

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Desenvolvimento de Competências Especializadas em Enfermagem

na Área da Pessoa em Situação Crítica

“Práticas Seguras na Colocação e Manutenção de Cateter Venoso Periférico”

3.º 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

“Práticas Seguras na Colocação e Manutenção de Cateter Venoso Periférico”

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

Sílvia Domingues nº 5210027

Orientador: Professora Doutora Joana Sousa

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

Leiria, setembro de 2023

Só existe saber na invenção, na reinvenção, na busca inquieta, impaciente, permanente, que os homens fazem no mundo, com o mundo e com os outros.

Paulo Freire

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer a todos, os que de diferentes formas, contribuíram para a concretização e sucesso desta caminhada.

Em primeiro lugar, à minha Família, João, Maria e Jorge, por acreditarem no sucesso deste percurso e pela motivação que me transmitiram.

Agradeço a todos os colegas de trabalho, pelo apoio e colaboração.

A minha gratidão à Professora Doutora Joana Sousa pela sua ajuda e disponibilidade na orientação deste mestrado.

LISTA DE ABREVIATURAS E ACRÓNIMOS

APA - *American Psychological Association*;

BPS - *Behavioural Pain Scale*;

CDI - Cardioversor-desfibrilhador Implantável;

CODU - Centro de Orientação de Doentes Urgentes;

CRT-D - *Cardiac resynchronization therapy – defibrillator*;

CRT-P - *Cardiac resynchronization therapy pacemaker*;

CVC - Cateter Venoso Central;

CVP - Cateter Venoso Periférico;

EAN - Escala de Avaliação Numérica; Escala Visual Analógica;

EC - Ensino Clínico;

EE - Enfermeiro Especialista;

EMC - Enfermagem Médico-cirúrgica;

ESSLei - Escola Superior de Saúde de Leiria;

EVA - Escala Visual Analógica;

GCL-PPCIRA - Grupo de Coordenação Local - Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos;

GCS - *Glasgow Coma Scale*;

HDF - Hemodiafiltração;

IACS - Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde;

IPL - Instituto Politécnico de Leiria;

LA - Linha Arterial;

OE - Ordem dos Enfermeiros;

PAS - Pressão arterial sistólica;

PBCI - Precauções Básicas do Controlo da Infeção;

PAI - Pneumonia Associada à Intubação;

PAM - Pressão Arterial Média;

PAV - Pneumonia Associada ao Ventilador;

PNSD - Plano Nacional da Segurança do Doente;

PPCIRA - Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos;

PSC - Pessoa em Situação Crítica;

RASS - *Richmond Agitation Sedation Scale*;
REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros;
SAV - Suporte Avançado de Vida;
SE - Sala de Emergência;
SUB - Serviço de Urgência Básica;
SUMC - Serviço de Urgência Médico-cirúrgica;
SMI - Serviço de Medicina Intensiva;
SUP - Serviço de Urgência Polivalente;
TAC-CE - Tomografia Axial Computorizada – Craneoencefálico;
TCE - Traumatismo Craneoencefálico;
TM - Triagem de *Manchester*;
TOT - Tubo Orotraqueal;
UCAP - Unidade de Cuidados Agudos Polivalente;
UCI - Unidade de Cuidados Intensivos;
UCIC - Unidade de Cuidados Intensivos Coronários;
UHICV - Unidade de Hemodinâmica e Intervenção Cardiovascular;
VV - Via Verde;
VMI - Ventilação Mecânica Invasiva;
VMNI - Ventilação Mecânica Não Invasiva.

RESUMO

Este relatório de estágio surge como etapa final do 3º Curso do Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica na Área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Escola Superior de Saúde de Leiria do Instituto Politécnico de Leiria, visa a obtenção do grau de mestre em Enfermagem Médico-cirúrgica na área de especialização de enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, bem como, o título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica, após apresentação e discussão pública.

Divide-se em duas partes, a primeira relativa à componente de desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica, com o objetivo de realizar uma reflexão crítica acerca das atividades desenvolvidas ao longo dos ensinamentos clínicos. A segunda parte destinada à componente de investigação, onde se pretende o desenvolvimento de um projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados aplicado num Serviço de Urgência Básica – Práticas Seguras na Colocação e Manuseamento de Cateteres Venosos Periféricos, com o objetivo de observar as práticas realizadas na inserção e manutenção de cateter venoso periférico (CVP); implementar ação formativa sobre práticas seguras na inserção e manutenção de cateter venoso periférico num serviço de urgência básica da região centro de Portugal. Utilizada uma metodologia de estudo quase-experimental com avaliação antes e após a implementação de ação de formação, elaborada segundo as recomendações do *Centers for Disease Control and Prevention*. Amostra constituída por 21 enfermeiros. Os resultados apurados após a aplicação da intervenção, apresentaram um aumento dos itens cumpridos, com um aumento mais significativo na desinfeção da pele e tempo de secagem recomendado com 81,0% dos participantes a cumprir este item; a higienização das mãos antes da colocação de um novo par de luvas limpas com 71,4%, a avaliação da sensibilidade do local de inserção do CVP antes da administração de terapêutica EV com 95,2% e a aplicação de apósito estéril por 95,2% dos participantes. Em conclusão, as melhorias verificadas no decurso da investigação, apesar de patentes, carecem de continuidade e aperfeiçoamento. Este projeto necessita de envolver mais enfermeiros do serviço com interesse por esta temática, no sentido de melhorar continuamente as práticas de enfermagem relacionadas com CVP.

PALAVRAS-CHAVE: Cateterismo periférico; Prevenção de infeção; Segurança do utente; Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT

This internship report is the final stage of the 3rd course of the Master's Degree in Medical-Surgical Nursing in the area of specialisation in Nursing for People in Critical Situations, at the Escola Superior de Saúde de Leiria of the Instituto Politécnico de Leiria, and aims to obtain the Master's Degree in Medical-Surgical Nursing in the area of specialisation in Nursing for People in Critical Situations, as well as the title of Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing, after a presentation and public discussion.

It is divided into two parts, the first relates to the development of competencies of the Medical-Surgical Nurse Specialist in the area of the Critically Ill Person and aims to carry out a critical reflection on the activities carried out during the clinical training. The second part is aimed at the research component, which aims to develop a project for the continuous improvement of the quality of care applied in a Basic Emergency Service - Safe Practices in the Placement and Handling of Peripheral Venous Catheters, to observe the practices used in the insertion and maintenance of peripheral venous catheters; implementing training on safe practices in the insertion and maintenance of peripheral venous catheters in a basic emergency service in the centre of Portugal. A quasi-experimental study methodology was used with evaluation before and after the implementation of a training course, designed according to the recommendations of the Centers for Disease Control and Prevention. The sample consisted of 21 nurses. The results obtained after implementing the intervention showed an increase in the number of items complied with, with a more significant increase in skin disinfection and the recommended drying time, with 81.0% of participants complying with this item; hand hygiene before putting on a new pair of clean gloves, with 71.4%; assessing the sensitivity of the CVP insertion site before administering IV therapy, with 95.2%; and the application of sterile dressing, with 95.2% of participants. In conclusion, the improvements seen during the research, although evident, need to be continued and improved. This project needs to involve more nurses from the service with an interest in this subject, in order to continually improve nursing practices related to CVP.

KEYWORDS: Peripheral catheterization; Infection prevention; Patient safety; Nursing care

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	10
PARTE I – RELATÓRIO DE ESTÁGIO	13
1. CARACTERIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ENSINO CLÍNICO	13
1.1 ENSINO CLÍNICO I - SUMC	13
1.2 ENSINO CLÍNICO II – SMI	15
1.3 ENSINO CLÍNICO III – UCIC/UHICV.....	16
2. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	18
2.1 DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL.....	18
2.2 DOMÍNIO DA MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE	21
2.3 DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS	24
2.4 DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS.....	28
3. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRURGICA NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA	31
3.1 CUIDA DA PESSOA, FAMÍLIA/CUIDADOR A VIVENCIAR PROCESSOS COMPLEXOS DE DOENÇA CRÍTICA E/OU FALÊNCIA ORGÂNICA	31
3.2 DINAMIZA A RESPOSTA EM SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA, EXCEÇÃO E CATÁSTROFE, DA CONCEÇÃO À AÇÃO	39
3.3 MAXIMIZA A INTERVENÇÃO NA PREVENÇÃO E CONTROLO DA INFEÇÃO E DE RESISTÊNCIA A ANTIMICROBIANOS PERANTE A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E/OU FALÊNCIA ORGÂNICA, FACE À COMPLEXIDADE DA SITUAÇÃO E À NECESSIDADE DE RESPOSTAS EM TEMPO ÚTIL E ADEQUADAS.....	43
4. CONCLUSÃO	47
BIBLIOGRAFIA	49
PARTE II – PROJETO DE MELHORIA CONTINUA DA QUALIDADE	55

APÊNDICES	68
APÊNDICE – I – Comunicação no Serviço de Urgência- Estratégias Facilitadoras	69
APÊNDICE – II - O Doente com Trauma no SMI	85
APÊNDICE – III – Autorização do Conselho de Administração e Comissão de Ética	97

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Brochura	61
---------------------------	----

ÍNDICE DE GRÁFICOS/TABELAS

Tabela 1 – Descrição da amostra	61
Tabela 2 – Teste de Normalidade.....	61
Tabela 3 – Teste de Wilcoxon.....	62
Tabela 4 – Itens cumpridos antes e depois da intervenção	62

INTRODUÇÃO

Este relatório de estágio surge como etapa final do 3º Curso do Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica (EMC) na Área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação crítica (PSC), na Escola Superior de Saúde de Leiria (ESSLei) do Instituto Politécnico de Leiria (IPL), e foi desenvolvido na unidade curricular Estágio de Enfermagem à PSC com Relatório, parte integrante do plano de estudo, visa a obtenção do grau de mestre em EMC na área de especialização de enfermagem à PSC, bem como o título de Enfermeiro Especialista (EE) em EMC, após apresentação e discussão pública.

A elaboração deste relatório de aprendizagem, tem por base as competências comuns do EE e as competências específicas do EE em EMC na área de enfermagem à PSC. Os Ensinos Clínicos (EC) aconteceram entre maio de 2022 e fevereiro de 2023 num Serviço de Urgência Médico-cirúrgica (SUMC); Serviço de Medicina Intensiva (SMI); Unidade de Cuidados Intensivos Coronários (UCIC) e Unidade de Hemodinâmica e Intervenção Cardiovascular (UHICV) de um Centro Hospitalar da Região Centro de Portugal.

Os desafios e as novas exigências das populações em termos de saúde, inerentes às alterações demográficas e a alterações dos padrões das doenças, incita os enfermeiros a ampliar e desenvolver novas competências. Neste sentido, o percurso de especialização em enfermagem contribuiu para o desenvolvimento profissional, alargando o saber, pensamento crítico e aquisição de competências para a tomada de decisão (Silva et al., 2018). É crescente a prática avançada em Enfermagem, implementada já em alguns países, no sentido do desenvolvimento do cuidar suportado por evidência científica, onde os enfermeiros aplicam conhecimento especializado na sua prática, recorrendo a um juízo clínico reforçado, na prestação de cuidados centrados na pessoa (Organização Mundial Saúde, 2015).

A inclusão e monitorização, das práticas de Enfermagem dos cuidados baseados na evidência, asseguram, a prestação de cuidados de alta qualidade, com segurança e eficácia. Neste sentido, a investigação em Enfermagem é um meio importante para a compreensão e a melhoria da prestação dos cuidados de saúde. Os enfermeiros têm de se comprometer com a investigação sobre os cuidados de Enfermagem, contribuindo assim para o desenvolvimento da profissão de enfermagem (Organização Mundial Saúde, 2015).

A necessidade constante de dar resposta aos desafios permanentes e decorrentes da atividade profissional, são a motivação para a frequência e conclusão desta etapa formativa. A Especialidade em Enfermagem Médico-cirúrgica (EEMC) e particularmente a área da PSC, é a sequência lógica do percurso profissional desenvolvido até aqui. A formação profissional constitui uma especial importância no que se refere ao incremento da capacidade de resposta da Enfermagem aos desafios emergentes, e em particular para um exercício profissional de excelência, constituindo um fator fundamental de desenvolvimento profissional, mas também de realização pessoal (Regulamento nº 656/2021, 2021).

Os cuidados de enfermagem à PSC são cuidados 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 (OE, 2018).

Este documento pretende apresentar uma análise reflexiva, crítica e fundamentada das atividades que foram realizadas ao longo do EC, bem como, o desenvolvimento de competências inerentes às funções do EE em EMC à PSC.

O presente relatório divide-se em duas partes. A primeira relativa à componente de desenvolvimento de competências de EE em EMC na área da PSC, e tem como objetivo realizar uma reflexão crítica acerca das atividades desenvolvidas ao longo dos EC, que conduziram ao desenvolvimento e aquisição de competências comuns do EE e competências específicas do EE em EMC na área Especialização de Enfermagem à PSC. A segunda parte destinada à componente de investigação, onde se pretende o desenvolvimento de um projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados aplicado num Serviço de Urgência Básica (SUB) – Práticas Seguras na Colocação e Manutenção de Cateteres Venosos Periféricos (CVP), e desenvolvido segundo artigo científico.

Este relatório pretende ser um instrumento facilitador da reflexão crítica sobre as experiências vivenciadas e apreendida nos EC, integrador dos contributos teóricos adquiridos, bem como da minha experiência prévia, com o objetivo de construir e desenvolver competências enquanto EE na área da PSC e ainda a aplicabilidade destas ao nível técnico e científico, possibilitando assim o desenvolvimento pessoal e profissional.

A estruturação do trabalho seguiu as normas de elaboração de trabalhos escritos da ESSLei e a organização da bibliografia segundo as normas da *American Psychological Association* (APA) 7.ª edição.

PARTE I – RELATÓRIO DE ESTÁGIO

1. CARACTERIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ENSINO CLÍNICO

Os EC decorreram em serviços relevantes para a prática de enfermagem à PSC, com o especial contributo de desenvolvimento de competências no local de atividade profissional, em Serviço de Urgência Básica. Os três EC foram realizados na mesma instituição, em Serviço de Urgência Médico-cirúrgica (SUMC), em Serviço de Medicina Intensiva (SMI) e em Unidade de Cuidados Intensivos Coronários (UCIC) e Unidade de Hemodinâmica e Intervenção Cardiovascular (UHICV)

1.1. ENSINO CLÍNICO I – SUMC

O SUMC, é considerado o segundo nível de atendimento das situações de urgência (DGS, 2001). Deve existir em rede, enquadrando-se principalmente como apoio diferenciado à rede de SUB e referenciando para Serviços de Urgência Polivalente (SUP) situações que necessitem de cuidados mais diferenciados ou apoio de especialidades não existentes no SUMC, definidas nas respetivas redes de referenciação (Despacho n.º 10319/2014, 2014).

O Ensino Clínico I decorreu num SUMC de um Centro Hospitalar da região centro de Portugal. Os recursos humanos disponíveis neste SUMC, constituíam-se por uma equipa multiprofissional, na qual se incluíam médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, técnicos de diagnóstico e terapêutica, assistentes técnicos, serviços de limpeza e equipa de voluntários. A equipa de enfermagem era composta por 126 enfermeiros na prestação de cuidados, distribuídos por 5 equipas e 2 enfermeiros que colaboravam no gabinete de coordenação, em parceria com o Enfermeiro Gestor. A distribuição dos enfermeiros da prestação de cuidados considerava as várias áreas de trabalho: área verde, amarela, roxa, laranja e vermelha, na qual um dos enfermeiros era o responsável de área.

Os enfermeiros com funções de coordenador de turno e de gabinete de informações, eram selecionados pelo enfermeiro gestor de acordo com as suas competências. Nem sempre, o enfermeiro que coordenava a equipa era detentor da Especialização em Enfermagem à PSC, e por outro lado, Enfermeiros com a Especialidade à PSC, não desempenhavam esta função.

O enfermeiro coordenador é responsável por supervisionar e organizar a prestação de cuidados de saúde no SUMC; colaborar na agilização dos processos de internamento dos doentes com mais de 24 horas de permanência no serviço; otimizar a gestão dos recursos materiais e equipamentos; informar e diligenciar a reparação de equipamentos com avarias; promover a atualização dos procedimentos, normas e protocolos da instituição; promover a continuidade dos cuidados, melhoria da qualidade; verificar a organização, reposição e higiene do serviço, e no final do turno registar em impresso próprio as ocorrências relevantes da jornada de trabalho, que ponham em causa o bom funcionamento do serviço (Parecer Conjunto n.º 01-/2017, 2017).

Relativamente à partilha de informações com o familiar de referência, existia o gabinete de informações, que funcionava nos turnos da manhã e tarde presencialmente ou via telefónica. Durante o período do turno da noite a informação era dada presencialmente às 2, 4 e 6 horas, mediante lista de pedidos que a assistente técnica disponibilizava ao enfermeiro coordenador. A informação dada via telefónica carecia de validação da identidade do familiar ou pessoa de referência. Neste sentido, eram salvaguardados os aspetos relativos à identidade do interlocutor, bem como a vontade do utente, na adequação da informação a transmitir por esta via, em cada situação, não devendo ser recusada a transmissão de informação (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

Os utentes admitidos no SUMC eram provenientes do pré-hospitalar, domicílio, da referenciação da Linha de Saúde24, centros de saúde ou pelos SUB. O acesso ao SUMC era realizado através da admissão de doentes, para utentes autónomos ou em maca. Casos graves ou críticos entravam diretamente para a sala de emergência. Após a efetivação da admissão ao SUMC, era realizada uma seriação dos doentes pela Triagem de *Manchester* (TM), através da qual se atribuía uma pulseira, cuja cor correspondia à prioridade atribuída. Posteriormente os doentes eram encaminhados para as áreas correspondentes, área verde, amarela e laranja ou encaminhados para a área de orto trauma, se a sua condição não exigisse a permanência em maca. Após a primeira avaliação os utentes permaneciam no serviço de urgência enquanto aguardavam resultados de exames complementares de diagnóstico e tratamento, observação das diversas especialidades, até decisão médica quanto à necessidade de continuidade de cuidados, alta, internamento ou transferência.

A sala de emergência, tinha entrada direta do exterior e era constituída por 5 áreas de cuidados com a possibilidade de separação por cortinas. Cada unidade estava equipada com ventilador, monitor, seringas infusoras e bombas perfusoras, bem como rampas de oxigénio e vácuo. Existia também um carro de emergência com monitor desfibrilhador, bem como, todos os equipamentos necessários para o acompanhamento de doentes na realização de exames e nas transferências inter ou intra-hospitalares. Na sala de emergência eram distribuídos dois enfermeiros, um com experiência em PSC adquirida em contexto académico ou com experiência profissional, preferencialmente com formação em Suporte Avançado de Vida (SAV) e um segundo elemento com menor experiência. Esta organização tinha como objetivo a uniformização de práticas, por forma a que todos os enfermeiros do serviço adquirissem competência nesta área.

1.2. ENSINO CLÍNICO II – SMI

O EC II decorreu no SMI de um centro hospitalar da região centro do país. Classificado como uma unidade nível III, dado que possui assistência médica qualificada com intensivista em presença física 24 horas/dia e dispõe dos meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica necessários para a prestação de cuidados à PSC. Disponha de medidas de controlo contínuo de qualidade e possuía idoneidade formativa. Não estavam disponíveis, no centro hospitalar algumas especialidades, como neurocirurgia, cirurgia cardiotorácica e cirurgia vascular, o funcionamento da SMI articulava-se com estas valências de outros centros hospitalares (Paiva et al., 2017).

Era constituído por 10 unidades equipadas com ventilador, monitor, seringas infusoras, bombas perfusoras, sistema de aspiração, rampas de oxigénio e ar comprimido. Das 10 unidades disponíveis, 5 em unidades de isolamento com capacidade de executar pressão negativa ou positiva e as restantes 5 em open space, que possibilitavam a vigilância contínua dos doentes pelo contato visual e com recurso a monitorização dos parâmetros vitais através da central de monitorização. Além dos equipamentos que integravam cada unidade, existiam ainda disponíveis 3 equipamentos para hemodiafiltração (HDF) e 2 equipamentos para ventilação mecânica não invasiva (VMNI), um dos quais com a possibilidade de realizar terapia de alto fluxo. Estavam disponíveis 2 carros de emergência, dois ventiladores de transporte, 1 destinado ao transporte de doentes na realização de exames fora da unidade o outro para a

equipa de emergência intra-hospitalar juntamente com o monitor desfibrilhador e mochila com equipamento e medicação de reanimação. A unidade estava também equipada com um sistema de elevação e transferência de doentes, com a possibilidade de adaptação de maca *scoop*, para doentes politraumatizados.

O SMI dispunha de uma equipa de enfermagem constituída por trinta e dois Enfermeiros, sendo que dezasseis eram especialistas, catorze em EMC e dois em Enfermagem de Reabilitação. A distribuição dos enfermeiros especialistas em EMC, pelos vários turnos era feita de uma forma equitativa, não sendo forçosamente um enfermeiro especialista a desempenhar as funções de coordenação de turno, tal como no SUMC continuava a ser valorizada a experiência profissional em tempo de serviço, em detrimento das competências em EMC na PSC adquiridas em contexto académico. No entanto o serviço cumpria os rácios recomendados pela Ordem dos Enfermeiros de um Enfermeiro para dois utentes.

1.3. ENSINO CLÍNICO III – UCIC/UHICV

O EC III foi realizado na UCIC e UHICV no mesmo Centro Hospitalar dos EC anteriores. A UCIC e a UHICV encontravam-se inseridos no serviço de cardiologia. A UCIC tinha a capacidade de alojar cinco camas, sendo e a UHICV adjacente a esta unidade.

A UCIC estava organizada em *open space* com duas portas de acesso, uma para a entrada da PSC, permitindo a passagem de camas e macas, com acesso à UHIVC e outra para visitas e funcionários.

Cada unidade, à semelhança do SMI, estava individualizada com cortinas e dispunha de ventilador, monitor, seringas infusoras, bombas perfusoras, sistema de aspiração, rampas de oxigénio e ar comprimido. Existiam dois balcões com computadores para registos e uma central de monitorização. A unidade dispunha de armários de medicação e material de consumo clínico, frigorífico para medicação com necessidade de refrigeração e ainda um local de preparação da medicação. Era uma unidade vocacionada para a vigilância hemodinâmica contínua e intervenção terapêutica avançada, permitia a vigilância e tratamento de doentes com patologia cardíaca aguda, nomeadamente doença cardíaca isquémica e insuficiência cardíaca aguda. Era uma unidade de nível II, com um rácio de um Enfermeiro para dois ou três utentes e um médico no turno da manhã. No período da tarde e noite o médico de serviço na

UCIC, dava apoio ao SUMC. A organização da área em *open space*, permitia aos profissionais o contacto visual permanente com todos os utentes.

O nível de complexidade da patologia cardíaca e necessidade de vigilância, caracteriza as unidades em 3 níveis. A UCIC deste centro hospitalar enquadrava-se no nível 2, dando resposta a doentes graves ou de alto risco com insuficiência cardíaca congestiva e/ou baixo débito cardíaco a complicar uma patologia cardíaca aguda ou crónica (Monteiro et al., 2020).

A UHICV era uma unidade de intervenção cardíaca a funcionar desde maio de 2010 e tinha por missão o diagnóstico e terapêutica das doenças cardiovasculares. O serviço dispunha de equipamento de imagem e equipamentos de avaliação cardíaca que permitiam a intervenção no âmbito dos cateterismos cardíacos, quer para diagnóstico, quer para terapêutica, e a área de implantação de dispositivos para tratamento de arritmias. Era uma unidade que tem vindo a ampliar as suas competências quer no que diz respeito à implantação de dispositivos cardíacos, como *pacemakers*, Cardioversor-desfibrilhador Implantável (CDI), Terapêutica de Ressincronização Cardíaca com *Pacemaker* (CRT-P) e Terapêutica de Ressincronização Cardíaca com Desfibrilhador (CRT-D). Mas também no diagnóstico e tratamento de doença coronária, por angioplastia com colocação de *stent*, após dilatação da estenose com balão e mais recentemente com o sistema de aterectomia rotacional.

Funcionava de segunda a sexta-feira no horário das 8 às 18 horas e após esse horário existia uma equipa em regime de prevenção, que era constituída por um médico, um enfermeiro e um técnico de cardiopneumologia. A ativação desta equipa era feita pelo médico cardiologista que estava de urgência, sempre que se identificava uma Via Verde Coronária (VV Coronária) no SUMC ou através do Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU).

2. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

As competências comuns do enfermeiro especialista prendem-se com as capacidades e aptidões que o enfermeiro especialista desenvolve e aperfeiçoa, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade. São demonstradas pela 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 (OE, 2019). Assim, o enfermeiro especialista desenvolve esforços, por forma a mobilizar conhecimentos que detém da sua formação base, da sua prática e experiência profissional, do seu trabalho individual de pesquisa da melhor evidência científica e ainda da formação académica proveniente do desenvolvimento do curso de especialização. Neste sentido, a enfermagem tem uma prática socialmente organizada e uma forma implícita de conhecimento e de ética. Enfrenta continuamente um desafio para o desenvolvimento. As práticas crescem através da aprendizagem experiencial e através da transmissão dessa aprendizagem nos contextos de cuidados (Benner, 2001).

O enfermeiro especialista é aquele que é detentor de competência científica, técnica e humana para poder prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem (OE, 2019).

2.1 DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL

O domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, está relacionado com a promoção de práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. De acordo com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) no seu artigo 8º, “no exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos “(OE, 2015, p. 101-102).

Segundo o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, o enfermeiro “demonstra um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica” com consciência do seu âmbito de intervenção (OE, 2019). “A competência assenta num corpo de conhecimento” e “na avaliação sistemática das melhores práticas.” (OE, 2019., p.4746).

O direito à privacidade é demonstrado, tanto na prestação de cuidados preservando a intimidade e a individualidade da pessoa, como no dever de sigilo profissional no acesso à informação disponibilizada ao familiar de referência, mediante prévio consentimento do utente. Em conformidade com o parecer da OE a informação produzida pelo enfermeiro no âmbito da prestação de cuidados de saúde, resultante das suas intervenções, é sujeita ao regime de confidencialidade, devendo esta apenas ser partilhada com outros profissionais da equipa de saúde do utente, ou seus familiares envolvidos no plano terapêutico com a autorização do utente (OE, 2015).

O direito à privacidade traduz-se, também no dever de sigilo profissional no acesso à informação, que apenas deverá acontecer no contexto da prestação de cuidados, por profissionais devidamente credenciados para o acesso à informação. Nos vários EC, toda a informação relativa aos utentes estava em formato digital. O acesso às plataformas era realizado através de senha personalizada para cada profissional habilitado ao seu acesso. Sendo informação confidencial, é fundamental que os profissionais adotem condutas de segurança no acesso e na sua transmissão. A informação produzida pelo Enfermeiro no contexto da prestação de cuidados, deve apenas ser partilhada com os intervenientes no plano terapêutico, profissionais, familiares ou outros que o utente autorize (Parecer CJ 222/2014, 2014).

Em todos os EC a transmissão de informação nos momentos de passagem de turno era realizada nos balcões de acesso aos equipamentos informáticos. Apesar das desvantagens e vantagens da passagem de turno não ser efetuada junto do utente, este momento pretende que a informação pertinente seja transmitida de forma estruturada. É recomendado que a transmissão de informação em qualquer momento da prestação, seja realizada segundo a metodologia ISBAR, sigla de: *Identify* (Identificação), *Situation* (Situação atual), *Background* (Antecedentes), *Assessment* (Avaliação) e *Recommendation* (Recomendações) (Direção-Geral da Saúde, 2017).

A constante e elevada afluência de utentes ao SUMC, associada à longa permanência dos mesmos no serviço, a aguardar internamento, que frequentemente ultrapassa as 24 horas previstas, torna o SUMC um local em permanente funcionamento, no máximo das suas capacidades. Neste sentido foram adequados os cuidados à PSC sempre com respeito pela

intimidade e dignidade humana. A adequação dos cuidados à PSC num contexto de sobrelotação do serviço, implica uma adequação dos cuidados com a mobilização de conhecimentos técnicos e científicos com o objetivo de prestar cuidados de enfermagem de alta qualidade.

Durante os EC foram respeitados costumes, crenças e culturas, segundo o REPE, no exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos. O exercício da atividade profissional dos enfermeiros tem como objetivos fundamentais a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação e a reinserção social (OE, 2015).

Na UCIC foi possível desenvolver habilidades relacionadas com a prestação de cuidados a um utente estrangeiro que não dominava a língua portuguesa. A chegada a um serviço de uma PSC sem antecedentes clínicos conhecidos, que não se consegue expressar, quer pela condição clínica, quer pela dificuldade linguística, desafia o EE a demonstrar as suas competências técnicas e científicas na resolução de questões complexas. Os enfermeiros distinguem-se nas competências sociais e culturais, estão provavelmente mais sensibilizados para a importância das questões relacionadas com a prestação de cuidados a utentes imigrantes (Dias et al., 2011). Cuidar da PSC distingue-se não só pelo elevado conhecimento e competências técnicas de alta complexidade, mas também com a empatia e reconhecimento das dificuldades que a Pessoa vivência num evento crítico relacionado com a sua saúde.

No SMI a instabilidade e a necessidade de rápido acesso ao doente crítico implica uma exposição da pessoa, por forma a aceder de forma rápida a acessos vasculares, linhas arteriais entre outros equipamentos invasivos e também pela necessidade de maior vigilância. Contudo, a exposição completa da pessoa é desadequada e desnecessária, mesmo durante procedimentos de *life saving*. O serviço dispunha de unidades apenas protegidas com cortinas laterais, não assegurando a privacidade ao fundo da cama, e os quartos de isolamento dispunham de porta e janela de vidro transparente. Sempre que era necessário a exposição do utente, houve o cuidado de utilizar biombos ao fundo da cama e em frente à porta e janela dos quartos de isolamento, promovendo desta forma o respeito do utente e a privacidade.

Na UCIC o período de internamento é em geral reduzido, o que confere uma elevada rotatividade de doentes. Apesar deste tempo limitado de permanência na unidade, o período

de internamento era particularmente intenso e desafiante na interação com o utente. Durante o EC partilhou-se em equipa a preocupação de adequar os cuidados à PSC sempre com respeito pela intimidade e dignidade humana.

A abordagem à PSC no decorrer de todos os EC, tal como, no contexto de trabalho, é sempre iniciada com a apresentação do enfermeiro. É frequente, por parte dos utentes, a manifestação da dificuldade na identificação dos vários profissionais de saúde. A utilização de fardamento idêntico ou a não utilização de cartão de identificação contribuem para esta dificuldade na identificação dos profissionais. Nesta abordagem confirma-se a identidade do utente e em simultâneo explicam-se os procedimentos que estão a ser realizados com o objetivo de obter o consentimento informado por parte do utente. O consentimento informado é um processo comunicacional, contínuo e participado, através da interação instituída entre o profissional de saúde e a pessoa (DGS, 2015). No entanto, este processo nem sempre é possível de concretizar, nomeadamente em situações em que a PSC, se encontra inconsciente ou sedada. Neste caso adota-se o consentimento presumido, onde se assume que a pessoa que procura cuidados de saúde consentiria caso conhecesse as circunstâncias em que o procedimento diagnóstico ou terapêutico é realizado (DGS, 2015).

2.2 DOMÍNIO DA MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE

Para a OMS, o conceito de qualidade identifica-se com cuidados que devem ser eficazes, eficientes, acessíveis, aceitáveis, centrados no utente, equitativos e seguros. Neste sentido a OMS (2020) define cuidados de qualidade, quando estes são coerentes com as políticas de saúde. Cuidados de saúde eficazes, se prestados com base na evidência científica e a todos aqueles que necessitam. Seguros, ou seja, sem prejudicar os destinatários dos cuidados. Centrados nas pessoas, por forma a responder às preferências, necessidades e valores de cada indivíduo. Oportunos, reduzindo os tempos de espera, demoras prejudiciais, tanto para os que recebem como para os que prestam os cuidados. Cuidados de saúde equitativos, que não variam em função da idade, sexo, género, raça, etnia, localização geográfica, religião, estatuto socioeconómico, questões linguísticas ou filiação política. Integrados, prestados em coordenação com os vários níveis de cuidados. E ainda, eficientes, maximizando o benefício de recursos disponíveis e evitando o desperdício (Organização Mundial Saúde, 2020).

A qualidade em saúde é um desafio multiprofissional, nomeadamente para os enfermeiros que exercem a sua atividade na prestação e gestão dos cuidados. A implementação de projetos de qualidade nas instituições de saúde devem englobar um compromisso para a criação de ambientes favoráveis à sua implementação e consolidação. Aos enfermeiros, a qualidade exige a reflexão sobre as práticas (OE, 2001). A definição dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados reitera a adoção do enquadramento conceptual dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, que assenta na saúde, na pessoa, no ambiente e nos cuidados de enfermagem. A formação especializada em enfermagem contribui para o desenvolvimento profissional do enfermeiro especialista, diversificando o conhecimento, as competências, o pensamento crítico, bem como, a melhoria na resolução de problemas e na tomada de decisão. (Silva et al., 2018). Neste sentido o EE é um agente capacitado na colaboração e implementação de processos melhoria continua da qualidade.

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026) preconiza a formação e atualização contínua dos profissionais de saúde, de forma que os utentes possam usufruir de um sistema seguro, adequado e assente na evidência científica, em valores humanos e na avaliação contínua da qualidade. Os pilares de intervenção são: Cultura e Segurança; Liderança e Governança; Comunicação; Prevenção e Gestão de Incidentes de Segurança; Práticas Seguras em Ambientes Seguros (Despacho n.º 9390/2021, 2021).

O centro hospitalar onde decorreram os EC, dispunha de orientações, normas e instruções de trabalho instituídas e atualizadas periodicamente, de acordo com a evidência científica. Apesar de existirem normas direcionadas e específicas em cada serviço, estas estão disponíveis para todos os profissionais de saúde. A aplicação de normas e procedimentos instituídos, visa a diminuição de eventos adversos e erros decorrentes da prestação de cuidados.

O contexto e ambiente da prestação de cuidados do SUMC, pela sua grande afluência de utentes e elevada permanência destes poderá contribuir para a ocorrência de erro. Contudo a adoção e implementação das orientações e normas de trabalho instituídas, focadas nas metas internacionais para a segurança do doente, designadamente, doentes corretamente identificados, melhoria da comunicação eficaz, melhoria da segurança dos medicamentos, cirurgia e procedimentos invasivos seguros, redução do risco de infeção associadas aos

cuidados de saúde e redução do risco de lesões resultantes de quedas em doentes, contribuem para um ambiente de segurança para os utentes e também para os profissionais.

Também no contexto de melhoria continua da qualidade, se centram os registos de enfermagem. No SMI os registos são efetuados na plataforma *B-Simple*[®] adaptado ao contexto de cuidados intensivos, onde se encontravam integrados um conjunto de diagnósticos e intervenções padronizadas, que podiam sempre ser adequados à condição clínica de cada utente. Também mediante o pensamento crítico, desenvolvido pelo EE, advém uma análise da evolução, de cada situação clínica, com adequação do planeamento de cuidados. Em contexto de transmissão de informação, de forma segura, a passagem de turno era realizada no SMI pelo método ISBAR (DGS, 2017).

Durante o EC identificou-se um vasto número de procedimentos e protocolos instituídos nos serviços, alguns dos quais em atualização, pela evolução constante da evidência científica. sobre os quais toda a equipa debatia. Houve a oportunidade de discutir alguns dos procedimentos com o orientador nomeadamente sobre a terapêutica nutricional entérica no doente crítico, que foi alterado no decurso do EC. Este protocolo de nutrição entérica foi introduzido no SMI durante o EC e baseia-se na avaliação de risco nutricional de cada utente e no fornecimento de energia adequada às suas necessidades metabólicas, tendo em conta a condição de disfunção multiorgânica e a avaliação da tolerância (Singer et al., 2019).

O centro hospitalar é uma instituição de saúde acreditada, o que se traduz no cumprimento de padrões de qualidade. Este processo é repetido a cada três anos por forma a validar a acreditação. Durante o período de EC na UCIC, houve a oportunidade de participar na preparação do serviço para uma nova auditoria. Apesar de ser um processo contínuo, a preparação para uma auditoria de reacreditação envolve todos os profissionais da instituição no sentido da melhoria continua da qualidade. Neste sentido foi possível colaborar na verificação da conformidade dos equipamentos críticos da unidade, ventiladores, monitores, seringas infusoras e bombas perfusoras. Estes equipamentos carecem de uma manutenção periódica, segundo indicações do fabricante e os profissionais de saúde devem demonstrar competências adquiridas através de formação teórica e de manuseamento dos equipamentos.

O sistema de notificação da DGS - NOTIFICA[®], é um sistema destinado à notificação e gestão de incidentes ocorridos nos serviços de saúde, onde profissionais de saúde ou cidadãos podem reportar incidentes relacionados com a segurança do doente na prestação de cuidados de saúde. O sistema é anónimo e não punitivo, não pretende encontrar culpados, mas sim aprender com o erro (DGS, 2022a). Outros sistemas de notificação de incidentes estão acessíveis aos profissionais de diferentes instituições de saúde., onde os profissionais podem notificar a ocorrência de diferentes tipos de incidentes, relacionado com o risco clínico ou outro tipo de riscos. Estes sistemas funcionam com o mesmo objetivo de melhoria contínua da qualidade, através do gabinete de gestão do risco clínico, onde são analisados os incidentes.

2.3 DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS

A organização dos métodos de trabalho adotados pela equipa de gestão, vai de encontro às necessidades identificadas e visa dar a melhor resposta em termos de cuidados. Para tal, o gestor dispõe de vários métodos de trabalho, o método funcional, o método individual, o método de equipa e o método de responsável. Estes métodos de trabalho, podem ser divididos em dois grupos, se o foco dos cuidados é a tarefa ou a pessoa. A escolha do método de trabalho está relacionada com as necessidades e potencialidades da equipa de enfermagem, da relação com a restante equipa de saúde e com os utentes (Parreira et al, 2021). Apesar da literatura ainda referir o método da tarefa, esta terminologia não se adequa, quando o foco dos cuidados de enfermagem, é a pessoa. Neste sentido, a seleção de determinado método de trabalho reflete-se tanto nos cuidados ao utente, como nos enfermeiros e nas instituições. Desta forma, a seleção do método de trabalho do enfermeiro poderá ser decisiva para a segurança dos utentes e para a qualidade dos cuidados de enfermagem (Ventura-Silva et al., 2021).

É fundamental que a gestão em enfermagem considere a definição de prioridades, implemente e avalie a prática de enfermagem nos cuidados, que possibilitem estruturas, processos e modelos de cuidados sustentáveis (Connell et al., 2020).

Durante o EC do SUMC houve a oportunidade de acompanhar a coordenadora de equipa e colaborar nas funções de coordenador de turno na gestão dos recursos materiais e humanos do serviço, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a

segurança e qualidade dos cuidados e das tarefas delegadas. Por delegação entende-se a deslocação, para um indivíduo competente, da autoridade para realizar determinada tarefa de enfermagem, identificada numa situação concreta e sempre sob a supervisão, orientação, avaliação e acompanhamento pelo enfermeiro, do desempenho da tarefa delegada (OE, 2007). As funções do enfermeiro coordenador, são delegadas pelo enfermeiro gestor, a enfermeiros com competência no âmbito da gestão, com ênfase em cuidados de enfermagem seguros e de qualidade.

O cálculo do número de enfermeiros nos serviços de urgência, tinha por base o número de postos de trabalho, bem como a ponderação da casuística e fluxos de procura ao longo do dia, da semana e do mês. Por outro lado, as competências profissionais, a arquitetura da instituição, a desconcentração de serviços, a formação e a investigação a realizar, são também aspetos a ter em conta no cálculo das dotações seguras (Regulamento n.º 743/2019, 2019)

No papel relevante do enfermeiro coordenador, destacam-se as suas competências académicas e técnicas, aliadas a experiência adquirida no serviço, o que permite uma gestão otimizada das várias áreas de prestação de cuidados. Por exemplo, no SUMC a alocação de utentes, nas áreas que melhor se adequam a cada situação clínica e não apenas a alocação à área a que corresponde a pulseira atribuída na TM. Também a capacidade de gerir um serviço, com a afluência aumentada que caracterizou o SUMC, traduziu-se na oportunidade de colaborar neste exercício e permitiu perceber a complexidade desta função e, em simultâneo, o desafio de ser enfermeiro coordenador.

Nas áreas de maior afluência e permanência de utentes, nomeadamente a área amarela utilizava-se o método de trabalho em equipa. A distribuição dos enfermeiros pelos vários setores, incluía um enfermeiro responsável, que efetua a distribuição do trabalho pelos vários enfermeiros alocados. No entanto, com frequência, este método, acaba por sofrer um desvio para o método funcional, com o desenvolvimento de algumas atividades, junto da pessoa. Era frequente verificar que alguns elementos de outras áreas, quando disponíveis, se deslocavam para a sala amarela para colaborar, estes enfermeiros desenvolviam algumas atividades, em colaboração com o enfermeiro responsável da área. A sobrecarga de trabalho originava esta forma de trabalho, que não sendo focada no utente individualizado, como se pretende, acabava por dar resposta às necessidades imediatas do serviço e, por fim, à pessoa. Contudo

é conhecido que este tipo de contexto é favorável à ocorrência de erros na prestação de cuidados. No sentido inverso, podemos constatar que o método de trabalho individual aplicado na SMI, na UCIC e sala de emergência do SUMC, focado na pessoa e em todo o processo de planeamento de cuidados é favorável aos cuidados de saúde e à segurança.

Para assegurar que o doente recebe os melhores cuidados possíveis é necessário a conceção de ambientes favoráveis à prestação de cuidados. A sobrecarga de trabalho pode resultar em cuidados de enfermagem omissos. Deve ser inculcada uma cultura de qualidade e segurança para garantir que quaisquer falhas sejam comunicadas, analisadas e usadas como processo de crescimento profissional e não numa cultura punitiva (Braga et al, 2018). É necessário que, os enfermeiros da prestação de cuidados sejam implicados na análise dos eventos notificados. Neste sentido, os enfermeiros gestores devem envolver os enfermeiros da equipa na aplicação das políticas e divulgar os resultados dos relatórios de segurança, com a finalidade de criação uma cultura de segurança e não punitiva, por forma a envolver os enfermeiros no processo, passando a mensagem que a comunicação de erros, sem medo, leva à reflexão e adoção de medidas de segurança. Os erros comunicados devem ser analisados para identificar as suas causas e melhorar a cultura de segurança (Eltaybani et al., 2020).

A gestão de cuidados implica vários níveis de atuação, todos importantes e complementares. No SMI a enfermeira gestora do serviço era especialista EMC, como preconizado pela Ordem dos Enfermeiros. A liderança em enfermagem é um dos focos fundamentais, quando se procura o desenvolvimento de serviços de saúde eficazes e relevantes para o utente e família (ICN, 2022). Em colaboração com a enfermeira em funções de gestão, existiam duas enfermeiras que colaboravam na gestão do serviço, no turno da manhã, que apesar de não serem especialistas, adquiriram competências pela sua experiência profissional. A enfermeira perita tem uma vasta experiência, analisa e desenvolve soluções para cada situação com base na sua experiência profissional (Benner, 2001). A função de coordenação de turno, era cumprida ao longo das 24 horas, com aspetos distintos em cada turno. Esta função era desempenhada por EE ou peritos e apesar da distribuição de doentes ser feita pela enfermeira gestora, era possível que houvesse uma redistribuição de acordo com resultados positivos de culturas bacterianas, com transferências ou entradas de novos utentes. Este processo era dinâmico e apesar de haver um enfermeiro responsável, permitia uma cultura de segurança, que é mais evidente no EE do SMI.

No SMI existiam procedimentos específicos e da responsabilidade do enfermeiro gestor e coordenador, mas que toda a equipa tinha conhecimento, nomeadamente com os equipamentos críticos. Foi possível colaborar com a enfermeira gestora no procedimento de utilização de broncofibroscópio, que se encontrava num ambiente protegido. A manipulação de qualquer equipamento crítico exige um procedimento protocolizado para a sua utilização, limpeza e descontaminação, por forma a manter a sua funcionalidade nas melhores condições e em segurança para o utente.

Ainda neste serviço, o enfermeiro coordenador e o enfermeiro gestor participavam na passagem de turno com a equipa médica, o que permitia um papel mais participativo na equipa multidisciplinar, cumprindo a função de elo de ligação com a restante equipa.

Os enfermeiros têm estado na vanguarda da transformação e da reforma para melhorar a saúde e o bem-estar dos indivíduos e das comunidades. Sempre que existem desafios, os enfermeiros têm estado proactivamente envolvidos no desenvolvimento de soluções adequadas e realistas (ICN, 2022). O desafio da liderança em enfermagem passa não só pela gestão de topo, mas também e não menos importante pela gestão de serviços e até mesmo pela coordenação de turno. Neste sentido, o EE destaca-se pelas suas competências na gestão e coordenação. Durante todos os EC foi possível colaborar com os enfermeiros orientadores nas funções de coordenador de turno, na gestão dos recursos materiais e humanos do serviço, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade dos cuidados.

A gestão do serviço passa pela organização do mesmo, elaboração de escalas e adequação dos recursos humanos às necessidades do serviço. Com base na classificação adotada pela Sociedade Europeia de Cuidados Intensivos, a Ordem dos Enfermeiros recomenda que sejam utilizados os rácios enfermeiro de acordo com a tipologia de Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) e da sua necessidade clínica (OE, 2019). Este SMI está enquadrado na tipologia de UCI de nível III, ou seja, dispõe de equipas médicas e de enfermagem dedicadas, que asseguram assistência médica qualificada por intensivista e em presença física nas 24 horas.

Existem vários instrumentos que permitem a mensuração da carga de trabalho dos enfermeiros em unidades de cuidados intensivos, esta avaliação pode utilizar instrumentos de medida que avaliam cuidados de enfermagem selecionados previamente, de forma direta,

como por exemplo a TISS 28 - *Therapeutic Intervention Scoring System 28* ou por instrumentos de medida que mensuram a carga de trabalho por intermédio do tempo de execução de práticas de enfermagem, como por exemplo a NAS - *Nursing Activities Score* (Macedo et al., 2021). No SMI, apesar de não ser usado nenhum dos instrumentos de mensuração da carga de trabalho dos enfermeiros, a distribuição dos utentes pelos enfermeiros é efetuada com o cuidado de não atribuir dois utentes mais dependentes pelo mesmo enfermeiro. É também tido em conta a existência de utentes infetados ou colonizados com microrganismos multirresistentes. Apesar de serem critérios válidos para a distribuição de utentes pelos enfermeiros, o mais eficiente seria usar um dos instrumentos validados para a população portuguesa.

Na UCIC, dada a escassez de EE em EMC, a coordenação de turno era realizada por um enfermeiro perito. A UCIC é uma unidade de nível II e de acordo com a OE metade dos enfermeiros deveriam ser EE em EMC preferencialmente na área da PSC (OE, 2019). É função do enfermeiro coordenador de turno a gestão de recursos humanos e materiais, controlo e registo de medicação estupefaciente. Na UHICV a gestão e coordenação não se aplica à coordenação de uma equipa, mas à gestão e alocação dos utentes após a realização da intervenção. Apesar do funcionamento diário da UHIVC ser para procedimentos eletivos e de diagnóstico, alguns utentes necessitavam de internamento após o procedimento. A decisão de internamento é um ato médico, no entanto o EE tem as competências necessárias para gerir a alocação em função das necessidades de vigilância e tratamento dos utentes. A oportunidade em colaborar nesta atividade permitiu a perceção da complexidade desta função e em simultâneo o desafio que é ser enfermeiro coordenador.

2.4 DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS

À medida que continuamos a enfrentar os desafios atuais e as crescentes exigências de saúde das nossas populações, adaptando-nos a novos tratamentos e tecnologias colaborando entre os vários setores, onde se torna essencial que os enfermeiros tenham bases educacionais sólidas. Isto inclui formação académica superior, pós-graduações e o desenvolvimento profissional contínuo (ICN, 2022).

O enfermeiro especialista tem a responsabilidade de levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem (OE,

2019). A formação contínua e o envolvimento da equipa em vários grupos de trabalho sobre as diferentes áreas de interesse (Vias Verdes, Triagem de *Manchester*, Sala de Emergência, Gabinete de Informações, entre outros) permite à equipa de enfermagem trabalhar temas pertinentes e atuais, que em formato de formação em serviço, são partilhados com a restante equipa. Neste sentido houve a oportunidade de participar como formanda na apresentação do programa de implementação da Via Verde Sépsis (VV Sépsis), que aguardava validação para ser iniciado no SUMC. Do mesmo modo houve a oportunidade de colaborar como formadora, com outros colegas a realizar EC, na apresentação da formação com o tema Comunicação no Serviço de Urgência- Estratégias Facilitadoras (Apêndice I).

A complexidade dos cuidados à PSC no contexto do SMI envolve um aprofundamento constante das competências teóricas, baseadas na melhor evidência científica e em *guidelines* mais recentes, com o intuito de proporcionar cuidados de elevado grau de diferenciação, conferindo visibilidade à especialização em enfermagem à PSC pela excelência do cuidar. Ao longo do EC, houve a oportunidade partilhar alguns momentos de reflexão e discussão, como por exemplo de uma PSC do foro neurocirúrgico. Apesar do SMI não ter a especialidade médica de neurocirurgia, é frequente a permanência de utentes com esta condição clínica no serviço. Na sequência do debate sobre boas práticas de cuidados à PSC com Traumatismo Cranioncefálico (TCE), analisou-se um documento de consenso, onde vários especialistas, destacam algumas diretrizes para o tratamento e encaminhamento da PSC com TCE em hospitais sem a especialidade de neurocirurgia. Algumas das recomendações, prendem-se com o controlo de valores de sódio, da temperatura corporal, de saturação periférica de oxigénio e a avaliação sistemática de *Glasgow Coma Scale* (GCS) e reação pupilar (Picetti et al., 2023). Tinha-se verificado que nem sempre a avaliação da GCS era efetuada e em substituição era avaliada a *Richmond Agitation Sedation Scale* (RASS). A escala de sedação RASS, foi validada para detetar alterações na condição de sedação ao longo da permanência em UCI, correlacionada com a dose de medicamentos sedativos e analgésicos administrada (Ely et al., 2003). Apesar da GCS ter algumas limitações como por exemplo a difícil aplicação em doentes sedados e entubados orotraquealmente, a avaliação da componente motora pode ser importante como preditor de resultados após o trauma (Gabbe et al., 2003). Assim, e segundo as recomendações mais recentes, continua a ser pertinente e adequada a aplicação das GCS em simultâneo com a RASS em PSC vítima de trauma, nomeadamente com TCE. Neste

sentido, foi desenvolvida uma ação de formação em serviço com o tema “O Doente com Trauma no SMI” (Apêndice II).

O EE tem a responsabilidade de levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem (OE, 2019). A formação contínua e o envolvimento em equipa, demonstrado nas competências, nomeadamente de manuseamento e verificação diária de equipamentos críticos. A operacionalidade dos equipamentos utilizados em contexto de atuação com a PSC é da responsabilidade de todos os enfermeiros que exercem as suas funções na prestação e gestão de cuidados à PSC, ou seja, do EE na área da PSC. Esta premissa é particularmente importante quando nos referimos aos equipamentos utilizados pela equipa de emergência Intra hospitalar, que é constituída por um médico e um enfermeiro do SMI e que deve de estar em prontidão permanente.

3. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRURGICA NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

A PSC é aquela cuja vida se encontra 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. Neste sentido, os cuidados prestados à PSC, são altamente qualificados, prestados de forma contínua, como resposta às necessidades afetadas, que permitem manter as funções básicas de vida, com o objetivo de prevenir complicações (OE, 2018).

O enfermeiro especialista em EMC à PSC cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, otimiza o ambiente e os processos terapêuticos; dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação e maximiza a prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa a vivenciar processos médico e/ou cirúrgicos complexos (OE, 2018).

Neste capítulo, pretende-se realizar uma análise reflexiva das atividades desenvolvidas para a concretização das competências do enfermeiro especialista na área de enfermagem à PSC.

3.1 CUIDA DA PESSOA, FAMÍLIA/CUIDADOR A VIVENCIAR PROCESSOS COMPLEXOS DE DOENÇA CRÍTICA E/OU FALÊNCIA ORGÂNICA

Durante os três EC houve a oportunidade de desenvolver as competências exigidas ao EE em EMC à PSC. As atividades desenvolvidas são específicas de cada campo de estágio, mas simultaneamente complementares, representando o percurso da PSC no sistema de saúde.

A TM utilizada no SUMC, difere da triagem que é utilizada no meu contexto laboral, pela especificidade dos encaminhamentos. Não é um procedimento estanque. Existem periodicamente alguns ajustes no encaminhamento, da responsabilidade do diretor clínico e são elaborados de acordo com a permanência, ou não, de algumas especialidades médicas no SUMC. Neste sentido existia uma grelha de encaminhamento, elaborada pela diretora do serviço, de acordo com o fluxograma/discriminador escolhido e com o início dos sintomas. A triagem e a consequente atribuição de prioridades nem sempre são lineares e muitas vezes carecem de algum discernimento e conhecimentos em detetar precocemente focos de

instabilidade. Neste sentido, a triagem de prioridades nas urgências de adultos, recomenda-se que seja assegurado, preferencialmente, por EE em EMC, na área de Enfermagem à PSC (OE, 2019).

Com frequência a abordagem inicial da PSC é realizada na sala de emergência (SE), e nesta situação, a TM é efetuada fora do gabinete de triagem. A abordagem é feita segundo a metodologia ABCDE: A - *Airway* (via aérea); B - *Breathing* (respiração); C - *Circulation* (circulação); D - *Disability* (disfunção neurológica); E - *Exposure* (exposição). A avaliação inicial deve ser exaustiva e sistemática, rápida e sólida garantindo que os problemas que ameaçam a vida são identificados e tratados em primeiro lugar, antes de serem efetuadas outras avaliações. Para além disso, a avaliação inicial deve incluir uma avaliação física completa e por fim a documentação da observação realizada (Baid et al., 2016). Na abordagem da PSC é utilizada a metodologia “ABCDE” estabelecida pelo *American College of Surgeons*, que surge da adaptação do modelo anterior “ABC” da *American Heart Association* e que consiste na abordagem sequencial da via aérea, respiração e circulação, com vista a reconhecer rapidamente riscos e iniciar de imediato as medidas adequadas de estabilização. No modelo “ABCDE” a abordagem é realizada sequencialmente identificando e corrigindo situações de risco de vida, com início na via aérea e controlo da coluna cervical, ventilação e oxigenação, assegurar circulação com controlo de hemorragia, disfunção neurológica e exposição com controlo da temperatura. Este é o modelo reconhecido e recomendado em Portugal (Ordem dos Médicos, 2009).

Em situações de trauma com hemorragia, é adicionado o X ao ABCDE, onde se realiza uma avaliação da PSC com controlo de hemorragia exsanguinante, ou seja, a abordagem de referência do ABCDE é ligeiramente alterada. A hemorragia pode ser catastrófica e se não for abordada de imediato, a PSC poderá não sobreviver (Lavado, 2021). Neste âmbito houve a oportunidade de colaborar, nos cuidados a uma PSC no contexto de choque hipovolémico, associado a hemorragia interna. Apesar do centro hospitalar não ser um centro de trauma de referência e a Via Verde Trauma (VVTrauma) não estar implementada, foi possível estabilizar a utente, recorrendo à administração de ácido tranexâmico (disponível apenas no bloco operatório), unidades de concentrado eritrocitário, plasma, plaquetas e ainda a administração de fibrinogénio humano e fatores de coagulação humana II, VII, IX e X. Foi possível, deste

modo, estabilizar e transferir a utente para o centro de trauma de referência, com acompanhamento de médico e enfermeiro. Embora com sucesso na estabilização desta vítima, este caso poderia ter um desfecho diferente, pelo acesso longínquo ao ácido tranexâmico, que numa perspetiva de melhoria poderá ser armazenado na SE, uma vez que a sua administração, é recomendada o mais precoce possível (Gayet-Ageron et al., 2018).

Com a oportunidade de realizar vários turnos na SE, onde por excelência é efetuada a primeira abordagem à PSC, verificou-se, contudo, com alguma frequência situações de deterioração do estado clínico dos utentes em outras áreas do SUMC. Exercer funções de enfermeiro num serviço de urgência exige um elevado nível de competência, perícia e especialização, sendo este essencial na identificação dos sinais e sintomas de deterioração clínica. A capacidade de identificar e dar sentido aos dados observados têm um enorme impacto na tomada de decisão do enfermeiro (Pinto et al., 2021).

O EC que decorreu no SUMC, foi rico em oportunidades para aplicar os conhecimentos técnico-científicos adquiridos. A gestão de processos terapêuticos complexos, englobam a abordagem, o planeamento e encaminhamento da PSC para a realização de exames complementares de diagnóstico e tratamentos dirigidos, nomeadamente o protocolo VV Coronária, Via Verde AVC (VVAVC). No SUMC houve a oportunidade de acompanhar utentes na realização de Tomografia Axial Computorizada – Craneoencefálica (TAC-CE) e posteriormente a transferência para a Unidade de Cuidados Agudos Polivalente (UCAP). Em relação à VV AVC apesar de ser frequente a sua ativação quer na triagem, quer no pré-hospitalar, não houve a oportunidade de verificar nenhuma situação em que fosse indicado o protocolo de fibrinólise.

A VV Coronária, tem o seu início, com frequência no pré-hospitalar e por isso o encaminhamento é feito diretamente do exterior para a sala de hemodinâmica. Não houve a oportunidade de acompanhar nenhuma PSC, nesta situação do SUMC para a UHICV, mas houve a oportunidade de receber um utente cuja VV foi ativada no SUMC e acompanhar o processo de tratamento na sala de hemodinâmica e posteriormente o acompanhamento durante o internamento em UCIC. O papel do EE destaca-se pela capacidade de identificar focos de instabilidade antes, durante e após a realização da intervenção coronária. A atuação

do EE engloba a avaliação da dor, essencial para identificar o início do evento cardiovascular, para avaliar o efeito das intervenções terapêuticas aplicadas e a eficácia das mesmas.

A intervenção na gestão da dor com medidas farmacológicas e não farmacológicas, é concretizada através da avaliação e reavaliação da dor de forma regular e sistematizada. No SUMC as escalas utilizadas eram a Escala de Avaliação Numérica (EAN), Escala Visual Analógica (EVA) e Escala de Faces *Wong Baker*, que são escalas de autoavaliação da dor. O controlo inadequado da dor pode ter consequências graves, como a ansiedade, violência, agressão, angústia para o utente e família, e ainda, a deterioração da condição clínica. O desafio principal na gestão da dor, é a adequada avaliação, que deve ter em conta as variáveis: idade, cultura, experiências anteriores de dor, nível de ansiedade e a capacidade de utilizar instrumentos de avaliação da dor (Baid et al., 2016). A escala utilizada no SMI era a *Behavioural Pain Scale* (BPS), escala desenvolvida para avaliação da dor em utentes sob ventilação mecânica, incapazes de comunicar verbalmente, sedados e inconscientes. Os utentes admitidos no SMI, encontram-se maioritariamente sedados, analgesiados e por vezes curarizados, conectados ao ventilador sob ventilação mecânica invasiva (VMI). A VMI só por si, é um procedimento doloroso e desconfortável, que associado a outros procedimentos invasivos terapêuticos e de diagnóstico, potenciam a dor na PSC, apesar de terem instituída terapêutica analgésica.

A PSC no SMI, pela instabilidade do seu estado clínico tem tubo orotraqueal (TOT) ou traqueotomia, Cateter Venoso Central (CVC), Linha Arterial (LA). Nestes procedimentos invasivos, a colocação e manutenção é suscetível de provocar dor, neste sentido, a avaliação sistemática da dor através da BPS, permite ao EE adequar as intervenções farmacológicas e não farmacológicas na prestação de cuidados à PSC.

Apesar de já ter trabalhado, anteriormente, numa unidade de cuidados intensivos, a evolução de técnicas, equipamentos e registos informatizados evoluíram bastante, de tal forma que o EC foi a soma de muitas aprendizagens novas, evidenciadas na evolução da própria enfermagem. Neste sentido, houve a oportunidade de prestar cuidados ao doente ventilado, avaliação adequada da adaptação do doente ao equipamento, da higiene oral, aspiração do TOT e verificação de insuflação de *cuff*, segundo o protocolo instituído no serviço da redução de pneumonias associadas ao ventilador (PAV). Posteriormente foi possível adquirir

competências que permitiram relacionar valores da gasometria com os parâmetros da ventilação. Com a realização da gasometria, é possível também identificar desequilíbrios ácido-base ou eletrolíticos. O serviço tinha um protocolo de realização de gasometria, que era realizada pelo menos uma vez por turno para verificar a necessidade de reposição de potássio. A administração de soluções concentradas de cloreto de potássio é um procedimento sujeito a vários momentos de confirmação, nomeadamente a confirmação do utente, da dose, da via de administração e também do armazenamento e acessibilidade, pelo alto risco associado aos concentrados de eletrólitos.

Uma das metas internacionais da segurança do doente, é a melhoria da segurança dos medicamentos. Neste sentido o SMI dispunha de áreas individualizadas de armazenamento de soluções concentradas de eletrólitos, com identificação através de sinalética de alerta e rotulagem que indicavam a necessidade de diluição destas soluções. O uso de medicamentos tornou-se cada vez mais complexo, e os erros de medicação são uma das principais causas de danos evitáveis. Um sistema uniformizado para distribuição e dispensa de medicamentos pode ajudar a reduzir o risco de erros de medicação (World Health Organization, 2019).

No SMI houve a oportunidade de colaborar na colocação e manutenção de acessos vasculares como LA e CVC. A colocação de CVC no SMI era realizada num ambiente controlado, onde o rácio de enfermeiro/utente é de 1:2 e a entrada de novos utentes era programada e acordada entre os profissionais, ao contrário da sala de emergência do SUMC, onde o rácio de enfermeiro/utente é de 1:2 ou 1:3 e a entrada de utentes acontece de forma súbita. Foi possível, também, colaborar na colocação e substituição de TOT, colocação de traqueotomia percutânea, procedimento de broncofibroscopia e colocação de cateter de diálise. Os cuidados ao doente com terapia de substituição renal são bastante complexos, o que exigiu trabalho de pesquisa e recolha de informação sobre o tema.

A PSC numa fase inicial de cuidados em unidade de cuidados intensivos, tem várias perfusões de drogas, sendo as mais usadas no SMI a noradrenalina, em contexto de instabilidade hemodinâmica; propofol ou midazolam para sedação, em associação com fentanilo ou cetamina como analgésicos. Em alternativa usa-se a dexmedetomidina, quando se pretende um nível de sedação que permita despertar o utente com estimulação verbal. A dexmedetomidina é considerado um medicamento sedativo, frequentemente utilizado em

cuidados intensivos. Existem evidências que defendem as suas propriedades neuroprotetoras em doentes com lesões neurológicas induzidas por isquémia ou sépsis. Verificam-se também melhores resultados em doentes internados em unidades de cuidados intensivos, sujeitos a VMI ou com *delirium* (Bozorgi et al., 2021).

Alguns dos doentes do SMI progrediam para a Ventilação Mecânica Não Invasiva (VMNI), durante o processo de diminuição da necessidade de suporte ventilatório. Houve a oportunidade de prestar cuidados ao utente com VMNI, bem como debater com o enfermeiro orientador as indicações de utilização desta modalidade ventilatório menos agressiva e com bons resultados quando iniciada precocemente. No processo de diminuição da dependência da PSC de processos terapêuticos como a ventilação invasiva, houve a oportunidade de colaborar na extubação de um utente, que se encontrava ventilado há algumas semanas. Acompanhar a evolução do processo terapêutico, estabelecer uma comunicação não verbal e perceber a disponibilidade de colaboração do utente, quando lhe foi explicado a intenção de retirar o TOT e restabelecer a respiração autónoma. Apesar dos valores gasométricos próximo do normal, foi preparado equipamento de VMNI, para a possibilidade de ter de recorrer ao auxílio da ventilação adicional, para além do aporte de oxigénio.

Durante o EC , foi possível acompanhar a transição do protocolo de alimentação entérica instituído no serviço, que estava indicado para utentes incapazes de satisfazer as suas necessidades nutricionais através da ingestão oral de alimentos, nomeadamente utentes entubados ou traqueotomizados, com doenças crónicas degenerativas, utentes com estados hipermetabólicos e utentes com digestão ou a absorção comprometida, este protocolo previa a aumento do débito da alimentação entérica até ao alvo de 60ml/h. Posteriormente foi implementado um protocolo com avaliação do risco nutricional através da – *NUTRIC Score* (Heyland et al., 2011), avaliação do peso atual e ideal e as necessidades nutricionais de cada utente. A utilização de um instrumento de avaliação do risco nutricional em PSC internadas em UCI, permite a avaliação de risco de mortalidade associado à desnutrição, permitindo a instituição de terapia nutricional precocemente, melhorando o prognóstico de utentes classificados com scores de alto risco (Domenech-Briz et al., 2023). Associado ao protocolo da alimentação entérica e quando necessário a PSC inicia o protocolo de perfusão de insulina, que estava implementado no SMI. Era o protocolo *Yale* adaptado, que visava concentrações

de glicose no sangue entre 120 a 160 mg/dl. Era indicado para utentes adultos em UCI com hiperglicemia, mas contraindicado para utentes com emergências diabéticas tais como cetoacidose diabética e estados hiperosmolares. Deve ser iniciado após duas avaliações consecutivas de glicémias superiores a 180mg/dl e suspenso se glicémia entre 75 e 99mg/dl. O protocolo *Yale* revisto é adequado na manutenção de glicémias apropriadas a PSC e apto para ser aplicado em UCI com enfermeiros qualificados em doentes críticos (Shetty et al., 2012). O EE na gestão de processos terapêuticos complexos, mobiliza conhecimentos e competências baseadas na melhor evidência científica.

Embora não haja especialidade de neurocirurgia no centro hospitalar, o utente neurocrítico é, contudo, internado no SMI, a cargo da equipa de intensivistas, apoiada pela especialidade de neurocirurgia por telemedicina. As recomendações para hospitais sem esta especialidade passam pela necessidade de serviço de telemedicina, a transferência para unidade com neurocirurgia de utentes com potencialidade de recuperação, e que só poderá ser efetivada mediante confirmação de vaga disponível para receber o utente. Independentemente da transferência da PSC para uma unidade neurocrítica, a sedação e VMI são mandatórias, a manutenção da Pressão Arterial Sistólica (PAS) superior a 110mmHg e Pressão Arterial Média (PAM) superior a 80mmHg, a avaliação sistemática da escala de coma de Glasgow e exame pupilar, o alinhamento e elevação da cabeça com cabeceira a 30º a 45º, a manutenção da temperatura corporal central a baixo de 37,5ºC, saturações periféricas de oxigénio acima de 94% e níveis séricos de sódio entre 140 e 145 mEq/L (Picetti et al., 2023).

Daqui se conclui que o utente neurocrítico, que permanece neste SMI, muitas vezes não apresenta potencial de recuperação e pode, portanto, entrar no protocolo de potencial dador. É considerado potencial dador o utente com compromisso neurológico grave, com classificação de Escala de Coma de *Glasgow* menor ou igual a 5, de etiologia conhecida e irreversível, com possível evolução para Morte Cerebral. O conceito de morte do tronco cerebral ou cerebral global, é aceite universalmente por razões éticas e também por razões práticas, no intuito da necessidade de obtenção de órgãos para transplantação (Gonçalves, 2007). De seguida inicia-se o processo de manutenção de potencial dador de órgãos, se a PSC não tiver registado no RENNDA – Registo Nacional de Não Dador. Durante o EC houve a

oportunidade de colaborar no protocolo com um utente com traumatismo crâneoencefálico sem potencial de recuperação, pelo que não foi transferido para um hospital com a valência de neurocirurgia. Ainda na fase de potencial dador, a família foi contactada e informada do mau prognóstico e da possibilidade de entrar no protocolo de manutenção de dador de órgãos. A família teve a oportunidade de se despedir e de iniciar o seu processo de luto. A qualidade da prestação de cuidados aos utentes com morte cerebral e potenciais dadores de órgãos e tecidos é fundamental para o sucesso da transplantação (Da Silva et al., 2017).

O EE sabe conciliar as estratégias técnicas e científicas para a manutenção de um dador de órgãos, sem negligenciar o apoio e cuidado à família.

As competências de comunicação que o EE desenvolve durante a sua formação, são passíveis de implementação nos vários contextos de cuidados à PSC e família. No SUMC o contacto com a família foi realizado através do gabinete de informações, onde o enfermeiro transmitia a informação ao acompanhante de referência, quer presencialmente, quer via telefónica. Salvaguardando sempre situações particulares de elevada criticidade do estado clínico do utente, sem com isso comprometer a prestação de cuidados de qualidade dos restantes utentes e sem prejudicar a individualidade e a privacidade dos mesmos.

A comunicação de más notícias também foi uma atividade que foi possível desenvolver nos três locais de EC, apesar da diversidade de contextos a PSC e família, são frequentemente sobrecarregadas com muita informação e por vezes é necessária ajuda do EE para assimilar e processar a informação recebida. Apesar de não ter comunicado o diagnóstico a uma utente que sofria de Síndrome de Brugada, internada na UCIC, aplicou-se posteriormente o protocolo SPIKE: **S** *Setting* preparar a entrevista; **P** *Perception* avaliar a perceção da pessoa sobre a doença; **I** *Invitation* convidar para o diálogo; **K** *Knowledge* transmitir conhecimento/informação; **E** *Emotions* permitir a expressão de emoções; **S** *Strategy* estabelecer estratégias e sumário de informações. Este protocolo desenvolvido em 1992 por Buckman é uma estratégia de comunicação de más notícias, que requer o desenvolvimento de competências adequadas à particularidade de cada indivíduo (Galvão et al, 2015). Após o momento em que a utente recebeu a notícia, esta manifestou alguma ansiedade relacionada com o diagnóstico e a perspetiva de vida futura própria e familiar. O EE na área da PSC tem as competências para abordar esta temática e neste sentido, foram esclarecidas algumas dúvidas que ainda persistiam, foram fornecidas informações

científicas e em equipa permitiu-se a visita do familiar escolhido pela utente para partilhar esta informação. O apoio contínuo e a presença da equipa de saúde foram fundamentais para a aceitação do estado de saúde e do plano terapêutico. No processo de transição, os utentes e família valorizam uma comunicação transmitida por um profissional de saúde de referência, de forma clara, bem como, o suporte e a proximidade no período após a comunicação (Apolónia et al., 2018).

Neste sentido, o EE em parceria com o médico é um elemento fundamental no âmbito da comunicação de más notícias, não só pelos seus conhecimentos técnico científicos, mas também pela presença na continuidade de cuidados.

A UCIC recebe utentes do foro cardíaco, nomeadamente doença cardíaca isquémica e insuficiência cardíaca aguda, provenientes da UHICV, do SUMC, dos serviços de internamento e dos SUB. Houve a oportunidade de acompanhar a intervenção e identificar o restabelecimento da circulação nas artérias coronárias, através dos registos eletrocardiográficos. O restabelecimento do segmento ST no traçado cardíaco, permite perceber que após a desobstrução da coronária, o traçado eletrocardiográfico deixa de apresentar a elevação do segmento ST. Posteriormente acompanhar a recuperação da PSC no internamento em UCIC, momento fundamental para iniciar a abordagem da necessidade de autogestão do regime terapêutico, que inclui a autogestão do regime medicamentoso, regime dietético, regime do exercício e cessação tabágica. Além da oportunidade em desenvolver competências na execução de cuidados técnicos de alta complexidade específicos da prestação de cuidados à PSC do foro cardíaco, como por exemplo a colocação de pacemaker provisório e nos cuidados de manutenção destes dispositivos. Houve a oportunidade de colocar dispositivo de compressão radial e aplicar todo o procedimento até à sua retirada. A PSC do foro cardíaco exige uma vigilância apertada, por forma a antecipar complicações decorrentes de procedimento invasivos a que o utente é submetido.

3.2 DINAMIZA A RESPOSTA EM SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA, EXCEÇÃO E CATÁSTROFE, DA CONCEÇÃO À AÇÃO

Por acidente grave entende-se um acontecimento raro com efeitos relativamente limitados no tempo e no espaço, suscetível de atingir as pessoas e bens. Catástrofe é o acidente grave ou um conjunto de acidentes graves que poderão provocar elevados prejuízos materiais e,

eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido sócio económico (Lei n.º 27/2006). A raridade e imprevisibilidade destes fenómenos implica que as equipas, nomeadamente o EE na área da PSC, no âmbito das suas competências, desenvolva estratégias de preparação para este tipo de cenários, contudo, esta preparação é concretizada de uma forma mais teórica e menos prática.

A prestação de cuidados numa situação de catástrofe exige dos enfermeiros conhecimento, competência e aptidões específicas, que se traduzem numa resposta de emergência sistematizada, integrada, rápida e eficaz, devendo os procedimentos estar convenientemente treinados por forma a reduzir o impacto negativo (ICN & WHO, 2009). Neste sentido, é fundamental dotar estes profissionais de conhecimento e experiência, permitindo-lhes o desenvolvimento de competências, para intervirem correta e atempadamente, perante uma situação de catástrofe. As competências do EE à PSC preveem um conjunto de conteúdos que supera a formação de base, nomeadamente a atuação em situações de emergência, exceção e catástrofe. Com a participação a nível estratégico na elaboração e atualização dos planos de emergência e catástrofe e o planeamento da resposta através da gestão dos cuidados de enfermagem.

Por mais experiência profissional que o enfermeiro seja detentor, todas as situações multivítimas e de catástrofe são irrepetíveis, pelo conjunto de características que cada evento tem e que dificilmente será replicável. O enfermeiro enquanto gestor da situação deve ter a capacidade de avaliar e identificar as necessidades, solicitar os meios necessários e ideais para a situação. O Conselho Internacional de Enfermeiros recomenda o empenho dos enfermeiros na resposta a catástrofes e emergências, com enfoque no desenvolvimento de competências em 8 domínios, que são: Preparação e planeamento; Comunicação; Sistemas de gestão de incidentes; Segurança e proteção; Avaliação; Intervenção; Recuperação; Direito e ética (ICN, 2019)

O SUMC tinha disponível, na sala de reuniões, os *kits* de catástrofe, numerados, ordenados e prontos a serem utilizados. Cada *kit* continha cartões de identificação das vítimas, pulseiras para identificação da triagem, de acordo com o nível de prioridade, cartões de ação dos diversos responsáveis, folhas de registos de saída e entrada de utentes nos serviços e de entrada de utentes na área de catástrofe. O plano de catástrofe pode ser ativado em 3 níveis:

- Nível 1: Resposta com os meios permanentes e disponíveis no SUMC;
- Nível 2: Resposta com os recursos existentes no hospital, ativáveis e mobilizáveis;
- Nível 3: Resposta com os recursos externos, mobilizáveis em situação de emergência mediante notificação.

No sentido de treinar competências num cenário de exercício de simulação, participou-se num *table top*, em conjunto com os colegas do EC no SUMC, onde foi apresentado um cenário inicial de vários incêndios nas imediações do hospital, com a existência de estradas cortadas. Esta informação não era passível de ser confirmada, este foi o mote para iniciarmos um processo de organização do SUMC, através da discussão entre os elementos do grupo. Só posteriormente é que o cenário se desenvolveu para uma situação de chegada de 15 vítimas após um acidente de viação. Foi pedido a alocação e tratamento das vítimas no SUMC. Os objetivos de um exercício *table top* passam por organizar o trabalho em equipa, identificar os pontos fortes, ameaças, fragilidades do serviço e do plano de catástrofe e melhorar a resposta da equipa numa situação real de crise. Desta forma foi possível identificar como pontos fortes a existência de um plano de catástrofe no Centro Hospitalar, a sala de emergência não ter doentes no momento do exercício e estar disponível para as vítimas da catástrofe e ainda, a equipa de coordenação e diretora do serviço estarem no seu horário de trabalho. Como ameaça detetou-se a falta de informação oficial e a fragilidade o número de utentes a aguardar a primeira observação. Identificaram-se algumas decisões incorretas tomadas pela equipa, nomeadamente a alocação de um médico de medicina interna em vez de um cirurgião na sala de emergência. Não se recorreu à presença dos coordenadores e diretora de serviço e por último a alocação de vítimas de catástrofe pouco urgentes na área de cuidados em vez de ficarem na sala de espera. Foram encontradas algumas desatualizações no plano em uso, como por exemplo a biblioteca e a UCAP que sofreram alterações e não tinham sido atualizadas no plano, não existia uma carta de ação para o enfermeiro chefe do SUMC, e por fim, não previa a saída de utentes em caso de falha de elevadores. A elaboração deste exercício permitiu analisar e perceber a dificuldade, que é validar uma competência que está relacionada com um evento crítico que só no desenrolar do mesmo é possível avaliar a sua dimensão e que não é possível prever a sua ocorrência. Um evento que provoque grandes danos estruturais, humanos e sociais, onde quase sempre existe um desequilíbrio entre as

necessidades de cuidados e os meios disponíveis para prestar cuidados, exige uma preparação e proatividade dos EE, na área da PSC.

As situações de exceção para além de incluírem situações multivítimas vindas do exterior da instituição, também podem reportar a situações internas, nomeadamente catástrofes naturais ou estruturais que afetem as infraestruturas hospitalares. No caso concreto de um incêndio ou outra emergência com risco de vida, as equipas de saúde devem fazer uma análise rápida e ponderar o risco/benefício, não pondo em risco os profissionais, na tentativa de evacuar os utentes. A estratégia utilizada deve estar em harmonia com a operacionalização e tática a utilizar, para que os utentes não sejam evacuados demasiado cedo, ficando prejudicados pela falta de cuidados mais diferenciados, ou demasiado tarde, pondo em risco a integridade, quer dos utentes, quer dos profissionais (Kelly et al., 2021). O sucesso da evacuação de uma unidade de cuidados intensivos, durante um desastre requer preparação ativa, participação, comunicação e liderança por parte dos profissionais de cuidados intensivos. Os profissionais de saúde que desempenham as suas funções em cuidados intensivos têm a dever profissional de se tornarem mais bem treinados, preparados e envolvidos com o processo de evacuação. Só assim poderão prestar cuidados de forma contínua e segura durante uma situação de catástrofe. (King et al., 2014).

O Centro Hospitalar tem um plano de catástrofe e um plano de emergência interno, vocacionado para a evacuação em situações de incêndios. Neste plano, é contemplada a evacuação de alguns serviços com procedimentos específicos, adaptados às particularidades de alguns serviços. Nestas instruções de trabalho, está contemplado o SMI, pela complexidade da PSC, mas não há registo de destaque para a UCIC, que parece carecer também de um procedimento dirigido à especificidade do serviço. O EE na PSC tem competências que deveriam ser otimizadas na elaboração deste tipo de documentos institucionais, assim como a dinamização de exercícios de simulação. Os exercícios de simulação são fundamentais na capacitação dos profissionais para eventos catastróficos, nomeadamente, em situações de incêndios, onde é necessário evacuar profissionais e utentes. Apesar da relutância das instituições em realizar este tipo de exercícios, o sucesso da evacuação está diretamente dependente do treino que os profissionais possuírem (Halibozek & Kovacich, 2017).

3.3 MAXIMIZA A INTERVENÇÃO NA PREVENÇÃO E CONTROLO DA INFEÇÃO E DE RESISTÊNCIA A ANTIMICROBIANOS PERANTE A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E/OU FALÊNCIA ORGÂNICA, FACE À COMPLEXIDADE DA SITUAÇÃO E À NECESSIDADE DE RESPOSTAS EM TEMPO ÚTIL E ADEQUADAS

O Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), criado pelo despacho n.º 2902/2013, tem como missão a prevenção e controlo de infeções associadas a cuidados de saúde, redução do crescente aumento de transmissão de infeções, a promoção da prescrição adequada de antimicrobianos, através de intervenções de melhoria de qualidade, educativas e comportamentais. Definido como programa de saúde prioritário, pelo Despacho n.º 6401/2016, no âmbito do Plano Nacional de Saúde (Despacho n.º 10901/2022, 2022). Durante os EC e no cumprimento e validação da competência acima descrita, foram prestados cuidados de enfermagem com o cumprimento consciente das diretrizes da PPCIRA, traduzidas nos procedimentos internos elaborados pelo Grupo Coordenador Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e de Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA), do Centro Hospitalar.

As Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) traduzem a falta de qualidade dos cuidados de saúde prestados. A prevenção e o controlo de infeções são fundamentais para garantir a segurança dos utentes e dos profissionais de saúde. Os enfermeiros desempenham um papel fundamental na melhoria da qualidade e da segurança dos cuidados de saúde. A formação dos enfermeiros é direcionada para a promoção da segurança dos utentes e para a prevenção de eventos adversos, tais como IACS. Neste sentido, o ICN defende e incentiva o papel de liderança dos enfermeiros nas equipas de prevenção e controlo de infeções e na aplicação dos princípios das melhores práticas (Burton, 2022).

A PSC, decorrente da sua situação clínica, tem associado um elevado risco de infeção, em virtude dos cuidados de saúde, que abarcam um conjunto variado de processos complexos de diagnóstico e terapêutica invasivos e de manutenção da vida. Neste sentido, é competência do EE o desenvolvimento de estratégias de prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos (OE, 2018).

A grande afluência ao SUMC aumentou o desafio que foi a aplicação de medidas de isolamento, em áreas de cuidados sobrelotadas. Com o encerramento das áreas dedicadas a doentes do foro respiratório, foi inevitável a criação de estratégias para isolar utentes positivos a COVID-19 e também portadores, infetados ou colonizados por bactérias multirresistentes. Foi possível colaborar na realização de colheitas de espécimes de acordo com a avaliação de risco e alertas emitidos pelo GCL-PPCIRA. A pandemia trouxe um acréscimo de exigência e de capacitação nas áreas de intervenção do PPCIRA, sobretudo, na área das Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI), com um grande investimento em medidas como a higiene das mãos, a etiqueta respiratória, a avaliação do risco do utente, condições de isolamento dos utentes e higiene ambiental (DGS, 2022b).

A PSC pela natureza da sua condição de doença e fragilidade encontra-se em elevado risco de infeção associado aos cuidados de saúde. Consciente deste risco, associado a dispositivos e procedimentos complexos de diagnóstico, terapêuticos e de manutenção da vida, foi possível desenvolver competências de prevenção e controlo de infeções e de resistência a antimicrobianos. A circunstância da estrutura física dos vários serviços onde decorreram os EC, por serem muito diferentes implicou uma abordagem diferente no controlo e prevenção de IACS. No SUMC, onde a sobrelotação é constante, foram implementadas estratégias adaptadas às condições estruturais. Os utentes com infeções conhecidas ou colonizados, eram identificados com sinalética conhecida pelos profissionais de saúde. Não havendo quartos de isolamento suficientes para as necessidades, era definida uma área, onde ficavam alocados estes utentes, em unidades individualizadas com cortina. No SMI, por outro lado, as condições estruturais são mais favoráveis, não só porque o espaço entre unidades é consideravelmente maior, mas também, porque existiam condições de isolamento em quartos com pressão negativa. Por outro lado, os rácios enfermeiro/doente também concorrem para uma prestação de cuidados num ambiente mais controlado e onde era possível prestar cuidados com grande segurança. Os procedimentos de prevenção e controlo de infeção, eram escrupulosamente cumpridos pela equipa. A realização do rastreio séptico era efetuada à entrada da PSC no SMI e cumpridas as 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 Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central e Feixe de Intervenções de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação (PAI).

A PSC sob VM está sujeita a riscos inerentes a este procedimento invasivo. Assim, a DGS implementou o Feixe de Intervenções de Prevenção das PAI, para garantir a prestação uniforme e integrada de cuidados de saúde baseados na melhor evidência científica disponível sobre a prevenção de PAI (DGS, 2022). A Pneumonia, neste contexto está associada à intubação que surge no utente com tubo endotraqueal há mais de 48 horas ou no utente que foi extubado há menos de 48 horas. O feixe de intervenções incide: na sedação titulada ao mínimo necessário, avaliação diária da possibilidade de extubação, elevação da cabeceira a 30º, realização da higiene oral pelo menos 3 vezes por dia e manter a pressão do *cuff* entre 20 e 30 cm H₂O. Tal como preconizado pela DGS (2022), os feixes são baseados na melhor evidência científica e neste sentido, durante o EC no SMI, foi alterado o procedimento de higiene oral com clorhexidina para higiene com pasta dentífrica, tendo em conta alguns artigos que sugeriam o aumento da mortalidade em doentes ventilados, associada ao uso de clorhexidina ou ausência de benefício comprovado associado ao uso de desinfetantes orais (Blot et al., 2022, Dale et al., 2021, Deschepper et al., 2018, Price et al., 2014, Parreco et al., 2020).

O desafio do EC transpõe-se para a prática profissional diária, consciente que mais do que validar uma competência, é fundamental prestar cuidados seguros para os utentes, família e para a equipa multidisciplinar cumprindo as recomendações e adequando a cada situação e contexto de cuidados as recomendações do PPCIRA. Sustentar as boas práticas de controlo de infeção que foram potenciadas pela pandemia, aumentar a adesão aos feixes de intervenção de prevenção de infeções, colaborar na definição de intervenções de melhoria de qualidade, aumentar o compromisso da liderança, bem como envolver o utente e família no desenvolvimento e implementação de estratégias (DGS, 2021), são competências do EE na área da PSC, que devem ser foco do seu empenho.

Nos vários EC foi possível realizar ensinamentos à família no período das visitas aos seus familiares, explicando a necessidade da aplicação de solução alcoólica nas mãos antes e após a visita, a necessidade de utilização de avental de proteção, contribuindo desta forma para a literacia

em saúde, como preconizado pelo Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, com o objetivo de consolidar, no pilar da Cultura de Segurança com o objetivo de aumentar a literacia e a participação do utente, família, cuidador e da sociedade na segurança da prestação de cuidados (Despacho n.º 9390/2021, 2021).

Preocupada com a problemática das IACS, foi possível desenvolver, no contexto deste ciclo de estudos, um projeto de melhoria continua da qualidade dos cuidados relacionado com as práticas seguras na colocação e manutenção de CVP.

CONCLUSÃO

Este relatório fundamentou-se na descrição e análise reflexiva das atividades desenvolvidas nos Ensinos Clínicos, tendo como ponto de partida os objetivos delineados para a aquisição de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. A participação ativa do enfermeiro nas equipas multidisciplinares é fundamental na prática clínica sempre numa perspetiva de busca das melhores práticas e melhor evidência científica. É este o contributo que como Enfermeira Especialista se pretende dar, evidenciando as competências técnicas e científicas na melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados.

A prestação dos cuidados nos vários serviços que acolhem a Pessoa em Situação Crítica, onde houve a oportunidade de realizar os Ensinos Clínicos, SUMC, SMI, UCIC e UHICV, permitiu complementar e aperfeiçoar as competências na prestação de cuidados à PSC no contexto pré-hospitalar e do SUB, onde existe uma limitação particular, dos recursos técnicos e por vezes humanos. Sendo um processo contínuo, a transferência para o contexto profissional, foi ocorrendo de forma natural e, inevitavelmente, foram-se aplicando os conhecimentos adquiridos no EC, no contexto laboral.

O desenvolvimento de competência em EMC à PSC responde à necessidade de uma força de trabalho especializada e com competências avançadas em áreas críticas dos cuidados de saúde. Quer pela complexidade das necessidades, quer pela complexidade e riscos iminentes na saúde e pela garantia de prestação de cuidados seguros às populações, a permanente evolução dos cuidados e as exigentes necessidades das pessoas motivaram a aquisição de mais conhecimentos e competências, concretizadas no curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica na área de Especialização à Pessoa em Situação Crítica.

É possível constatar que, a incorporação da experiência profissional com a formação académica, é fundamental para se ser um elemento de referência para a equipa de enfermagem, na excelência dos cuidados prestados, no âmbito dos cuidados à PSC.

Na fase final da primeira parte deste relatório é possível perceber a dimensão de todo este processo que agitou a pacatez do cotidiano, que impeliu para grandes desafios na vida pessoal, familiar e profissional, mas que contribuiu para o desenvolvimento como pessoa e

profissional. Este processo permite agora, o foco no que realmente é importante, a consciência da mudança e da exigência do desafio de passar a ser enfermeira especialista e mestre. Consciente de que as competências são acrescidas e a responsabilidade cresce na mesma medida, porque o foco é a qualidade dos cuidados baseados na melhor evidência científica e, portanto, na permanente e constante atualização dos conhecimentos.

BIBLIOGRAFIA

- Almeida Ventura-Silva, J. M., Ferreira Pereira Da Silva Martins, M. M., De Lima Trindade, L., Pimenta Lopes Ribeiro, O. M., & Passos Teixeira Cardoso, M. F. (2021). Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: Scoping review. *Journal Health NPEPS*, 6(2), 278–295. <https://doi.org/10.30681/252610105480>
- Apolónia, A., Moreira, B., Silva, D., Castro, F., Oliveira, J., & Mota, L. (2018). Perspetivas das Pessoas que Recebem Más Notícias em Contexto Hospital: Revisão Integrativa. *Revista De Investigação & Inovação Em Saúde*, 1(1), 109–118. <https://doi.org/10.37914/riis.v1i1.36>
- Baid, H., Creed, F., & Hargreaves, J. (2016). *Oxford handbook of critical care nursing* (Second edition). Oxford University Press. <https://academic.oup.com/book/31781/chapter-abstract/265940597?redirectedFrom=fulltext>
- Baldwin, I., & Mottes, T. (2021). Acute kidney injury and continuous renal replacement therapy: A nursing perspective for my shift today in the intensive care unit. *Seminars in Dialysis*, 34(6), 518–529. <https://doi.org/10.1111/sdi.12992>
- Blot, S., Labeau, S. O., & Dale, C. M. (2022). Why it's time to abandon antiseptic mouthwashes. *Intensive and Critical Care Nursing*, 70, 103196. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2022.103196>
- Benner P. Queirós Ana Albuquerque & Lourenço Belarmina. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Quarteto Editora.
- Bozorgi, H., Zamani, M., Motaghi, E., & Eslami, M. (2021). Dexmedetomidine as an Analgesic Agent with Neuroprotective Properties: Experimental and Clinical Aspects. *Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy*, 35(3), 215–225. <https://doi.org/10.1080/15360288.2021.1914280>
- Braga, C., Jesus, É., & Araújo, B. (2018). RN4Cast Study in Portugal: Nurses and care left undone. *Journal of Hospital Administration*, 7(2), 58. <https://doi.org/10.5430/jha.v7n2p58>
- Burton, E. (2022). *NURSING ADVOCACY & INFLUENCE IN GLOBAL HEALTH POLICY* [ICN 75th World Health Assembly]. <https://indd.adobe.com/view/11a5cd21-9e3a-4525-a069-8f24b43b67fd>
- Connell, C. J., Plummer, V., Crawford, K., Endacott, R., Foley, P., Griffiths, D. L., Innes, K., Nayna Schwerdtle, P., Walker, L. E., & Morphet, J. (2020). Practice priorities for acute care nursing: A Delphi study. *Journal of Clinical Nursing*, 29(13–14), 2615–2625. <https://doi.org/10.1111/jocn.15284>
- Dale, C. M., Rose, L., Carbone, S., Pinto, R., Smith, O. M., Burry, L., Fan, E., Amaral, A. C. K.-B., McCredie, V. A., Scales, D. C., & Cuthbertson, B. H. (2021). Effect of oral chlorhexidine de-adoption and implementation of an oral care bundle on mortality for mechanically ventilated patients in the intensive care unit (CHORAL): A multi-center stepped wedge cluster-randomized controlled trial. *Intensive Care Medicine*, 47(11), 1295–1302. <https://doi.org/10.1007/s00134-021-06475-2>
- Da Silva, H. B., Da Silva, K. F., & Diaz, C. M. G. (2017). A ENFERMAGEM INTENSIVISTA FRENTE À DOAÇÃO DE ÓRGÃOS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 9(3), 882–887. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i3.882-887>

- Deschepper, M., Waegeman, W., Eeckloo, K., Vogelaers, D., & Blot, S. (2018). Effects of chlorhexidine gluconate oral care on hospital mortality: A hospital-wide, observational cohort study. *Intensive Care Medicine*, 44(7), 1017–1026. <https://doi.org/10.1007/s00134-018-5171-3>
- Despacho n.º 10319/2014: Ministério da Saúde. (2014). Diário da República, 2.ª série, n.º 153 de 11 agosto de 2014 (pp. 20673-20678). <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/10319-2014-55606457>
- Despacho n.º 9390/2021: Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde (2021). Diário da República, 2.ª série, n.º 187 de 24 de setembro de 2021 (pp. 96-103). <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2021/09/187000000/0009600103.pdf>
- Despacho n.º 10901/2022: Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. (2022). Diário da República, 2.ª série, n.º 174 de 8 de setembro de 2022 (pp. 93-99). <https://files.dre.pt/2s/2022/09/174000000/0009300099.pdf>
- Dias, S., Gama, A., Silva, A. C., Cargaleiro, H., & Martins, M. O. (2011). BARREIRAS NO ACESSO E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PELOS IMIGRANTES. *Acta Med Port.* <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/download/492/200>
- Direção-Geral da Saúde. (2001). Rede hospitalar de urgência/emergência. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Urgencia_Emergencia_2001.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *Norma-015-DGS-Consentimento-informado-esclarecido-e-livre-dado-por-escrito-04-11-20151.pdf*. <http://www.aenfermagemasleis.pt/wp/wp-content/uploads/2015/11/Norma-015-DGS-Consentimento-informado-esclarecido-e-livre-dado-por-escrito-04-11-20151.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2022). *Manual Notificador de Incidentes de Segurança do Doente Navegação no Sistema NOTIFICA- Segurança do Doente*. <https://notifica.dgs.min-saude.pt/Home/UserManual>
- Direção-Geral da Saúde. (2022). *INFEÇÕES E RESISTÊNCIAS A ANTIMICROBIANOS RELATÓRIO DO PROGRAMA PRIORITÁRIO PPCIRA 2021*. <https://www.dgs.pt/programa-nacional-de-controlo-da-infeccao/relatorios/infeco-es-e-resistencia-s-aos-antimicrobianos-2021-relatorio-anual-do-programa-prioritario-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2022). “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Pneumonia associada à Intubação. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_021_2015_atualizada_17_11_2022_prev_pneum_assoc_i ntubacao_corrigida_marco_2023.pdf
- Domenech-Briz, V., Gea-Caballero, V., Czaplá, M., Chover-Sierra, E., Juárez-Vela, R., Santolalla Arnedo, I., Villanueva-Blasco, V. J., Sánchez-González, J. L., & Martínez-Sabater, A. (2023). Importance of nutritional assessment tools in the critically ill patient: A systematic review. *Frontiers in Nutrition*, 9, 1073782. <https://doi.org/10.3389/fnut.2022.1073782>

- Ely, E. W., Truman, B., Shintani, A., Thomason, J. W. W., Wheeler, A. P., Gordon, S., Francis, J., Speroff, T., Gautam, S., Margolin, R., Sessler, C. N., Dittus, R. S., & Bernard, G. R. (2003). Monitoring Sedation Status Over Time in ICU Patients: Reliability and Validity of the Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS). *JAMA*, 289(22), 2983. <https://doi.org/10.1001/jama.289.22.2983>
- Eltaybani, S., Abdelwareth, M., Abou-Zeid, N. A., & Ahmed, N. (2020). Recommendations to prevent nursing errors: Content analysis of semi-structured interviews with intensive care unit nurses in a developing country. *Journal of Nursing Management*, 28(3), 690–698. <https://doi.org/10.1111/jonm.12985>
- Gonçalves, F. (2007). Conceitos e Critérios de Morte. *NASCER E CRESCER revista do hospital de crianças maria pia ano 2007, vol XVI, n.º 4*. https://repositorio.chporto.pt/bitstream/10400.16/1123/1/ConceitosCritériosMorte_16-4_Web.pdf
- Gabbe, B. J., Cameron, P. A., & Finch, C. F. (2003). The status of the Glasgow Coma Scale. *Emergency Medicine (Fremantle, W.A.)*, 15(4), 353–360. <https://doi.org/10.1046/j.1442-2026.2003.00474.x>
- Galvão, A., Valfreixo, M., & Esteves, M. (2015). Processo comunicacional na transmissão de más notícias: Revisão da literatura. *Livro de Atas do II Seminário Internacional em Inteligência Emocional 2015, Bragança*. <http://hdl.handle.net/10198/12903>
- Gayet-Ageron, A., Prieto-Merino, D., Ker, K., Shakur, H., Ageron, F.-X., Roberts, I., Kayani, A., Geer, A., Ndungu, B., Fawole, B., Gilliam, C., Adetayo, C., Barrow, C., Beaumont, D., Prowse, D., l'Anson, D., Balogun, E., Miah, H., Shakur, H., ... Pepple, T. (2018). Effect of treatment delay on the effectiveness and safety of antifibrinolytics in acute severe haemorrhage: A meta-analysis of individual patient-level data from 40 138 bleeding patients. *The Lancet*, 391(10116), 125–132. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32455-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32455-8)
- Halibozek, E. P., & Kovacich, G. L. (2017). Fire Protection. Em *The Manager's Handbook for Corporate Security* (pp. 275–287). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-804604-3.00013-X>
- Heyland, D. K., Dhaliwal, R., Jiang, X., & Day, A. G. (2011). Identifying critically ill patients who benefit the most from nutrition therapy: The development and initial validation of a novel risk assessment tool. *Critical Care*, 15(6), R268. <https://doi.org/10.1186/cc10546>
- International Council of Nurses & World Health Organization. (2009). *ICN Framework of Disaster Nursing Competencies*. <http://www.apednn.org/doc/resourcespublications/ICN%20Framework%20of%20Disaster%20Nursing%20Competencies%20ICN%202009.pdf>
- International Council of Nurses. (2019). *CORE COMPETENCIES IN DISASTER NURSING VERSION 2.0*. https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN_Disaster-Comp-Report_WEB.pdf
- International Council of Nurses. (2022). *Nurses: A Voice to Lead Invest in nursing and respect rights to secure global health*. https://www.icn.ch/system/files/2022-10/ICN_IND_Toolkit_English_FINAL.pdf
- Kelly, F. E., Bailey, C. R., Aldridge, P., Brennan, P. A., Hardy, R. P., Henrys, P., Hussain, A., Jenkins, M., Lang, A., McGuire, N., McNarry, A., Osborn, M., Pittilla, L., Ralph, M., Sarkar, S., & Taft, D.

- (2021). Fire safety and emergency evacuation guidelines for intensive care units and operating theatres: For use in the event of fire, flood, power cut, oxygen supply failure, noxious gas, structural collapse or other critical incidents: Guidelines from the Association of Anaesthetists and the Intensive Care Society. *Anaesthesia*, 76(10), 1377–1391. <https://doi.org/10.1111/anae.15511>
- King, M. A., Niven, A. S., Beninati, W., Fang, R., Einav, S., Rubinson, L., Kisson, N., Devereaux, A. V., Christian, M. D., & Grissom, C. K. (2014). Evacuation of the ICU. *Chest*, 146(4), e44S–e60S. <https://doi.org/10.1378/chest.14-0735>
- Lavado, P. (2021). TRAUMA – UMA VIAGEM DO PRÉ-HOSPITALAR À ABORDAGEM NO SERVIÇO DE URGÊNCIA. *Revista LIFESAVING Sci N1 low-48-57.pdf*. https://issuu.com/lifesaving/docs/revista_lifesaving_scientific_vol1_n1/2
- Le Boterf, G. (2006). Avaliar a competência de um profissional. Três dimensões a explorar. *Reflexão RH*, 60–63. <http://www.guyleboterf-conseil.com/Article%20evaluation%20version%20directe%20Pessoal.pdf>
- Lei de Bases da Protecção Civil n.º 27/2006: Assembleia da República (2006). Diário da República, Série I, n.º 126/2006 de 2006-07-03. <https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/lei/2006-66285526>
- Lei nº 15/2014: Assembleia da República (2014). Diário da República, Série I, nº 57/2014, de 2014/03/21 (pp. 2127-2131). <https://data.dre.pt/eli/lei/15/2014/03/21/p/dre/pt/html>
- Macedo, R., Dias, A. M., Cunha, M., Costa, P., Sardo, P., & Macedo, M. (2021). Nursing activities score: adaptação transcultural e validação para a população portuguesa. *Servir*, 2(01), 19–30. <https://doi.org/10.48492/servir0201.23763>
- Monteiro, S., Timóteo, A. T., Caeiro, D., Silva, M., Tralhão, A., Guerreiro, C., Silva, D., Aguiar, C., Santos, J., Monteiro, P., Gil, V., & Morais, J. (2020). Cuidados intensivos cardíacos em Portugal: Projetar a mudança. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 39(7), 401–406. <https://doi.org/10.1016/j.repc.2020.04.007>
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Enquadramento conceptual Enunciados Descritivos*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros - Conselho Jurisdicional. (2007). Delegação - Tomada de posição. https://website.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao_23Abr2007.pdf
- Ordem dos Enfermeiros – Conselho Jurisdicional. (2014). Sigilo Profissional e Segurança da Informação. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ_Documentos/CJ_Parecer_222_2014_SegurancaInformacaoSigiloProfissional.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. Lisboa: OE. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102_015_VF_site.pdf
- Ordem dos Enfermeiros – Conselho de Enfermagem e Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-cirúrgica (2017). Atribuição de responsável de turno.

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/ParecerConjuntoCE_MCEEMC_01-2017_AtribuicaoResponsavelTurno_.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 429/2018. Diário da República: Série II, n.º 135/2018. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 140/2019. Diário da República: Série II, n.º 26/2019. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195?ts=1654214400034>

Ordem dos Enfermeiros. (2021). Regulamento n.º 656/2021. Diário da República, Série II, n.º 137/2021, de 2021-07-16 (pp. 173-191). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/656-2021-167491874>

Ordem dos Médicos. (2009). *Normas de Boa Prática em Trauma.pdf*. [https://ordemosmedicos.pt/wpcontent/uploads/2017/09/Normas de Boa Prática em Trauma.pdf](https://ordemosmedicos.pt/wpcontent/uploads/2017/09/Normas_de_Boa_Pratica_em_Trauma.pdf)

Organização Mundial da Saúde. (2015). *Orientações estratégicas europeias para o fortalecimento da Enfermagem e Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica em relação às metas de Saúde 2020*. Organização Mundial de Saúde. Escritório Regional Para a Europa. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8884/oms_europa_orientacoesestrategicaseuropas_online.pdf

Organização Mundial da Saúde. (2020). *Manual de Políticas e Estratégias para a Qualidade dos Cuidados de Saúde*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272357/9789240005709-por.pdf>

Organização Mundial da Saúde. (2021). *Plano de ação global para a segurança do paciente 2021-2030: Em busca da eliminação dos danos evitáveis nos cuidados de saúde*. <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/plano-de-acao-global-para-a-seguranca-do-paciente-2021-2030-traduzido-para-portugues/view>

Padilla, B. (2013). Saúde dos imigrantes: Multidimensionalidade, desigualdades e acessibilidade em Portugal. *REMHU: Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana*, 21(40), 49–68. <https://doi.org/10.1590/S1980-85852013000100004>

Paiva, J. A., Fernandes, A., Granja, C., Esteves, F., Ribeiro, J. M., Nóbrega, J. J., Vaz, J., & Coutinho, P. (2017). *Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência Medicina INTENSIVA*. República Portuguesa saúde. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/08/RNEHR-Medicina-Intensiva-Aprovada-10-agosto-2017.pdf>

Parreco, J., Soe-Lin, H., Byerly, S., Lu, N., Ruiz, G., Yeh, D. D., Namias, N., & Rattan, R. (2020). Multi-Center Outcomes of Chlorhexidine Oral Decontamination in Intensive Care Units. *Surgical Infections*, 21(8), 659–664. <https://doi.org/10.1089/sur.2019.172>

Parreira, P., Santos-Costa, P., Neri, M., Marques, A., Queirós, P., & Salgueiro-Oliveira, A. (2021). Work Methods for Nursing Care Delivery. *International journal of environmental research and public health*, 18(4), 2088. <https://doi.org/10.3390/ijerph18042088>

- Picetti, E., Catena, F., Abu-Zidan, F., Ansaloni, L., Armonda, R. A., Bala, M., Balogh, Z. J., Bertuccio, A., Biffi, W. L., Bouzat, P., Buki, A., Cerasti, D., Chesnut, R. M., Citerio, G., Coccolini, F., Coimbra, R., Coniglio, C., Fainardi, E., Gupta, D., ... Robba, C. (2023). Early management of isolated severe traumatic brain injury patients in a hospital without neurosurgical capabilities: A consensus and clinical recommendations of the World Society of Emergency Surgery (WSES). *World Journal of Emergency Surgery*, 18(1), 5. <https://doi.org/10.1186/s13017-022-00468-2>
- Pinto, A. C., Gomes, J. T., Pires, C., Duarte, R. F., Mota, L., & Príncipe, F. (2021). Fatores preditivos de descompensação da pessoa em situação crítica no serviço de urgência. *Revista De Investigação & Inovação Em Saúde*, 4(2), 19–27. <https://doi.org/10.37914/riis.v4i2.147>
- Price, R., MacLennan, G., Glen, J., & on behalf of the SuDDICU collaboration. (2014). Selective digestive or oropharyngeal decontamination and topical oropharyngeal chlorhexidine for prevention of death in general intensive care: Systematic review and network meta-analysis. *BMJ*, 348(mar31 2), g2197–g2197. <https://doi.org/10.1136/bmj.g2197>
- Regulamento nº 656/2021 de 16 de julho (2021). Regulamento de formação profissional da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República: II série, nº 137 (2019). <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/656-2021-167491874>
- Shetty, S., Inzucchi, S. E., Goldberg, P. A., Cooper, D., Siegel, M. D., & Honiden, S. (2012). Adapting To the New Consensus Guidelines for Managing Hyperglycemia During Critical Illness: The Updated Yale Insulin Infusion Protocol. *Endocrine Practice*, 18(3), 363–370. <https://doi.org/10.4158/EP11260.OR>
- Silva, R., Luz, M., Fernandes, J., Silva, L., Cordeiro, A., & Mota, L. (2018). Becoming a specialist: Portuguese nurses' expectations after completing the specialization program. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série* (Nº16), 147–154. <https://doi.org/10.12707/RIV17076>
- Singer, P., Blaser, A. R., Berger, M. M., Alhazzani, W., Calder, P. C., Casaer, M. P., Hiesmayr, M., Mayer, K., Montejo, J. C., Pichard, C., Preiser, J.-C., Van Zanten, A. R. H., Oczkowski, S., Szczeklik, W., & Bischoff, S. C. (2019). ESPEN guideline on clinical nutrition in the intensive care unit. *Clinical Nutrition*, 38(1), 48–79. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2018.08.037>
- World Health Organization. (2019). *Medication Safety in High-risk Situations*. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-UHC-SDS-2019.10>

PARTE II – PROJETO DE MELHORIA CONTINUA DA QUALIDADE

Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Práticas Seguras na Inserção e Manutenção de Cateter Venoso Periférico

RESUMO:

Enquadramento: A maioria dos utentes que recorre aos serviços de saúde, nomeadamente ao serviço de urgência, necessita de administração de terapêutica endovenosa, e, portanto, de colocação de cateter venoso periférico (CVP). Desta poderá advir complicações. **Objetivo:** Observar as práticas realizadas na inserção e manutenção de cateter venoso periférico; implementar ação formativa sobre práticas seguras na inserção e manutenção de cateter venoso periférico num serviço de urgência básica da região centro de Portugal. **Metodologia:** Estudo quase-experimental com avaliação antes e após a implementação de ação formativa, elaborada segundo as recomendações do *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC). A amostra foi constituída por 21 enfermeiros. **Resultados:** Após a aplicação da intervenção verificou-se um aumento dos itens cumpridos, antes e depois da intervenção, verificando-se uma diferença estatisticamente significativa ($Z=-4,061$; $p<0,05$). **Conclusão:** As alterações de práticas observadas no decurso da investigação carecem de continuidade e aperfeiçoamento, com a necessidade de envolvimento de mais enfermeiros do serviço com interesse por esta temática, no sentido de melhorar continuamente as práticas de enfermagem relacionadas com CVPs. A implementação de uma estratégia de vigilância de infeções associadas ao CVP e a respetiva divulgação de resultados, junto dos profissionais do centro hospitalar, poderiam motivar a participação de outros enfermeiros e o desenvolvimento de mais investigação.

PALAVRAS-CHAVE: Cateterismo periférico; Prevenção de infeção; Segurança do utente; Cuidados de Enfermagem

ABSTRAT:

Background: Most of the patients who go to the health service, particularly the emergency department, require intravenous therapy and therefore the placement of a peripheral venous catheter (PVC). This can lead to complications. **Objective:** To observe the practices used in the

insertion and maintenance of peripheral venous catheters; to implement training on safe practices in the insertion and maintenance of peripheral venous catheters in a basic emergency service in central Portugal. Methodology: Quasi-experimental study with evaluation before and after the implementation of a training course, designed according to the recommendations of the Centers for Disease Control and Prevention (CDC). The sample consisted of 21 nurses. Results: After the intervention was implemented, there was an increase in the number of items completed before and after the intervention, with a statistically significant difference ($Z=-4.061$; $p<0.05$). Conclusion: The changes in practices observed during the research need to be continued and improved, with the need to involve more nurses from the service with an interest in this subject, in order to continuously improve nursing practices related to CVPs. The implementation of a surveillance strategy for CVP-associated infections and the respective dissemination of results to professionals at the hospital centre could motivate the participation of other nurses and the development of further research.

KEYWORDS: Peripheral catheterization; Infection prevention; Patient safety; Nursing care

INTRODUÇÃO:

O cateter venoso periférico (CVP) é um dispositivo médico colocado nos utentes que recorrem aos serviços de saúde, com necessidade de administração de terapêutica endovenosa. A sua introdução cumpre procedimentos seguros para prevenir complicações, quer ao utente quer ao profissional de saúde. A colocação de CVP deve ser a primeira opção a considerar, quando o período de tratamento é inferior a uma semana e a perfusão medicamentosa é compatível em via periférica (Pittiruti et al., 2023). As complicações locais associadas a este dispositivo são: flebite, infiltração, oclusão, dor e deslocamento (Marsh et al., 2020; Liu et al., 2022), mas também complicações sistémicas. As infeções da corrente sanguínea são mais frequentemente associadas ao cateter venoso central (CVC). Todavia existe já evidência na relação entre bacteriemia e a presença de CVP, com taxa de mortalidade associada ao 7º dia de internamento (Tsuboi et al., 2019).

Os vários momentos de colocação e manuseamento do CVP estão já bem identificados e documentados, em normas nacionais e internacionais (O'Grady et al, 2011; Catarino et al., 2022; Santos-Costa et al., 2022; Pittiruti et al., 2023). Contudo a sua aplicação em contexto nacional tem sido difícil. Em Portugal a norma n.º 022/2015, atualizada em 2022 (DGS, 2022), aborda apenas o feixe de intervenções para a prevenção da infeção relacionada com o CVC,

não existindo, até ao momento, um documento direcionado para o feixe de intervenções para o CVP. A ausência de padrões baseados em evidências, aprovados por instituições governamentais, a falta de equipas formadas e especializadas em acessos vasculares, e ainda, as práticas não padronizadas entre os profissionais de saúde, podem explicar a elevada incidência de complicações relacionadas com CVP (Santos-Costa et al., 2023). Neste sentido, verifica-se a necessidade de implementação de programas de vigilância nacional de infeções associadas ao CVP e a respetiva divulgação de resultados, à semelhança de outros programas já existentes (Osório et al., 2023).

Pretende-se com este estudo observar as práticas realizadas na inserção e manutenção de cateter venoso periférico, e implementar uma ação formativa sobre práticas seguras na inserção e manutenção de cateter venoso periférico na equipa de enfermagem de um serviço de urgência básica (SUB).

ENQUADRAMENTO:

As infeções da corrente sanguínea podem ser associadas a CVP, apesar da sua incidência ser mais reduzida quando comparada com a infeção da corrente sanguínea por CVC. A infeção associada a cateteres vasculares pode ser localizada na zona de inserção ou em via sistémica. Independentemente da sua tipologia os princípios de controlo e prevenção de infeção devem ser idênticos (DeVries, 2016).

A infeção relacionada com o cateter pode ser ainda intra ou extra luminal. A maioria dos microrganismos, que causam infeções relacionadas com os dispositivos intravasculares, têm origem na flora cutânea do próprio utente e a sua proliferação pode ocorrer no local de inserção do cateter, através da parede externa do dispositivo, ou seja, extra luminal. A contaminação intra luminal tem origem na própria pele do utente pelas mãos dos profissionais, quando os sistemas de infusão são desconectados ou através dos dispositivos de administração de fluídos (DeVries, 2016).

Neste ponto, a desinfeção da pele é um procedimento fulcral na inserção do CVP, bem como nos processos de manutenção. Há evidência que as melhores práticas devem conjugar a correta utilização da desinfeção da pele, com a técnica *no-touch* na inserção e manuseamento de dispositivos invasivos. Existem ainda poucos estudos sobre a problemática, comparativamente com os cuidados ao CVC, o que é preocupante, tendo em conta o número

significativo de inserções de CVP numa unidade hospitalar. A melhoria da qualidade dos cuidados relacionada com inserção e manuseamento de CVP, passa pela formação eficaz dos profissionais sobre as técnicas e os produtos antissépticos adequados (Clare & Rowley, 2021). As infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) podem ser evitáveis, com a quebra da cadeia de infeção (World Health Organization, 2011). Por exemplo com a implementação da higiene das mãos, quer em forma isolada ou em associação com outras intervenções (WHO, 2022).

Um estudo realizado num hospital português em 2017, mostra uma elevada prevalência de flebite associada ao tempo de permanência do CVP. Os autores do estudo concluíram que o tempo de permanência do CVP deve ser reduzido ao estritamente necessário. Sugerem ainda a rotação do local de inserção do cateter imediatamente após o início dos primeiros sinais de flebite, bem como o uso de escalas de avaliação de flebites (Nobre & Martins, 2018).

Um outro estudo realizado na União Europeia, entre 2016 e 2020, revela uma estimativa de aumento das infeções provocadas por bactérias resistentes aos antibióticos, nomeadamente por *Escherichia coli* resistente às cefalosporinas de terceira geração, *Staphylococcus aureus* resistente à meticilina e *Klebsiella pneumoniae* resistente à cefalosporina de terceira geração. Esta tendência inverteu-se nos anos de 2019 e 2020, provavelmente em resultado das medidas adotadas para controlar a disseminação da COVID-19, pela diminuição da procura de cuidados de saúde e pelo adiamento de cirurgias eletivas e consultas não urgentes (ECDC, 2022).

Osório et.al. (2023) analisaram as pontas de CVP, recolhidas num serviço de cardiologia, após a sua remoção e verificaram que 30% destes dispositivos médicos estavam contaminados. Os microrganismos identificados foram *Staphylococcus spp.*, *Enterococcus spp.*, *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae* e *Stenotrophomonas maltophilia* e outros, menos prevalentes.

As IACS são um dos eventos adversos mais comuns durante a prestação de cuidados e que se traduzem em mortalidade e morbilidade acrescida nos serviços de saúde, bem como aumento de recursos económicos para as instituições e para o país (O'Grady et al., 2011).

Idealmente, o procedimento de colocação do CVP inclui: 1) a lavagem das mãos antes de abordar o utente para pesquisar o local de inserção do cateter ou para manuseamento do mesmo; 2) a lavagem das mãos antes de colocar as luvas para inserção ou manuseio do cateter; 3) realização de desinfeção da pele com álcool a 70% ou clorexidina a 2% e aguardar

o tempo necessário para secar a pele e das conexões antes da administração de terapêutica; 4) Utilização da técnica asséptica e/ou técnica “no-touch” para a inserção do cateter; 5) Utilização de apósito estéril opaco ou transparente, para proteger o local de inserção; 6) Avaliação da integridade do penso e sinais de flebite antes da administração de terapêutica e 7) lavagem das mãos no final do procedimento (O’Grady et al, 2011).

A inserção de um CVP com técnica asséptica adequada, no antebraço e protegido com um apósito estéril e transparente, pode manter-se sem complicações durante mais de 5 a 6 dias (Pittiruti et al, 2023).

Apesar dos enfermeiros conhecerem os procedimentos e de existirem recomendações baseadas na mais recente evidência científica para a prevenção da infeção associada aos dispositivos intravasculares, nem sempre se verifica a aplicação das recomendações na sua globalidade. Sabemos da literatura que as boas práticas dos cuidados estão associadas a menor risco de IACS, diminuindo, portanto, o risco de complicações durante a permanência nos serviços de saúde, implicando um menor custo associado aos cuidados de saúde.

Os CVP são frequentemente utilizados, subestimando-se os riscos associados pela ausência de dados de vigilância, o que contribui para a falta de consciência sobre os riscos associados à sua utilização. A segurança dos cuidados de saúde, dependem da aplicação consistente de procedimentos de melhoria contínua das práticas alinhados com as diretrizes e recomendações, bem como da formação contínua de todos os profissionais de saúde que manipulam os CVP (Blanco-Mavillard, 2022; Zingg et al, 2023).

O envolvimento contínuo dos enfermeiros e a implementação e facilidade de acesso a ações de formação institucionais baseadas nas mais recentes evidências científicas, evidencia ser um fator facilitador da aplicação de cuidados de enfermagem seguros para os utentes (Catarino et al, 2022).

QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO:

A implementação de formação melhora as práticas dos enfermeiros de um SUB, na inserção e manuseamento do CVP?

METODOLOGIA:

Estudo quase-experimental com avaliação pré e pós-intervenção, a um grupo de enfermeiros de um SUB da região centro de Portugal. Utilizou-se o Teste de *Wilcoxon* para comparar o número de itens cumpridos antes e depois da intervenção, o nível de significância adotado foi de $p < 0,05$.

A investigação decorreu num SUB de um Centro Hospitalar da região centro do país e a amostra constituiu-se por 21 enfermeiros deste contexto. Foi solicitada a participação e consentimento informado após apresentação do estudo. A participação dos intervenientes foi voluntária, sem penalização caso pretendessem sair do estudo. Foram excluídos enfermeiros que se encontravam em ausência prolongada do serviço. Este estudo obteve a aprovação prévia da comissão de ética do centro hospitalar (Ref. CE – N.º 7/23).

Na primeira fase do projeto foi elaborada a grelha de observação, baseada nas recomendações do CDC (O'Grady et al, 2011). A colheita de dados iniciou-se com a recolha dos dados sociodemográficos, após a aceitação e assinatura do consentimento informado. Os momentos de observação do procedimento, antes e após a intervenção, foram planeados e realizados numa das salas de tratamento ou na unidade de internamento de curta duração, com o cuidado de não realizar observações na sala de emergência.

O primeiro período de observação decorreu entre fevereiro e março de 2023. Seguidamente foi ministrada formação sobre a colocação de CVP, via presencial e via plataforma *Teams*®, nos dias 28 e 30 de março. Para além destes dois momentos formais de formação, foram esclarecidas dúvidas e reforçada a informação sempre que os enfermeiros apresentavam dúvidas ou quando a investigadora identificava procedimentos inconsistentes com a evidência científica. Foi elaborada uma brochura com os vários passos recomendados para as práticas seguras da colocação do CVP, que foi enviado a cada enfermeiro do serviço e de fácil acesso nos telemóveis pessoais (Figura 1). O segundo momento de observação, foi realizado entre junho e agosto de 2023.

As análises estatísticas foram realizadas com o programa IBM SPSS *Statistics*, versão 28.0.

Figura 1 – Brochura



RESULTADOS:

Dos 21 participantes, a maioria era do sexo feminino (76,2%), com média de idade de 45,28 (DP 9,14) anos, com uma idade mínima de 27 anos e máxima de 61 anos. A amostra apresenta uma experiência profissional com uma média de 22,19 (DP 9,22) anos, dos quais 11,38 (DP 6,66) anos, em SUB, como se identifica na tabela 1. Em relação à formação académica observou-se que 23,8% dos enfermeiros tinham uma especialização em enfermagem.

Tabela 1 – Descrição da amostra

		N	Mínimo	Máximo	Média	DP
Idade		21	27,00	61,00	45,2857	9,14408
Tempo Serviço (Anos)		21	5,00	36,00	22,1905	9,22290
Tempo Serviço no SUB (Anos)		21	1,00	24,00	11,3810	6,66690
		N	%			
Sexo	Masculino	5	23,8			
	Feminino	16	76,2			
Especialização	Sim	5	23,8			
	Não	16	76,2			

Procedeu-se à realização do teste de normalidade *Shapiro-Wilk*, verificando-se que a amostra em estudo segue uma distribuição normal ($p > 0,05$) (tabela 2).

Tabela 2 – Teste de Normalidade

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estatística	gl	Sig.	Estatística	gl	Sig.
Idade	,099	21	,200*	,965	21	,633

*. Este é um limite inferior da significância verdadeira.

a. Correção de Significância de Lilliefors

Quando comparado o número de itens cumpridos antes e depois da intervenção, o teste de Wilcoxon apresentou diferença estatisticamente significativa ($Z=-4,061$; $p<0,05$) (tabela 3).

Tabela 3 – Teste de Wilcoxon

Estatísticas de teste^a

	Total de itens efetuados depois - Total de itens efetuados antes
Z	-4,061 ^b
Significância Sig. (2 extremidades)	<,001

a. Teste de Classificações Assinadas por Wilcoxon

b. Com base em postos negativos.

Após a implementação da intervenção de formação sobre práticas seguras na colocação e manutenção de CVP verificam-se alterações nas práticas em todos os itens avaliados, como se observa na tabela 4.

Tabela 4 – Itens cumpridos antes e depois da intervenção

		Antes da Intervenção		Após a Intervenção	
		N	%	N	%
Q1 - Realiza a higiene das mãos antes de abordar o utente para pesquisar o local de inserção do CVP ou para manuseamento do mesmo	Sim	13	61,9%	20	95,2%
	Não	8	38,1%	1	4,8%
Q2 - Realiza a desinfecção da pele e aguarda o tempo de secagem recomendado	Sim	7	33,3%	17	81,0%
	Não	14	66,7%	4	19,0%
Q3 - Realiza a higiene das mãos antes de colocar um novo par de luvas limpas	Sim	1	4,8%	15	71,4%
	Não	20	95,2%	6	28,6%
Q4 - Utiliza a técnica "no-touch" na inserção do CVP e/ou técnica assética no manuseamento do acesso venoso periférico	Sim	13	61,9%	17	81,0%
	Não	8	38,1%	4	19,0%
Q5 - Evita a inserção na fossa antecubital	Sim	11	52,4%	17	81,0%
	Não	10	47,6%	4	19,0%
Q6 - utiliza luvas durante a colocação do cateter venoso periférico e no seu manuseamento	Sim	11	52,4%	17	81,0%
	Não	10	47,6%	4	19,0%
Q7 - Avalia a sensibilidade do local de inserção diariamente e antes de administração de terapêutica EV	Sim	1	4,8%	20	95,2%
	Não	20	95,2%	1	4,8%
Q8 - Utiliza apósito estéril no local de inserção do cateter	Sim	0	0,0%	20	95,2%
	Não	21	100,0%	1	4,8%

DISCUSSÃO:

Neste projeto observou-se uma melhoria considerável do cumprimento dos itens constituintes, tendo como base a *check list* usada e de acordo com o preconizado pelo CDC (O'Grady et al, 2011).

Pelo observado, e após a implementação da intervenção de formação sobre práticas seguras na colocação e manutenção de CVP verificaram-se alterações nas práticas em todos os itens avaliados. O primeiro item, sobre se realiza a higiene das mãos antes de abordar o utente para pesquisar o local de inserção do CVP ou para manuseamento do mesmo, observou-se no primeiro que 61,9% dos enfermeiros realizou a higiene das mãos antes de abordar o utente, e que após a intervenção 95,2% cumpriram este item.

A realização da desinfeção da pele e aguardar o tempo de secagem recomendado foi executada em conformidade com o procedimento recomendado, em 33,3% das observações iniciais e em 81,0% das observações após intervenção. Em algumas observações o tempo de secagem recomendado, não foi cumprido e em outras, foram utilizadas compressas não estéreis para secar a pele. Neste ponto foram consideradas válidas apenas as observações que cumpriram os dois princípios, o tempo de secagem e a não utilização de compressa não estéril. Identificou-se que realização da higiene das mãos após a pesquisa da veia, antes de colocar um novo par de luvas limpas era um item muito pouco valorizado pela maioria dos enfermeiros (4,8% vs 71,4%).

A Utilização de técnica *no-touch* na inserção de CVP e/ou técnica assética no manuseamento do acesso venoso periférico foi observada, no primeiro momento, em 61,9% dos participantes. Apesar de ser um passo valorizado pelos enfermeiros, sobretudo no procedimento de colheita de sangue para hemocultura, este foi observado em 81%, no segundo momento de avaliação. A colocação de CVP na fossa antecubital, comumente efetuada antes da formação, foi observada em 52,4% dos procedimentos e no segundo momento observada em 81%. A não adesão a este item, por alguns enfermeiros, é justificada por ser um local menos doloroso para o utente e pela previsibilidade de permanência do cateter por um curto período.

A utilização de luvas durante a colocação do CVP e no seu manuseamento, apesar de fundamentada na proteção de exposição do profissional de saúde a fluidos, não mostrou ser muito utilizada pelos enfermeiros. No primeiro momento de observação foi verificada 52,4%

de conformidade e no segundo 81%. A não colocação de luvas foi mais frequente na manipulação do que na colocação do CVP.

A avaliação da sensibilidade do local antes da administração de terapêutica EV era um procedimento pouco valorizado pelos enfermeiros (4,8%) e que após a intervenção teve um incremento (95,2%).

O apósito estéril não foi utilizado em nenhuma das observações prévias, pelo facto da sua indisponibilidade no serviço. Em substituição, a fixação do cateter foi executada com recurso a adesivo hipoalergénico. Após a intervenção e disponibilização de pensos transparentes estéreis no serviço, 95,2% dos enfermeiros cumpriram este item.

Na avaliação de práticas seguras recomenda-se a aplicação de um conjunto de procedimentos de forma padronizada, para diminuir o risco de complicações associadas a CVP (Zingg et al, 2023). Por conseguinte, releva-se a dificuldade de avaliar todos os itens em simultâneo, o que por si pode aumentar o risco de complicações associadas aos CVPs.

Durante o estudo alguns enfermeiros relataram dificuldade em realizar a técnica *no-touch*, sobretudo em acessos vasculares difíceis, pelo que a técnica não foi cumprida.

A utilização de tecnologias para visualização direta da rede venosa, como equipamentos de infravermelhos ou ultrassom, possibilitam uma identificação mais rápida e precisa do local de inserção do CVP, diminuindo o tempo e o número de tentativas de punção de redes venosas difíceis (Santos et al., 2020). Nos cuidados no manuseamento dos CVPs foi observado o uso de luvas limpas, a avaliação da sensibilidade do local de inserção e a desinfeção de conectores sem agulha, antes da administração de medicação EV.

Este estudo apresenta como limitações a não inclusão de alguns itens importantes para a avaliação mais completa do procedimento de colocação e manutenção de CVP. Na manutenção foi apenas observado o cumprimento do uso de luvas, a desinfeção de conectores sem agulha antes da administração de terapêutica e a avaliação da sensibilidade do local de inserção, sem recurso a uma escala de avaliação de flebites.

Pela natureza do serviço onde foi realizado o estudo é espectável a permanência dos utentes por um período curto. Por este motivo a observação de colocação e manuseamento, foi realizada em dois momentos diferentes: a colocação do CVP e um segundo momento de manutenção do CVP, por vezes em utentes diferentes.

O método de colheita de dados, observação, foi escolhido para minimizar os vieses inerentes a questionários sobre as práticas dos enfermeiros, no entanto é possível que os enfermeiros tenham adotado práticas mais cuidadas por estarem a ser observados.

CONCLUSÃO:

A realização deste estudo permitiu alterar alguns comportamentos dos enfermeiros do SUB. As melhorias verificadas no decurso da investigação, carecem de continuidade e aperfeiçoamento, nomeadamente no envolvimento de mais enfermeiros do serviço com interesse por esta temática, no sentido de melhorar continuamente as práticas de enfermagem relacionadas com inserção e manutenção de CVPs. A implementação de uma estratégia de vigilância de infeções associadas ao CVP e a respetiva divulgação de resultados, junto dos profissionais do centro hospitalar, poderia motivar a participação de outros enfermeiros e o desenvolvimento de mais investigação.

Apesar da investigação não ser replicável para outros contextos, sugere-se a realização de investigações semelhantes, a serem desenvolvidas nos diferentes contextos da prática de enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Blanco-Mavillard, I., Castro-Sánchez, E., Parra-García, G., Rodríguez-Calero, M. Á., Bennasar-Veny, M., Fernández-Fernández, I., Lorente-Neches, H., & De Pedro-Gómez, J. (2022). What fuels suboptimal care of peripheral intravenous catheter-related infections in hospitals? A qualitative study of decision-making among Spanish nurses. *Antimicrobial Resistance & Infection Control*, 11(1), 105. <https://doi.org/10.1186/s13756-022-01144-5>
- Catarino, F., Lourenço, C., Correia, C., Dória, J., Dixe, M., Santos, C., Sousa, J., Mendonça, S., Cardoso, D., & Costeira, C. R. (2022). Nursing Care in Peripheral Intravenous Catheter (PIVC): Protocol of a Best Practice Implementation Project. *Nursing reports (Pavia, Italy)*, 12(3), 515–519. <https://doi.org/10.3390/nursrep12030049>
- Clare, S. & Rowley, S. (2020). Best practice skin antisepsis for insertion of peripheral catheters. *British Journal of Nursing*. 1: 8-14. <https://doi.org/10.12968/bjon.2021.30.1.8>.
- DeVries, C. (2016). Prevention of Intravascular Device-Associated Infections. In IFIC, *Basic Concepts of Infection Control*. https://www.theific.org/wp-content/uploads/2016/04/17-IV_2016.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2022). “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infeção Relacionada com Cateter Venoso Central. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/16/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-relacionada-com-cateter-venoso-central/>

- European Centre for Disease Prevention and Control, Merk, H., Diaz Högberg, L., Plachouras, D. (2022). *Assessing the health burden of infections with antibiotic-resistant bacteria in the EU/EEA, 2016-2020*, European Centre for Disease Prevention and Control. <https://data.europa.eu/doi/10.2900/73460>
- Liu, C., Chen, L., Kong, D., Lyu, F., Luan, L., & Yang, L. (2022). Incidence, risk factors and medical cost of peripheral intravenous catheter-related complications in hospitalised adult patients. *The journal of vascular access*, 23(1), 57–66. <https://doi.org/10.1177/1129729820978124>
- Marsh N., Webster J., Ullman A.J., Mihala G., Cooke M., Chopra V., Rickard C.M. Peripheral intravenous catheter non-infectious complications in adults: A systematic review and meta-analysis. *J. Adv. Nurs.* 2020; 76:3346–3362. <https://doi.org/10.1111/jan.14565>
- Nobre, A.S.P. & Martins, M.D.S. (2018). Prevalência de flebite da venopunção periférica: fatores associados. *Revista de Enfermagem Referência Série IV* n16 JAN./FEV./MAR:127-138. <https://doi.org/10.12707/RIV17058>
- O'Grady, N. P., Alexander, M., Burns, L. A., Dellinger, E. P., Garland, J., Heard, S. O., Lipsett, P. A., Masur, H., Mermel, L. A., Pearson, M. L., Raad, I. I., Randolph, A. G., Rupp, M. E., Saint, S., & Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC) (2011). Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections. *Clinical infectious diseases: an official publication of the Infectious Diseases Society of America*, 52(9), e162–e193. <https://doi.org/10.1093/cid/cir257>
- Osório, N., Oliveira, V., Costa, M. I., Santos-Costa, P., Serambeque, B., Gama, F., Adriano, D., Graveto, J., Parreira, P., & Salgueiro-Oliveira, A. (2023). Short Peripheral Venous Catheters Contamination and the Dangers of Bloodstream Infection in Portugal: An Analytic Study. *Microorganisms*, 11(3), 709. <https://doi.org/10.3390/microorganisms11030709>
- Parreira, P., Marques, I., Santos-Costa, P., Sousa, L., Braga, L., Apóstolo, J., & Salgueiro-Oliveira, A. (2020). Flushing em cateteres venosos periféricos: Um protocolo de scoping review. *Revista de Enfermagem Referência, V Série*(Nº 1), e19066. <https://doi.org/10.12707/RIV19066>
- Pittiruti, M., Van Boxtel, T., Scoppettuolo, G., Carr, P., Konstantinou, E., Ortiz Miluy, G., Lamperti, M., Goossens, G. A., Simcock, L., Dupont, C., Inwood, S., Bertoglio, S., Nicholson, J., Pinelli, F., & Pepe, G. (2023). European recommendations on the proper indication and use of peripheral venous access devices (the ERPIUP consensus): A WoCoVA project. *The journal of vascular access*, 24(1), 165–182. <https://doi.org/10.1177/11297298211023274>
- Santos, L. M. D., Santos, S. A., Silva, B. S. M., Santana, R. C. B. D., & Avelar, A. F. M. (2020). Influência de tecnologias para avaliação/visualização vascular no cateterismo intravenoso periférico: Revisão integrativa. *Escola Anna Nery*, 24(3), e20190355. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0355>
- Santos-Costa, P., Paiva-Santos, F., Sousa, L. B., Bernardes, R. A., Ventura, F., Salgueiro-Oliveira, A., Parreira, P., Vieira, M., & Graveto, J. (2022). Evidence-Informed Development of a Bundle for Peripheral Intravenous Catheterization in Portugal: A Delphi Consensus Study. *Nursing Reports*, 12(3), 498–509. <https://doi.org/10.3390/nursrep12030047>
- Santos-Costa, P., Paiva-Santos, F., Sousa, L. B., Bernardes, R. A., Ventura, F., Salgueiro-Oliveira, A., Parreira, P., Vieira, M., & Graveto, J. (2023). Nursing Practices and Sensitive Outcomes Related to Peripheral Intravenous Catheterization in Portugal: A Scoping Review. *Journal of infusion nursing: the official publication of the Infusion Nurses Society*, 46(3), 162–176. <https://doi.org/10.1097/NAN.0000000000000505>

- Tsuboi, M., Hayakawa, K., Mezaki, K., Katanami, Y., Yamamoto, K., Kutsuna, S., Takeshita, N., & Ohmagari, N. (2019). Comparison of the epidemiology and microbiology of peripheral line– and central line– associated bloodstream infections. *American Journal of Infection Control*, 47(2), 208–210. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2018.08.016>
- World Health Organization. (2011). *Report on the burden of endemic health care-associated infection worldwide*. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/80135>
- World Health Organization. (2022). Global report on infection prevention and control Executive [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-\(ihs\)/ipc/ipc-global-report/who_ipc_global-report_executive-summary.pdf?sfvrsn=9bdb205f_7&download=true](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-(ihs)/ipc/ipc-global-report/who_ipc_global-report_executive-summary.pdf?sfvrsn=9bdb205f_7&download=true)
- Zingg, W., Barton, A., Bitmead, J., Eggimann, P., Pujol, M., Simon, A., & Tatzel, J. (2023). Best practice in the use of peripheral venous catheters: A scoping review and expert consensus. *Infection Prevention in Practice*, 5(2), 100271. <https://doi.org/10.1016/j.infpip.2023.100271>
- Zhu, L., Liu, H., Wang, R., Yu, Y., Zheng, F., & Yin, J. (2020). Mechanism of pulsatile flushing technique for saline injection via a peripheral intravenous catheter. *Clinical Biomechanics*, 80, 105103. <https://doi.org/10.1016/j.clinbiomech.2020.105103>

APÊNDICES

APÊNDICE – I – Comunicação no Serviço de Urgência- Estratégias Facilitadoras

GABINETE DE EDUCAÇÃO E FORMAÇÃO PERMANENTE
(ACREDITADO PELO DESPACHO Nº 13019/98 (2ª SERIE) DE 29/07, DA SRA. MINISTRA DA SAÚDE)

Plano de Sessão

Designação da Ação:	Comunicação no Serviço de Urgência – Estratégias facilitadoras.	Duração Total:	1H00
Data:	2022.07.08	Local Realização:	Gefop
Formador (s):	<p>[REDACTED]</p> <p>Silvia Domingues</p> <p>Alunas do 3º Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica</p>		
Objetivo Geral <i>(indicar o propósito da formação)</i>	<ul style="list-style-type: none"> Melhorar o conhecimento e a capacitação dos enfermeiros sobre estratégias facilitadoras da comunicação no serviço de urgência, na abordagem ao doente/família em situação de urgência/ emergência. 		
Objetivos Específicos <i>(Afetar os objetivos específicos a cada um dos temas)</i>	<ul style="list-style-type: none"> Conhecer conceitos de comunicação; Compreender a especificidade e importância da comunicação na abordagem do doente / família em situação de urgência/ emergência; Conhecer estratégias facilitadoras da comunicação, em: <ul style="list-style-type: none"> - Comunicação de más notícias; - Gestão de conflitos; - Lidar com queixas; Capacitar os enfermeiros para na abordagem comunicacional do doente /família em situação de urgência/ emergência; Compreender a evidência científica do uso destas estratégias como facilitadoras da comunicação em situação de urgência/ emergência; 		
Temas a abordar <i>(indicar os temas a abordar)</i>	<ul style="list-style-type: none"> Conceitos (comunicação, comunicação terapêutica); Fatores dificultadores da comunicação com o doente /família em situação de urgência/ emergência; Atitude do enfermeiro em comunicação terapêutica; Comunicação de más notícias, conceito e estratégias na abordagem doente /família em situação de urgência/ emergência; Gestão de conflitos, comunicação como instrumento estratégico; Lidar com queixas, comunicação como instrumento estratégico; Evidência científica do uso da comunicação como instrumento em comunicação terapêutica e estratégias facilitadoras. 		
Metodologias Adoptadas <i>(indicar com uma (x) as metodologias usadas)</i>	<p>Métodos Afirmativos</p> <ul style="list-style-type: none"> Método Expositivo X Método Demonstrativo <p>Métodos Interrogativos</p> <ul style="list-style-type: none"> Técnica de Perguntas__ Ensino Programado__ <p>Métodos Activos</p> <ul style="list-style-type: none"> Estudo de Casos__ Brainstorming__ Jogo de Papéis__ <p>Outros_Table top</p>		

(2014.01.17)

1/2


GABINETE DE EDUCAÇÃO E FORMAÇÃO PERMANENTE

(ACREDITADO PELO DESPACHO Nº 13019/98 (2ª SÉRIE) DE 29/07, DA SRA. MINISTRA DA SAÚDE)

Recursos Técnico-Pedagógicos <i>(quais os recursos usados)</i>	<ul style="list-style-type: none">• Apresentação em PowerPoint (computador e projetor)
Resultados Esperados	<ul style="list-style-type: none">• Que os enfermeiros do Serviço de Urgência compreendam as vantagens do uso de estratégias facilitadoras da comunicação na abordagem ao doente/ famílias em situação de urgência e emergência, na comunicação de más notícias, gestão de conflitos e ao lidar com queixas;• Capacitar os enfermeiros do Serviço de Urgência no uso de estratégias facilitadoras da comunicação na abordagem ao doente/ famílias em situação de urgência e emergência, na comunicação de más notícias, gestão de conflitos e ao lidar com queixas.



1



2

COMUNICAÇÃO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

A comunicação é um dos elementos fundamentais da vida social, de cada indivíduo;

É "uma interação onde duas ou mais pessoas enviam e recebem mensagens e, durante o processo, ambas se apresentam e interpretam uma à outra".

3

COMUNICAÇÃO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Somos frequentemente confrontados com a necessidade de transmitir más notícias

É uma das mais difíceis e importantes tarefas com que se deparam os profissionais de saúde

4

COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS

Informações que alteram drástica e desagradavelmente a opinião que o doente tem do seu futuro;

Na prática gera-se um conflito interno no profissional não tanto em "dizer ou não dizer", mas sim em "quando e como dizer";

É urgente que os enfermeiros estejam dotados de informação e preparação para lidar com a situação de comunicar uma má notícia.

5

- COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS
- Diagnóstico da doença
 - Progressão da doença
 - Necessidade de Encaminhamento para outra instituição
 - Necessidade de Encaminhamento para outro serviço
 - Morte de um familiar
 - Realização de exames

6

COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS

ALGUNS FATORES QUE AFETAM A QUALIDADE DA COMUNICAÇÃO:

- Rapidez e falta de tempo do profissional,
- Carga de trabalho,
- Complexidade da interação entre profissional de saúde – doente e/ou família,
- O uso de termos técnicos ou a adoção de uma linguagem infantilizada

(Araújo e Leitão, 2012)

7

COMUNICAÇÃO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

- Ter uma escuta activa (observar a linguagem verbal e não verbal)
- Acessar que os doentes e familiares podem ficar satisfeitos mesmo com a expressão "não sei"
- Permitir a expressão das emoções (deixar chorar/ignorar)
- Preparar-se a si próprio, recapitulando os pontos-chaves e observando as suas reações
- "O toque" pode ser a melhor alternativa quando faltam as palavras
- Demonstrar empatia e confiança
- Agir com segurança e assertividade

Respeitar os valores e as crenças

Perera et Al. (2013)

8

COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS

É preciso não somente perceber, escutar e ouvir o outro, mas também apreender o que se passa no interior de nós próprios, identificar as emoções, os pensamentos ou as reações que as suas palavras suscitam em nós.

A comunicação de más notícias trata-se de uma tarefa complexa, complicada, que requer treino: exige que o profissional desenvolva técnicas e competências.

(Araújo e Leitão, 2012)

9

COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS

O momento da notificação de morte é o início de um importante processo que é o Luto

(Araújo e Leitão, 2012)

10

COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS

✓ Quase todas as pessoas se lembram exatamente como lhes foi transmitida a notícia da morte de um ente querido.

✓ Quem costumam ser os notificadores habituais?

- Médicos
- Enfermeiros
- Polícias e GNR

(Araújo e Leitão, 2012)

11

COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS

3Ps –Preparation, Presentation of the information, Post – Announcement Support (Preparação, Comunicação da informação e Apoio Pós Comunicação) (Mitchell, 2009)

PISA - Prepare, Inform, Support, Afterwards - Preparação, informação, Apoio e Follow-up (Iserson, 1999)

ABCDE - Advance preparation, Build a therapeutic environment/relationship, Communicate well, Deal with patient and family reactions, Encourage and validate emotions (Rabow e McPhee, 1999)

(Araújo e Leitão, 2012)

12

COMUNICAÇÃO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA- ESTRATÉGIAS FACILITADORAS

Em 1994, Buckman criou um protocolo de ação para a transmissão de más notícias. Este protocolo descreve considerações importantes para ajudar a aliviar a angústia, tanto para os pacientes que recebem a notícia, como para os profissionais de saúde que compartilham.

13

COMUNICAÇÃO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA- ESTRATÉGIAS FACILITADORAS

Protocolo SPIKES

- Setting up (Início- Preparação)
- Perception (Percepções)
- Invitation (Informação)
- Knowledge (Conhecimento)
- Emotions (Expressando emoções)
- Strategy and Summary (Coping -Resumindo e organizando estratégias)

14

COMUNICAÇÃO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA- ESTRATÉGIAS FACILITADORAS

Protocolo SPIKES

Passo 1 – Início -Preparação:

- Escolher um local adequado que permita privacidade e confidencialidade adequada, sem interrupções de outras pessoas.
- Estabelecer contacto.
- Pedir para se sentar.
- Poderá ser importante a pessoa estar acompanhada de alguém significativo

15

COMUNICAÇÃO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA- ESTRATÉGIAS FACILITADORAS

Protocolo SPIKES

Passo 2 – Percepções - Avaliar o que o doente sabe:

- O profissional de saúde pede à pessoa que lhe descreva o que está acontecer, para perceber qual o seu nível de conhecimento sobre o seu estado atual complementando com questões.
- A partir das respostas dadas, pode-se corrigir desinformações e moldar a má notícia para o entendimento do paciente, além de notar a possível existência de negação da doença ou expectativas não realistas do tratamento.

16

COMUNICAÇÃO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA- ESTRATÉGIAS FACILITADORAS

Protocolo SPIKES

Passo 3 – Invitation- Informação - Avaliar o que o doente quer saber:

- Identificar até onde o paciente quer saber o que está acontecer, se tem desejo de obter informações detalhadas sobre sua doença, tratamento e evolução ou não.
- Se o paciente deixar claro que não quer saber detalhes, mantenha-se disponível para conversar no momento que ele quiser.

17

COMUNICAÇÃO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA- ESTRATÉGIAS FACILITADORAS

Protocolo SPIKES

Passo 4 – Knowledge – Conhecimento Partilhando as informações - Dar a notícia:

- O profissional chama a atenção da pessoa com um aviso prévio, posteriormente dá a informação sem eufemismos com frases curtas e de interpretação clara;
- A informação deve ser passada aos poucos, certificando-se periodicamente de que o paciente está entendendo o que está sendo dito.
- Introduções como "infelizmente não trago boas notícias" evitando-se expressões duras e frias.

18

**COMUNICAÇÃO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA-
ESTRATÉGIAS FACILITADORAS**

Protocolo SPIKES
Passo 5 - Emotions - Emoções:

- Abordar as emoções dos pacientes com respostas afetivas.
- Os pacientes podem reagir de diferentes formas, como silêncio, choro e raiva - saber lidar com tais reações é uma das etapas mais difíceis na transmissão da má notícia; "Sei que o que lhe disse é tão difícil e inesperado que é difícil acreditar..."

DR. MÓNICA DE MOURA E SILVA, Mestranda | 2023 | 19

19

**COMUNICAÇÃO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA-
ESTRATÉGIAS FACILITADORAS**

Protocolo SPIKES
Passo 5 (cont...)

- É importante demonstrar apoio e compreensão, respondendo à emoção, recorrendo também à comunicação não-verbal (toque), respeitando o silêncio e o choro.
- Respostas simples, dadas com clareza, de forma direta e honesta.
- É fundamental dar o tempo necessário para se acalmar e assim reduzir o isolamento do paciente, expressa solidariedade e valida os sentimentos ou pensamentos do paciente como normais e esperados.

DR. MÓNICA DE MOURA E SILVA, Mestranda | 2023 | 20

20

**COMUNICAÇÃO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA-
ESTRATÉGIAS FACILITADORAS**

Protocolo SPIKES
Passo 6 - Strategy and Summary – Coping:

- Resumindo e organizando estratégias.
- Organizar e planificar, clarificando as dúvidas que a pessoa possa ter;
- Antes de discutir os planos terapêuticos (curativos ou paliativos), recomenda-se perguntar ao paciente se ele está pronto para prosseguir a discussão e se aquele é o momento.
- Propor um plano de acompanhamento: elaborar um plano em função das necessidades do doente, prevenindo o sofrimento.

DR. MÓNICA DE MOURA E SILVA, Mestranda | 2023 | 21

21

**COMUNICAÇÃO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA-
ESTRATÉGIAS FACILITADORAS**

Protocolo SPIKES
Passo 6 (cont...)

- O profissional de saúde e o doente estabelecem pequenas metas a atingir.
- O doente deve ser encorajado a questionar - é fundamental o entendimento do paciente, para evitar que ele não compreenda os objetivos.

DR. MÓNICA DE MOURA E SILVA, Mestranda | 2023 | 22

22

**COMUNICAÇÃO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA-
ESTRATÉGIAS FACILITADORAS**

Notificação de Morte Inesperada:

DR. MÓNICA DE MOURA E SILVA, Mestranda | 2023 | 23

23

**COMUNICAÇÃO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA-
ESTRATÉGIAS FACILITADORAS**

Notificação de Morte Inesperada:
Fase 1 – Início -Preparação

- Se houver um protocolo escrito rever;
- Obter e reunir toda a informação;
- Identificar, o mais rápido possível, a lista de pessoas que precisam ser notificadas:
 - ✓ Quem é o parente mais próximo?
 - ✓ Quantos são na família? Quais são as idades das crianças e dos idosos?
 - ✓ Contactos
- Quem vai dar a notícia? Se possível equipa de 2.
- Dar a notícia pessoalmente.
- Partilhe com colegas da equipa antes de estar presente na notificação de morte. Ajuda-o a focalizar-se melhor na família.

DR. MÓNICA DE MOURA E SILVA, Mestranda | 2023 | 24

24

COMUNICAÇÃO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA- ESTRATÉGIAS FACILITADORAS

Notificação de Morte Inesperada:

- Escolher um local calmo e com privacidade;
- Ter disponível: lenços de papel, água, telefone, cinzeiros, casas de banho, brinquedos;
- Num ambiente hospitalar, certifiquem-se que as vossas roupas estão limpas de sangue ou outros fluidos corporais.

Dê a si próprio um momento para pensar sobre o que vai dizer;

- Se não for muito experiente, pratique juntamente com o outro membro da equipa por alguns minutos.

25

COMUNICAÇÃO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA- ESTRATÉGIAS FACILITADORAS

Notificação de Morte Inesperada:

- Apresente-se a si e ao outro elemento da equipa.
- Cumprimentar, identificar-se pelo nome e função.
- Posicionar-se adequadamente.
- Certifique-se que a pessoa mais chegada está presente. Não notificar por exemplo o irmão da pessoa antes de notificar os pais ou o cônjuge.
- Confirmar a identidade do familiar;
- Sente-se e peça às pessoas presentes para se sentarem.
- Não dê a notícia a uma criança.
- Usar sempre o nome da pessoa que morreu, em vez de falecido, vítima, seu filho, nosso paciente, ele ou ela;
- Utilizar linguagem clara, simples, direta, rápida, mas com cordialidade e compaixão;

26

COMUNICAÇÃO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA- ESTRATÉGIAS FACILITADORAS

Notificação de Morte Inesperada:

- Usar as palavras "morto", "morte" ou "morreu".
- Esteja ciente da comunicação não verbal - estabeleça um bom contacto visual com a família; Eventualmente contacto físico.
- Fazer breve resumo do acontecimento.

27

COMUNICAÇÃO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA- ESTRATÉGIAS FACILITADORAS

Notificação de Morte Inesperada:

- Escutar é a melhor abordagem.
- Permita tempo para o silêncio. Espere que seja a família a quebrar o silêncio.
- Reações intensas à notícia são normais.
- Aceitar as reações.
- Estar preparado para repetir a informação.
- Responder às questões, à medida que estas vão surgindo.
- Não dar mais detalhes do que aquilo que vai sendo perguntado.

28

COMUNICAÇÃO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA- ESTRATÉGIAS FACILITADORAS

Notificação de Morte Inesperada:

- Seja honesto nas suas respostas, mas seja compassivo;
- Se não lhe ocorrer nada para dizer – NÃO DIGA NADA;
- Vá observando as reações dos familiares;
- Contacto e proximidade física é muitas vezes útil;
- Disponha de tempo. Não tenha pressa!

29

COMUNICAÇÃO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA- ESTRATÉGIAS FACILITADORAS

Apoio pós - comunicação

- Perguntar se há mais alguém que precise ser notificado;
- Dar permissão, verbal e não-verbal, para os familiares expressarem abertamente a sua dor e falarem sobre o falecido;
- Estar preparado para as possíveis reações à notícia, incluindo, descrença, raiva, negação, etc;
- Não tomar como pessoal as explosões de raiva;
- Validar sentimentos e emoções;
- Não tenha receio de mostrar as suas emoções;
- Procurar perceber quais as suas necessidades imediatas (telefone, transporte, informação específica);
- Ter em atenção as necessidades especiais de alguns dos familiares – crianças, idosos, etc.

30

**COMUNICAÇÃO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA-
ESTRATÉGIAS FACILITADORAS**

Apoio pós - comunicação

- Estabelecer algum tipo de sistema de suporte para a família; •Ajude-os a contactar os seus amigos, outros familiares, um padre, um médico de família, etc. ;
- Fique com os familiares, a não ser que estes expressem o desejo de quererem ficar a sós;
- Se o familiar estiver sozinho, não ir embora até que outros familiares, amigos ou vizinhos cheguem;
- Atender às solicitações;
- Explicar, se necessário, procedimentos (ex.: verificação do óbito de uma pessoa, autópsia);
- Explicar sobre a necessidade de escolher e contactar uma agência funerária;

31

**COMUNICAÇÃO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA-
ESTRATÉGIAS FACILITADORAS**

Apoio pós - comunicação

- Logo que o sistema de suporte esteja no local e não existam mais perguntas podemos sair.
- Deixar o vosso nome escrito, contacto e as horas a que estão disponíveis.
- Planear o contacto de follow-up.
- Se possível, deixar informação escrita sobre instituições de apoio, material informativo, cartões, folhetos, brochuras, etc. •Se for o caso, preparar a família para a visualização do corpo.

32

**COMUNICAÇÃO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA-
ESTRATÉGIAS FACILITADORAS**

Follow-up

- Clarifiquem sobre quem é o responsável pelo follow-up da família.
- Façam o telefonema, no dia acordado à família.
- Questionem sobre perguntas adicionais.
- Sugeri à família que escrevam as perguntas, à medida que estas lhe surjam.
- Ajudem a família a encontrar outros sistemas de suporte/apoio.
- Encorajar a manter as suas rotinas.
- Perguntem à família se está pronta para receber os objetos pessoais.
- Mostrar disponibilidade, compromisso e não abandono.

33

**COMUNICAÇÃO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA-
ESTRATÉGIAS FACILITADORAS**

Cuidados com a equipa

34

**COMUNICAÇÃO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA-
CUIDADOS COM A EQUIPA**

- TIRAR TEMPO PARA ACALMAR EMOÇÕES
- REUNIR OS ELEMENTOS INTERVENIENTES NA NOTIFICAÇÃO.
- ANALISAR O QUE CORREU BEM, O QUE CORREU MAL, O QUE PODE SER MELHORADO
- APOIAREM-SE UNS ADS OUTROS

35

GESTÃO DE CONFLITOS

36

Podemos, muitas vezes, enquadrar a comunicação, durante ou após o cuidado à pessoa em situação crítica, em 3 formas distintas de resposta

Através de palavras - A pessoa expressa o que sente, podendo fazê-lo de forma coerente ou incoerente.

Através do comportamento não-verbal - Ex.: A pessoa expressa a sua dor e tristeza através do seu olhar, da sua expressão facial e do seu silêncio.

Através de comportamentos agressivos - A pessoa expressa-se através de comportamentos desajustados ou estranhos, não usuais no seu comportamento.

37

ASSERTIVIDADE

A capacidade que cada um tem de conseguir expressar, de forma direta, as suas necessidades ou preferências, emoções e opiniões, sem que com isso experiencie ansiedade desnecessária ou viole as necessidades do outro..

38

Princípios e Componentes da Assertividade em Enfermagem

39

Comunicação como instrumento terapêutico

O uso da comunicação assertiva reduz a prevalência dos erros em saúde e melhora a qualidade dos cuidados incluindo a adesão terapêuticas

40

A ASSERTIVIDADE É UM SUPER PODER!!!!

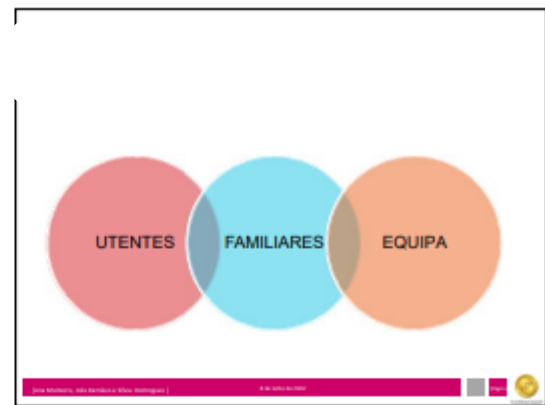
41



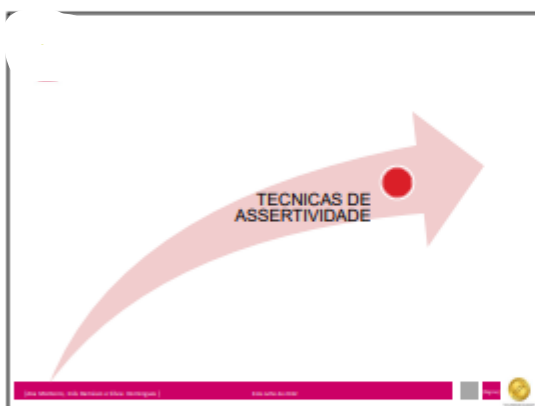
42



43



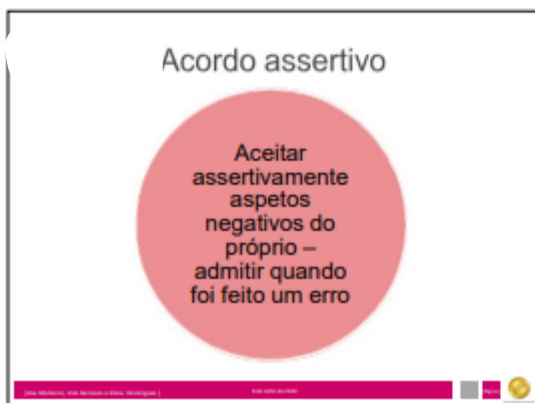
44



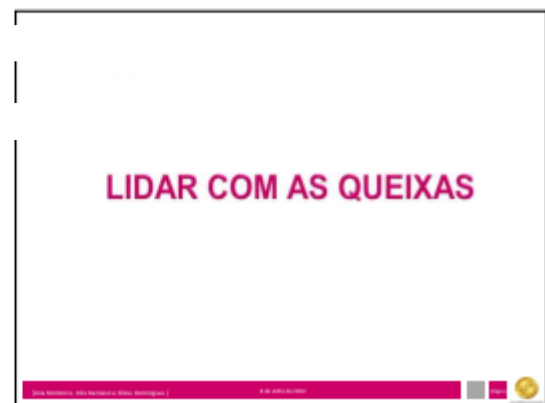
45



46



47



48

LIDAR COM AS QUEIXAS

Nunca levar estas queixas a uma interpretação pessoal, e reconheça que independentemente daquilo que fizer, nunca conseguirá satisfazer toda a gente.

[Logo] [Nome do Curso] [Página 49]

49

LIDAR COM AS QUEIXAS

ATITUDES COMUNICACIONAIS IMPORTANTES

- Falar em tom calmo e baixo
- Falar de um modo não provocador e sem críticas
- Usar frases curtas, simples, neutras e concretas
- Evitar sorrir e rir inapropriadamente
- Demonstrar respeito

[Logo] [Nome do Curso] [Página 50]

50

LIDAR COM AS QUEIXAS

Reconhecer os sentimentos do cliente

Facilitar a fala do cliente e escutá-lo

Observar atentamente o comportamento do cliente.

Atenção à comunicação não verbal

- Postura calma e tranquila
- Evitar gestos ameaçadores, nervosos e súbitos
- Evitar contacto visual intenso e direto;
- Assumir uma distância de apoio que respeite o cliente

[Logo] [Nome do Curso] [Página 51]

51

LIDAR COM AS QUEIXAS

OUVIR OU ESCUTAR?

[Logo] [Nome do Curso] [Página 52]

52

1.º PASSO- ESCUTA

Se não escutar tendo a fixar-me no problema errado

[Logo] [Nome do Curso] [Página 53]

53

1.º PASSO- ESCUTA

A ESCUTA é a competência básica no lidar com as queixas dos doentes.

[Logo] [Nome do Curso] [Página 54]

54

1.º PASSO- ESCUTA

Estabelecimento de Relação terapeutica

- Escuta
- Empatia
- Olhar
- Assertividade

55

LIDAR COM AS QUEIXAS

MINUTO MÁGICO

56

2.º PASSO- MINUTO MÁGICO

Tendência a defendermo-nos e a oferecer explicações

Fazer pergunta semi-aberta

- Deixar o utente falar pelo menos durante um minuto antes de dar qualquer feedback.

57

2.º PASSO- MINUTO MÁGICO

"Bom dia Sílvia, sou a Enfermeira Inês, a Enfermeira Ana disse-me que a senhora tem algumas preocupações em relação ao tratamento que foi realizado. Importa-se de me falar um pouco do que a preocupa?"

SEM QUESTÕES, SEM INTERRUPTÕES, SEM EXPLICAÇÕES!!! E Independentemente do que o individuo disser... ouvi-lo durante pelo menos um minuto.

58

2.º PASSO- MINUTO MÁGICO

Escutar alguém insatisfeito, durante um minuto inteiro, é extremamente difícil!

A tentação de falar será enorme;

Tentar esperar que o utente reclame sem ser interrompido

59

3.º PASSO SINTESE DA QUEIXA

SINTESE DA QUEIXA

60

3.º PASSO SÍNTESE DA QUEIXA

O "minuto mágico" pode durar vários minutos

Depois deste momento devemos confirmar se a mensagem por nós recebida era aquilo que o cliente queria dizer

Dizer por palavras nossas.

61

3.º PASSO SÍNTESE DA QUEIXA

"Bem, D. Sílvia, se eu entendi, a Sr.ª esperava que a Sr.ª Auxiliar lhe colocasse a arrastadeira assim que solicitou, Estou correta?"

62

3.º PASSO SÍNTESE DA QUEIXA

A repetição (síntese) deve ser utilizada até o utente concordar completamente com aquilo que está a dizer.

É aconselhável organizar a repetição em função de uma expectativa não satisfeita, se possível.

63

3.º PASSO SÍNTESE DA QUEIXA

Quando o cliente tem uma longa lista de queixas, é útil questioná-lo sobre qual delas considera mais importante.

"De todas as preocupações de que me falou, qual é a mais importante para si?"

64

4.º PASSO RESPONDER AS EMOÇÕES

RESPONDER ÀS EMOÇÕES

65

4.º PASSO RESPONDER AS EMOÇÕES

A queixa do cliente está sempre associada a uma emoção ou sentimento.

Permitir a expressão dos seus sentimentos é, por si só, terapêutico.

66

4.º PASSO RESPONDER AS EMOÇÕES

Depois do cliente descrever as suas preocupações, pergunte-lhe o que sente em relação às mesmas.

“Como se sentiu?”

67

5.º PASSO RESOLUÇÕES

RESOLUÇÕES

68

5.º PASSO RESOLUÇÕES

Neste momento, deveremos ter uma clara compreensão do que preocupa o cliente, o que é mais importante para ele e o que ele sente acerca da situação.

É agora o momento para resolver as preocupações

69

5.º PASSO RESOLUÇÕES

- pedido de desculpa,
- uma explicação,
- a segurança de que não voltará a acontecer,
- um novo cuidador (enfermeiro),
- uma mudança nas políticas e procedimentos internos da instituição
- uma queixa formal da situação.

70



71

GRATAS PELA VOSSA ATENÇÃO

72

Listagem das Acções de Formação por Formador

Instituição

Página : 1 / 1

Util : VENC

Data : 2023/09/20

Hora : 15:19:20


Processo: Rh11075

Nº Formador: Cód. Tip. Acção de : 0 a zzzzzzzz Tipo Formador: Todos Ano: 2022 Mês: 1 a 12

Formador:								
Tipo Acção Formação	Acção Formação	Data Início	Data Fim	Hora Ini.	Hora Fim	Total Hr.	Financiada	Caracter
FORMAÇÃO EM SERVIÇO	Comunicação no SU - Estratégias Facilitadoras	2022-07-08	2022-07-08	11:01	13:00	2	Não	Não Obrigatório

APÊNDICE – II – O Doente com Trauma no SMI

O Doente com trauma no SMI



1

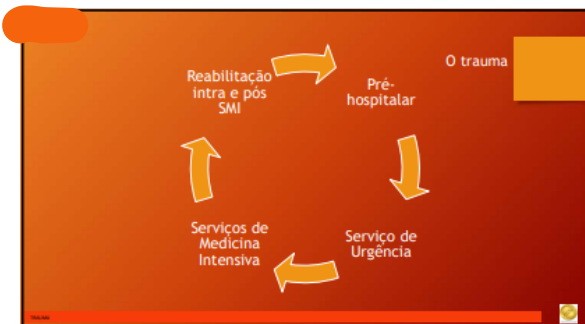


2

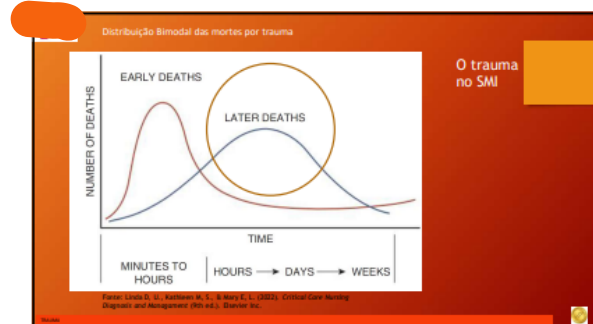
OBJETIVOS

- Conhecer os princípios de gestão dos cuidados à pessoa vítima de trauma
- Conhecer os equipamentos de imobilização e assegurar a correta transferência das vítimas de trauma
- Conhecer as indicações e contra-indicações dos equipamentos de imobilização

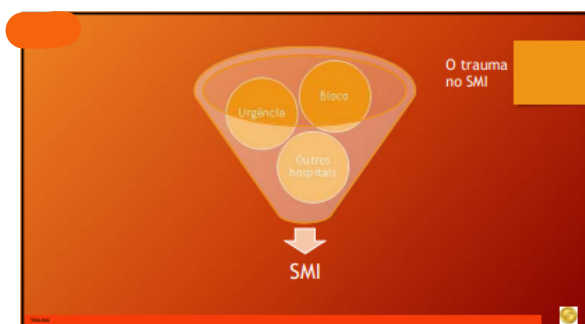
3



4



5



6

O trauma no SMI

- Garantir transições seguras de cuidados na admissão
 - Recomar a linguagem estratificada (SBAR)
 - Garantir que se conhece o que já foi realizado anteriormente, antecedentes relevantes e qual o prognóstico no momento
- Avaliação primária e secundária de acordo com os pressupostos do ATLS
- Monitorização apertada
 - O segundo pico da distribuição bimodal ocorre, habitualmente nos SMI
 - Estar alerta para potenciais complicações, nomeadamente, ARDS e/ou SMO
- Focos de atenção da monitorização
 - Oxigenação - prevenção e tratamento da hipoxemia
 - Vigilância de fatores de perturbação da oxigenação (anemia, pneumo ou hemotórax, etc)
 - Vigilância do PC, temperatura e sinais de coagulopatia (triade letal)

Franco CD, et al. Critical Care, 11, 2006, 1-11. DOI: 10.1097/CCM.0b013e3180131111

7

Objetivos da ressuscitação em trauma:

O trauma no SMI

Melhoria da perfusão tecidual

- Orientação hemodinâmica
- Controlo de hemorragias e da distribuição
- Monitorização de enfermagem

8

Breves conceitos de qualidade em saúde e de qualidade em trauma

Conceito multidimensional e multicentrado

"grau em que os serviços de saúde para os indivíduos e populações aumentam a probabilidade de se atingirem os resultados de saúde desejados de acordo com o conhecimento profissional corrente" (Institute of Medicine, 2001)

Doing the right things right, at the first time to the right people at the right time in the right place at the lowest cost (Department of Health UK, 1997)

Fazer as coisas certas, à primeira vez, à pessoa certa e no tempo certo, com eficiência e satisfação do doente e da família

"Assessing and monitoring the quality of care in trauma patients through quality indicators would allow identifying opportunities for improvement whose implementation would improve outcomes in hospital mortality, functional outcomes and quality of life of survivors"

9

Breves conceitos de qualidade em saúde e de qualidade em trauma

QUALIDADE EM SAÚDE

SEGURANÇA, EFICÁCIA, EQUITATIVA, CENTRADO NO USUÁRIO, OPORTUNA, EFICIENTE

10

Coluna vertebral

Rígida: Anco da coluna, Disco Intervertebral

Flexível: Disco Intervertebral

11

Traumatismo Vertebral-Medular (TVM)

Qualquer erro na abordagem inicial vai refletir-se na qualidade de vida futura da vítima de trauma.

- O TVM ocorre quando forças energéticas externas atingem o corpo, de forma direta ou indireta, podendo causar alterações estruturais ou fisiológicas dos elementos componentes da coluna vertebral e/ou medula espinal.
- Lesão da coluna vertebral, com ou sem déficits neurológicos, deve ser sempre considerada em pacientes com lesões múltiplas.
- Cerca de 5% dos doentes com TCE apresenta lesão da coluna vertebral.

(ACS, 2021)

12

Traumatismo Vertebro-Medular (TVM)

- A coluna cervical é a mais vulnerável à lesão: vértebras mais móveis e mais pequenas, estruturas de sustentação menos resistentes.
- Risco de lesão da espinal medula e raízes nervosas, capazes de provocar incapacidade
- Só a prevenção pode reduzir as lesões da espinal medula
- A excessiva manipulação do doente e imobilização inadequada pode agravar as lesões neurológicas e piorar o prognóstico dos doentes




13

Traumatismo Vertebro-Medular (TVM)



14

Recomendações de cuidados à Pessoa com TCE num hospital sem recursos neurocirúrgicos **Cuidados à Pessoa com TCE**



15

Recomendações de cuidados à Pessoa com TCE num hospital sem recursos neurocirúrgicos **Cuidados à Pessoa com TCE**



16

Recomendações de cuidados à Pessoa com TCE num hospital sem recursos neurocirúrgicos **Cuidados à Pessoa com TCE**

Das 28 declarações propostas e discutidas, 22 foram consensuais para recomendação forte, 3 para recomendação fraca e em 3 casos não houve consenso, e portanto, não foi emitida nenhuma recomendação.

17

Recomendações de cuidados à Pessoa com TCE num hospital sem recursos neurocirúrgicos **Cuidados à Pessoa com TCE**

Recomendação 1
 todos os doentes com potencial de recuperação, com necessidade de neurocirurgia e/ou monitorização da pressão intracraniana, devem ser rapidamente transferidos após estabilização hemodinâmica e respiratória (% de concordância: 97,6, recomendação forte).

Recomendação 2
 Disponibilidade de um serviço de telemedicina para transferência rápida de imagens digitais (% de concordância: 92,7, recomendação forte).

Recomendação 3
 Antes e durante a transferência comunicação contínua e clara, confirmação de disponibilidade de vaga, deterioração clínica significativa durante a transferência, etc. (% de concordância: 92,7, recomendação forte).

18

Recomendações de cuidados à Pessoa com TCE num hospital sem recursos neurocirúrgicos **Cuidados à Pessoa com TCE**

Recomendação 4
Sedação, intubação e ventilação mecânica para a transferência de todos os doentes com TCE grave (% de concordância: 95, recomendação forte).

Recomendação 5
Doentes com sinais/risco elevado de herniação cerebral e necessidade de neurocirurgia, sejam transportados diretamente para o BO (% de concordância: 85,1, recomendação forte).

Recomendação 6
Manter a pressão arterial sistólica (PAS) > 110 mmHg ou pressão arterial média (PAM) > 80 mmHg (% de concordância: 90, recomendação forte).

19

Recomendações de cuidados à Pessoa com TCE num hospital sem recursos neurocirúrgicos **Cuidados à Pessoa com TCE**

Recomendação 7
Realização de avaliações neurológicas seriadas(GCS + exame da pupila) no hospital de origem e durante a transferência, para detetar deterioração neurológica em doentes sem sinais de hipertensão intracraniana (% de concordância: 95, recomendação forte).

Recomendação 8
Manter a cabeça da cama elevada em 30°-45° para facilitar a drenagem venosa cerebral no hospital de origem e durante a transferência(% de concordância: 92,7, recomendação forte).

Recomendação 9
Cabeça mantida na linha média, evitando a compressão das veias do pescoço no hospital de origem e durante a transferência (% de concordância: 97,7, recomendação forte).

20

Recomendações de cuidados à Pessoa com TCE num hospital sem recursos neurocirúrgicos **Cuidados à Pessoa com TCE**

Recomendação 10
Evitar temperatura corporal central > 37,5 °C e manter a normotermia (% de concordância: 95, recomendação forte).

Recomendação 11
Manter SpO₂ > 94% (% de concordância: 87,8, recomendação forte).

Recomendação 12
Manutenção da PaCO₂ entre 35-38 mmHg (% de concordância: 90, recomendação forte).

Recomendação 13
Manutenção de um nível sérico de sódio (Na) de 140-145 mEq/l (% de concordância: 90, recomendação forte).

21

Recomendações de cuidados à Pessoa com TCE num hospital sem recursos neurocirúrgicos **Cuidados à Pessoa com TCE**

Recomendação 14
Hiperventilação de curto prazo como manobra terapêutica que deve ser utilizada apenas em doentes com sinais de herniação cerebral a aguardar neurocirurgia emergente (% de concordância: 90, recomendação forte).

22

Colar Cervical

É um equipamento destinado à imobilização da região cervical mantendo a cabeça em posição anatómica e neutra



23

Colar Cervical

Objetivos:

Imobilização da coluna cervical de uma vítima de trauma, mantendo o alinhamento da cabeça, evitando o agravamento de eventuais lesões.



24


Colar Cervical

Indicações

Quando o mecanismo de lesão sugere traumatismo da coluna cervical

Contra-Indicações

Trauma penetrante com eventual objeto empalado e/ou hematoma expansivo, no pescoço ou zonas adjacentes.




25

Colar Cervical

Princípios na sua colocação

2 elementos

- Manter o alinhamento da cabeça da vítima.
- Antes da colocação/substituição do colar deve ser avaliada a região cervical e pesquisados sinais de deformia ou hipersensibilidade.
- Deve optar-se preferencialmente pela utilização de colares de duas peças e de quatro apoios (tipo Necloc).
- O colar cervical não deve ser retirado até exclusão de lesão cervical.



26

Colar Cervical

Trauma

- Concebido em polietileno de baixa densidade.
- Colar cervical de duas peças, rígido.
- É fácil e rápido de aplicar. Permite uma alinhamento preciso.
- Impede movimento de flexão e extensão.



Ortopédicos (não são indicados em trauma)

- Termoplástico de baixa densidade
- Regulável em altura com extremidades almofadas e forradas
- Permite posição correta e ergonómica - alivia a dor
- Indicado para restringir movimentos de cabeça e pescoço - Flexão e extensão



27

Colar Cervical

Técnica

1. O 1º elemento estabiliza manualmente a cabeça da vítima
2. O 2º elemento procede à escolha do tamanho do colar:
 - Colocar a mão em posição transversal entre o ângulo da mandíbula e a base do pescoço, avaliando o número de dedos que separa essa distância.
 - No colar essa distância corresponde entre o topo da fita de velcro e a margem que pouso no ombro.



28

Colar Cervical

Técnica

1. O 2º elemento começa por colocar a região anterior e fixar a fita (sem pressão).
4. De seguida, coloca a metade posterior do colar, deslizando-a suavemente sob o pescoço.
5. Coloca os polegares na abertura traqueal da metade anterior do colar e com o 2º e 3º dedos de cada mão pinça as fitas de velcro de cada lado da metade posterior, tracionando para cima e prendendo-as na metade anterior.



29

Colar Cervical

Nota importante:

A fixação da cabeça só é completa com a associação do colar cervical semi-rígido, os imobilizadores laterais e as fitas de fixação da cabeça.

(Demonstração) - Video

<https://youtu.be/-pcwjtsla1g>



30

Colar Cervical

Higientização


- Enviar para a central de esterilização completo
- Descontaminação em temperaturas elevadas

31

Colar Cervical

Entubação orotraqueal em vítima com colar cervical

- A técnica de emergência de EOT em pessoas com lesão cervical presumida ou conhecida deve ser rápida
- A coluna cervical deve manter-se imobilizada
- A estabilização manual da região cervical poderá facilitar a abertura da boca e visualização das vias aéreas.



32

Colar Cervical

Entubação orotraqueal em vítima com colar cervical

- O procedimento realiza-se em dois tempos:
 1. O médico (colocado à cabeceira) imobiliza a cabeça enquanto o enfermeiro (colocado ao lado do doente) solta a metade anterior do colar cervical.



33

Colar Cervical

Entubação orotraqueal em vítima com colar cervical

- O procedimento realiza-se em dois tempos:
 2. O enfermeiro coloca uma mão na região occipital, colocando a outra mão no bordo do maxilar inferior, passando este a imobilizar a cabeça, libertando o médico para a EOT



34

Plano duro

- O plano duro proporciona um sistema de recuperação, transporte e imobilização da vítima com suspeita de lesões vertebrais.
- Permite o levantamento da vítima na vertical, durante extração ou transporte em condições difíceis.



35

Plano duro

Objetivos:

- Manter e estabilidade da coluna vertebral numa vítima com suspeita de trauma vertebro-medular.



36

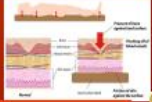
Plano duro

Indicações

- Na suspeita de lesão vertebro-medular e quando é necessário proceder à imobilização de uma vítima instável.

Contra-Indicações

- Deve ser utilizada apenas num tempo indispensável pois o uso prolongado pode provocar úlceras de pressão.



37

Plano duro

Técnica

Confirmar se o plano duro tem a base do imobilizador de cabeça;

- O 1º elemento mantém o alinhamento e imobilização da coluna cervical;
- Confirmar/ colocar o colar cervical;
- O 2º e o 3º elemento coloca o cinto do tórax e depois o cinto da região pélvica, para não permitir um movimento longitudinal ou lateral do tronco da vítima;
- Colocam-se os cintos da região escapulo-umeral;

38

Plano duro

Técnica

Colocar os imobilizadores de cabeça:

- O 2º elemento substitui o 1º no alinhamento da coluna cervical (colocar mão em chave polegares indicador sob o maxilar inferior, exercendo pressão no sentido do plano e para cima);
- O 1º elemento aplica os estabilizadores laterais lateralmente ajustados ao crânio;
- O 1º elemento procede à colocação das cintas de fixação: 1ª a cinta frontal e depois a cinta do mento.

- Por fim são fixados os membros inferiores, acima do joelho e acima do tornozelo;
- Procede-se ao ajuste de todas as cintas.

39

Plano duro

(Demonstração) - vídeo

<https://youtu.be/jtgc-qLErmQ>



40

Plano duro

Características

Poliétileno de alta densidade.	Rigidez	Leveza	Resistente a deformações e corrosão.
Flutuante	Impermeável.	100% radio-translúcido	Fácil limpar.

41

Plano duro

Limpeza

- Limpar com água quente e detergente
- Secar
- Desinfetar com álcool a 70º

Na presença de sangue:

- Aplicar toalhetes de papel embebidos numa solução de *presept* a 1% (7 pastilhas em 1litro de água) sobre o sangue
- Deixar atuar durante 2 minutos
- Limpar com água quente e detergente neutro
- Desinfetar com álcool a 70º

42

Plano duro - Estabilizadores laterais

- Constituído por dois monoblocos, em material plástico macio, tendo uma base com cintos integrados adaptáveis ao plano duro.
- Apresentam orifícios para permitir a inspeção do pavilhão auricular e maior conforto.
- Impermeável e facilmente lavável.
- Foi concebido de forma a assegurar a imobilização ótima da cabeça de doentes com suspeita de lesão cervical.



43

Plano duro - Estabilizadores laterais

Limpeza

- Lavar com água quente e detergente neutro;
- Secar
- Se presença de sangue nos velcros aplicar água oxigenada e esfregar com uma escova
- Desinfetar com álcool a 70°.

44

Cintas de imobilização


- Sistema prático e robusto para imobilização das vítimas, sendo obrigatório no transporte das mesmas.
- Constituído por fitas de polipropileno.
- Adaptável a todos os planos duros e todos os doentes, com um sistema de retenção de segurança com 10 pontos de fixação em sistema de 5 cintos. Este sistema é composto por passadeiras e velcro para fixação e ajuste correto.
- Fácil de guardar e limpar.



45

Princípios da Imobilização da vítima de trauma


- Evitar o movimento do tronco nos dispositivos de imobilização
- Manter a cabeça numa posição neutra e alinhada
- Assegurar a estabilização manual e alinhamento da coluna cervical, até à substituição mecânica (estabilizadores laterais)
- Imobilizar eficazmente a cabeça, para que não se mova em qualquer direção
- Proporcionar, se necessário, o preenchimento do espaço sobre a cabeça



46

Princípios da Imobilização da vítima de trauma

- Assegurar que nada inibe ou dificulta a abertura da boca
- Assegurar que a imobilização torácica não inibe a expansão torácica ou provoca compromisso ventilatório
- Imobilizar os membros inferiores, para que não se movam quando a vítima é lateralizada
- Assegurar que a imobilização não compromete a circulação distal em qualquer membro
- Verificar a função neurológica das extremidades.



47

Cintas de imobilização

Limpeza

- Lavar com água quente e detergente neutro;
- Deixar secar;
- Se presença de sangue nos velcros aplicar água oxigenada e esfregar com uma escova.

48

Rolamento

Objetivos:

- Mobilizar uma vítima para um plano duro, mantendo a estabilização e alinhamento da coluna vertebral;
- Rodar uma vítima com suspeita de TVM para examinar a face posterior do tronco:

49


Rolamento

Indicações:

- Mobilizar uma vítima para dispositivo de imobilização ou transporte;
- Lateralizar uma vítima com suspeita de TVM para pesquisa da região posterior do corpo.

Contra-Indicações:

- Vítimas em decúbito dorsal com suspeita de trauma da bacia
- Trauma bilateral dos membros
- Objectos empalados
- Eviscerações



50

Rolamento

Técnica:


1. O 1º elemento coloca-se à cabeça e mantém o alinhamento e estabilização da cabeça
2. O 2º elemento coloca-se ao nível do tórax e o 3º elemento ao nível dos joelhos
3. A vítima é agarrada pelos ombros e cintura pélvica em simultânea de modo a manter as extremidades alinhadas em posição neutra e é rodada em direção ao 2º e 3º elemento;
4. O 4º elemento procede a inspeção do dorso e se necessário coloca o plano duro do hospital;
5. Reposicionar a vítima no plano duro agarrando nos ombros e cintura pélvica e deslocando na diagonal.

51

Rolamento

(Demonstração) - (video)

https://youtu.be/iFtwRWe_7Jk



52

Levantamento



53

Levantamento

Objetivos:

- Levantamento da vítima mantendo o alinhamento da coluna vertebral em posição neutra (eixo nariz - umbigo - pés)

54

Listagem das Acções de Formação por Formador

Instituição

Página : 1 / 1

Util : VENC

Data : 2023/09/20

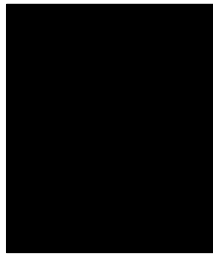
Hora : 15:18:54

Processo: Rhl1075

Nº Formador: Cód. Tip. Acção de : 0 a zzzzzzzz Tipo Formador: Todos Ano: 2023 Mês: 1 a 12

Formador: - SILVIA CRISTINA M. DOMINGUES									
Tipo Acção Formação	Acção Formação	Data Início	Data Fim	Hora Ini.	Hora Fim	Total Hr.	Financiada	Caracter	
FORMAÇÃO EM SERVIÇO	Praticas Seguras Col Man Cateter Venoso Periferico	2023-03-28	2023-03-28	11:00	12:00	1	Não	Não Obrigatório	
FORMAÇÃO EM SERVIÇO	O doente com trauma no SMI	2023-02-08	2023-02-08	13:00	15:00	2	Não	Não Obrigatório	

APÊNDICE – III – Autorização do Conselho de Administração e Comissão de Ética



Comissão de Ética

Ref. CE – Nº 7/23

Exma. Senhora

Enf.ª Sílvia Cristina Malho Domingues

Urgência Básica

17 de janeiro de 2023

Assunto: Trabalho Académico - Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Práticas Seguras na Inserção de Cateter Venoso Periférico

A Comissão de Ética do vem por este meio informar V. Exa., do parecer da reunião desta Comissão realizada dia 05.01.2023 e enviado ao Gabinete de Apoio Técnico do Centro de Investigação Clínica, sobre o estudo mencionado em epígrafe:

- Tomou-se conhecimento de um pedido de parecer submetido pela Enf.ª Sílvia Cristina Malho Domingues, a exercer funções no , para realização de um trabalho académico, no âmbito do seu Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica na Área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Escola Superior de Saúde de Leiria do Instituto Politécnico de Leiria (ESSLei-IPLeiria), intitulado “Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Práticas Seguras na Inserção de Cateter Venoso Periférico”. Este estudo será para realizar no Serviço de Urgência Básica tendo como investigadora principal a proponente. Após análise do estudo, esta Comissão nada tem a opor à sua realização. No entanto, considerou que no Consentimento Informado deve ser acrescentado à frase “A participação no estudo, não implica riscos para os participantes”, nem haverá risco de represálias. Tendo sido rececionado o documento com as alterações solicitadas, decidiu-se dar parecer favorável à sua realização.

Mais se informa, que este estudo carece de autorização por parte do Conselho de Administração.

Sem outro assunto de momento

Com os melhores cumprimentos,



Presidente