um ser portador de experiências próprias, mesmo quando estas experiências se expressam por linguagem não-verbal (Pott, Stahlhoefer, Felix & Meier., 2013)

A PSC é alvo de um conjunto de procedimentos e intervenções que exigem uma alta qualificação técnica e científica no que diz respeito aos cuidados que lhe estão subjacentes, quer no contexto de urgência/emergência quer no âmbito de internamento em UCI. O contacto com novos equipamentos como é o caso do Índice Bispectral (BIS), da máquina de hemodiálise/hemofiltração, da medição da Pressão Intra Abdominal (PIA) e do cateter de pressão intracraniana (PIC), bem como a experiência por via de variadas situações clínicas distintas do quotidiano normal, foram dinamizadoras da aquisição de competências e desafiantes no processo de aprendizagem.

Também a dor na PSC carece de uma atenção redobrada, uma vez que se os doentes ao não conseguirem verbalizar, exigem do profissional a necessidade de executar uma heteroavaliação da dor o que nem sempre é ilustrativa da sensação do doente. A ocorrência de dor tem efeito negativo no reflexo da tosse e na respiração profunda, podendo acarretar múltiplas complicações, nomeadamente: a nível pulmonar, alterações das glicemias, aumento do catabolismo e disfunção imunitária (Estilita, 2015). Cabe assim ao enfermeiro fazer uma correta avaliação da dor destes doentes, com recurso a escalas, validadas, que se adaptem face à situação clínica vivenciada, com o intuito de prevenir situações de gravidade maior. Nesta perspetiva os contextos dos EC permitiram despoletar uma evolução no que é o olhar atento para a comunicação não verbal e expressiva do doente crítico impedido de verbalizar a sua dor.

No SUMC onde se realizou o ECI, estava escalado um enfermeiro para a sala de emergência, indo assim de encontro do Parecer nº 14/2018 da OE (2018). Esse enfermeiro, normalmente era especialista em EMC, ou na ausência deste, existia o cuidado de alocar os mais experientes, evidenciando que dada a complexidade dos doentes admitidos na sala de emergência, a equipa adstrita a esta devia ser detentora de formação especializada. A necessidade de cuidados específicos emergentes não é padronizada, não estando, assim, sujeita à determinação de fluxos controláveis. Desse modo, a disponibilidade da equipa deve responder a um estado de prontidão capaz de atuar de imediato, não podendo estar dependente da substituição noutros postos/áreas de trabalho. Desta forma, a OE (Regulamento n.º 429, 2018) refere que o profissional detentor do título de enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica a Pessoa em Situação Crítica, é aquele que detém um core de competências adequado para dar resposta às necessidades em cuidados em contexto de sala de emergência.

A leitura dos protocolos e procedimentos existentes em cada local de EC, por vezes transversais ao ECI e ECII, como por exemplo protocolo de progressão de alimentação entérica, o protocolo de administração de insulina, o procedimento para ativação de vias verdes, entre outros, contribuíram em grande parte, para uma melhor prestação de cuidados á pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, foi uma importante base de sustentação para o domínio desta competência.

No decorrer do EC III, houve a oportunidade de cuidar e vivenciar experiências na prestação de cuidados ao doente renal crónico, identificando os focos de instabilidade e agindo de forma antecipatória à instalação dos problemas, desenvolvendo competências na avaliação sistematizada e sua evolução terapêutica. As vivências no centro de diálise permitiram desenvolver técnicas de elevada complexidade, nomeadamente: avaliação FAV, punções de FAV, cuidados com o CVC, cuidado ao doente renal crónico (DRC), prestação de cuidados seguros e eficazes em momentos de instabilidades e complicações. Entretanto, alguns aspetos não puderam ser explorados e vivenciados nessas 10 semanas de EC, como por exemplo, o acompanhamento da admissão do doente no Centro de diálise.

Em relação à gestão de protocolos terapêuticos complexos, o centro de diálise possuía diversos protocolos, aos quais foi permitido aceder. Entre eles destacam-se três protocolos muito utilizados durante os turnos: o protocolo de avaliação das fístulas/próteses arteriovenosas, o protocolo de punção de fístulas/próteses arteriovenosas e o protocolo de cuidados com o CVC.

A prestação de cuidados à pessoa em situação crítica das mais diversas patologias, desde o politraumatizado, ao doente cardíaco, ao doente respiratório entre outros e as suas famílias, permitiu desenvolver competências para a gestão e implementação de protocolos terapêuticos complexos, avaliação contínua do processo assistencial e dos resultados da tomada de decisão, para a gestão adequada da comunicação com a pessoa em situação crítica e sua família, face à situação complexa da sua saúde, assistindo nas perturbações emocionais decorrentes. Também são garantia de práticas de cuidados que respeitem a pessoa e família na sua condição humana, permitam uma gestão documental rigorosa dos cuidados prestados, participação na construção da tomada de decisão em equipa, recolha de contributos para a análise dos fundamentos das tomadas de decisão, suporte da tomada de decisão em juízo baseado no conhecimento e experiência e a promoção da incorporação dos conhecimentos na área na prestação de cuidados.

Estas competências tornaram-se transversais na gestão dos cuidados à pessoa em situação crítica, assentando no juízo clínico e diagnóstico a implementação de um plano de cuidados de enfermagem que dê resposta às necessidades documentadas. Ao permitir implementar esta metodologia é possível ao enfermeiro especialista demonstrar competências específicas da área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica descritas pela Ordem dos Enfermeiros (2018), estando preparados para identificar prontamente focos de instabilidade e implementando respostas de forma pronta e antecipatória. Consideramos assim que, pelo exposto, ter alcançado o domínio cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.

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

No decorrer dos EC procurou-se sempre conhecer os planos de resposta dos diferentes serviços a situações de emergência, exceção e/ou catástrofe.

Oliveira et al. (2012) refere que uma situação de exceção, no contexto de prestação de cuidados de emergência médica consiste fundamentalmente numa situação em que se verifica, de forma pontual ou sustentada, um desequilíbrio entre os recursos disponíveis e as necessidades verificadas. Por sua vez, esta desigualdade vai condicionar a atuação das equipas de emergência médica, nomeadamente, através de uma coordenação e gestão dos seus recursos humanos, bem como de toda a informação disponível, a cada momento.

Nesta competência específica a catástrofe é um conceito importante. A catástrofe é definida no artigo 3º da Lei nº 27/2006 de 3 de julho que aprova a Lei de Bases da Proteção Civil e citada

no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica da OE como um “acidente grave ou uma série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas...” ou “acontecimento repentino e imprevisto que requer medidas imediatas para minimizar possíveis consequências nefastas. A emergência multi-vítima envolve um número de vítimas suficientemente elevado para alterar o normal funcionamento dos serviços de emergência e a prática de cuidados de saúde. Exige um conjunto de procedimentos médicos de emergência com o propósito de salvar o maior número de vidas e proporcionar o melhor tratamento às vítimas, fazendo o melhor uso dos recursos disponíveis (Regulamento 361/2015).

A prestação de cuidados numa situação de catástrofe exige do enfermeiro um conjunto de conhecimentos, competências e habilidades, traduzindo-se numa resposta de emergência sistematizada, integrada, rápida e eficiente, devendo os procedimentos estar convenientemente treinados por forma a reduzir o impacto negativo (ICN, 2009). Assim, é fundamental dotar estes profissionais de conhecimento e experiência, permitindo-lhes o desenvolvimento de competências, para agirem correta e atempadamente.

No SUMC, o plano existente tinha como objetivos: - responder eficazmente e no mais curto espaço de tempo, a qualquer emergência; -garantir que a atuação dos intervenientes era realizada de acordo com critérios de prioridades, previamente estabelecidas; -capacitar os intervenientes para uma resposta rápida e eficaz; -repor o mais rápido possível, o normal funcionamento do serviço; -assegurar que o serviço é prestado respeitando as regras de segurança.

No que diz respeito á atuação em situações de catástrofe multi-vítima, as intervenções realizadas, no SUMC durante o ECI, apenas se resumiram ao conhecimento e análise do plano de emergência interno e externo existente na instituição; não tendo existido a possibilidade de prestar cuidados diretos nestas situações. Desta consulta não foram detetadas debilidades no mesmo. De referir, que neste âmbito, já foram realizados vários simulacros, em anos anteriores, e dos quais já tinha sido possível participar, mas no contexto de profissional e não de estudante. Sendo as práticas de simulação consideradas muito importantes para o desenvolvimento de competências dos enfermeiros.

As práticas de enfermagem que proporcionaram desenvolver esta competência específica, foram mais dirigidas para as situações de emergência, e variaram desde a identificação de situações clínicas de urgência e emergência e a ação consequente, quer através da ativação dos

meios humanos e materiais necessários, colaboração com equipa de emergência, quer através do respeito pelas prioridades de intervenção seguindo a avaliação primária e secundária à pessoa crítica, isto na sala de reanimação. Durante o ECI no SUMC foi também, possível ativar Via Verde AVC e Via Verde Coronária; participar no processo de ventilação mecânica não invasiva, colaborar na permeabilidade da via aérea com a colocação de tubo oro traqueal para ventilação mecânica invasiva. Identificação precoce de situações de falência cardiorrespiratória e/ou neurológica; administração de terapêutica de acordo com a prescrição ou algoritmos de atuação; elaboração de diagnósticos, planeamento e execução de cuidados de enfermagem à vítima crítica e/ou em falência orgânica; utilização de escalas de avaliação da dor no doente crítico e/ou em falência orgânica; transmissão de informação e elaboração de registos com metodologia e rigor científico. De referir ainda que, a experiência enquanto enfermeiro operacional de uma Viatura Médica de Emergência e Reanimação, embora fora do âmbito dos ensinamentos clínicos, permitiu participar com regularidade em simulacros de catástrofe e muitas vezes em situações de emergência de exceção.

Por outro lado, na UCI, onde decorreu o ECII, esta por definição assegura os cuidados a pessoas em situação crítica, com recurso ao melhor suporte humano e tecnológico que permite antecipar complicações major da doença crítica e/ou falência orgânica, pelo que também não houve oportunidade de experienciar situações de exceção ou catástrofe. De referir ainda que, quando solicitado ao enfermeiro orientador, sobre o plano para situações de emergência interna ou externa, este referiu não existir nenhum plano específico para a UCI. O enfermeiro orientador considera que efetivamente esta situação carecia de melhoria, e acrescentou ainda existir, na teoria uma equipa de emergência interna, mas que na prática não funcionava. Apenas o médico da UCI se deslocava fora da unidade para prestar auxílio, em situações de exceção e emergência, quando chamado por telemóvel exclusivo para o efeito através do número 22222. Perante isto fez-se uma revisão dos planos de emergência interna e externa existente para a instituição, os quais já eram conhecidos e, portanto, houve a oportunidade para os rever.

Para atingir estas competências na Clínica de Dialise, onde decorreu o ECIII, foi dada a oportunidade de realizar toda a formação, que todos os enfermeiros que colaboram na clínica participavam. Nela são abordados conceitos sobre medidas de autoproteção, o plano de emergência e plano de proteção, contra incêndios e em caso de atividade sísmica. Também foi abordado o enquadramento legal, a equipa de segurança interna, meios de 1ª intervenção e procedimentos em caso de situações de emergência. Dentro desta formação destacam-se os

vários módulos de formação que foram apresentados: plano de segurança interno; revisão de conceitos; caracterização das instalações; registos de segurança; estrutura da segurança; fluxograma de emergência; procedimentos de alarme; procedimento de alerta; corte de energia; procedimentos de atuação; procedimentos de evacuação.

Num papel mais ativo, foi dado o contributo pessoal no serviço, pela realização de uma revisão fundamentada na evidência, do carro de emergência existente na sala de tratamentos, através da construção de uma *check-list* do material aí existente assim como o teste, nos dias de EC, da operacionalidade do desfibrilhador e respetivo registo em impresso próprio. Em suma considera-se ter sido possível desenvolver as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação.

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.

Esta competência apesar de ser a última a ser referenciada, não foi considerada como a menos importante durante os EC. Esta é descrita inicialmente no Regulamento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica n.º 124/2011 de 18 de fevereiro (2011, p. 8657), atualmente esplanada no novo Regulamento de competências n.º 429/2018 de 16 de julho (2018, p. 19364) e que consiste em maximizar a “intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas”.

Espera-se do enfermeiro especialista na referida área, o desenvolvimento de competências para responder de forma rápida e eficaz face ao risco de infeção nos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações e à diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica, para a manutenção de vida da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, (...) no controlo de infeção e de resistência a Antimicrobianos (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Deste modo os profissionais da saúde vivenciam diferentes práticas profissionais no contexto hospitalar, enquanto uns se apresentam conformados com a problemática da infeção hospitalar, outros envolvem-se numa prática eficaz e segura, que possa transformar essa situação, adotando mudanças comportamentais (Nascimento & Santos, 2016).

Os principais fatores potenciadores de uma infeção, são essencialmente o agente infeccioso, a fonte, a via de transmissão, a suscetibilidade do hospedeiro e do meio ambiente. Deste modo, o Hospital é, efetivamente, um local onde a infeção possui uma particular tendência a proliferar e a persistir.

As IACS são uma infeção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade. Por vezes, estas infeções são também, denominadas de infeções nosocomiais, apesar desta designação não ser inteiramente abrangente por excluir o ambulatório.

De acordo com a Direção-Geral da Saúde (DGS, 2016), no último século assistiu-se a um aumento significativo da longevidade, mas nem sempre o prolongamento da vida se faz com a qualidade desejável. Os períodos terminais, caracterizados por uma diminuição das defesas do organismo, são frequentemente passados em internamento. É seguindo esta linha de raciocínio que o enfermeiro tem um papel preponderante no combate às IACS, pois é muitas vezes o veículo de transmissão de microrganismos quando não cumpre as devidas precauções instituídas na instituição onde presta serviço.

Para quebrar essa cadeia de possível transmissão, procurou-se, cumprir as normas instituídas pelo Grupo Coordenador Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistências aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA), quer no que diz respeito ao equipamento de proteção individual, quer em relação aos diversos momentos da lavagem das mãos, ou ainda no alerta constante para a necessidade de rastreamento de potenciais portadores de microrganismos multirresistentes como Methicillin Resistente Staphylococcus Aureus (MRSA) ou a Klebsiella Pneumoniae Carbapenemase (KPC). A prevenção e controlo da infeção é de importante relevância no contacto com qualquer doente, mas assume um papel ainda mais marcante quando se trata da prestação de cuidados ao doente crítico, que pela sua condição de doença é sujeito diversas vezes a procedimentos invasivos tornando-o mais suscetível a contrair infeções.

Como exemplo bem ilustrativo, temos a ventilação mecânica invasiva (VMI). Hua et al. (2016) mencionam que o uso de ventiladores por mais de 48 horas pode originar pneumonia associada à ventilação (PAV), e a maioria dos doentes internados em UCI permanecem sob VMI durante mais de 48h, ou seja, o risco de infeção é por si só elevado. Souza et al. (2017) referem que a PAV é uma das principais causas de morbilidade/mortalidade em UCI. Desta forma, é de extrema importância que o enfermeiro que lhe presta cuidados esteja desperto para as boas

práticas na manipulação da via aérea destes doentes e para o cumprimento das medidas de prevenção da PAV, como a elevação da cabeceira.

Perante tais factos, os ECs I, II e III, permitiram consolidar e adquirir novos conhecimentos nesta área, pois a UCI, pelas suas características e pela forma como os enfermeiros estão despertados para a problemática, destaca-se na promoção de ações de prevenção e controlo das IACS. Desde o rastreio séptico realizado à entrada do doente no serviço, a sua repetição consoante a norma ou a condição do doente, a descontaminação com toalhetes de clorexidina a 2% nos primeiros cinco dias de internamento na UCI, a higienização das mãos, a utilização de equipamento de proteção individual (EPI), a criteriosa utilização dos quartos de isolamento, a distribuição de doentes por enfermeiro, em função da infeção, a forma como era transmitida a informação dentro da equipa, a outros profissionais que vinham ao serviço e aos familiares, a implementação de protocolos relativamente ao controlo da infeção, a individualização do material por unidade do doente (...) Como refere Paiva et al. (2015), as ações de prevenção e de controlo das infeções hospitalares são requisitos indispensáveis na prestação de cuidados ao doente internado em unidades de cuidados intensivos, visando a redução da transmissão de microrganismos a partir de fontes de infeção conhecidas ou desconhecidas.

De realçar que se teve presente o rigoroso cumprimento das normas emanadas pela DGS no que diz respeito aos 4 feixes de intervenções, nomeadamente: Feixe de Intervenções de Prevenção de Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical, Feixe de Intervenções de Prevenção de Infeção de Local Cirúrgico, Feixe de Intervenções de Prevenção de Infeção Relacionada com Cateter Venoso Central e Feixe de Intervenções de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação. Por exemplo ao longo dos EC II, existiu uma especial atenção, na aplicação das medidas de prevenção de Pneumonia Associada à Ventilação de acordo com “Feixe de Intervenções” da DGS (2017), nomeadamente a elevação da cabeceira da cama a 30º, avaliação diária da necessidade de sedação, aspiração de secreções com técnica assética, higienização oral com clorhexidina, monitorização da pressão do *cuff* e troca de dispositivos quando necessário. Assim sendo, pelo exposto, esta competência foi treinada e desenvolvida.

PARTE II – PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA: PROJETO DE MELHORIA CONTINUA DA QUALIDADE

1- ENQUADRAMENTO TEÓRICO E FUNDAMENTAÇÃO DO ESTUDO

Nesta parte, será desenvolvida uma revisão de literatura sobre a cateterização venosa periférica para uma melhor compreensão do problema relacionado com o procedimento de cateterização venosa periférica.

1.1- CATETERIZAÇÃO VENOSA PERIFÉRICA

A utilização de cateteres venosos periféricos (CVP) é uma das práticas mais comuns, usadas em hospitais, sendo os enfermeiros, os profissionais de eleição por todos os procedimentos desde a inserção, penso e fixação, cuidados na manutenção e remoção dos cateteres (Atay & Yilmaz, 2021; Khanh-Dao, 2021; Mars et al, 2021; Millington et al, 2020).

Apesar de a punção venosa periférica, para cateterização de um acesso vascular ou colheita de sangue para análises, representar um dos procedimentos mais frequentes no dia-a-dia dos enfermeiros em Portugal, esta não é uma realidade em outros locais do mundo, em que a cateterização venosa periférica pode ser realizada por outros profissionais de saúde como sejam médicos, assistentes operacionais e técnicos de radiologia (Cooper, Whitfield, Newton, Chiarella, & Machaczek, 2016). Inclusivé Alexandrou et al. (2018), no seu estudo, acrescentou que apenas 26% dos CVPs eram inseridos por enfermeiros. Esta constatação foi corroborada por Costa et al., 2020 no seu estudo de revisão, em que perceberam que a prática de cateterização venosa periférica não é homogénea entre contextos clínicos internacionais.

Em Portugal, um estudo desenvolvido por Tavares e colaboradores (2009), evidenciou que 90% dos doentes internados necessitavam de terapêutica intravenosa e que, em larga maioria dos casos, a terapia intravenosa era realizada por cateter venoso periférico (CVP) (Tavares et al., 2009), estimando-se que 60% a 90% dos doentes internados irão necessitar de, pelo menos, um CVP para cumprir o seu plano terapêutico (Helm, Klausner, Klemperer, Flint, & Huang, 2015).

O processo de cateterização venosa periférica é um procedimento, caracterizado pela introdução de um dispositivo, numa veia periférica, provocando assim traumatismo e dor, de modo a obter um acesso á rede venosa. Por este motivo, é considerado um procedimento complexo, uma vez que se verifica a necessidade de cuidados específicos, no que respeita á escolha do CVP, na manutenção do acesso, no penso utilizado e na prevenção de complicações (Crozeta & Roehrs, 2012). Enquanto procedimento complexo é expectável que implique riscos para o doente.

Estima-se que cerca de 70% a 90% dos doentes com terapia por CVP desenvolvem complicações associadas (Costa et al., 2020; Porrit, 2021) podendo aumentar o tempo de permanência numa enfermaria hospitalar em cerca de 22 dias (Lanza et al. 2019).

As complicações mais comuns e transversais, associadas ao uso do CVP, segundo vários estudos já realizados são sinais de flebite, a remoção acidental, CVP não permeável, infiltração e extravasamento (Oliveira, 2015; Nobre & Martins, 2018). É importante ainda referenciar que apesar das complicações associadas à presença dos CVPs, estima-se ainda que até 90% dos CVPs são removidos prematuramente, antes de se cumprir o plano terapêutico que motivou a sua inserção (Alexandrou et al., 2018). Os principais motivos que levam á remoção do cateter são o aparecimento de complicações, Santos (2014) acrescenta que 70,5% dos cateteres eram retirados por complicações e só 29,5% eram retirados por alta clínica, suspensão de medicação endovenosa ou morte, o que, aparentemente, implica nova punção em 70,5% dos casos. Um outro estudo, que fez análise de punções venosas para inserção de CVPs, durante todo o período de tempo do internamento, constatou que os doentes foram puncionados em média 6.5 vezes (Braga, 2017).

1.2- CUIDADOS DE ENFERMAGEM À PESSOA CVP.

A segurança do doente, quando analisada na perspetiva da temática do cateterismo venoso periférico e da administração da terapêutica endovenosa, remete para a convergência de comportamentos e atitudes do binómio enfermeiro-doente na procura constante da melhoria continua dos cuidados prestados. O Enfermeiro é o protagonista na execução do cateterismo venoso periférico e a implementação de boas práticas é essencial para reduzir os riscos e as complicações.

Cada vez mais as organizações de saúde se preocupam em manter ou aumentar os níveis de qualidade dos serviços prestados, para tal é necessário reunir um conjunto de ações em saúde eficazes, eficientes, equitativas, aceitáveis e seguras (Souza, Oliveira, Dias, Nicola, 2015). Alguns autores, consideram existir profundas lacunas no conhecimento das práticas de enfermagem em terapêutica endovenosa, em particular na escolha adequada dos cateteres e do local para aceder as veias periféricas (Teixeira et al, 2021). Os cuidados prestados pelo enfermeiro à pessoa com necessidade de um CVP, exigem deste uma atenção focada na vigilância do doente, a identificação dos fatores de risco de complicações e a sua prevenção. Assim como a importância da atualização de conhecimento e a sua implementação na melhoria das práticas de enfermagem e na garantia da segurança e qualidade dos cuidados (Braga, 2017).

Esta evidência foi documentada numa investigação-ação realizada em Portugal na área das flebitis, em que foi desenvolvida uma intervenção estruturada que criou condições para a adesão às novas práticas, o que culminou no decréscimo de 26,5% na incidência de flebitis, e que concluiu a importância da mudança das práticas dos enfermeiros, baseada em evidência, para se obterem ganhos em saúde (Oliveira, 2014). Também Braga (2017) realizou um estudo, cuja conclusão vem reforçar que a implementação da intervenção educativa proporciona aos enfermeiros a aquisição de conhecimentos baseados em evidências científicas, que resultaram na melhoria nas taxas de complicações relacionadas com CVP. Com a redução das taxas de complicações é incrementado a qualidade e a segurança dos cuidados de enfermagem oferecidos à pessoa com necessidade de CVP.

A segurança da pessoa cuidada é um dos pilares de qualidade dos cuidados em saúde, identificando-se como uma condição que requer necessariamente o envolvimento da instituição e dos prestadores de cuidados. Para desenvolver melhorias no âmbito da segurança do doente é necessário conhecer as causas e a frequência com que acontecem as adversidades, assim como o impacto que produzem no doente para assim desenvolver ações que diminuam ou previnam a produção de eventos adversos (Costa, 2014)

Em ambiente hospitalar, os enfermeiros asseguram cuidados de enfermagem, 24 sobre 24 horas e os resultados desses cuidados podem depender de vários fatores. Por um lado, as situações de risco dependem dos conhecimentos do enfermeiro, como por exemplo conhecimentos ligados a farmacologia para a identificação de uma prescrição inadequada, por outro, a adoção de medidas de higienização e assepsia para prevenção e controlo de infeção. Outros dos fatores, que também podem interferir na segurança do doente, são as restrições económico-financeiras que interferem no rácio de enfermeiro/doente e também na aquisição de material clínico mais adequado, podendo assim interferir na qualidade dos cuidados prestados (Abreu, 2015).

Para aumentar os níveis de segurança, qualidade e reduzir as complicações, é consensual e prioritário verificar o cumprimento das recomendações baseadas nas evidências para a inserção, manutenção e remoção desses dispositivos.

2- IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA E OBJETIVOS

No mês de novembro de 2021, numa das reuniões de um serviço de cuidados intermédios de um Hospital na região interior de Portugal, foi solicitado aos enfermeiros que identificassem um problema existente no seu local de trabalho e sobre o qual poderiam e deveriam intervir para melhorar a excelência dos seus cuidados. Com o objetivo de melhorar a qualidade dos

cuidados de enfermagem e consequentemente a qualidade de vida dos doentes aí internados. Deste encontro, emergiram vários problemas identificados, no entanto o mais consensual foi relativo ao procedimento de cateterização periférica, nomeadamente o facto de se puncionar os doentes, um número elevado de vezes associado a uma elevada incidência de complicações com a utilização de CVP. Perante este diagnóstico de situação, foi desenhado um Projeto de melhoria continuo da qualidade que foi desenvolvido, durante o período temporal de 1 de novembro de 2021 e 30 de agosto de 2022.

Neste estudo pretendeu-se avaliar o cumprimento dos critérios baseados em evidências em relação aos cuidados com CVP, nos utentes de uma unidade de cuidados intermédios num Hospital do Interior de Portugal.

Como objetivos específicos:

- Determinar a conformidade atual com os critérios baseados em evidências em relação aos cuidados com cateteres venosos periférico (fase I);
- Identificar barreiras e facilitadores para alcançar conformidades (fase II);
- Desenvolver estratégias para lidar com as áreas de não conformidade (fase II);
- Melhorar o conhecimento sobre as melhores praticas em relação aos cuidados prestados aos doentes portadores de CVP (fases I, II e III);
- Melhorar a conformidade com os critérios baseados em evidencias sobre os cuidados prestados aos doentes portadores de CVP, da inserção à remoção (fase III).
- Reduzir incidência de complicações associadas ao uso de CVP (fase III).

Para a sua consecução considerou-se que a metodologia mais eficaz para a sua consecução seria através de um Projeto de Implementação de Evidência (PIE).

3- METODOLOGIA

Os PIE procuram que as evidências mais recentes sejam integradas na prática diária de cuidados, permitindo acrescentar elevado valor aos cuidados prestados, assim como melhorar a experiência do doente (incluindo a qualidade e confiabilidade nos cuidados recebidos) e nos resultados em saúde, reduzindo custos (Apóstolo, 2017; Melnyk, Gallagher-Ford, Long, & Fineout-Overholt, 2014). Este tem a potencialidade de conciliar processos de melhoria e qualidade de cuidados e o investimento de profissionais, acrescentando valor aos cuidados, conferindo-lhe qualidade, segurança e inovação, maximizando os resultados pretendidos (Porritt, 2020).

O PIE desenvolvido recorreu à metodologia de PIE recomendada pela Joanna Briggs Institute (JBI) (Porrit, et al, 2020). Esta recomenda a realização de pelo menos duas auditorias, para o processo de colheita de dados. Efetivamente foi nesta base que desenvolvemos o nosso trabalho. Elaboramos uma *check list* das melhores evidências disponíveis, fizemos uma primeira auditoria, analisámos os resultados, definimos estratégias e por fim fizemos uma segunda auditoria para avaliar os resultados. As auditorias são atividades de avaliação objetiva e de consultoria, destinada a acrescentar valor e melhorar as funções hospitalares. É considerada um processo sistemático, independente e documentado para obter evidências e respetiva avaliação de forma objetiva, com vista a determinar em que medida os critérios da auditoria são cumpridos (Instituto Português da Qualidade - Normas Portuguesas ISO 19011, 2012; ACSS, 2007; Souza, 2019).

3.1- DESENHO DO ESTUDO

Os PIE segundo a metodologia da JBI devem ser realizados em três fases (Porritt, 2020), que se passarão a descrever e se encontram identificadas na figura 1.

a) Primeira fase (auditoria de *baseline*):

Na fase 1 foram desenvolvidas várias atividades culminando com a realização da auditoria de *baseline* ou primeira auditoria, descritas em seguida:

- i. Realizada a tradução de 20 critérios de auditoria fornecidos pela JBI baseados na evidência mais recente sobre o tema;
- ii. Pré-definidas estratégias para a operacionalização desses critérios na realização de uma auditoria, através da construção de uma *checklist* (**Apêndice I**);
- iii. Estabelecimento de uma equipa de trabalho;
- iv. Solicitada autorização, através do gabinete de investigação, ao Conselho de administração e Comissão de Ética para a realização do PIE (**Anexo I**);
- v. Obtida autorização da Comissão de Ética (**Anexo II**);
- vi. Realizada a auditoria de *baseline*;

Nesta fase do PIE é importante conhecer o conceito que envolve a auditoria clínica. Esta pode ser definida como "um processo de melhoria da qualidade que procura melhorar os cuidados dos doentes e resultados através de uma revisão sistemática dos cuidados contra critérios explícitos e da implementação da mudança"(Hart, 2002, p.1). É importante salientar que a auditoria é um processo sistemático, não um processo *ad hoc*. Uma proposta de auditoria ou plano deve ser claro e fácil para os outros lerem, e fazer uma avaliação sobre o seu propósito,

qualidade e resultados (Porritt, 2020). A auditoria clínica é um processo crítico onde se questiona: o que está a acontecer aqui.? Ela forma o processo básico em contínua avaliação da qualidade (Pearson, Field & Jordan 2009).

Para a preparação da auditoria foram traduzidos os critérios fornecidos pela JBI são desenvolvidos a partir de tópicos relacionados com práticas e derivam das recomendações feitas no âmbito de um resumo de evidências (Porritt, 2020). Os critérios de auditoria neste contexto podem ser considerados normas bem definidas estabelecidas sobre os princípios dos cuidados de saúde baseados em provas (Esposito & Cantão 2014). Foram fornecidos 20 critérios de auditoria baseados na evidência recente, obtidos através de sumários de evidência da JBI (Porritt, 2021) que foram convertidos em questões de auditoria e operacionalizadas formas de avaliação, através da construção de uma *checklist* (**Apêndice I**). As questões “Fez registo da remoção do cateter?” e “No registo mencionou o motivo da remoção, tempo de permanência e a avaliação”, foram verificadas através da consulta do processo dos doentes. As restantes através de observação direta.

Simultaneamente foi constituída uma equipe de trabalho por elementos que trabalham no serviço incluindo a enfermeira gestora, pois segundo Pearson, Jordan & Munn (2012) é muito mais provável que a implementação, seja bem-sucedida, quando as questões a serem respondidas são relevantes para os principais grupos interessados, sendo muito importante o papel da liderança nestes processos. Assim foi criada uma equipe de 4 elementos, no serviço em estudo, reconhecidos como líderes informais, para dinamização do projeto de implementação (enfermeira Gestora, dois enfermeiros Especialista em EMC e um enfermeiro de cuidados gerais).

Após terminado este processo foram solicitadas autorizações para realização do trabalho ao Gabinete de Investigação, Conselho de administração e Comissão de Ética da Instituição (**Anexo I**). Obtida a sua autorização, foi operacionalizada a primeira auditoria.

b) Segunda fase: desenho e implementação de estratégias na prática clínica:

- i. Redação do relatório da auditoria realizada e dado feedback à equipe de trabalho por grupo no *WhatsApp*® e posteriormente à restante equipe de enfermagem, durante uma ação de formação em serviço;
- ii. Reunião presencial com o grupo de trabalho para identificação de barreiras e estratégia para melhoria dos resultados encontrados e definição de metodologia de implementação dessas estratégias;

- iii. Implementação das estratégias delineadas com envolvimento de todos os enfermeiros da equipa.

Na fase 2 da implementação do PIE foram compilados os *outcomes* encontrados na auditoria inicial e transmitidos à equipa de enfermagem e equipa de trabalho de implementação. O conhecimento, destes resultados, permitiu identificar aspetos de melhoria prioritários, barreiras à sua melhoria e estratégias implementar, através da técnica de *brainstorming*. Destas reuniões a equipa definiu como estratégias a desenvolver:

- **Realização de duas ações de formação:** subordinadas ao tema Cuidados de Enfermagem com CVP – implementação de evidencias. Durante a apresentação do referido tema também foram apresentados os resultados da auditoria *baseline* e realizada, uma troca de opiniões sobre formas de melhorar as práticas e assim haver uma aproximação às evidencias disponíveis. Realizaram-se duas para permitir que todos os enfermeiros pudessem participar de forma ativa no desenvolvimento propostas para a melhoria continua dos cuidados prestados (**Apêndice II**).
- **Elaboração de um procedimento interno**, a aplicar no serviço, aprovado pela Enfermeira Gestora, de forma a uniformizar os cuidados de enfermagem. Esse procedimento também contribuiu para facilitar a integração de novos elementos na equipe e que posteriormente será apresentado ao Conselho de Administração do Hospital para ser aplicado em toda a instituição. As evidencias disponíveis, também referem, ser pertinente a existência de um protocolo nas instituições. Dai a intenção da apresentação ao CA da instituição, pois esta só possui um Procedimento Interno que se aplica a todos os dispositivos intravasculares, mas não possui um especificamente para Cateter Venoso Periférico. (**Apêndice III**)
- **Elaboração e Afixação de um Poster**, alusivo às melhores evidencias disponíveis nos cuidados de enfermagem com CVP, da inserção à remoção, e respetiva afixação em local estratégico, na sala de trabalho de enfermagem, por cima da bancada de preparação de terapêutica e de preparação do tabuleiro de punção (**Apêndice IV**).
- **Alterações funcionais na prática diária**, acordado e aceite por todos os elementos da equipa como sejam:
 - a. Colocação de pacotes de compressas esterilizadas (5x5) em todas as unidades onde se preparava o material para punção venosa periférica;
 - b. Substituição das ampolas de água bidestilada, existentes nas unidades, para passar a existir só ampolas de NaCl a 0,9% de 10 ml;
 - c. Requisição à farmácia de Cloreto de Etilo em Spray para uso regular, antes de cada punção;
 - d. Alterações de alguns horários, do registo das intervenções de enfermagem, no SClinico® (ex: Otimizar cateter venoso periférico passa de 8h/8h a 4h/4h)

c) Terceira fase: auditoria de *follow-up*:

- i. Realizada a auditoria de *follow-up*;
- ii. Construído relatório de auditoria e dado feedback à equipa de enfermagem;
- iii. Articuladas estratégias em equipa para a sustentabilidade das boas práticas;

Na terceira fase foi a auditoria *follow-up* com utilização da mesma grelha de *check-list* usada na primeira auditoria, de forma a poder comparar os resultados obtidos. Após tratamento dos dados obtidos, estes foram partilhados e divulgados pela equipa por email e em reunião de equipa, onde também se acordou e negociou como estratégia de sustentabilidade destas práticas, a realização de nova auditoria, no próximo ano.

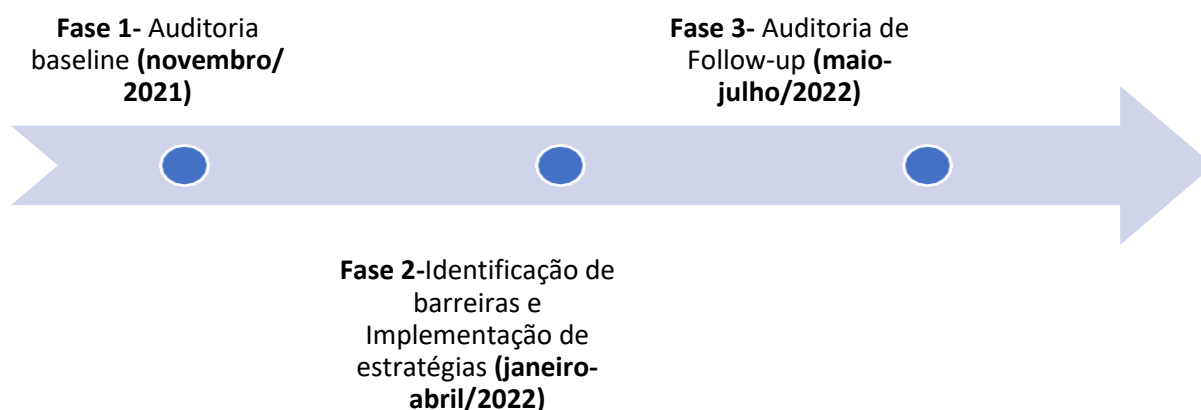


Figura 1: Desenho esquemático das Fases do PIE.

3.2- ESPECIFICIDADES DO CONTEXTO CLÍNICO

No serviço onde foi desenvolvido o PIE trabalham dezoito enfermeiros, tendo quatro participado no PIE. A equipa de enfermagem é então constituída por um enfermeiro gestor, oito enfermeiros com EMC, um com especialidade de reabilitação e oito de cuidados gerais. Todos os enfermeiros foram auditados na prestação de cuidados com CVP não sendo aplicados critérios de exclusão.

Este serviço, a Unidade Cuidados Intermédios, era uma unidade de internamento com capacidade de prestação de cuidados correspondente ao nível II de cuidados intensivos, estando dotada de sete unidades, cada uma com monitorização invasiva e ventilador para ventilação mecânica invasiva e não invasiva.

3.3- CHECK-LIST DE AUDITORIA

A *check list* foi elaborada a partir das melhores evidências disponíveis, apresentadas pela JBI, relativamente aos cuidados de enfermagem com CVP. Consistiu em transformar as afirmações apresentadas pela JBI, para a interrogativa. Estão divididos em quatro momentos distintos que são a inserção, penso e proteção, cuidados de manutenção e remoção. Em cada momento foi colocado um número de questões correspondente às evidências disponíveis. Assim na fase da inserção temos três questões auditadas, no penso também três questões, relativamente a manutenção foram verificados nove itens e na remoção do cateter cinco. Para cada questão era observada e assinalada a dicotomia sim ou não em que sim correspondia a evidencia apresentada pela JBI e não quando esta não era verificada.

3.4- PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

Foi solicitado ao Conselho de Administração, Comissão de Ética e Gabinete de Investigação as autorizações para implementar o PIE, após pedido de autorização informal ao diretor de serviço e enfermeiro gestor.

Foi obtido um consentimento informado, que foi dirigido aos enfermeiros do serviço que explicava os objetivos, metodologia e garantias da autodeterminação ao permitir que estes pudessem desistir da sua participação sem prejuízos. Foram também garantidos o anonimato e a privacidade, ao não serem colhidos quaisquer dados, na *check-list* de observação que pudessem identificar os enfermeiros.

Como a maioria das auditorias implicaram como operacionalização de critério a técnica de observação, foi solicitado, oralmente, aos doentes a sua autorização para que pudessem ser observados os cuidados aos CVP prestados pelos enfermeiros. O investigador procurou fazer uma observação discreta, mantendo-se distante do enfermeiro auditado, mas garantindo a observação dos critérios definidos.

3.5- RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste ponto são apresentados os resultados provenientes da primeira *baseline* e da auditoria de *follow-up*.

De forma a facilitar a análise destes dados, dividiram-se os cuidados prestados ao cateterismo venoso periférico em quatro categorias: i) inserção do cateter, ii) fixação e penso; iii) cuidados na manutenção iv) remoção e substituição do cateter.

Resultados da auditoria de *baseline*

Os resultados encontrados na auditoria da *baseline* permitiram refletir sobre os cuidados prestados. Embora a cateterização venosa periférica seja uma prática comum do dia a dia dos enfermeiros, os resultados revelaram que nem sempre estes vão de encontro às recomendações, da evidencia científica. Os dados revelaram que por exemplo na inserção do cateter 0% dos enfermeiros considerava a utilização de um anestésico tópico, previamente à punção. Embora se verificasse que em 100% das inserções era aplicado antisséptico, ainda se verificou que 12% não utilizavam técnica assética (**Gráfico 1**).

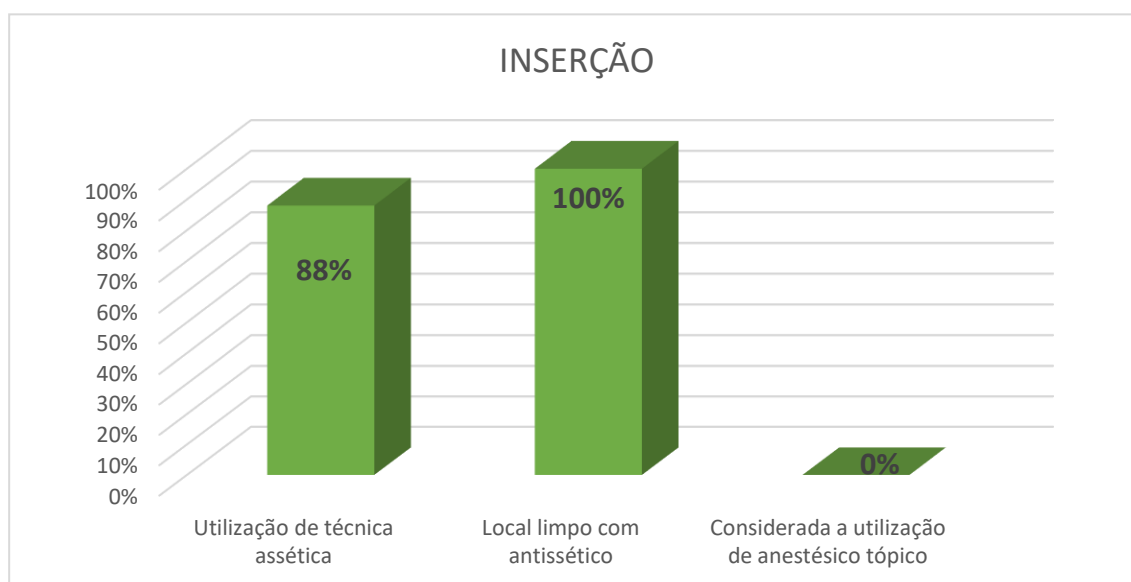


Gráfico 1: Resultados da auditoria *baseline*, no momento da inserção.

Já no momento da realização do penso e da proteção do cateter, verificou-se uma maior conformidade com a evidencia científica, embora ainda tenha algum significado a não utilização de compressa esterilizada (Gráfico 2). A DGS na norma n.º 022/2015, atualizada a 29 de agosto de 2022, relativa aos feixes de intervenções para a Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central, recomenda o uso de compressas estéreis. Também o *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) em 2011 na publicação das diretrizes para a prevenção de infeções relacionadas com cateteres intravasculares, dá indicação ao uso de compressa esterilizada (CDC, 2011).

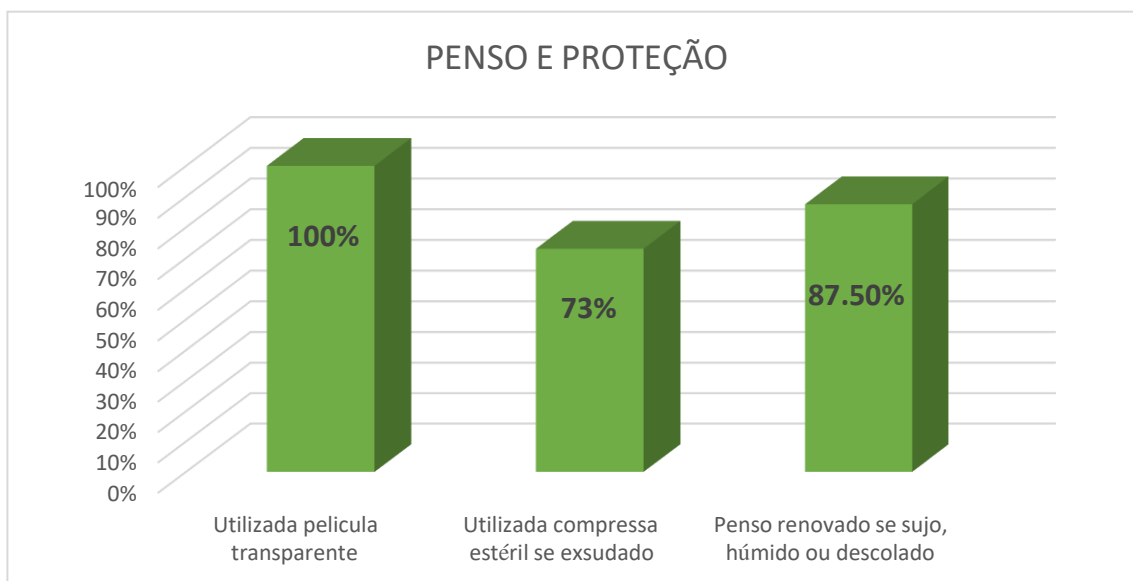


Gráfico 2: Resultados da auditoria *baseline*, no momento da realização do penso e fixação do cateter.

Os resultados encontrados para os cuidados a ter com os CVP, revelaram inconformidades com evidências mais recentes. Verificou-se que o local do cateter só era vigiado a cada 4h por 40% dos profissionais. Mesmo assim pensa-se que este número não é mais baixo pelo facto de os doentes, em cuidados intermédios, a prescrição de terapêutica EV ser frequente, com períodos de tempo curtos entre si. Também se verificou que só 33% dos enfermeiros é que confirmava a permeabilidade do cateter através da técnica de aspiração. Constatou-se que o CVP não era “lavado”, com solução salina, após administração de terapêutica, ainda assim a sua lavagem foi verificada em 39% das situações observadas. Nas situações em que foi executada “lavagem” do CVP foi utilizada solução salina (92%), como recomendado. Por último verificou-se que não existia a prática de se executar a administração de solução salina, pelo menos uma vez em cada 24h, nos cateteres, quando não utilizados (0%) (Gráfico 3).

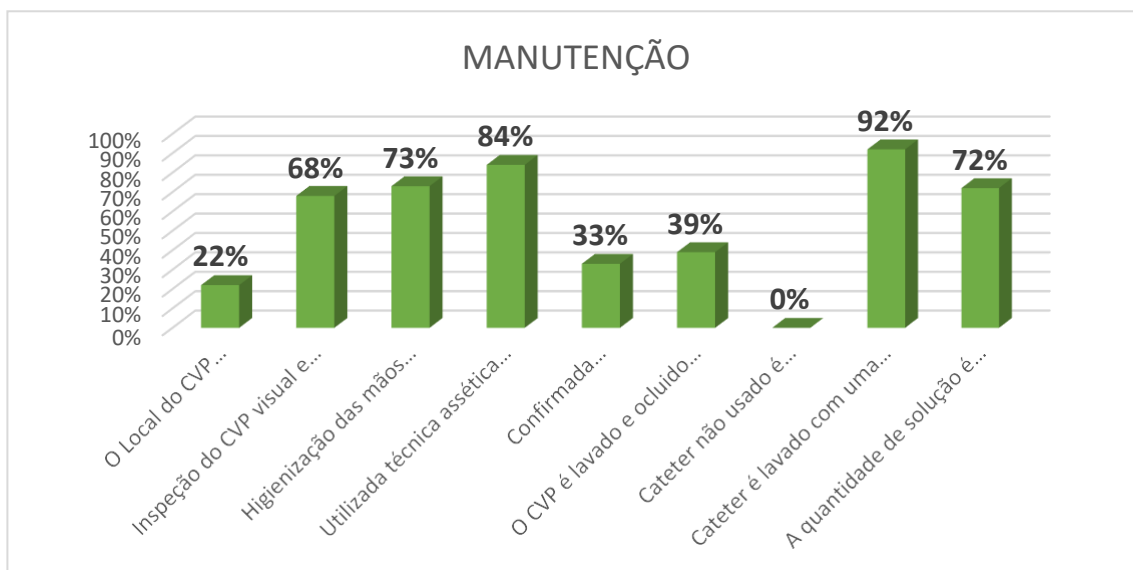


Gráfico 3: Resultados da auditoria *baseline*, dos cuidados de enfermagem na manutenção do CVP.

Por último, na aplicação da *check-list* para a observação da remoção e/ou substituição dos CVPs também se verificaram inconformidades que careciam de melhoria contínua. Verificou-se que nem sempre se redigiu o registo da remoção do CVP (58%) e nos registos que o eram, só 38% estavam completos, ou seja, era mencionado o motivo da remoção, tempo de permanência e descrita uma avaliação do local (gráfico 4)

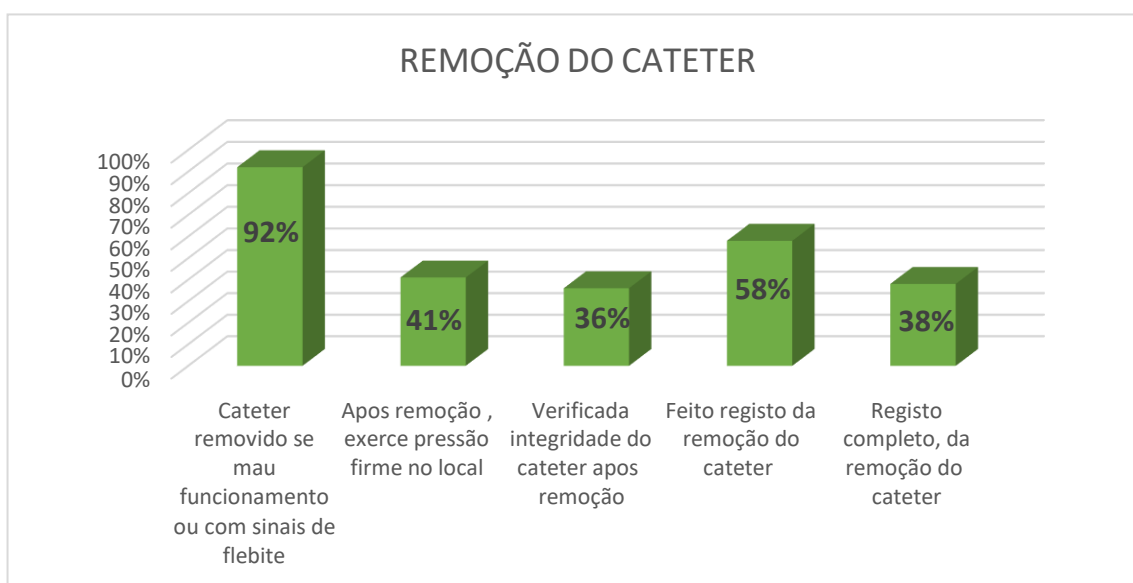


Gráfico 4: Resultados da auditoria *baseline*, da remoção e substituição do CVP

Resultados comparativos entre auditoria de *baseline* e auditoria de *follow-up*

No gráfico 5 podemos verificar qual a eficácia das atividades desenvolvidas e que levaram a alterações nos cuidados a prestar no momento da inserção de um CVP. Verificou-se, que com as atividades desenvolvidas, houve uma melhoria nos *resultados* da auditoria *baseline*, ou seja, verificamos que durante a realização da segunda auditoria foi sempre (100%) utilizada a técnica assética e que, em 72,72% foi considerada a utilização de anestésico tópico (Porrit, 2021)

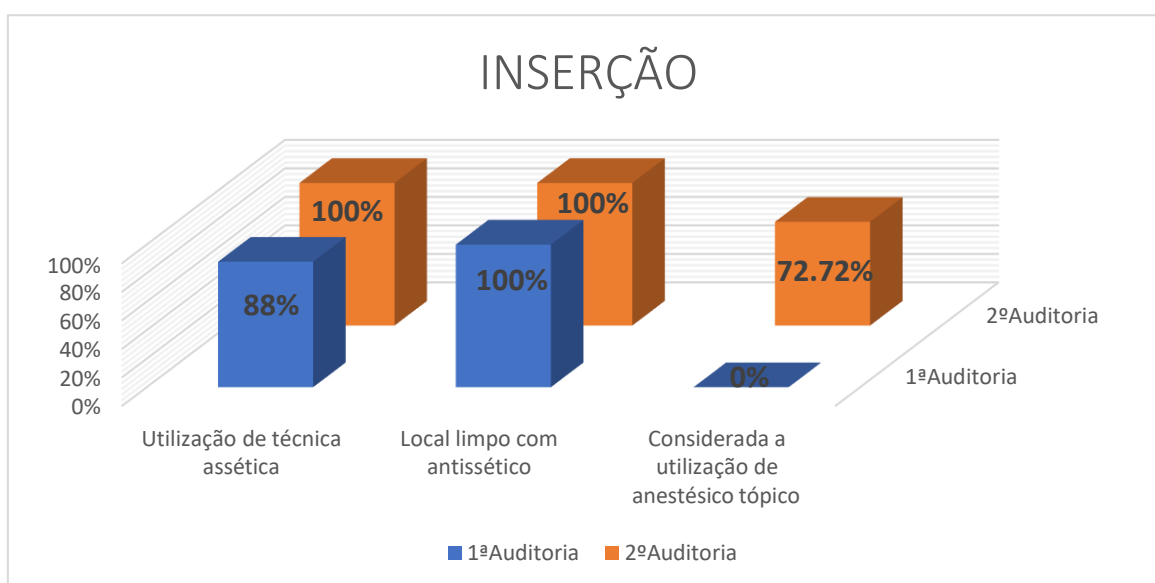


Gráfico: 5 Comparação de resultados de conformidade, durante a inserção do cateter, com a evidencia científica recomendada, entre a auditoria de *baseline* e *follow-up*.

Relativamente aos cuidados com o penso e sua renovação e proteção, os dados obtidos revelaram que para além de se continuar a usar película transparente em todas as situações houve uma melhoria, principalmente na utilização de compressas esterilizadas. Recordamos que uma das estratégias implementadas foi a colocação de compressas esterilizadas em todas as unidades onde se preparava o material para a punção (gráfico 6).

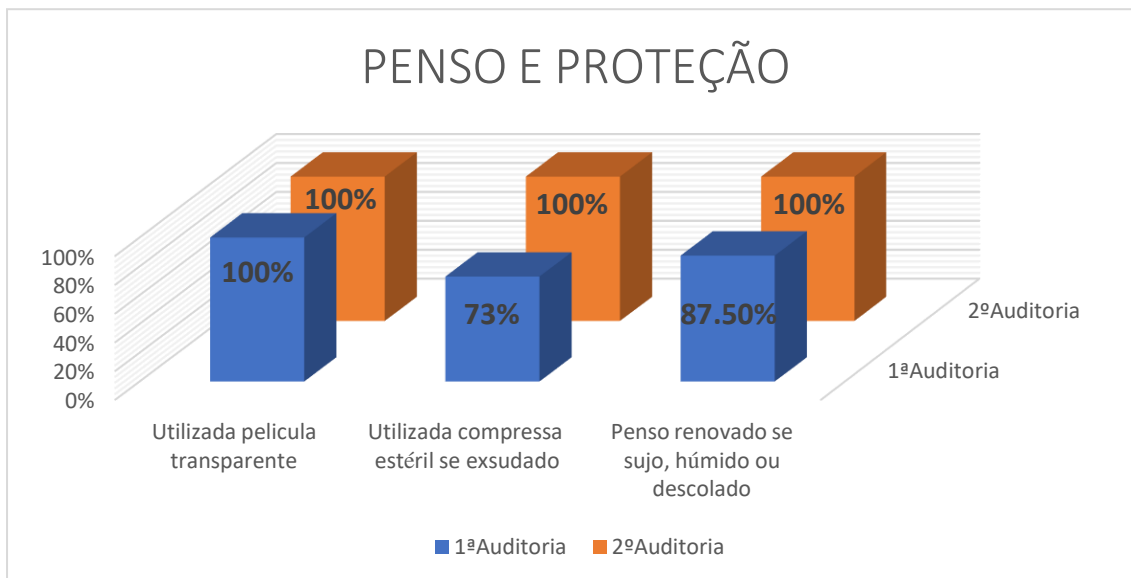


Gráfico 6: Comparação de resultados de conformidade, na confeção do penso e proteção do cateter, com a evidência científica recomendada, entre a auditoria de *baseline* e *follow-up*.

Nos cuidados de enfermagem relativos á manutenção do CVP foi onde se observou maiores melhorias. Verificou-se que por exemplo, não havia a prática de “lavar” os cateteres, quando não eram usados durante 24h, na auditoria de *baseline*. Na auditoria de *follow-up* realizada todos os cateteres passaram a ser “lavados” sempre com cloreto de sódio (NaCl) a 0,9%, pelo menos uma vez por turno, e com uma quantidade de solução, no mínimo duas vezes o volume interno do cateter, como recomendado pela evidência (Porrit,2021). Outra das lacunas identificadas na auditoria de *baseline* estava relacionada com a inspeção do local de inserção do CVP. Na auditoria de *follow-up* observou-se então que se passou a inspecionar os cateteres de forma mais regular, com a inspeção visual e por contato (gráfico 7). A vigilância do local de inserção do CVP é pertinente para despiste de complicações, verificar a permeabilidade do penso e estabilidade do cateter, o doente deve ser educado a colaborar na vigilância de complicações (Infusion Nurses Society, 2016)

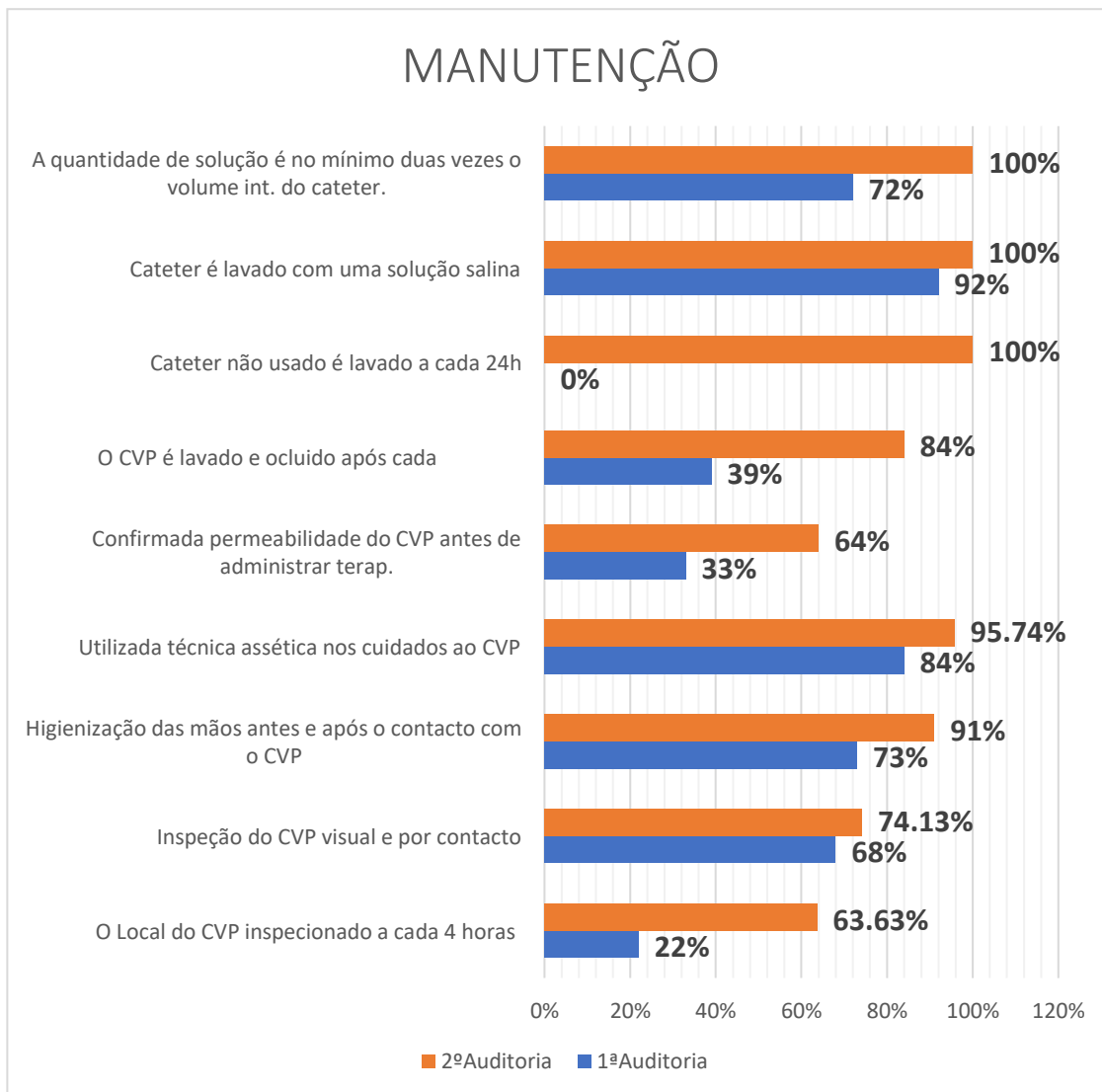


Gráfico 7 Comparação de resultados de conformidade, na manutenção do cateter, com a evidência científica recomendada, entre a auditoria de *baseline* e *follow-up*.

No gráfico 8 são retratados os resultados sobre os cuidados a ter para a remoção do cateter, constatou-se que também, houve alterações significativas nas práticas habitualmente utilizadas. Após a remoção do cateter existia a prática de aplicar um penso oclusivo, mas não existia a prática de exercer pressão de pelo menos 2 a 3 minutos como indicam as melhores evidências disponíveis (Porrit,2021). Também só 36% tinha a prática de observar a integridade do cateter e com a nossa intervenção verificou-se que passou a 66,66% com essa prática. Embora o registo da remoção do cateter, fosse executado, antes das intervenções implementadas, em 58% das situações, o registo completo, com alusão ao motivo da remoção, tempo de permanência e a avaliação do local só se verificaram em 38% dos casos. Na auditoria de *follow-up* verificou-se

que passaram a ser registados 69% das remoções dos cateteres e desses registos 58% estavam completos. Resultados que merecem atenção, pois carecem de uma (re)intervenção no sentido de melhor os resultados. Pois os registos de enfermagem são fundamentais, para fornecerem informação objetiva aos profissionais de saúde com o objetivo de garantir a continuidade das ações ocorridas num determinado período de tempo e constituem-se como uma das atividades que traduzem legalmente a concretização dos cuidados prestados (OE, 2014). Desta forma, os registos de enfermagem contribuem para o planeamento, aplicação e avaliação de cuidados prestados, traduzindo na equipe de enfermagem um sentimento de responsabilidade, autonomia, contribuindo para a segurança, qualidade e satisfação de todos os envolvidos na prestação de cuidados, sendo o doente a pessoa principal (Batista, 2015).

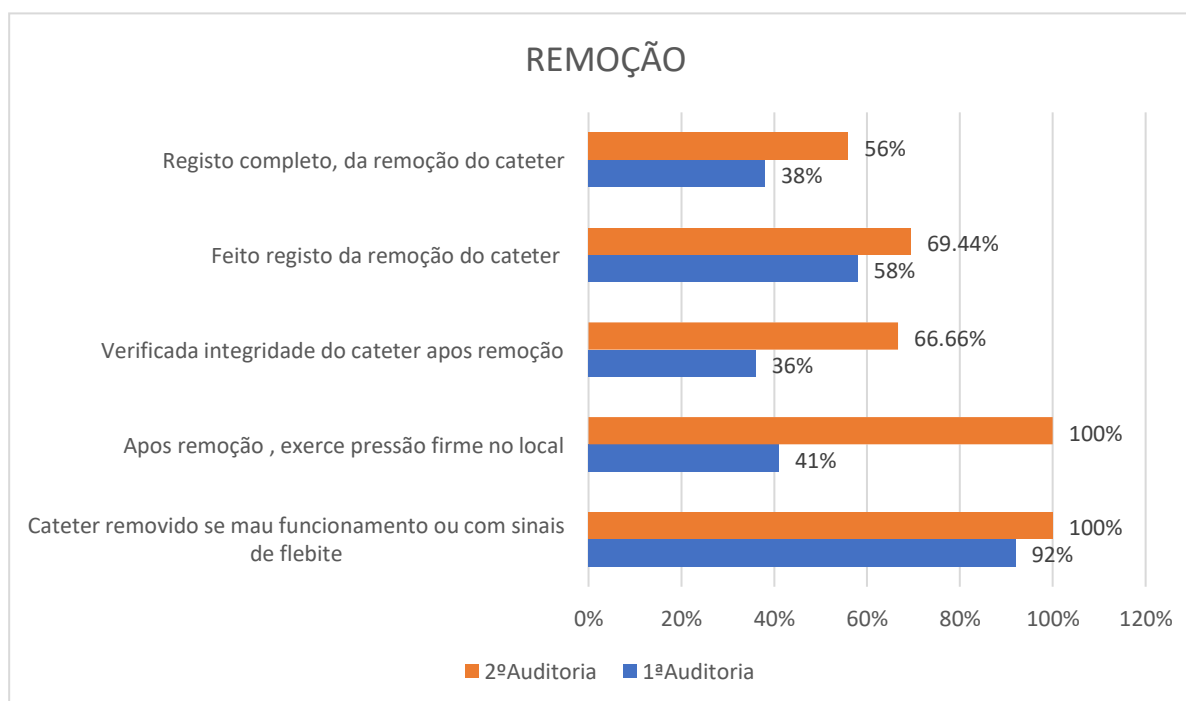


Gráfico 8: Comparação de resultados de conformidade, na remoção do cateter, com a evidencia científica recomendada, na auditoria de *baseline* e *follow-up*.

4. CONCLUSÃO DO ESTUDO

A melhoria continua da qualidade e a procura pela excelência do cuidar são premissas fundamentais e esperadas ao enfermeiro especialista. Neste seguimento, o desenvolvimento do projeto de implementação de evidência veio permitir alcançar os objetivos delineados para este estudo.

A metodologia da JBI veio permitir que nos contextos da prática clínica fosse implementada a melhor evidência científica de uma forma simples, rápida e com custos reduzidos. Esta permitiu também estimular as equipas no envolvimento dos processos de melhoria da qualidade, pela participação proativa, nas tomadas de decisão, a que todos foram chamados a colaborar. Também a aproximação dos gestores/líderes no alinhamento da equipa, num objetivo comum, fomentou as relações mais eficientes entre gestor e enfermeiro.

Ainda como fator positivo, é de ressaltar o entusiasmo e o envolvimento profissional, manifestado durante a implementação. Que apesar dos constrangimentos provocados pela COVID-19 os enfermeiros envolvidos no PIE sempre manifestaram uma atitude muito proativa e disponível. Os profissionais quando envolvidos, sentem-se mais motivados e empenhados nos processos de mudança, evidenciado este fenómeno pelos resultados comparativos entre a auditoria de *baseline* e auditoria de *follow-up*.

Os resultados evidenciaram que as estratégias adotadas e definidas pela equipa produziram efeitos de melhoria em todos os critérios relativos aos cuidados de enfermagem à inserção, cuidados ao penso, manutenção e remoção do CVP.

A aplicação de ferramentas de monitorização da qualidade dos cuidados, como o caso das auditorias, permitiram garantir a sustentabilidade das estratégias implementadas, pois em equipa foi negociada a sua (re)monitorização, decorrido um ano, após a sua implementação, no sentido de perceber se as conformidades obtidas na auditoria de *follow-up* se manterão ou melhorarão, podendo sempre serem redefinidas e implementadas novas estratégias. Como perspectivas de novas intervenções prevê-se a necessidade de reforçar/implementar novas intervenções no que diz respeito aos registos de enfermagem.

Considera-se que este PIE pela eficiência demonstrada, nos seus resultados, possa ser considerado um exemplo de *benchmarking* e, portanto, pretende-se expandir este projeto a outras unidades e serviços da instituição.

5. CONCLUSÃO

Este relatório, foi construído de modo a proporcionar um meio de avaliação das competências comuns e específicas desenvolvidas e adquiridas na área do cuidar à PSC e na descrição do projeto de melhoria continua da qualidade desenvolvido em contexto profissional. Sendo que os objetivos delineados para este relatório foram atingidos.

Os ensinamentos clínicos surgem como momentos privilegiados para o desenvolvimento de aprendizagem ligadas à profissão, para a consolidação dos conhecimentos adquiridos e para a reflexão sobre as práticas, sendo fundamentais para o desenvolvimento das competências requeridas ao enfermeiro especialista.

Estes permitiram o desenvolvimento de competências exigidas ao enfermeiro especialista nomeadamente na área da PSC. Através deste exigente processo de desenvolvimento profissional e pessoal é possível manifestar a enorme satisfação com o término de mais esta etapa, que não é mais do que o início de uma caminhada pela excelência profissional.

As dificuldades vivenciadas durante este percurso que permitiu ser ilustrado neste relatório, dizem respeito ao conciliar as horas de trabalho, com os horários dos enfermeiros orientadores, pelo facto de o horário de trabalho pessoal ser muito completo (serviço de cuidados intermédios- 35h semanais, e a tempo parcial numa Viatura Médica de Emergências e Reanimação-16h semanais).

Como elementos facilitadores, destaca-se a pertinência dos campos de estágio, a constante envolvimento dos enfermeiros orientadores na minha aprendizagem, o acolhimento e confiança das várias equipas multidisciplinares que concorreram para o sucesso das aprendizagens.

As competências especializadas desenvolvidas permitiram e capacitaram para uma intervenção equipas de saúde, na prestação de cuidados de enfermagem especializados à PSC, no âmbito de técnica de substituição renal e da PSC em contexto de UCI e SUMC.

Por outro lado, importa ainda falar, na componente da investigação, com a elaboração do PIE segundo a metodologia da JBI. Este trabalho permitiu desenvolver competências que até a data eram desconhecidas, nomeadamente na construção dos protocolos de atuação, tramites legais para pedidos de autorização, pesquisa de literatura, análise e tratamento de dados. Permitiu ainda uma reflexão e uma constatação da importância que a investigação e a sua integração na prática clínica podem produzir nos resultados dos cuidados prestados.

Essa reflexão ganhou maior expressão no momento da análise dos dados colhidos, pois verificou-se que as práticas diárias, nomeadamente nos cuidados com CVP, executadas como as mais corretas afinal poderiam (e foram) ser melhoradas, após investigação sobre as mesmas. Por outro lado, também se percebeu que a envolvência, dos líderes formais e informais, no processo de investigação é uma mais-valia na aceitação à mudança de comportamentos e atitudes.

Com o término do PIE fica a satisfação de constatar e sentir, que ele contribuiu de forma significativa para a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados, ao doente portador de CVP internado na unidade de cuidados intermédios. E de ter contribuído para instigar o estudante e a equipa a desenvolverem novas práticas na procura da excelência dos cuidados prestados.

Em suma todo o processo decorrido e descrito neste relatório pode ser avaliado como muito positivo em termos profissionais, mas também em termos pessoais, por ter permitido conhecer e crescer com as partilhas e interações com outros enfermeiros e outros profissionais de saúde, mas acima de tudo com as aprendizagens com os doentes em situação crítica e seus familiares.

BIBLIOGRAFIA

- ACSS (Administração Central do Sistema de Saúde). (19/01/2007). Manual de Auditoria Interna Hospitais- Parte II. Lisboa: Price Water house & Coopers.
- Administração Central do Sistema de Saúde. (2015). Recomendações Técnicas para Serviços de Urgências. http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes_Tecnicas_Urgencias_11_2015.pdf
- Alarcão, I. e Tavares, J. (2003). Supervisão da Prática Pedagógica. Uma Perspetiva de Desenvolvimento e Aprendizagem. Coimbra: Edições Almedina.
- Alarcão, I., Costa, N., Simões, J. (2008). Supervisão em Ensino Clínico de Enfermagem: a Perspetiva dos Enfermeiros Cooperantes. Revista Referência. IIª Série. Nº 6. Retrieved from <http://www.index-f.com/referencia/2008pdf/0691108.pdf>
- Alexandrou, E., Ray-Barruel, G., Carr, P., Frost, S., Inwood, S., Higgins, N., ... OMG Study Group (2018). Use of short peripheral intravenous catheters: Characteristics, management, and outcomes worldwide. Journal of Hospital Medicine, 13(5). doi: 10.12788/jhm.3039
- Almeida, C. (2013). Rumo à especialização em Enfermagem. (Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para a obtenção de grau de Mestre com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica). Retrieved from: <https://repositorioucp.pre.rcaap.pt/handle/10400.14/13702>
- Apóstolo, J. (2017). Síntese da evidência no contexto da translação da ciência. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Atay, S.; Yilmaz Kurt, F. Effectiveness of transparent film dressing for peripheral intravenous catheter. J. Vasc. Access 2021, 22, 135–140. [CrossRef] [PubMed]
- Batista, Tigo. (2015, julho, 9) *Importância dos Registos de Enfermagem*. <https://knoow.net/cienmedicas/medicina/registos-de-enfermagem-importancia-dos/>
- Barradas, J & Nunes, C. (2010). Atitudes perante morte cerebral e transplantação de órgãos - Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Psicologia – Especialização em Psicologia da Saúde. Faro.
- Beauchamp, T. L. & Childress, J. F. (2013). Principles of Biomedical Ethics. 7ª ed., Oxford: Oxford University Press.
- Benner, P. (2001). From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice Commemorative edition. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall Health. (Original publication 1984.)
- Benner, B. P., Sutphen, M., & Leonard-kahn, V. (2009). Formation and everyday ethical comporment, 17(5), 473–477.
- Branco, M. C. e Pinto, A. (2012). Caracterização da Unidade de Cuidados Intensivos. Covilhã: Centro Hospitalar Cova da Beira.
- Carrapiço, F. (2001). Como elaborar um relatório. Acedido em maio 16, 2022 em: <http://azolla.fc.ul.pt/aulas/documents/ElabRelat.pdf>.
- Cavaco, V., José, H., & Lourenço, I. (jun de 2013). Comunicar com Pessoa Submetida a Ventilação Mecânica Invasiva: Que Estratégias? - Revisão Sistemática. Revista de Enfermagem UFPE On Line, 7(5), pp. 4535-4543. Obtido de <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/13920/1/Comunicar%20com%20a%20pessoa%20submetid%20a%20ventilação%20mecânica%20invasiva.pdf>
- Centers for Disease Control and Prevention – Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections. 2011. Disponível em WWW:< <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/guidelines/bsiguideines-2011.pdf>>.
- Cidalina da Conceição Ferreira de Abreu. 2015. Tese de Doutoramento. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Cooper, D., Whitfield, M., Newton, D., Chiarella, J., & Machaczek, K. (2016). Introduction of a non-ported peripheral intravenous catheter with multi-use blood control septum offers improvements in the overall

- efficiency of the procedure and is clinically well accepted. *International Journal Of Healthcare Technology And Management*, 15(3), 177. doi: 10.1504/ijhtm.2016.078336
- Costa, J. (2004). Métodos de prestação de cuidados. Escola Superior de Viseu. P 234-251.
- Costa, A & Gaspar, P. (2017). Perfil de competências do enfermeiro no serviço de Urgência. Leiria. P.49-67.
- Cranley, LA, Norton, PG, Cummings, GG, Barnard, D, Batra-Garga, N & Estabrooks, CA 2012, Identifying resident care areas for a quality improvement intervention in long-term care: a collaborative approach, *BMC Geriatr*, vol. 12, p. 59
- Santos-Costa, P. J., Sousa, L. B., Marques, I. A., Salgueiro-Oliveira, A. d., Parreira, P. M., Vieira, M. M., & Graveto, J. M. (04 de 03 de 2020). ARTIGO DE REVISÃO REVIEW ARTICLE_ARTIGO TEÓRICO/ENSAIO_THEORETICAL ARTICLE/ESSAY. Estudos realizados em Portugal no âmbito do cateterismo venoso periférico: protocolo de scoping review. doi:10.12707/RV20004
- Coutinho, A. A., Cecílio, L. C., & Mota, J. A. (2012). Classificação de risco em serviços de emergência: uma discussão da literatura sobre o Sistema de Triagem de Manchester. *Revista Médica De Minas Gerais*, 22(2), 188–198. Retrieved from <http://www.medicina.ufmg.br/rmmg/index.php/rmmg/article/viewArticle/520>.
- Cunha, M.; Ribeiro, O.; C. Vieira; F. Pinto; L. Alves; R. Santos; S. Martins; S. Leite; V. Aguiar; V. Andrade. (2016) Atitudes do Enfermeiro em contexto de ensino clínico: uma revisão da literatura. *Centro de Estudos em Educação, Tecnologias e Saúde*. Pg. 271- 282.
- Despacho n-º10319/2014 de 11 de agosto. (2014). Determina os níveis de responsabilidade dos Serviços de Urgência. *Diário da República 2.a série N-º- 153 (11-08-2014)*, 20673–20674.
- Despacho n-º- 13427/2015. (2015). Define e classifica os serviços de urgência que constituem os pontos da Rede de Urgência/Emergência. *Diário da República*, 2.a série. N-º- 228 (20-11-2015), 33814–33816
- Direção-Geral da Saúde. (2014). Norma015/2015- Sistema Nacional de Notificação de Incidentes- NOTIFICA. Lisboa: DGS. Retrieved from: <https://www.dgs.pt/servicos-on-line/1/notific-sistema-nacional-denotificacoes-de-incidentes-e-de-eventos-adversos.aspx>
- Direção Geral de Saúde. (2015). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020.
- Direção-Geral da Saúde (DGS). (fevereiro de 2016). Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos em Números - 2015. Obtido de <https://www.dgs.pt/estatisticas-desaude/publicacoes/portugal-controlo-da-infecao-e-resistencia-aos-antimicrobianos-em-numeros-2015-pdf.aspx>
- Direção Geral de Saúde. (2022). Norma Clínica: 022/ 2015 atualizada 29 de agosto de 2022. Feixe de Intervenções para a Prevenção da Infecção Relacionada com o Cateter Vascular Central.
- Duro, C. L. M., & Lima, M. A. D. da S. (2010). The nurse’s role in Emergency Triage Systems : literature analysis O papel do enfermeiro nos sistemas de triagem em Emergências: análise da literatura. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 9(3), 1–12. <https://doi.org/10.5935/1676-4285.20103132>
- Estilita, J. (2015). Analgesia, Sedação e Delirium. In P. Ponce & J. J. Mendes (Coords.). *Manual de medicina intensiva* (pp. 536 – 544). Lisboa: Lidel.
- Galinha de Sá, F., Botelho, M., & Henriques, M. (2015). Cuidar da Família da Pessoa em Situação Crítica: A Experiência do Enfermeiro. 19(1), pp. 31-46. Obtido de http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE_19_1sem2015_31_46.pdf
- GEADAP. Sistema Integrado de Gestão e Avaliação do Desempenho na Administração Pública. Retrieved from: <https://www.geadap.gov.pt/PaginasPublicas/SIADAP.aspx#>
- Gomes, T., & Oliveira, M. S. de. (2010). Elaboração de um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde, (007/2010), 125. Retrieved from <http://www.portaldasaude.pt/nr/rdonlyres/A40A7050-17E4-4CAC-9C9D2FECB0C05FA1/0/i013429.pdf>
- Gonçalves, L., Garcia, P., Toffoleto, M., Telles, S. & Padilha, K. (2006). Necessidades de cuidados de enfermagem em Terapia Intensiva: evolução diária dos pacientes segundo o Nursing Activities Score (NAS). *Revista Brasileira de Enfermagem – Reben*, jan-fev, pg. 56-60.
- Hart, AR 2002, Principles for best practice in clinical audit, National Institute for Clinical Excellence, Radcliffe Medical Press, Oxon, United Kingdom.

- Helm, R., Klausner, J., Klemperer, J., Flint, L., & Huang, E. (2015). Accepted but unacceptable. *Journal of Infusion Nursing*, 38(3), 189-203. doi: 10.1097/nan.000000000000100.
- Hua, F., Xie, H., Worthington, H., Furness, S., Zhang, Q., & Li, C. (2016). Oral hygiene care for critically ill patients to prevent ventilator-associated pneumonia (Review). *Cochrane Library - Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10(CD008367). Obtido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6460950/pdf/CD008367.pdf>
- Infusion Nurses Society – Infusion Therapy Standards Of Practice. [Em linha] *Journal of Infusion Nursing*, 2016. Vol 39, Nº1S. ISSN 1533-1458. [Consultado a 20 de abril 2022]. Disponível na WWW:URL JIN-D-15-00057.indd (yiboshi.com)
- Instituto Português da Qualidade. (2012). Norma Portuguesa ISO 19011: Linhas de orientação para auditorias a sistemas de gestão. Caparica Portugal: IPQ.
- International Council of Nursing and world health organization. (2009) Framework of Disaster Nursing Competencies. Western Pacific Union. ISBN: 978-92-95065-79-6.
- Jacques, E.; Gonçalo, C. (2007). Gestão estratégica do conhecimento baseada na construção de protocolos médico assistenciais: o compartilhamento de ideias entre parceiras estratégicas como vantagem competitiva. São Paulo: Revista de Administração e Inovação, v. 4, n. 1, p. 106-124. Retrieved from: <https://www.revistas.usp.br/rai/article/view/79075>
- Khanh-Dao Le, L. Peripheral Intravenous Catheter (PIVC) Care: Education and Training of Staffing. In Evidence Summary; JBI: Adelaide, Australia, 2021.
- Lei n.º 12/2009, de 26 de Março. Regime jurídico da qualidade e segurança relativa ao tratamento de tecidos e células de origem humana: Diário da República n.º 60/2009, Série I de 2009-03-26, pg. 1876 – 1897.
- Lobeiro, Nuno Miguel Dias, 2019. Relatório de Estágio: abordagem especializada ao doente crítico
- Lopes, Patrícia Silva. 2021. Relatório final-Cuidar a pessoa em situação crítica.
- Magalhães, J.M.P.L.; Maciel, C.F.; Silva, C.D.B.; Santos de Melo, J.; Dias, K.S.; Silva, K.O.; Damasceno, M.V.S.; Meneses, S.M.O.C. (set./out. de 2020). Cuidados de enfermagem na manipulação do cateter de DVE e PIC através do relato de um caso clínico. *Brazilian Journal of health Review*, 3(5), pp. 15243-15252. Obtido de <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/18832/15161>
- Marsh, N.; Larsen, E.N.; Takashima, M.; Kleidon, T.; Keogh, S.; Ullman, A.J.; Mihala, G.; Chopra, V.; Rickard, C.M. Peripheral intravenous catheter failure: A secondary analysis of risks from 11,830 catheters. *Int. J. Nurs. Stud.* 2021, 124, 104095. Available online: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S002074892100242X> (accessed on 2 July 2022). [CrossRef] [PubMed]
- Marina Fernanda Simões Pereira da Costa. 2014. Cultura da Segurança do Doente num Hospital da Região Centro, Perceção dos Profissionais (Tese de Mestrado, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.
- Meleis, A. (2010) *Transitions Theory, Middle-Range and Situation-Specific Theories*. Nursing Research and Practice. New York: Springer Publishing Company, LLC
- Melnyk, B., Gallagher-Ford, L., Long, L., & Fineout-Overholt, E. (2014). The establishment of evidencebased practice competencies for practicing registered nurses and advanced practice nurses in real-world clinical settings: proficiencies to improve healthcare quality, reliability, patient outcomes, and costs. *Worldviews on Evidence-based Nursing*, 5-15. Doi: 10.1111/wvn.12021.
- Millington, S.J.; Hendin, A.; Shiloh, A.L.; Koenig, S. Better With Ultrasound. *Chest* 2020, 157, 369–375. Available online: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0012369219340267> (accessed on 2 June 2022). [CrossRef] [PubMed]
- Ministério da Saúde (2003). Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Acedido a 13 janeiro, 2022, em Direção Geral da Saúde: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006185.pdf>
- Nascimento, D. O. do, & Santos, L. A. dos. (2016). Infecção relacionada á saúde: percepção dos profissionais de saúde sobre seu controle. *Revista Interdisciplinar*, 9(2), 127–135.
- Nobre, A. S., & Martins., M. D. (08 de 01 de 2018). Prevalência de flebite da venopunção periférica: fatores associados. doi: <https://doi.org/10.12707/RIV17058>

- Oliveira, M. et al. (2012). Situação de Exceção. Acedido a 22 jul. 2022. Disponível em: <https://www.inem.pt/wpcontent/uploads/2017/06/Situa%C3%A7%C3%A3o-de-Exce%C3%A7%C3%A3o.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2008). Dor – Guia orientador de boa prática. Retrieved from: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosodor.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros, (2010). Regulamento das Competências Comuns Enfermeiro Especialista. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros, (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. Lisboa, Portugal: Autor.
- Ordem dos Enfermeiros (2018). PARECER N.º 14 / 2018. Acedido a 16 ago. 2022. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8287/parecer-n-14_2018_rectificado.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento N.º 140/2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2ª série, N.º 26. Lisboa. Retrieved from <https://dre.pt/home/-/dre/119236195/details/maximized>
- Patricia da Costa teixeira, Fontoura Almeida P, Pessoa Custodio Vieira R, da Silva Oliveira L, Guimarães Moreira Pinto J, Faria Mesquita L, Barboza da Silva Mesquita P, dos Santos Mendes Y, Barbosa da Silva A. Cateterismo venoso periférico: a qualidade dos cuidados de enfermagem na inserção do cateter venoso periférico. Glob Acad Nurs [Internet]. 22º de dezembro de 2021 [citado 5º de setembro de 2022];2(Sup.3):e180. Disponível em: <https://globalacademicnursing.com/index.php/globalcadnurs/article/view/275>
- Paiva, P. A., Cruz, P. K. R., Magalhães, F. R., de Oliveira, R. S., da Silva, P. L. N., da Rocha, R. G., & Aguiar Filho, W. (2015). Medidas de prevenção e controle das infeções hospitalares em unidade de terapia intensiva DOI: <http://dx.doi.org/10.5892/ruvrd.v13i1.2423>. Revista da Universidade Vale do Rio Verde, 13(2), 669-680.
- Pearson, A, Field, J & Jordan, Z 2009, Evidence-Based Clinical Practice in Nursing and Health Care: Assimilating Research, Experience and Expertise, Blackwell Publishing.
- Pearson, A, Jordan, Z & Munn, Z 2012, Translational science and evidence-based healthcare: a clarification and reconceptualization of how knowledge is generated and used in healthcare, Nurs Res Prac, vol. 2012, id 792519.
- Porrirt K, McArthur A, Lockwood C, Munn Z (Editors). JBI Handbook for Evidence Implementation. JBI, 2020. Available from: <https://implementationmanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/JBIMEI-20-01>
- Porrirt, K. Evidence Summary. PERIPHERAL INTRAVENOUS CATHETER (PIVC) CARE: REMOVAL AND REPLACEMENT. The JBI EBP Database. 2021; JBI-ES-3965-3
- Porrirt, K. Evidence Summary. PERIPHERAL INTRAVENOUS CATHETER (PIVC) CARE: INSERTION. The JBI EBP Database. 2021; JBI-ES-2996-4
- Porrirt, K. Evidence Summary. Peripheral Intravenous Catheter (PIVC): General Care and Catheter Lumen Patency. The JBI EBP Database. 2021; JBI-ES-22-5.
- Porrirt, K. Evidence Summary. PERIPHERAL INTRAVENOUS CATHETER (PIVC) CARE: DRESSINGS AND CATHETER SECUREMENT. The JBI EBP Database. 2021; JBI-ES-1203-5.
- Pott, F. S., Stalhoefer, T., Felix, J. V. C., & Meier, M. J. (2013). Medidas de conforto e comunicação nas ações de cuidado de enfermagem ao paciente crítico. Revista Brasileira de Enfermagem, 66(2), 174
- Regulamento n.º 124/2011 de 18 de fevereiro da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República: Série II, No 124 (2011). Acedido a 14 jul. 2022. Disponível em www.dre.pt
- Regulamento 361. (26 de junho de 2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. N.º123 2ª série, 17241. Obtido de <https://dre.pt/application/conteudo/67613096>

- Regulamento nº 679/2016 de 27 de abril de 2016. Proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados e que revoga a Diretiva 95/46/CE (Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados). Jornal Oficial da União Europeia, L. 119, 1-88 (2016).
- Regulamento nº 429/2018 de 16 de julho da Ordem dos Enfermeiros. Regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem medicocirúrgica. Diário da República: II série, nº135 (2018)
- Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro da Ordem dos Enfermeiros. Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República: I série, nº26 (2019).
- RegulamentoNº743. (25 de setembro de 2019). Ordem dos Enfermeiros-Diário da República Nº 184/2019. Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem.
- Rosa, L. M. da, Sebold, L. F., Arzuaga, M. A., Santos, V. E. P., & Radünz, V. (2010). Referenciais de Enfermagem - Produção do Conhecimento Científico, 18(1), 120-125. Retrieved from <http://www.facenf.uerj.br/v18n1/v18n1a21.pdf>
- Serviço Nacional de Saúde. (2022). Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira. Acedido em Julho 26, 2022 em: <https://www.chcbeira.min-saude.pt/apresentacao/missao-visao-avalores/>.
- Silva, M. (2017). Método de trabalho de Enfermeiro Responsável: Melhoria da Qualidade (Dissertação de Mestrado em Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem, Escola SuperiordeEnfermagemdoPorto).Retrievedfrom: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/20881>
- Souza, H. (2019). Auditoria Interna: Guia básico para formação de auditores. Curitiba: ePub - Clube de Autores.
- Souza, L., Mota, V., Carvalho, A., Corrêa, R., Libério, S., & Lopes, F. (2017). Association between pathogens from tracheal aspirate and oral biofilm of patients on mechanical ventilation.Braz. Oral Res., 31, pp. 1-9.Obtido de <http://www.scielo.br/pdf/bor/v31/1807-3107-bor-31-1807-3107BOR-2017vol310038.pdf>
- Urden, L. D., Stacy, K. M., & Lough, M. E. (2016). Priorities in Critical Care Nursing. (Elsevier Inc., Ed.) (Sétima Edição).
- Ventura-Silva JMA, Martins MMFPS, Trindade LL, Ribeiro OMPL, Cardoso MFPT. Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: scoping review. J Health NPEPS. 2021
- Vicente, J. C. G. (2014). Consentimento informado na assistência privada e pública hospitalar- O que entendem os profissionais de saúde e doentes/família sobre a informação e consentimento informado praticado em Portugal, Dissertação de Doutoramento em Bioética, Universidade Católica Portuguesa. Disponível em: https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/20117/1/DOUT%20pa_FINAL.pdf consultado em 12-08-2022;
- Vieira, M., Souto, E., Souza, S. Lima, C., Ohara, C., Domenico, E. (2016). Diretrizes Curriculares Nacionais para a área da enfermagem: o papel das competências na formação do enfermeiro. RENAME: Brasil.

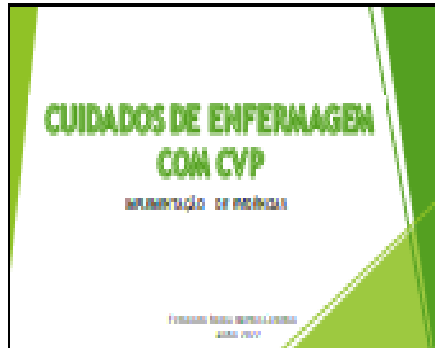
APÊNDICES

**APÊNDICE I- *Check-list* de suporte às
auditorias**

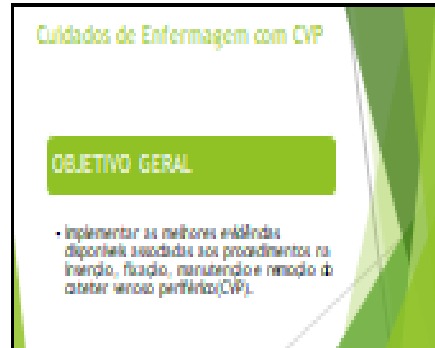
CHECK-LIST DE AUDITORIA DOS CUIDADOS COM CATETER VENOSO PERIFÉRICO				
TÓPICOS DE AUDITORIA	CRITÉRIOS	SIM	NÃO	n/a
1. INSERÇÃO DO CATETER (3)	É utilizada técnica asséptica na inserção do CVP? *			
	O local da punção é limpo com antisséptico? *			
	Em doentes com baixo limiar de dor é considerada a utilização de um anestésico tópico previamente à punção? *			
2. PENSO E PROTEÇÃO (3)	É utilizada película transparente no local da inserção do cateter? *			
	É utilizada compressa esterilizada se sangue ou exsudado? *			
	O penso é renovado sempre que húmido, sujo ou descolado? *			
3. REMOÇÃO E SUBSTITUIÇÃO (5)	Remove o cateter por: não apresentar indicação clínica, este apresentar mau funcionamento ou apresentar sinais de flebite? *			
	Apos a remoção exerce pressão firme no local? *			
	É verificada a integridade do cateter venoso periférico após a sua remoção? *			
	Fez registo da remoção do cateter? **			
	No registo mencionou o motivo da remoção, tempo de permanência e a avaliação do local? **			
4. CUIDADOS NA MANUTENÇÃO DO CATETER (11)	O local do CVP é inspecionado a cada 4 horas em doentes adultos hospitalizados? *			
	O local do CVP é inspecionado em doentes críticos é inspecionado a cada 2 horas? *			
	A inspeção do CVP é visual e por contacto com o local (palpação)? *			
	Higiene das mãos antes e após contacto com o CVP? *			
	É utilizada técnica asséptica durante os cuidados com o cateter? *			
	Antes da administração de terapêutica, é feita aspiração para ver permeabilidade do CVP? *			
	Após uso do cateter, este é lavado e ocluído por tampa? *			
	O cateter não usado é lavado, pelo menos, uma vez por turno? *			
	Na lavagem do cateter é usada uma solução salina? *			
	A quantidade de solução é, no mínimo, duas vezes o volume interno do cateter? (ex. mínimo 5ml) *			
	Na Instituição existe um protocolo para a gestão de cateteres venosos periféricos **			

OPERACIONALIZAÇÃO: **-consulta de processos //*: observação

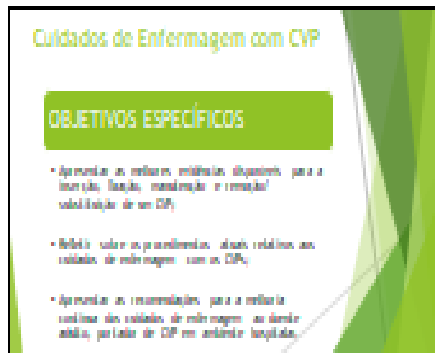
APÊNDICE II – PowerPoint da ação de formação



1



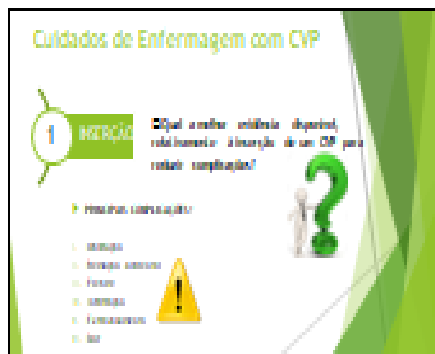
2



3



4



5



6

Cuidados de Enfermagem com CVP

1 **INDICIAÇÃO** **RECOMENDAÇÃO PARA MELHORES PRÁTICAS**

- A lavagem das mãos e a técnica aséptica adequada devem ser sempre utilizadas quando se tocarem nos cateteres inteiros.
- O local de inserção deve ser limpo com antisséptico antes da remoção do cateter.
- Para a remoção de um tubo, não considere nenhuma local.



7

Cuidados de Enfermagem com CVP

2 **INDICIAÇÃO**

- Qual é a melhor maneira de avaliar rotineiramente a utilização de punção para assegurar o melhor funcionamento do local de inserção de CVP em adultos?



8

Cuidados de Enfermagem com CVP

2 **INDICIAÇÃO** **INDICIAÇÃO**

- Menos extrações do cateter e remoções acidentais com punção transparente, impermeável e flutuante, comparativamente com uso de compressas e adesivo.



9

Cuidados de Enfermagem com CVP

2 **INDICIAÇÃO** **INDICIAÇÃO**

- Menos falhas no CVP devido a complicações intravasculares, com adesão em comparação com o punção transparente, impermeável e com flutuação.
- Não há diferença na extração de cateter ou remoção acidental, falhas ou frequência de infiltração, quando se compara o punção transparente, impermeável e com flutuação adaptado.



10

Cuidados de Enfermagem com CVP

2 **INDICIAÇÃO** **RECOMENDAÇÃO PARA MELHORES PRÁTICAS**

- Deve ser utilizada gaze não tecido ou gaze sempre estéril 11 quando está por a todo o local de cateter.
- Deve ser utilizada gaze com compressa não tecido em situações que se apresentarem situações e com finalidade de limpar no local de punção.
- O punção de cateter não deve ser removido quando ferido, danificado ou comprometido pelo



11

Cuidados de Enfermagem com CVP

1 **INDICIAÇÃO**

- Qual é a melhor maneira de avaliar rotineiramente a utilização de punção e vigilância de CVP em ambiente hospitalar?



12

Cuidados de Enfermagem com CVP

3 **medicinas**

- Os locais de inserção de cateteres devem ser lavados e rotulados.
- A frequência da avaliação depende da situação e da estabilidade do cateter de acesso.
- A higienização, antes e após a utilização de linha centralizada, deve ser feita no local de inserção, deve ser aplicada no manuseamento do cateter.
- A baixa incidência de cateteres, a falta de uma linha a seguir à sua aplicação e o fluxo que sempre que há queda.

13

Cuidados de Enfermagem com CVP

3 **medicinas**

- Os CVPs devem ser lavados, com solução de salina a 0,9% com uma quantidade suficiente para diluir o conteúdo de todos os cateteres.
- Após cada utilização, os CVPs, devem sempre ser lavados, pelo menos, uma vez por dia.
- Os CVPs que não estão a ser utilizados devem ser esterilizados. Mas, se não se encontrar esterilizados, pelo menos, uma vez por dia.
- Deverá evitar-se a utilização de linha supra-graduada dos CVPs, sem que exista um local específico de lavagem.

14

Cuidados de Enfermagem com CVP

3 **medicinas**

INDEVIDO A ÇOM PAU MELHORE PAU TOGA

- Os locais de inserção de CVP devem ser lavados e rotulados.
- A higienização local de inserção de cateteres deve ser realizada por limpeza manual e polvilho.
- A higienização, antes e após a utilização de cateteres, deve ser feita no local de inserção, deve ser aplicada no manuseamento do cateter.
- A baixa incidência de cateteres, a falta de uma linha a seguir à sua aplicação e o fluxo que sempre que há queda.

15

Cuidados de Enfermagem com CVP

3 **medicinas**

INDEVIDO A ÇOM PAU MELHORE PAU TOGA

- Os CVPs que não estão a ser utilizados devem ser lavados, uma vez a cada 24h.
- Tempo e que um cateter, a ser utilizado, deve ser lavado e esterilizado sempre.
- Os CVPs devem ser lavados, com solução de salina a 0,9%, com volume mínimo igual ao do conteúdo de todos os cateteres.
- Deverá evitar-se a utilização de linha supra-graduada dos cateteres.

16

Cuidados de Enfermagem com CVP

4 **medicinas**

Qual a melhor evidência disponível para avaliar a eficácia da remoção de um cateter de acesso supra-gradado de um CVP?

17

Cuidados de Enfermagem com CVP

4 **medicinas**

- Mantém-se por vezes que cateteres a serem retirados de CVP a cada 72/96 horas.
- Os CVPs devem ser esterilizados, se não for possível, antes de serem removidos, com a baixa incidência de cateteres.
- Após a remoção, deve ser aplicado o protocolo local de acesso de 1.ª evidência.
- Antes de retirar o equipamento, deve ser realizada uma limpeza final.
- Após a aplicação de tempo que o CVP por manuseamento, a aplicação de solução e a remoção de cateteres devem ser avaliadas. O conteúdo de todos os cateteres deve ser lavado e esterilizado.

18



25

APÊNDICE III- Procedimento operativo

PROCEDIMENTO OPERATIVO

Procedimento de Inserção, Fixação, Manutenção e Remoção do Cateter Venoso Periférico

Código: [REDACTED]

Edição: 1

Revisão: 0

1. Objetivos

- Uniformizar Cuidados de Enfermagem na Cateterização Venosa Periférica, na inserção, fixação, manutenção e remoção dos Cateteres Venosos Periféricos.
- Reduzir complicações associadas ao uso de cateter venoso periférico, como a flebite, infiltração, extravasamento, dor, obstrução e remoção acidental.
- Prevenir o aparecimento de infeções associadas aos cuidados de saúde.

2. Aplicação

- Equipa de Enfermagem da [REDACTED].

3. Siglas e Definições

- CA – Conselho de Administração
- CDC- Center for Disease Control.
- [REDACTED]
- CVP- Cateter Venoso Periférico
- EV- Endovenosa.
- GCL-PPCIRA- Grupo de Coordenação Local – Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos.
- HICPAC- Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee
- IACS- Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde
- SABA- Solução Antisséptica de Base Alcoólica
- SNS- Serviço Nacional de Saúde;
- [REDACTED]

Definições

- ✚ **Antissepsia** – Medida para reduzir o risco de contaminação ou infeção decorrentes de soluções de continuidade provocadas por lesões iatrogénicas (Maboud e Chan, 2014).

Página: 1 de 14

Elaborado por: Fernando Catarino

[Inserir espaço de assinatura]

Data: 11/06/2022

Aprovado por:

Assinatura:

Data:

PROCEDIMENTO OPERATIVO

Procedimento de Inserção, Fixação, Manutenção e Remoção do Cateter Venoso Periférico

Código: [REDACTED]

Página: 1

Revisão: 0

- ✦ **Antissépticos** – Produtos químicos que destroem os microrganismos ou impedem o seu desenvolvimento (Martins, 2001).
- ✦ **Aséptica** – Processo que impede a entrada de microrganismos num local que não os contém, conduzindo à ausência de microrganismos (Martins, 2001).
- ✦ **Cateter Venoso Periférico** – Dispositivo invasivo de curta duração, colocado por punção venosa periférica, com a finalidade de administração de fluidos e outras terapêuticas por via EV (Mazzarello et al., 2010).
- ✦ **Desinfecção** – Destruição de microrganismos situados fora do organismo, mediante a aplicação de agentes físicos ou químicos (Martins, 2001).
- ✦ **Flebite** – É uma das complicações mais frequentes nos clientes e está associada ao desenvolvimento de um processo inflamatório da camada íntima das veias causado por irritação mecânica, química ou infeções bacterianas, cuja sintomatologia passa pela dor, edema, rubor e calor à palpação do local (Mazzarello et al., 2011).
- ✦ **Infeção** – Doença provocada pela invasão e multiplicação de um agente infeccioso no organismo da pessoa, causando uma resposta imunológica (Martins, 2001).
- ✦ **Infeção Associada aos Cuidados de Saúde** – É uma infeção que ocorre num utente durante a prestação de cuidados no hospital, ou em qualquer outra instituição prestadora de cuidados de saúde, a qual não estava presente ou em incubação no momento da admissão.
- ✦ **Punção Venosa Periférica** – É um procedimento invasivo e consiste na introdução de um cateter na rede venosa periférica do cliente, através do rompimento da pele, com a finalidade de obter amostras de sangue, administração de medicamentos, transfusão sanguínea e acesso para infusão de terapêutica EV (Mazzarello et al., 2010).
- ✦ **Técnica Asséptica** – Conjunto de procedimentos adotados pelos profissionais de saúde e que protegem o cliente do desenvolvimento de uma infeção, minimizando o risco de contaminação microbiana. Esta técnica deve sempre ser usada durante a realização de procedimentos que envolvam o contato com uma parte do corpo do cliente ou a utilização de um dispositivo invasivo, como é o caso de um cateter venoso periférico, onde a introdução de microrganismos na corrente sanguínea do cliente poderá conduzir ao desenvolvimento de uma infeção (Jones, 2014).

Página: 3 de 16

Elaborado por Fernando Catarina

[não carrega de a assinatura]

Data: 11/06/2022

Aprovado por:

Assinatura:

Data:

PROCEDIMENTO OPERATIVO

Procedimento de Inserção, Fixação, Manutenção e Remoção do Cateter Venoso Periférico

Código: [REDACTED]

Página: 1

Revisão: 0

Para se conseguir perceber quais as recomendações com maior evidência na sua aplicação, elas foram categorizadas segundo os critérios do CDC e HICPAC, com base nos dados científicos existentes, raciocínio lógico, aplicabilidade e impacto económico. As categorias foram estabelecidas da seguinte forma:

- **Categoria IA** - Fortemente recomendado para implementação e de grande evidência, baseada em estudos e pesquisas experimentais bem conduzidos, clínicos, ou estudos epidemiológicos. Corresponde à categoria com mais evidência.
- **Categoria IB** - Fortemente recomendado para implementação, baseada na racionalidade e evidência sugestiva de alguns estudos experimentais, clínicos, ou estudos epidemiológicos.
- **Categoria IC** - Recomendação sugerida por normas ou recomendações de outras federações e associações.
- **Categoria II** - Recomendação sugerida para implementação baseada na clínica sugestiva ou estudos epidemiológicos, ou uma forte fundamentação teórica.
- **Questão não resolvida** - Práticas para as quais não existe evidência ou consenso suficiente quanto à sua eficácia.

4. Responsabilidades

- Enfermeira Gestora da [REDACTED] pela implementação no serviço.
- Enfermeiros que prestam cuidados aos utentes internados [REDACTED], pelo seu cumprimento.

5. Procedimento

5.1. Introdução

Atualmente o CVP, faz parte indispensável do equipamento clínico utilizado nas instituições de saúde para administração de terapêutica EV, transfusão de hemoderivados, fornecer um suporte nutricional e sempre que é necessário o acesso direto à corrente sanguínea do cliente. Esta via pode ser utilizada em situações urgentes como não urgentes (Carletti, 2012).

Página: 1 de 16

Elaborado por: Fernando Catarina

[sem espaço de assinatura]

Data: 14/06/2022

Aprovado por:

[sem espaço de assinatura]

Data:

PROCEDIMENTO OPERATIVO

Procedimento de Inserção, Fixação, Manutenção e Remoção do Cateter Venoso Periférico

Código: [REDACTED] | Edição: 1 | Revisão: 0

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2016 visava, através de ações transversais, como a cultura de segurança, a partilha do conhecimento e da informação e de ações dirigidas a problemas específicos, melhorar a prestação segura de cuidados de saúde em todos os níveis de cuidados, de forma integrada e num processo de melhoria contínua da qualidade do SNS. Sendo uma das estratégias a prevenção e o controle e as resistências aos antimicrobianos.

A punção venosa periférica é um procedimento que consiste em punccionar uma veia num utente, através do rompimento da pele, pela transposição das suas camadas, com o auxílio de vários tipos de dispositivos, como agulha ou cateteres. Desta forma torna-se fácil perceber que se trata de um procedimento invasivo, que exige do profissional que o realiza (maioritariamente o enfermeiro), a adoção de técnica asséptica no desenrolar do mesmo (Machado et al., 2010).

A administração de terapêutica EV constitui um aspeto essencial no tratamento do utente, exigindo do enfermeiro competência e responsabilidade no procedimento executado. Esta responsabilidade do enfermeiro deverá estar presente durante todas as fases do procedimento, quando se avalia e seleciona o cateter vascular, quando se explica o procedimento ao cliente, durante o desenvolvimento da técnica de inserção do cateter no cliente e quando se vigia a perfusão da medicação instituída (Elkja, Perry e Potter, 2005). A colocação de um CVP para administração de terapêutica EV, é um dos procedimentos invasivos mais frequentes da prática diária em meio hospitalar. Tendo em conta a frequência de vezes que estes dispositivos são utilizados, torna-se importante que as intervenções de enfermagem associadas a esta sucessiva manipulação sejam as mais adequadas, com a finalidade de prevenir a infeção (MS, 2013). Em ambiente hospitalar a flebite é uma das complicações mais frequentes nos utentes. Os fatores que poderão levar ao seu desenvolvimento ainda não é conclusivo, contudo, existem fatores que podem aumentar o risco do seu progresso como: o material e o calibre do CVP, o local de punção, a microflora da pele do cliente, a ponta do CVP contaminada durante a sua inserção, a colonização das conexões do cateter, a terapêutica EV administrada, a técnica utilizada na inserção do CVP, assim como a higienização das mãos do profissional que insere ou o manuseia o CVP (CDC, 2011).

Página: 4 de 16

Elaborado por: Fernando Catarino

[isto, carice de a assinatura]

Data: 14/06/2022

Aprovado por:

Assinatura:

Data:



PROCEDIMENTO OPERATIVO

Procedimento de Inserção, Fixação, Manutenção e Remoção do Cateter Venoso Periférico

Código: [REDACTED]

Página: 1

Revisão: 0

5.2- Execução

5.2.1- Aspectos Gerais

- Respeitar a privacidade do cliente;
- Explicar o procedimento ao cliente, através de uma breve descrição do processo de punção venosa, informando-o sobre o período previsto da perfusão EV e a necessidade de restrição de atividades;
- Solicitar o seu consentimento verbal para o procedimento;
- Assegurar técnica asséptica na cateterização, na manipulação do cateter e na manipulação do sistema de perfusão. **Categoria IB.**

5.2.2- Seleção do CVP

Selecionar o CVP com base no seu objetivo de colocação, tempo de permanência, complicações conhecidas (flebitis e infiltração) e experiência do profissional que executa a técnica. **Categoria IB.**

5.2.3- Seleção do local de inserção do CVP

- A escolha do local de inserção e do calibre do CVP deverá ser efetuado em conformidade com o tipo de solução a ser administrada, o tempo previsto da terapêutica EV e a disponibilidade de acessos venosos no cliente. **Categoria IB;**
- Cateterizar locais de eleição para administração de terapêutica EV, preferencialmente os acessos vasculares dos membros superiores, como o dorso das mãos e antebraços. **Categoria II;**
- A punção venosa periférica dos membros inferiores está associada ao risco acrescido de tromboembolismo e tromboflebite, pelo que quando esta localização é utilizada, deverá ser substituída logo que possível. **Categoria II;**
- Cateterizar a zona mais distal do membro, evitando as zonas de flexão;
- Cateterizar se possível, o membro não dominante do cliente;
- Cateterizar sempre o membro oposto ao do acesso vascular no cliente com fistula arteriovenosa ou prótese vascular para hemodiálise;
- Evitar cateterizar o membro que possa vir a ser utilizado para efetuar um acesso vascular no utente com insuficiência renal aguda.
- Evitar cateterizar o membro superior do lado afetado nos clientes hemiplégicos ou mastectomizados;

Página: 6 de 14

Elaborado por: Fernando Catarino

[isto cancela de a assinatura]

Data: 11/06/2022

Aprovado por:

Assinatura:

Data:

PROCEDIMENTO OPERATIVO

Procedimento de Inserção, Fixação, Manutenção e Remoção do Cateter Venoso Periférico

Código: [REDACTED] | Edição: 1 | Revisão: 0

- Cateterizar se possível, o membro do lado oposto ao da abordagem cirúrgica.
- Evitar a cateterização de bifurcações venosas, veias esclerosadas, zonas de contusão, zonas de válvulas, próteses vasculares, assim como anteriores locais de punção.

5.2.4- Higienização das mãos

- A higienização das mãos deve ser efetuada utilizando preferencialmente soluções contendo antisséptico, como é exemplo do SABA, e esta deverá ser realizada antes e depois de palpar o local de inserção do cateter, bem como antes e depois da inserção do CVP. **Categoria IB;**
- Uma vez que é previsível o contacto com sangue na execução do procedimento, recomenda-se a utilização de luvas limpas previamente à inserção do CVP e na sua manipulação. **Categoria IC** (DGS, 2013). (CDC, 2011)

5.2.5- Preparação da pele do local de inserção do CVP

- A preparação da pele deve ser efetuada utilizando um antisséptico (preferencialmente um desinfetante que contenha cloro-benzidina a 2% ou se inexistente, álcool a 70%). **Categoria IB**
- A desinfeção do local selecionado para cateterização deve ser realizada com movimentos circulares, no sentido proximal para o distal. O tempo de secagem do antisséptico deve ser respeitado (Carloti, 2012).
- Após esta desinfeção não se deve voltar a tocar no local a cateterizar, pois existe o risco de contaminação do mesmo. **Categoria IC** (Carloti, 2012)
- Caso seja necessário, voltar a palpar o local do acesso vascular, a aplicação do antisséptico deve ser repetida.

5.2.6 Inserção do cateter venoso periférico

- Após selecionar a veia a punccionar e efetuar a sua desinfeção, insere-se o cateter escolhido na veia, com o bisel voltado para cima, formando um ângulo entre 10º- 30º.
- O cateter ao ser introduzido na veia provoca um refluxo de sangue, este facto comprova que a agulha e o cateter de plástico se encontram no lúmen da veia, nesta fase avança-se com o cateter na direção da veia e retira-se simultaneamente a agulha da veia.

Página 6 de 16

Elaborado por: Fernando Catarina
[seu cargo de elaboração]
Data: 11/04/2022

Aprovado por:
Assessorar:
Data:



PROCEDIMENTO OPERATIVO

Procedimento de Inserção, Fixação, Manutenção e Remoção do Cateter Venoso Periférico

Código: [REDACTED]

Página: 1

Revisão: 0

- O garrote é removido do utente quando o cateter estiver totalmente introduzido na veia (Carletti, 2012).
- Para confirmar a permeabilidade do CVP colocado, injeta-se soro fisiológico através deste e observam-se possíveis alterações da pele, como rubor, edema, tumefação, extravasamento de líquido em redor do local de inserção do CVP ou desconforto manifestado pelo cliente (Carletti, 2012).

5.2.7 Pense e Fixação

- Após inserção do CVP no utente, é importante que este fique bem fixado pois existe o risco de ele se mover, e nesta situação poderá arrastar microrganismos para dentro da ferida, provocada pela inserção do cateter na pele e aumentar o risco de febite;
- A fixação do CVP deve ser efetuada utilizando um penso esterilizado. Este poderá ser opaco, mas deve ser preferencialmente transparente e semipermeável, de modo a facilitar a observação do local de inserção do cateter e assim detetar sinais precoces de febite. **Categoria IA (CDC, 2011);**
- Deve ser aplicado um penso com compressa esterilizada quando os utentes se apresentam diaforéticos, com excudado ou sangramento do local de inserção do cateter. **Categoria IB**
- Os pensos com películas transparentes permitem uma observação do local de inserção do CVP, sem que para isso, seja necessário retirar o penso, minimizando desta forma as manipulações do mesmo.
- Na impossibilidade de colocar um penso esterilizado no local de inserção do CVP, o princípio a seguir deverá ser o de minimizar o risco de desenvolvimento de infeção, desta forma poderá ser utilizado uma compressa esterilizada por cima do cateter e utilizar adesivo para a fixar à pele do cliente (Ekin, Perry e Potter, 2005).

5.2.8 Mudança do penso de fixação do CVP

- Confeccionar o penso quando o CVP é removido ou substituído.
- Substituir o penso quando este se encontra descolado, repassado, húmido ou visivelmente sujo. **Categoria IB;**
- Substituir o penso em utentes com pensos de grandes volumes, que não permitam a palpação ou a visualização do local de inserção do CVP. Nestes casos o penso deve ser removido diariamente e inspecionar visualmente o local de inserção do CVP, aplicando um novo penso (MS, 2006).

Página 7 de 16

Elaborado por: Fernando Catarina

[isto cancela de a assinatura]

Data: 13/06/2022

Aprovado por:

Assinatura:

Data:



PROCEDIMENTO OPERATIVO

Procedimento de Inserção, Fixação, Manutenção e Remoção do Cateter Venoso Periférico

Edição: [Redacted]

Página: 1

Revisão: 0

5.2.9 Manutenção e manuseamento do CVP

- O local de inserção do CVP deve ser inspecionado regularmente. Para utentes adultos internados deve ser inspecionado a cada 4 horas e para utentes gravemente doentes a cada 1 a 2 horas. **Categoria II;**
- A inspeção do CVP é visual e por contacto (palpação).
- Encorajar os clientes a expor qualquer alteração no local de inserção do CVP. **Categoria II**
- Higiene das mãos antes e após contacto com o CVP.
- Sempre que é necessário manipular o orifício do cateter, ou dispositivos com acesso ao sistema (tomeiras de três vias), deve-se-lhe manter a técnica asséptica (Phillips, 2001)
- Verificar a permeabilidade do CVP antes da administração de terapêutica EV.
- Os cateteres não usados devem ser lavados, pelo menos, uma vez a cada 24 horas.
- O local deve ser limpo com uma solução desinfetante e depois administrar a terapêutica EV (Mendonça et al., 2010).
- Não forçar a entrada de qualquer terapêutica EV.
- Após a administração de terapêutica EV, deve ser administrado, pelo menos o dobro do volume interno do cateter, de Cloreto de Sódio a 0,9% para lavagem do CVP, de modo a assegurar a sua permeabilidade e prevenir as complicações decorrentes da associação medicamentosas.
- Não aplicar por rotina pomadas ou cremes antimicrobianos local de inserção do CVP. **Categoria IB**

5.2.10. Substituição dos sistemas de administração de fluidos

- Os sistemas de administração de terapêutica EV, incluindo tomeiras de três vias e prolongamentos, devem ser substituídos a cada 72h, exceto se indicação clínica em contrário. **Categoria IA** (CDC, 2011)
- Os sistemas de perfusão utilizados para administração de sangue e derivados do sangue, ou emulsões lipídicas, devem ser substituídos às 24h, após o início da perfusão (CDC, 2011).
- Os sistemas de perfusão utilizados para administração de propofol, devem ser trocados a cada 6-12 horas. **Categoria IA** (CDC, 2011);
- Os prolongamentos conectados ao CVP deverão ser substituídos sempre que um novo CVP é inserido no cliente. **Categoria IB** (CDC, 2011)

Página: 8 de 18

Elaborado por: Fernando Catarino

(Inclui espaço de assinatura)

Data: 11/06/2022

Aprovado por:

Assinatura:

Data:

PROCEDIMENTO OPERATIVO

Procedimento de Inserção, Fixação, Manutenção e Remoção do Cateter Venoso Periférico

Código: [REDACTED]

Edição: 1

Revisão: 0

- Sempre que se verifique que o sistema, prolongador ou torneira de três vias, estão sujeitos com refluxo de sangue, estes devem ser substituídos.
- A data de colocação do sistema de perfusão deve estar registada num pequeno autocolante na câmara de gotaço.

5.2.11 Substituição e remoção do CVP

- A remoção de rotina de CVP não é suportada.
- O CVP deve ser removido quando clinicamente indicado.
- Um CVP deve ser removido se o utente estiver a desenvolver sinais de flebite, infeção ou se mau funcionamento do cateter. **Categoria IB;**
- Remover o CVP inserido numa situação de emergência e inserir um novo cateter num local diferente dentro de 48h. **Categoria II (CDC, 2011)**
- Após a remoção do cateter deve ser aplicada uma pressão firme aproximadamente de 2 a 3 minutos. Por vezes este tempo precisa de ser prolongado, dependendo da medicação que o utente possa estar a tomar, como por exemplo um anticoagulante.
- Antes de eliminar o cateter, este deve ser inspecionado quanto a sua integridade.

5.2.12. Registos de Enfermagem

- Registrar a data, o local, o calibre e o tipo de CVP inserido no utente;
- Registrar o tipo de penso utilizado;
- Após a remoção do CVP, deve registar-se o motivo da mesma, o aspeto do local e quanto tempo este permaneceu *in situ*.
- O penso deve permanecer no local cerca de 24h

5.3 Equipamento e Material

- Resguardo impermeável;
- Garrote;
- SABA;
- Antisséptico para desinfeção do local de punção;

Página: 9 de 18

Elaborado por: Fernando Catarino

[isto, carice de o assinatura]

Data: 14/06/2022

Aprovado por:

Assessoria:

Data:



PROCEDIMENTO OPERATIVO

Procedimento de Inserção, Fixação, Manutenção e Remoção do Cateter Venoso Periférico

Edição: [] Página: 1 Revisão: 0

- Luvas não esterilizadas;
- Cateteres de punção venosa periférica;
- Compressas esterilizadas;
- Penso esterilizado transparente;
- Sistema de perfusão, torneira de três vias, prolongamento ou obturador;
- Seringa com soro fisiológico a 0,9%;
- Contentor de cortantes/perforantes;
- Suporte de soros, se necessário;
- Bomba infusora, seringa infusora ou regulador de fluxo de terapêutica EV, se necessário.

6. Documentos relacionados

Não se aplica

7. Referências bibliográficas

- **CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION** - Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections. [Em linha]. 2011. Disponível em WWW:< <http://www.cdc.gov/nicpac/pdf/guidelines/bai-guidelines-2011.pdf>>.
- **CARLOTTI, Ana Paula** – Acesso Vascular. Revista Medicina. [Em linha]. Vol. 45, nº 2 (2012), p. 208-214. Disponível em WWW:< http://revista.fmrp.usp.br/2012/vol45n2/Simp5_Acesso%20Vascular.pdf>.
- **DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE** – Precauções Básicas do Controlo de Infecção. [Em linha]. 2013. Disponível em WWW:< <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n0293013-de-2612013-prg.aspx>>
- **ELKIN, Martha; PERRY, Anne; POTTER, Patricia** – Intervenções de enfermagem e procedimentos clínicos. Loures: Lusociência, 2005. ISBN 972-8383-96-7.
- **JONES, Monna Lloyd** – Aseptic technique and aseptic non – touch technique. British Journal of Healthcare Assistants. [Em linha]. Vol. 8, nº 3 (2014), p. 113-115. Disponível em WWW:< <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?hid-b4aaca40-8800-4187-b28c-1454912069b0#40sessionmgr4005&vid=78&hid=4107>>.
- **MAGEBOTE, Nájica; et al.** – Associação entre febite e retirada de cateteres intravenosos periféricos. Texto & Contexto – Enfermagem. [Em linha]. Vol. 20, nº 3 (2011), p. 486-492. Disponível em WWW:< http://www.scielo.br/readouba/epdf.php?doi=10.1590/S0104-07072011000300009&pid=0104-07072011000300009&pdf_path=/v20n3/09.pdf> ISSN 0104-0707.
- **MAIWALD, Matthias; CHAN, Edwin** – Pitfalls in Evidence assessment: The case of chlorhexidine and alcohol in skin antiseptics. Journal of Antimicrobial Chemotherapy. [Em linha]. Vol. 69 (2014), p. 2017- 2021. Disponível em WWW:< <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?hid-b4aaca40-8800-4187-b28c-1454912069b0#40sessionmgr4005&vid=29&hid=4107>>.

Página: 10 de 16

Elaborado por: Fernando Catarino

[Inclui carimbo de o colunista]

Data: 11/06/2022

Aprovado por:

Assessoria:

Data:



PROCEDIMENTO OPERATIVO

Procedimento de Inserção, Fixação, Manutenção e Remoção do Cateter Venoso Periférico

Código: [REDACTED] | Edição: 1 | Revisão: 0

- **MARTELETO, Cristiane; et al.** – A supervisão no processo de trabalho do enfermeiro: um olhar sobre a punção venosa periférica. *Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental online*. [Em linha]. Vol. 3, nº 3 (2010), p. 1095-1104. Disponível em WWW: < [http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/577/pdf/ISSN 2175-8361](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/577/pdf/ISSN%20175-8361).
- **MARTINS, Maria Aparecida** – Manual de Infecção Hospitalar: Epidemiologia, Prevenção e Controle. Rio de Janeiro: MEDSI, 2001. ISBN 85-7199-356-8.
- **MENDONÇA, Kátia; et al.** – Atuação da enfermagem na prevenção e controle de infecção de corrente sanguínea relacionada a cateter. *Revista de Enfermagem UERJ*. [Em linha]. Vol. 19, nº 2 (2010), p. 330-333. Disponível em WWW: < <http://www.facenf.uerj.br/v19n2/v19n2a26.pdf>.
- **OLIVEIRA, Francimar; SILVA, Leita** – Uso da solução salina para manutenção de acessos venosos em adultos: uma revisão. *Revista Brasileira de Enfermagem*. [Em linha]. Vol. 59, nº 6 (2006), p. 787- 90. Disponível em WWW: < <http://www.scielo.br/pdf/rben/v59n6/a12.pdf>.
- **PORTUGAL, Ministério da Saúde** - Prevalência de infecção adquirida no hospital e do uso de antimicrobianos nos hospitais portugueses. Departamento da Qualidade em Saúde. Inquérito 2012. [Em linha]. Direção Geral da Saúde, Lisboa, 2013. Disponível em WWW: < <https://www.dgs.pt/>.
- **PORTUGAL, Ministério da Saúde** – Programa nacional de controlo da infeção – recomendações para prevenção da infeção associada aos dispositivos intravasculares. [Em linha]. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, Lisboa, 2006. Disponível em WWW: < <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/008552.pdf>.
- **PORTUGAL, Ministério da Saúde** – Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infecção Associada aos Cuidados de Saúde. [Em linha]. Direção Geral da Saúde, Lisboa, 2007. Disponível em WWW: < http://www.uis.minsaudes.pt/RecursosUser/Documents/CC/Programa_Nacional_Controlo_Infeccao.pdf.
- **WILSON, Jacqui** – Controlo de infeção na prática clínica. Loures: Lusoclinia, 2003. ISBN 972-8383-57-6

Elaborado por: Fernando Catarina	Aprovado por:	[REDACTED]
(não carregar a assinatura)	Assinado:	[REDACTED]
Data: 14/09/2022	Data:	[REDACTED]

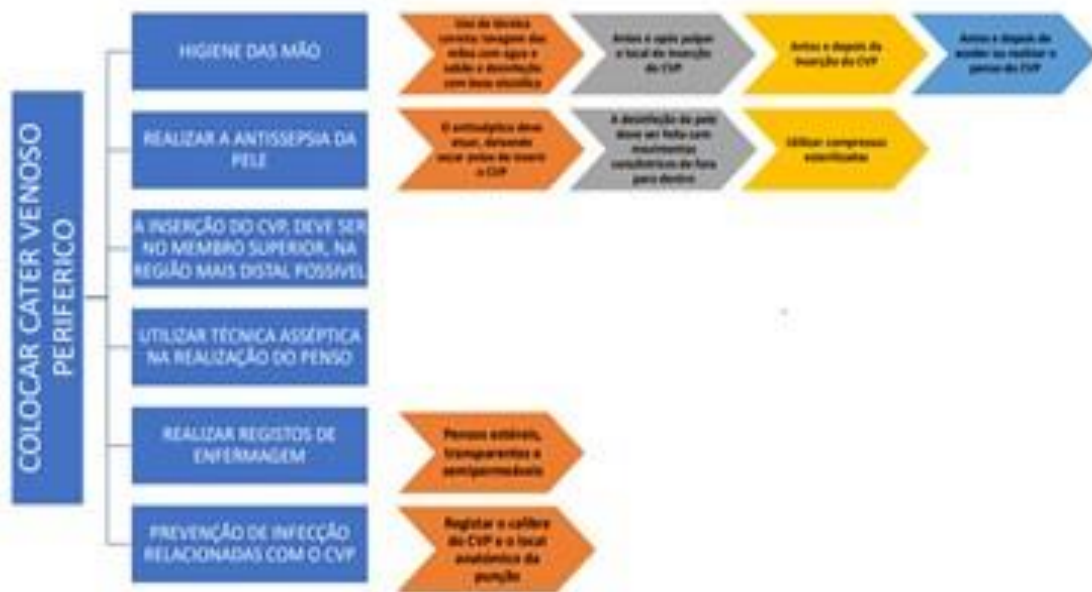
PROCEDIMENTO OPERATIVO

Procedimento de Inserção, Fixação, Manutenção e Remoção do Cateter Venoso Periférico

Código: [] Data: [] Revisão: []

8. Anexos

ANEXO I. Algoritmo clínico- Colocação do cateter venoso periférico



Elaborado por: Fernando Catarino
 (só com o de a tabela x)

Aprovado por:
 Assinatura:
 Data:



PROCEDIMENTO OPERATIVO

Procedimento de Inserção, Fixação, Manutenção e Remoção do Cateter Venoso Periférico

Código: []

Página: 1

Revista: 0

ANEXO II – Algoritmo clínico- Manutenção do cateter venoso periférico



Página: 13 de 16

Elaborado por: Fernando Catarino

(não carice de a carta turca)

Data: 11/06/2022

Aprovado por:

Assinatura

Data:



PROCEDIMENTO OPERATIVO

Procedimento de Inserção, Fixação, Manutenção e Remoção do Cateter Venoso Periférico

Código: [REDACTED]

Página: 1

Revisão: 0

Apêndice III- Ilustração do procedimento

Procedimento	Ilustração
1. Verificar a prescrição e identificar o doente. 2. Providenciar os recursos materiais para junto do doente.	
3. Instruir o doente sobre o procedimento. 4. Higienizar as mãos.	
5. Posicionar o doente, com o membro sobre uma superfície. 6. Selecionar o local da punção. 7. Aplicar o garoto descartável, acima do local de punção. 8. Calçar luvas não esterilizadas.	
9. Palpar a veia a punccionar. 10. Desinfetar a área a punccionar com desinfetante em spray de clorhexidina 2%, ou se insistente álcool a 70%, e deixar secar.	
11. Com a mão não dominante estabilizar a pele em redor da veia	
12. Segurar o cateter com a mão dominante, com o bisel virado para cima e abordar a veia num ângulo aproximado de 10º-30º com a pele, perfurando-a de modo a aceder à veia 13. Quando surgir sangue na câmara posterior, fazer progredir o cateter com o dedo indicador, exteriorizando simultaneamente o mandril e rejeitá-lo no contentor para corte perfurantes.	
14. Verificar a permeabilidade da veia, injetando soro fisiológico 0,9%	
15. Fixar o cateter à pele com penso esterilizado, transparente e semipermanente	
16. Remover as luvas e higienizar as mãos. 17. Colocar a data no penso e no sistema de perfusão	
TÉCNICA DE REMOÇÃO DO PENSO DE FIXAÇÃO • Destacar as zonas opacas do penso e de seguida esticar a parte transparente na horizontal paralela à pele	

Página: 14 de 16

Elaborado por: Fernando Catarino

(código interno de identificação)

Data: 12/06/2022

Revisado por:

Assinatura:

Data:

PROCEDIMENTO OPERATIVO

Procedimento de Inserção, Fixação, Manutenção e Remoção do Cateter Venoso Periférico

Código: [] | Página: 1 | Revisão: 0

ANEXO IV- Instrumento de auditoria ao procedimento

Grelha de Auditoria				
"Procedimento de Inserção, Fixação, Manutenção e Remoção do Cateter Venoso Periférico"				
<p><u>Data:</u> ___/___/___, <u>Serviço:</u> _____, <u>Equipe auditoria:</u> _____</p>				
CRITÉRIOS	CUMPRE?			
	SIM	NÃO	NA	OBSERVAÇÕES
1)Providenciou os recursos materiais para junto do utente?				
2)Instruiu o utente sobre o procedimento?				
3)Procedeu a higienização das mãos ?				
4)Selecionou o cateter a utilizar?				
5) Selecionou o local da punção?				
6)Calçou luvas não esterilizadas?				
7)Desinfetou a área a punccionar com movimentos circulares, utilizando compressas esterilizadas embebidas em desinfetante ou utilizando um desinfetante em spray e deixou secar?				
8)Considerou a utilização de um anestésico tópico previamente a punção?				
9)Verificou a permeabilidade do cateter/veia, injetando soro fisiológico 0,9%?				
10)Fez aplicado penso esterilizado transparente?				
11)O penso é renovado sempre que húmido, sujo, ou deslocado?				

Página: 15 de 16

Elaborado por: Fernando Catarino
 (não carice de assinatura)
 Data: 11/06/2022

Aprovado por: [assinatura]
 Assessoria:
 Data: []

PROCEDIMENTO OPERATIVO

Procedimento de Inserção, Fixação, Manutenção e Remoção do Cateter Venoso Periférico

Código: [REDACTED]

Página: 1

Revisão: 0

12) É utilizado compressa esterilizada se sangue ou exsudado?				
13) Registou no processo do utente , a data , o local, o calibre e o tipo de cateter colocado?				
14) O local do CVP é inspecionado, pelo menos, a cada 4h?				
15) A inspeção do CVP é visual e por contato com o local (palpação)?				
16) Fez higiene das mãos antes e após contato com o CVP?				
17) É utilizada técnica asséptica durante os cuidados de manutenção do cateter?				
18) Antes da administração de terapêutica, é feita aspiração para verificar permeabilidade do cateter?				
19) Após o uso do cateter , este é lavado com soro fisiológico a 0,9%?				
20) O cateter não usado é lavado, pelo menos, uma vez em cada 24 horas?				
21) A quantidade de solução é , no mínimo, duas vezes o volume interno do cateter?				
22) O cateter só é removido quando apresenta sinais de flebite mau funcionamento ou já não é necessário?				
23) Após a remoção é exercida pressão firme no local?				
24) É verificada a integridade do CVP após a sua remoção?				
25) Faz registo da remoção do CVP?				
26) No registo da remoção do CVP é mencionado o motivo da remoção, tempo de permanência e a avaliação do local?				

Página: 14 de 14

Elaborado por Fernando Catarina

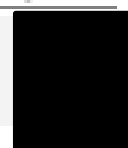
[isto carrega de a assinatura]

Data: 11/06/2022

Aprovado por:

Assinatura:

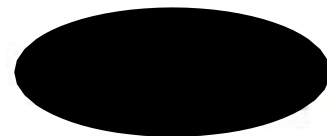
Data:



APÊNDICE IV – Poster

ANEXOS

ANEXO I- Pedido de autorização à comissão de Ética



Exmo. Sr.
Presidente da Comissão de Ética



Assunto: Pedido de autorização para a realização do estudo "Cateterização venosa periférica – da inserção à remoção: Projeto de implementação de evidências"

Solicita-se autorização para a realização do estudo indicado em epigrafe, apresentando-se, para o efeito, um resumo dos seus aspetos mais relevantes:

Investigador	<i>Fernando Balau Martins Catarino</i>
Instituição de origem	<i>Escola superior de Saúde do Instituto politécnico de Leiria</i>
Serviços do [redacted] participantes	[redacted]
Objetivos	Implementar evidências sobre cateterização venosa periférica, da punção à remoção do cateter.
Metodologia	Investigação / ação; Recolha de dados do Processo clínico
Amostra	<i>Utentes internados na [redacted] portadores de Cateter venoso periférico e Enfermeiras que prestam cuidados a utentes portadores de cateter venosa periférica na [redacted] podendo incluir participantes vulneráveis.</i>





Acesso a dados



Para realização do estudo o investigador pretende aceder à seguinte informação: *Consulta do processo clínico para verificação da existência e conteúdo dos registos de enfermagem, referentes à inserção, manutenção e remoção do cateter venoso periférico.*

O investigador terá acesso aos dados através do seu perfil profissional no [redacted] de acesso a SCLINICO e os quais anonimizará para a realização do estudo

Informação de segurança

O investigador colaborará com auditorias que possam ser feitas ao estudo durante ou após o seu decurso e notificará espontaneamente o Gabinete de Investigação e Inovação de todos acontecimentos adversos que ocorram durante sua realização.

Duração previsível do estudo

Prevê-se que o estudo tenha início em 2022-01-01 e termo em 2022-07-31



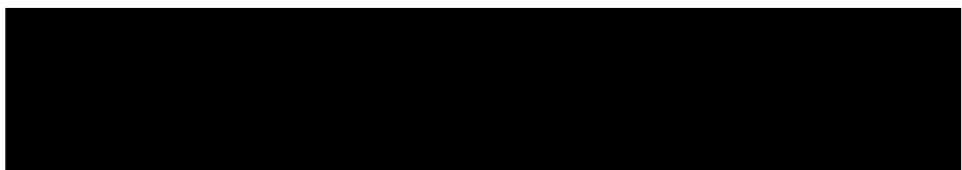
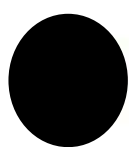
Com os melhores cumprimentos,

O investigador

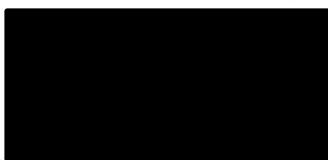
{assinatura}



Es. 4



ANEXO II- Autorização para a realização do estudo



IMPRESSO

Parecer da Comissão de Ética para a Saúde

Código [REDACTED] OMET.01

Edição: 5

Revisão: 1

Parecer nº: 04/2022

Data: 2022.01.27

Assunto: Estudo nº 64/2021 - "Cateterização venosa periférica - da inserção á remoção: Projeto de implementação de evidências"

Membros da CES do

[REDACTED]

Prof. Dr. [REDACTED] huel
[REDACTED]
(Presidente,
Farmacêutico)

Dra. Ana Paula Torgal
Carreira
(Vice-Presidente
Assistente Social)

Dr. [REDACTED] Bilalino
(Médico)

Enf. [REDACTED]
[REDACTED]

Dra. [REDACTED]
[REDACTED]
(Psicóloga)

Dr. L. [REDACTED]
Ferreira
(Jurista)

Dr. António Luciano Costa
[REDACTED]
(Tecnólogo)

Exmo. Senhor Investigador:
Fernando Balau Martins Catarino

A Comissão de Ética do Centro Hospitalar [REDACTED], em reunião realizada em 2022.01.27 deliberou emitir parecer relativamente à realização do Estudo nº 64/2021 - "Cateterização venosa periférica - da inserção á remoção: Projeto de implementação de evidências"

Membros da CES do [REDACTED] presentes:

Prof. Doutor [REDACTED]
Dra. [REDACTED]
Enfa. [REDACTED]
Dr. [REDACTED]

Parecer:

Apreciado o projeto do estudo, foi decidido por unanimidade dos votantes emitir parecer favorável à sua realização.

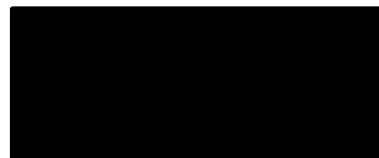
Este parecer não dispensa eventuais requisitos ou procedimentos por parte do Responsável pelo Acesso à Informação (RAI) ou do Encarregado de Proteção de Dados (EPD) desta instituição, no âmbito do previsto no Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD) ou noutra legislação aplicável quanto a acesso, tratamento e proteção de dados.

A realização do estudo carece da necessária autorização por parte do Exmo. Conselho de Administração do [REDACTED] e no seu decurso pode ser sujeito a auditorias.

O Presidente da CE do [REDACTED]

(Prof. Doutor Manuel Barros Morgado)





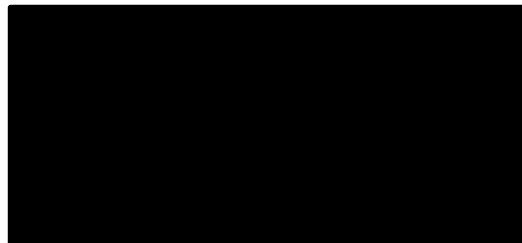
Em resposta ao pedido de autorização de acesso de dados clínicos para o estudo nº 64/2021 “Cateterização venosa periférica - da inserção à remoção: projeto de implementação de evidência” a realizar no [REDACTED] informo que, dado se tratar de um projeto de investigação com a obrigatoriedade de consentimento livre e informado por todos os intervenientes, não carece de autorização da RAI.

Os intervenientes no processo comprometem-se a destruir os dados recolhidos após a conclusão do estudo.

Data: 31/01/2022

EPD

RAI



Centro Hospitalar Costa da Beira

■

ANEXO III – Consentimento Informado

IMPRESSO

Consentimento livre e informado

Edição: 3

Revisão: 1

Fernando Balau Martins Catarino, a frequentar o Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica na Área de especialização em Enfermagem à pessoa em Situação Crítica, na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, a realizar um trabalho de investigação subordinado ao tema "Cateterização venosa periférica – da inserção à remoção: Projeto de implementação de evidências", vem solicitar a sua colaboração neste estudo.

Informo que a sua participação é voluntária e que os dados não serão transmitidos a terceiros sem a sua prévia autorização.

Poderá retirar o seu consentimento em qualquer momento, sem prejuízo dos dados recolhidos à data e sem que por isso venha a ser prejudicado nos cuidados de saúde prestados pelo [REDACTED]

Informo ainda que a sua privacidade será respeitada, todos os dados recolhidos serão confidenciais e não serão fornecidas quaisquer compensações.

Este trabalho de investigação tem como principal objectivo implementar evidências sobre cateterização venosa periférica.

Fazem parte dos critérios de inclusão, todos os Enfermeiros que prestam cuidados de enfermagem, na [REDACTED] a doentes portadores de cateter venoso periférico.

Este projeto é orientado pela docente do Instituto Politécnico de Leiria, a Dr^a Cristina Raquel Batista Costeiro, e supervisionado pela Sr^aEnfermeira Gestora da [REDACTED] Cristina Maria Lourenço Curto

Este estudo utilizará uma metodologia baseada na consulta do processo clínico.

Os dados a serem colhidos, passam pela observação dos cuidados de enfermagem prestada pelos enfermeiros, na inserção, manutenção e remoção de cateteres venosos periféricos, assim como a consulta dos respetivos registos de enfermagem para a verificação da sua existência e conteúdo.

O estudo irá decorrer na [REDACTED] e a sua participação não acarretará qualquer tipo de risco.

Os dados recolhidos serão mantidos tanto tempo quanto o que a lei determine, independentemente do suporte.

Irão participar neste estudo 17 enfermeiros, prevendo que cada enfermeiro será observado por três vezes.

Para esclarecimento de qualquer dúvida pode contactar-me pelo telemóvel número 967432090 ou através do e-mail [REDACTED]

IMPRESSO

Consentimento livre e informado

Edição: 3 Revisão: 1

Consentimento Informado – Aluno / Investigador

Ao assinar esta página, o investigador está a confirmar o seguinte:

- * Entregou esta informação;
- * Explicou o propósito deste trabalho;
- * Explicou e respondeu a todas as questões e dúvidas apresentadas pelo participante ou representante legal.

Nome do Aluno / Investigador (Legível)

Fernando Baião Martins Catarino

Assinatura do Aluno / Investigador Data



IMPRESSO

Consentimento livre e informado

Edição: 3

Revisão: 1

Consentimento Informado – Participante

Ao assinar esta página está a confirmar o seguinte:

- * O Sr. (a) leu e compreendeu todas as informações desta informação, e teve tempo para as ponderar;
- * Todas as suas questões foram respondidas satisfatoriamente;
- * Se não percebeu qualquer das palavras, solicitou ao investigador uma explicação, tendo este esclarecido todas as dúvidas;
- * O Sr. (a) recebeu uma cópia desta informação, para a manter consigo.

Nome do Participante (Legível com número do cartão do cidadão ou bilhete de identidade) Representante Legal (Legível com número do cartão do cidadão ou bilhete de identidade)

(Nome do Participante)

(Nome do Representante Legal)

(Assinatura do Participante)

(Assinatura do Representante Legal)

___/___/___
Data

IMPRESSO

Consentimento livre e informado

Edição: 3

Revisão: 1

Fernando Balau Martins Catarino, a frequentar o Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica na Área de especialização em Enfermagem à pessoa em Situação Crítica, na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, a realizar um trabalho de investigação subordinado ao tema "Cateterização venosa periférica – da inserção à remoção: Projeto de implementação de evidências", vem solicitar a sua colaboração neste estudo.

Informo que a sua participação é voluntária e que os dados não serão transmitidos a terceiros sem a sua prévia autorização.

Poderá retirar o seu consentimento em qualquer momento, sem prejuízo dos dados recolhidos à data e sem que por isso venha a ser prejudicado nos cuidados de saúde prestados [REDACTED]

Informo ainda que a sua privacidade será respeitada, todos os dados recolhidos serão confidenciais e não serão fornecidas quaisquer compensações.

Este trabalho de investigação tem como principal objetivo implementar evidências sobre cateterização venosa periférica.

Fazem parte dos critérios de inclusão, todos os doentes internados na [REDACTED] portadores de cateter venoso periférico.

Nome do orientador: Cristina Raquel Batista Costeiro

Este estudo utilizará uma metodologia baseada na investigação/ ação

Os dados a serem colhidos, passam pela consulta do processo clínico para verificação da existência e conteúdo dos registos de enfermagem, referentes à inserção, manutenção e remoção do cateter venoso periférico.

O estudo irá decorrer na [REDACTED] a sua participação não acarretará qualquer tipo de risco.

Os dados recolhidos serão mantidos tanto tempo quanto o que a lei determine, independentemente do suporte.

Irá participar neste estudo, previsivelmente, 50 utentes

