

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DA CRUZ VERMELHA PORTUGUESA - LISBOA
MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Ana Catarina Oliveira

A SEGURANÇA NA MONITORIZAÇÃO HEMODINÂMICA DO DOENTE CRÍTICO

Relatório Final de Estágio

Lisboa, setembro de 2024

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DA CRUZ VERMELHA PORTUGUESA -
LISBOA**

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

Ana Catarina Oliveira

A SEGURANÇA NA MONITORIZAÇÃO HEMODINÂMICA DO DOENTE CRÍTICO

Relatório de Estágio apresentado à Escola Superior de Saúde da Cruz
Vermelha Portuguesa – Lisboa para a conclusão do Curso de Mestrado em
Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização à Pessoa em Situação Crítica

Orientador: Prof. Doutora Leila Sales

Lisboa, setembro de 2024

“Não sei se a vida é curta ou longa demais pra nós, mas sei que nada do que vivemos faz sentido, se não tocamos o coração das pessoas.”

Autor desconhecido

Dedicatória

Dedico todo este caminho à memória da minha querida mãe...

Pela forma como sempre me ensinou a ser corajosa, determinada e a lutar sempre pelos meus
sonhos.

AGRADECIMENTOS

Considerar este percurso como um projeto de vida, focado na minha determinação e na resiliência que sempre tive em todos os meus objetivos de vida. Terminei este projeto com a certeza de que nada disto se faria sem um conjunto de pessoas que foram pilares, suporte, amor, amizade e carinho.

À Prof. Doutora Leila Sales pelo exemplo, pela ajuda, compreensão, apoio, orientação e pelas palavras de amizade que me dirigiu durante todo este percurso e que em muito contribuíram para o sucesso deste meu caminho.

A todos os Enfermeiros Especialistas que se cruzaram no meu caminho no sentido de me transmitir os melhores conhecimentos e proporcionar as melhores experiências, não tenho palavras suficientes para agradecer todo o apoio que me deram.

Ao meu namorado, pelo apoio incondicional, pelo orgulho que sempre teve por mim e pela força que me dá para continuar em busca dos meus sonhos. É tão bom fazer este caminho bonito, a que chamamos vida, contigo!

À minha irmã, às minhas primas, aos meus primos, aos meus tios e aos meus pequeninos que sempre se encheram de orgulho por mim e compreenderam todas as minhas ausências.

Aos meus amigos, em particular aqueles que fizeram questão de não me largar a mão nunca e deixar claro que desistir não fazia parte do caminho.

Obrigada, nunca será suficiente por tudo o fizeram e fazem por mim, não só agora, mas todos os dias!

Lista de Siglas e Acrónimos

CISD – Classificação Internacional para a Segurança do Doente

CMFR - Centro de Medicina Física e Reabilitação

CVC – Cateter Vascular Central

DGS – Direção Geral de Saúde

EE – Enfermeira Especialista

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

EPC - *Enterobacteriales productores de carbapenemases*

EPE – Entidade pública empresarial

ESSCVP – Lisboa – Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa de Lisboa

GCL-PPCIRA - Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência a Antimicrobianos

GHP – Grupo Hospitalar Privado

IACS – Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde

ILC – Infeção do Local Cirúrgico

INCS – Infeções Nosocomiais da Corrente Sanguínea

ITU – Infeção do Trato Urinário

JCI - *Join Comission International*

MPENQ - Manual de Políticas e Estratégias Nacionais para a Qualidade dos Cuidados de Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAI – Pneumonia Associada à Intubação

PAPA - Programa Apoio à Prescrição Antibiótica

PBCI - Precauções Básicas de Controlo de Infeção

PCR – Paragem cardiorrespiratória

PIP – Projeto de Intervenção Profissional

PNCI - Programa Nacional de Controle de Infecção

PNPRA - Programa Nacional de Prevenção das Resistências aos Antimicrobianos

PNSD - Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

PSC – Pessoa em Situação Crítica

VE – Vigilância Epidemiológicas

RAM – Resistência aos antimicrobianos

RCP – Ressuscitação Cardiopulmonar

REPE - Regulamento Exercício Profissão de Enfermagem

SAMR - *Staphylococcus aureus resistente à meticilina*

SAV – Suporte Avançado de Vida

SE – Sala de Emergência

SUB – Serviços de Urgência Básica

SUG – Serviço de Urgência Geral

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UC – Unidade Curricular

UH1 – Unidade Hospitalar 1

UL-PPCIRA – Unidade Local – Programa de Prevenção e Controle de Infecção e Resistência a Antimicrobianos

ULS – Unidade Local de Saúde

Resumo

O principal objetivo deste relatório é a descrição detalhada de todo o meu percurso de desenvolvimento de competências comuns e específicas enquanto enfermeira especialista e mestre em enfermagem com base nas experiências vividas em estágio e no projeto de intervenção profissional que está preconizado a realizar durante este ciclo de estudos.

Através da análise crítica e reflexiva do percurso para a aquisição de competências consigo afirmar que apesar de um processo evolutivo, todas elas foram atingidas, desenvolvidas e praticadas não só com as experiências em campo de estágio como também com a realização dos projetos de intervenção profissional realizados com base no que está definido pela metodologia de projeto. Através da competência específica do enfermeiro especialista quanto à capacidade para otimizar uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados, e tendo presente que a qualidade e a segurança em saúde caminham juntas no sentido de otimizarmos os melhores cuidados garantindo altos padrões de qualidade e segurança em saúde. É inevitável a necessidade de usar a monitorização hemodinâmica como adjuvante nos cuidados ao doente crítico e as múltiplas preocupações que a mesma implica ao enfermeiro e responsabilidades que estão intrínsecas à enfermagem especializada.

Por esse motivo, a segurança da monitorização hemodinâmica no doente crítico é uma temática fundamental, central e de extrema importância na atualidade, pois a segurança do doente faz parte da missão das organizações de saúde por ser um aspeto central e fundamental para a prestação de cuidados de saúde de qualidade. Garantir a segurança do doente crítico que se refere a todos os doentes cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica. Esses meios são encontrados numa primeira linha na sala de emergência do serviço de urgência e posteriormente na unidade de cuidados intensivos, que são serviços providos de tecnologia avançada e profissionais de saúde com competências técnicas e científicas de modo a assegurar vigilância e monitorização 24h por dia e para onde os doentes com estas características e estas necessidades são encaminhados. Normalmente os enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgico na área de enfermagem ao doente crítico estão inseridos nestes serviços clínicos não só pela perícia que desenvolveram ao longo dos anos, mas também pelas competências comuns e específicas dirigidas a esta área de especialidade e que são fundamentais no tratamento adequado ao tipo de doente em questão.

Palavras-chave: Segurança; Doente Crítico; Monitorização Hemodinâmica; Enfermagem Médico-Cirúrgica; Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde; Cateter Vascular Central

Abstract

The main objective of this report is a detailed description of my entire journey of developing common and specific skills as a specialist nurse and master in nursing based on my internship experiences and the professional intervention project that is recommended to be carried out during this cycle. of studies.

Through critical and reflective analysis of the path to acquiring skills, I can state that despite an evolutionary process, all of them were achieved, developed and practiced not only through experiences in the internship field but also through the implementation of professional intervention projects carried out. based on what is defined by the project methodology. Through the specific competence of the specialist nurse in terms of the ability to optimize continuous improvement in the quality of care and bearing in mind that quality and health safety go hand in hand in order to optimize the best care, guaranteeing high standards of quality and health safety. The need to use hemodynamic monitoring as an adjunct in the care of critically ill patients and the multiple concerns that it implies for nurses and responsibilities that are intrinsic to specialized nursing is inevitable.

For this reason, the safety of hemodynamic monitoring in critically ill patients is a fundamental, central and extremely important topic today, as patient safety is part of the mission of healthcare organizations as it is a central and fundamental aspect of healthcare assistance. of quality. Ensure the safety of critical patients, which refers to all patients whose life is threatened by failure or imminent failure of one or more vital functions and whose survival depends on advanced means of surveillance, monitoring and therapy. These means are found first in the emergency room of the emergency service and later in the intensive care unit, which are services provided with advanced technology and health professionals with technical and scientific skills in order to ensure surveillance and monitoring 24 hours a day and where patients with these characteristics and needs are referred. Normally, nurses specializing in medical-surgical nursing in the area of critical patient nursing are included in these clinical services not only because of the expertise they have developed over the years, but also because of the common and specific skills focused on this area of specialty and which are fundamental in the appropriate treatment for the type of patient in question.

Keywords: Security; Critical Patient; Hemodynamic Monitoring; Medical-Surgical Nursing; Healthcare-Associated Infections; Central Vascular Catheter

Índice

I. Introdução	14
II. Enquadramento Teórico	19
III. Percurso para o desenvolvimento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista e de Mestre em Enfermagem	23
III.1. Descrição do Serviço de Urgência Geral	23
III.1.1. Projeto de Intervenção Profissional realizado no SUG	25
III.2. Descrição da Unidade de Cuidados Intensivos	29
III.2.1. Projeto de Intervenção Profissional realizado na UCI.....	31
III.3. Descrição da Unidade Local – Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência a Antimicrobianos	34
III.3.1. Projeto de Intervenção Profissional realizado na UL - PPCIRA.....	36
IV. Processo de desenvolvimento de Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista e Mestre em Enfermagem	38
IV.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Mestre em Enfermagem	40
IV.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica	48
V. Competências de Mestre em Enfermagem.....	60
VI. Considerações Finais	62
VII. Referências Bibliográficas	65
Apêndices.....	72
Apêndice A – Plano de projeto do Serviço de Urgência Geral	
Apêndice B – Plano de projeto da Unidade de Cuidados Intensivos	
Apêndice C – Plano de projeto da Unidade Local – Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência a Antimicrobianos	
Apêndice D – Questionário aplicado ao Serviço de Urgência Geral no âmbito do projeto realizado no serviço	

Apêndice E – Análise SWOT dos resultados do questionário do Serviço de Urgência Geral

Apêndice F – Demonstração gráfica dos resultados do questionário aplicado no Serviço de Urgência Geral

Apêndice G – *Check list* de verificação de colocação do Cateter Vascular Central

Apêndice H – Kit colocação do Cateter Vascular Central

Apêndice I – Email de proposta de intervenção no serviço ao Enfermeiro Gestor

Apêndice J – Formação em serviço realizada no Serviço de Urgência Geral

Apêndice K - Demonstração gráfica dos resultados do questionário de avaliação global

Apêndice L - Questionário aplicado na Unidade de Cuidados Intensivos no âmbito do projeto realizado no serviço

Apêndice M - Análise SWOT dos resultados do questionário da Unidade de Cuidados Intensivos

Apêndice N – Demonstração gráfica dos resultados do questionário aplicado na Unidade de Cuidados Intensivos

Apêndice O – Formação em serviço realizada Unidade de Cuidados Intensivos

Apêndice P – Cartaz de sensibilização exposto na Unidade de Cuidados Intensivos

Apêndice Q – Atualização gráfica e estrutural do “*Guia de Acolhimento a Familiares na UCI*”

Apêndice R – Programa do Seminário realizado no âmbito do projeto de estágio na UL-PPCIRA

Apêndice S – Cartaz de divulgação do Seminário realizado no âmbito do projeto de estágio na UL-PPCIRA

Apêndice T – Artigo de revisão intitulado por “*Cuidados de Enfermagem na Prevenção e Controlo de IACS na Manutenção do CVC*”

Apêndice U – Poster submetido ao 1º Seminário Internacional de Enfermagem Especializada sobre “*Cuidados de Enfermagem na Prevenção e Controlo de IACS na Manutenção do CVC*”

Apêndice W – Palestra realizada no âmbito do seminário realizado durante o estágio da UL-PPCIRA Prevenção de Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde – Um Pilar Para a

Segurança do Doente com o tema “*Prevenção da infeção nosocomial da corrente sanguínea associada ao CVC*”

Apêndice V – *Scoping Review* sobre “*Intervenção de enfermagem na prevenção da infeção do trato urinário associada a cateter vesical*”

Apêndice X – Poster submetido ao 1º Seminário Internacional de Enfermagem Especializada sobre “*A gestão dos alarmes e a Segurança da pessoa em situação crítica*”

Apêndice Z – Artigo científico realizado no estágio integrado na UL-PPCIRA com tema: “*Prevenção das INCS associadas ao CVC*”

Anexos 144

Anexo 1 – Certificado de presença no Seminário UL-PPCIRA – Prevenção das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde: um pilar para a segurança do doente enquanto membro da comissão organizadora

Anexo 2 – Certificação de participação no Seminário UL-PPCIRA – Prevenção das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde: um pilar para a segurança do doente com a palestra “*Prevenção da infeção nosocomial da corrente sanguínea associada a CVC*”

Anexo 3 – Certificação de presença no Seminário UL-PPCIRA – Prevenção das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde: um pilar para a segurança do doente.

Anexo 4 – Certificação de participação no 1º Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem com o Poster “*Cuidados de Enfermagem na Prevenção e Controlo de IACS na Manutenção do CVC*”

Anexo 5 – Certificação de participação no 1º Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem com o Poster “*A gestão dos alarmes e a Segurança da pessoa em situação crítica*”

Anexo 6 – Certificado de supervisão clínica de um estágio de integração à vida profissional.

Anexo 7 – Certificado de participação no Congresso Internacional de Controlo de Infeção 2024.

Apêndice 8 – Certificado de participação no Webinair “*Supervisão clínica em Enfermagem – Apresenta (Ação) inicial da APoSCE*”.

Anexo 9 – Certificado de participação no 1º Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem.

Anexo 10 – Certificado do curso Internacional Trauma Life And Suport.

Anexo 11 – Certificado de participação no “*Webinair: Preservar o Antibiótico*”.

I. Introdução

No âmbito do 1º curso de Mestrado em Enfermagem Médico – Cirúrgica na Área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa de Lisboa (ESSCVP – Lisboa) foi-nos proposto a realização de um relatório de estágio em que seja evidenciado o percurso realizado nos diferentes contextos de estágio e a sua caracterização, bem como as atividades desenvolvidas no âmbito do projeto delineado em cada um dos contextos. A par disso a realização de uma reflexão sobre o desenvolvimento de competências e assim sistematizar as atividades desenvolvidas durante todo o percurso formativo de apropriação de conhecimentos e aquisição de competências em enfermagem especializadas bem como as competências para a obtenção do grau de mestre.

Os estágios previstos na estrutura curricular e plano de estudos do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica para obtenção do grau de especialista e mestre em enfermagem foi a realização de 204 horas no Serviço de Urgência Geral (SUG), 204 horas na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) e 204 horas num campo de estágio opcional de acordo com a resposta às competências específicas do Enfermeiro Especialista (EE) em que no meu contexto específico foi realizado numa Unidade Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistências a Antimicrobianos (UL – PPCIRA)¹⁻².

Os estágios tiveram a orientação pedagógica da Prof. Doutora Leila Sales, docente da ESSCVP – Lisboa e por supervisores clínicos, enfermeiros integrados nos contextos clínicos especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC) na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (PSC).

No início de cada estágio foram elaborados projetos de estágio (Apêndice A, Apêndice B, Apêndice C) em que foram definidos os objetivos, as atividades a realizar em cada campo de estágio e os indicadores de avaliação das mesmas, foram também definidos inicialmente os recursos necessários para atingir os objetivos definidos de forma a obter as Competências Comuns² do EE e as Competências Específicas³ do EE em EMC na área de Enfermagem à PSC.

Durante os estágios foi-nos proposto em cada um realizar um Projeto de Intervenção Profissional (PIP) com base numa necessidade encontrada no serviço com vista a desenvolver um projeto de melhoria. Os projetos nos contextos onde estive inserida foram realizados de acordo com o que está definido pela Metodologia de Projeto⁴.

Os PIP realizados no SU, na UCI e na UL-PPIRA foram realizados com base nas competências específicas do EE em EMC tendo como suporte o tema transversal definido inicialmente: A Segurança da Monitorização Hemodinâmica no Doente Crítico.

A escolha deste tema prendeu-se essencialmente pelo interesse inequívoco que tenho pela segurança do doente em todas as dimensões que a mesma apresenta e pela importância e impacto que tem quando a relacionamos com o doente crítico. A par disso a monitorização hemodinâmica é uma das componentes essenciais no tratamento do doente crítico precisamente por aquilo que ela permite avaliar sobre o doente a nível hemodinâmico, consequente planeamento de cuidados e também pelo que ela transmite aos profissionais de saúde a nível de dados para que os melhores cuidados sejam prestados.

Daí a segurança do doente⁵ ser um dos conceitos mais importantes atualmente para os sistemas de saúde, pois é um aspeto central e fundamental para a prestação de cuidados de saúde de qualidade. É fundamental referir que a segurança do doente está correlacionada com a qualidade dos cuidados prestados ao doente independentemente em que contexto hospitalar esteja inserido e por si só estes dois conceitos são fundamentais para construirmos cuidados de saúde seguros e inequivocamente de qualidade⁶.

Por outro lado, ter em consideração a segurança da monitorização hemodinâmica que por si só tem uma imensa dimensão dada a sua importância e relevância nos cuidados de saúde atuais, a mesma despertou-me interesse por ser uma competência inerente à enfermagem especializada. A monitorização hemodinâmica não invasiva e principalmente a invasiva necessita de dispositivos médicos que não só necessitam de uma correta colocação e mais do que isso de uma exímia manutenção, para que se previnam danos e assim não comprometa a segurança do doente. Estas preocupações são competências do enfermeiro e em particular competências do EE em EMC na área de Enfermagem à PSC.

Para cumprir os pressupostos que a ordem dos enfermeiros sustenta através do colégio de especialidade em enfermagem médico-cirúrgica no âmbito da pessoa em situação crítica, as teorias de enfermagem são essenciais, pois ajudam a dar corpo e ênfase à enfermagem como uma ciência. No que concerne ao meu tema em questão, para atingir as competências em enfermagem especializada, baseei-me na Teoria do Cuidado Fundamental de Alison Kitson⁷. Este assenta essencialmente na capacidade que o enfermeiro tem de ter para se conectar com o doente, e através disso compreender as suas necessidades de forma holística e atendê-las com o objetivo de apoiar as suas necessidades fundamentais. A escolha desta teoria foi na medida

em que me identifiquei com as necessidades descritas pela autora, essencialmente quanto à importância da relação enfermeiro-doente e a importância dessa relação para que os cuidados sejam centrados na pessoa e focados nela própria, não no seu processo de doença nem nos cuidados necessários, mas sim nas necessidades que a pessoa apresenta e na antecipação das suas necessidades globais por forma à mesma se sentir segura. Mais tarde, Alison Kitson criou o *Internacional Learning Collaborative*⁸ e através das experiências dos membros, definiu o que envolve uma prestação de cuidados seguros, eficazes e de alta qualidade e de certo modo como os cuidados devem ser prestados independentemente do local e do destinatário. Realçou a importância dos enfermeiros desenvolverem relações terapêuticas com os doentes e as suas famílias. Salienta igualmente a necessidade de integrar necessidades fundamentais com as físicas e psicossociais que são geridas pela capacidade relacional dos enfermeiros.

Por outro lado, Patricia Benner segundo a teoria da Sabedoria Clínica nos Cuidados Críticos e Agudos⁹ defende que a obtenção de competências dos enfermeiros são baseadas no progresso das experiências vividas e em como as mesmas são ensinadas. A mesma sustenta a ideia de que durante a prática profissional e durante a aquisição de competências, a prática clínica na profissão de enfermagem fica mais apurada atingindo competências essenciais para a prática de enfermagem especializada. O desenvolvimento de competências é um processo dinâmico e de acordo com a mesma teoria é expectável que todo o enfermeiro atinja o nível de perito, negando a que a sua autodeterminação e a prática clínica seja baseada em regras e orientações, mas sim que se assente na sua experiência e as suas escolhas sejam feitas segundo a sua autodeterminação quanto ao conhecimento sobre a enfermagem.

De forma a conseguir atingir as competências comuns e específicas preconizadas para o EE em EMC na área de Enfermagem à PSC defini objetivos gerais e específicos que me comprometi a atingir no final de todo este processo.

Como objetivo geral defini:

- Desenvolver competências técnico-científicas, éticas e relacionais como enfermeira especialista no cuidado à pessoa em situação crítica e família nos diferentes contextos onde estão inseridos.

Como objetivos específicos defini:

- Promover cuidados especializados à pessoa e família em situação crítica;

- Contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem e da segurança do doente no âmbito da monitorização hemodinâmica da pessoa em situação crítica;
- Colaborar na melhoria contínua dos cuidados de enfermagem prestados agindo de acordo com as *leges artis* para minimizar o risco clínico.

Este relatório está organizado da forma que me fez sentido durante a sua elaboração, estruturar o meu pensamento para explanar este processo de apropriação de competências enquanto EE. Ele inicia-se com a presente introdução, posteriormente realizei um enquadramento conceptual e teórico onde para além de desenvolver a temática que decidi explorar e investigar garantindo a consulta de bases de dados seguras recentes e tendo em conta a melhor evidência científica. Neste capítulo relaciono também a temática escolhida com a teoria de enfermagem de Alison Kitson e a sua relação com a teoria dos cuidados fundamentais em relação com o percurso que Patricia Benner estabeleceu na enfermagem na sua definição de enfermeiro iniciado a especialista que foi assente na ideia que a experiências vividas na enfermagem proporcionam uma melhoria do pensamento crítico e consequentemente das decisões tomadas, permitindo que as mesmas sejam tomadas de uma forma mais holística em vez do nível de pensamento mais abstrato que um enfermeiro iniciado terá pela sua imaturidade na profissão. Posteriormente faço uma reflexão do percurso para o desenvolvimento das competências preconizadas para este ciclo de estudos e aqui dividi em três etapas que penso terem ajudado a transpor a minha linha de pensamento para este relatório: realizei uma breve descrição das unidades hospitalares, dos serviços em que estive inserida em estrutura física, recursos humanos e materiais, fiz a reflexão completa dos projetos de intervenção profissional realizados em cada contexto que contribuíram em grande maioria para a apropriação das competências necessárias e por fim realizei uma análise crítica e reflexiva de cada competência comum e de cada competência específica fazendo um paralelismo com as competências de mestre tendo em conta aquilo que as define e as atividades desenvolvidas a nível académico, em estágio e a nível profissional para atingir cada uma delas. Termina com algumas considerações finais em que faço também uma reflexão do percurso e do impacto que teve para mim enquanto pessoa e profissional. Faz parte do mesmo as referências bibliográficas que em muito contribuíram para a sua construção e os anexos que considere necessários para materializar as atividades realizadas.

Este relatório de estágio foi produzido sob a norma de citação e referência bibliográfica adotada na ESSCVP-Lisboa, o estilo Vancouver da autoria do *International Committee of Medical Journal Editors* e consultável na íntegra em *National Library of Medicine*.

II. Enquadramento Teórico

O presente capítulo tem como finalidade enquadrar as bases teóricas que sustentaram o meu processo de desenvolvimento de competências enquanto EE em EMC na área de enfermagem à PSC e da importância da Segurança da Monitorização Hemodinâmica no Doente Crítico.

O direito à proteção da saúde é descrito na Constituição da República Portuguesa como um direito fundamental. A Lei n.º 95/2019 aprova a Lei de Bases de Saúde em que a sua base 1 é relativa ao direito à proteção de saúde em que a segurança do doente é considerada uma das componentes fundamentais. O Serviço Nacional de Saúde (SNS) é responsável por promover e garantir que todos os cuidados de saúde sejam prestados assentes numa política de qualidade e de segurança¹⁰.

Nos últimos anos a segurança é considerada um dos grandes desafios para a saúde pública a nível mundial uma vez que a qualidade em saúde é uma das grandes preocupações das instituições por todo o mundo, sendo por isso um dos principais objetivos do século XXI tornar os cuidados de saúde seguros para todos.

De acordo com a Classificação Internacional sobre a Segurança do Doente (CISD)¹¹ o conceito de segurança é igualmente definido como a redução de danos relacionados com os cuidados de saúde para um mínimo aceitável. Por sua vez, a redução de danos para mínimos aceitáveis é, tendo em conta a evidência mais atual, garantir a escolha dos melhores recursos disponíveis e fazer o paralelismo entre o contexto em que o cuidado foi prestado contra a opção de realização de um tratamento ou de outro alternativo.

A segurança do doente é também definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS)¹² como um conjunto de atividades organizadas com a finalidade de tornar os cuidados de saúde seguros, diminuindo o risco para o doente e assim reduzir a ocorrência de danos potencialmente evitáveis. Este conceito inerente a um cuidado direto e de relevância na prática clínica é também um tema sensível e que exige de todos os profissionais de saúde atenção e cuidado e consequentemente compromisso em garantir a sua prática.

As medidas de promoção da segurança, e no caso específico do doente crítico, baseiam-se em políticas de gestão do risco, estando incluídas medidas reativas e proativas na melhoria de uma cultura de segurança. Isto corresponde à redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável^{5,11-13}.

Ter em consideração que a segurança da monitorização hemodinâmica é uma questão complexa e que comporta várias áreas de atenção que estão inseridas na enfermagem

especializada. A monitorização hemodinâmica não invasiva e principalmente a invasiva necessita de dispositivos médicos que não só necessitam de uma correta colocação e mais do que isso de uma exímia manutenção para que se previnam uma série de danos e assim não comprometa a segurança do doente. A monitorização hemodinâmica¹⁴⁻¹⁵ é comumente utilizada de forma contínua, intermitente, utilizando técnicas invasivas e não invasivas. Por ser uma componente essencial para a compreensão do doente nas manifestações fisiopatológicas do seu organismo em resposta à implementação de tratamentos e fármacos. É por isso, um componente essencial no tratamento eficaz do doente. A avaliação destes doentes vai desde a monitorização por rotina pela avaliação básica, considerada a não invasiva até à monitorização para procedimentos mais complexos considerada a monitorização invasiva¹⁴⁻¹⁵, esta que requer obrigatoriamente o acesso ao sistema vascular do doente através da colocação de um cateter vascular central e/ou de um cateter arterial, tendo em conta os riscos de infeção e a iatrogenidade que as técnicas implicam. É amplamente utilizada para medir pressões intracardíacas, intrapulmonares, intravasculares e também avaliar o sucesso dos tratamentos adotados. É imprescindível que o enfermeiro saiba interpretar os valores obtidos através dos monitores e os tipos de ondas de modo a ser crítico e interventivo na manutenção ou alteração do tratamento preconizado.

Por fim, mas inequivocamente como prioridade de todos os cuidados, o doente crítico é aquele *“cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”*¹⁶.

A pessoa em situação crítica pela sua natureza e necessidades é recebida no SUG que está definida através do despacho normativo nº 11/2002 no artigo nº 1 como *“O serviço de urgência é considerado serviço de ação médica hospitalar”* e que também *“São serviços multidisciplinares e multiprofissionais que tem como objetivo a prestação de cuidados de saúde em todas as situações enquadradas nas definições urgência e emergência criação essa dirigida à progressiva diferenciação e maior disponibilidade dos profissionais neles integrados”*¹⁷. Os serviços de urgência são classificados de acordo com a capacidade de resposta: como serviços de urgência polivalente, serviços de urgência médico-cirúrgica e serviços de urgência básicos. Identificada a natureza do doente como crítico o mesmo é acolhido numa UCI¹⁸ que é o local mais provido de meios tecnológicos e humanos de modo a realizar uma vigilância contínua através de instrumentos de tratamento, diagnóstico, monitorização e terapêutica.

O meu processo de desenvolvimento de competências decorreu o circuito normal do doente crítico o que me facilitou na interpretação do mesmo, na consolidação de conhecimentos práticos e teóricos sobre esta área de especialidade. Iniciei o meu processo em estágio pelo serviço de urgência, segui para a unidade de cuidados intensivos e de forma opcional escolhi uma UL-PPCIRA, este último pela importância que exerce a competência específica do EE quanto à prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa a vivenciar processos complexos de doença e pela importância que a otimização desta prática tem no cuidar da pessoa e da sua família a viver processos complexos de doença e também na antecipação de respostas para situações de emergência, exceção e catástrofe.

O processo de estágio decorreu desde dezembro de 2023 até julho de 2024 nas 3 áreas de intervenção que defini anteriormente em horas iguais e em instituições hospitalares públicas e privadas o que também proporcionou uma diversidade de conhecimentos e aprendizagem que as duas realidades têm para oferecer. Durante este processo consegui compreender a importância do EE nas diversas áreas de intervenção e de que forma as competências comuns do EE, essencialmente no que toca a capacidade de gestão, de liderança efetiva, autoconhecimento e assertividade e por fim, mas não menos importante quanto aos princípios éticos e deontológicos que regem a profissão de enfermagem e que em quase todos os casos complexos têm de ser tidos em conta são essenciais. De forma complementar as competências específicas do EE são fundamentais para que os cuidados de saúde se pratiquem no sentido de proporcionar a melhor eficácia e eficiência para o doente crítico e família tendo em consideração também os melhores padrões de qualidade e de segurança, na gestão de protocolos complexos de terapêutica e comunicacionais, na capacidade de dinamizar respostas em situações de emergência, exceção e catástrofe e como responsabilidade inequívoca na prevenção e controlo de infeção e resistência a antimicrobianos direcionados à PSC.

Sendo a segurança do doente uma das metas do século XXI nas instituições de saúde, a necessidade que se impõe de praticar cuidados de saúde seguros e de qualidade, implica que sejam tomadas medidas para que indiretamente os profissionais de saúde, em particular os enfermeiros adquiram competências que correspondam às necessidades práticas. Atualmente a complexidade dos doentes que recorrem aos serviços de urgência e que por fim são encaminhados para as UCI requer que os enfermeiros possuam uma capacitação baseada na evidência científica com o objetivo de prestar cuidados diferenciados, complexos e direcionados às necessidades do doente e das suas famílias¹⁹⁻²⁰.

A especialização em enfermagem é fundamental, pois permite melhorar a capacidade do enfermeiro em prestar cuidados de saúde seguros e de qualidade, o que proporciona satisfação e bem-estar aos doentes e às suas famílias. Por outro lado a existência de um EE num serviço, em particular nesta área de especialidade reduz as taxas de mortalidade e morbidade em comparação direta aos cuidados prestados por enfermeiros generalistas, estes dados são retirados de um estudo realizado pela Ordem dos Enfermeiros (OE) que conclui que os profissionais a prestar cuidados na sua área de especialidade estão mais despertos para múltiplos acontecimentos nomeadamente antecipação de instabilidade clínica do doente, monitorizações hemodinâmicas básicas ou na necessidade de colocação de monitorização hemodinâmica avançada e pela vigilância que cada doente necessita¹⁹⁻²⁰.

Por esse motivo a OE afirma que os cuidados especializados à pessoa em situação crítica são considerados “*cuidados qualificados, complexos e prestados de forma contínua à pessoa com necessidade de manter as suas funções básicas de vida, prevenindo complicações e antecipando situações problemáticas, limitando a incapacidade e otimizando a recuperação*”³. Face ao exposto esta área de especialidade é fundamental, pois os cuidados prestados visam melhorar a qualidade de vida da PSC criando, executando e implementando planos de intervenção à PSC e à sua família de forma a antecipar situações ou eventos adversos aos principais intervenientes. Assim, a especialização em enfermagem permite ao enfermeiro um desenvolvimento profissional capaz de aliar o seu conhecimento à prática e através de raciocínio crítico que é aprimorado durante este processo de desenvolvimento de competências, conseguindo aliar a tomada de decisão à resolução de problemas²⁰.

III. Percurso para o desenvolvimento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista e de Mestre em Enfermagem

A especialização em enfermagem é considerada um dos pilares para que os cuidados de enfermagem sejam prestados de forma segura e nos mais elevados padrões de qualidade. A capacidade que os enfermeiros têm de acompanhar a evolução dos cuidados e de se adaptar à realidade é cada vez mais exigente nos serviços de saúde a nível técnico e científico e só é possível devido às competências que adquirem quando são considerados EE e Mestres em Enfermagem¹.

O meu processo de desenvolvimento de competências assentou-se e espelhou-se naquilo que Benner já definiu em 2001 no seu livro *“De iniciado a perito - Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem”* e seguiu-me como linha orientadora durante o meu percurso com base nos objetivos que delinee para cada um dos momentos de estágio bem como as atividades que defini realizar⁹.

A realização de um PIP em cada um dos momentos de estágio garantiu sobretudo a capacidade de compreender necessidades de cada serviço e aplicar projetos de melhoria e assim garantir a minha capacidade de integração, interpretação e resolução de problemas.

Os seguintes subcapítulos descrevem todo o meu processo de desenvolvimento de competências como EE e mestre em enfermagem nos três contextos de estágio em que estive inserida. É importante referir que os diferentes contextos em que estive inserida foram escolhidos por mim sendo irrefutavelmente a minha primeira opção, pois para além de considerar a proximidade à minha área de residência foi também o local indicado para desenvolver e adquirir as competências comuns e específicas do EE nesta área de especialidade, estas que irei após a descrição dos serviços e dos projetos de estágio descrevê-las de forma global, pois a apropriação de competências que adquiri ao longo deste percurso foi um processo contínuo e não isolado, uma vez que senti que em cada campo de estágio me senti cada vez mais capaz de aplicar o que está preconizado para um EE.

III.1. Descrição do Serviço de Urgência Geral

O estágio I realizou-se no período temporal de 5 de dezembro de 2023 até ao dia 20 de fevereiro de 2024, no Serviço de Urgência Geral (SUG) da Unidade Hospitalar 1 (UH1) de uma Unidade Local de Saúde (ULS) que identifiquei como A de forma a garantir a confidencialidade da mesma.

A ULSA²¹ à qual a UH1 pertence e onde realizei o estágio I, é uma Entidade Pública Empresarial (EPE) e é definida como ULS desde dia 1 de janeiro de 2024. Esta nova abordagem passou por uma reorganização estrutural de várias instituições do Serviço Nacional de Saúde (SNS) de onde esta unidade local faz parte. Esta comporta três Unidades Hospitalares (UH), um Centro de Medicina Física e Reabilitação (CMFR) e quatro Serviços de Urgência Básica (SUB). Todos estes serviços de saúde que servem a população desta região e são responsáveis pela prestação de cuidados de saúde diferenciados aos residentes e aos que visitam a região. Sendo a única instituição pública que presta cuidados de saúde diferenciados nesta área geográfica, é responsável pelo acompanhamento de 450 mil habitantes e cerca de 5 milhões de turistas anualmente.

A atividade assistencial da ULS no seu todo é gravemente condicionada, pois é a única que se encontra mais distante dos seus centros de referência que se encontram a cerca de 300 km e por outro lado as duas principais UH estão separadas por cerca de 70km e a assistência à população em todas as especialidades não se encontra localizada em ambas as unidades hospitalares o que condiciona a prestação de cuidados²¹.

No entanto, mantém como visão a garantia de cuidados de enfermagem de vanguarda, tendo como premissa um crescimento sustentável, com sentido de mudança e diferenciação, com o claro objetivo de obter ganhos e valores para com os doentes²².

O estágio decorreu no SUG da UH1 que pertence ao departamento de urgência e emergência e cuidados intensivos da ULSA. Os serviços de urgência são classificados de acordo com a capacidade de resposta: como serviços de urgência polivalente, serviços de urgência médico-cirúrgica e serviços de urgência básicos^{17,21}.

No despacho normativo nº 11/2002 no artigo nº 1 *“O serviço de urgência é considerado serviço de ação médica hospitalar”* e que também *“São serviços multidisciplinares e multiprofissionais que tem como objetivo a prestação de cuidados de saúde em todas as situações enquadradas nas definições urgência e emergência criação essa dirigida à progressiva diferenciação e maior disponibilidade dos profissionais neles integrados”*¹⁷.

O SUG localiza-se no piso 1 da UH1 e está dividido em área administrativa, área de apoio e área de prestação de cuidados.

A área administrativa engloba o balcão de admissão dos doentes, os 4 gabinetes médicos, o gabinete do En^o Gestor, o gabinete do Diretor Clínico e o gabinete da assistente social. Na área de apoio inclui aquilo que considerei como adjuvante ao trabalho e apresenta duas salas

de sujos, uma sala de tratamento de resíduos hospitalares e uma sala de espólio dos pertences dos doentes.

Por fim a área de prestação de cuidados de enfermagem, onde se focou o meu trabalho durante todo este período e onde tive oportunidade de entender as dinâmicas de cada posto de trabalho temos: Sala de triagem, Sala de espera de verdes e azuis, Sala de Emergência (SE), Sala de enfermagem, Sala de espera de amarelos e laranjas, Sala de tratamentos, Sala de ortopedia e Decisão clínica.

Para este estágio delineei como objetivo geral:

- Desenvolver competências técnico-científicas, éticas e relacionais especializadas no cuidado à pessoa em situação crítica envolvendo também a família no contexto de urgência;

Quanto aos objetivos específicos defini:

- Promover cuidados especializados à pessoa e família em situação crítica;
- Contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem no âmbito da segurança na monitorização hemodinâmica do doente crítico.

Os objetivos delineados anteriormente tiveram como sustentação para serem alcançados através do processo de desenvolvimento de competências comuns e específicas para o EE em EMC na área de especialização à PSC.

III.1.1. Projeto de Intervenção Profissional realizado no SUG

No âmbito do estágio módulo I realizado no SUG foi proposto a realização de um plano de projeto com reflexão e diagnóstico de situação relativamente a uma necessidade que o serviço apresentasse. Verifiquei durante a minha integração ao serviço que a norma interna quanto à prevenção de infeção associada ao cateter vascular central se encontrava desatualizada e com indicação para ser revista já há algum tempo. Dado que a segurança do doente é um dos conceitos que eu tenho como prioritário em todo este projeto achei pertinente avaliar se de facto seria uma necessidade do serviço.

De 5 de dezembro de 2023 a 19 de dezembro de 2023 enquanto cumpria os pressupostos das competências comuns e específicas do EE em EMC na área de especialização à PSC, realizei também observação das necessidades do serviço e tentei compreender se existia alguma necessidade evidente.

No dia 20 de dezembro reuni com o Enfermeiro orientador, com a Enfermeira chefe de equipa, que posteriormente colocaram o Enfermeiro gestor a par do assunto, de forma a transmitir as minhas ideias e compreender se o meu diagnóstico de situação seria pertinente, adequado e validar dessa forma o mesmo. Propus abordar junto da equipa de enfermagem a importância do cumprimento do feixe de intervenções para a prevenção de infeção associada ao Cateter Vascular Central (CVC). Identifiquei que não existia nenhuma formação recente nesse sentido, que a norma se encontrava desatualizada e que possivelmente a equipa não conhecia a norma mais recente elaborada pela Direção Geral de Saúde (DGS) quanto ao feixe de intervenções para esta temática. Considerando também que a prevenção e controlo de infeção e resistência aos antimicrobianos é uma das competências específicas que o EE em EMC na área de especialização à PSC tem de atingir foi mais um ponto a favor da seleção desta temática. O tema foi recebido pelos enfermeiros com agrado e entusiasmo e consideraram ser pertinente e adequado a sua implementação à equipa.

Decidimos então que seria importante refletir junto da equipa de enfermagem quais os conhecimentos que apresentavam quanto ao feixe de intervenções preconizado pela DGS para a prevenção de infeção associada ao cateter vascular central e envolvê-la igualmente neste projeto²³.

Dessa forma, realizei um questionário com recurso à plataforma da *Google Forms* (Apêndice D), e propus o seu preenchimento a toda a equipa de enfermagem no dia 3 de janeiro de 2024 com apoio do Enfermeiro orientador que para além de solicitar preenchimento por parte da equipa de enfermagem através de email reforçou o pedido com recurso ao *WhatsApp*.

O questionário que elaborei foi de respostas fechadas, de forma a facilitar o tratamento dos dados e também para que a equipa acesse e não ficasse desmotivada durante a resposta a um questionário com respostas abertas. O mesmo esteve ativo até dia 26/01/2024 e como me tinha proposto em plano de projeto tinha como objetivo receber no mínimo 50% de respostas. Após o fecho do questionário e com reflexão das respostas obtidas que foram somente metade do objetivo, realizei uma análise SWOT (Apêndice E) de forma a compreender a dimensão que esta problemática teria para o serviço em questão e que tipo de projeto poderia desenvolver.

A análise SWOT²³ é um dos instrumentos de gestão mais utilizados, propõe-se a identificar e delimitar os pontos fortes existentes assim como os pontos fracos que são capacidades e características internas de uma organização, para melhor interpretar o contexto dessa organização. Posteriormente, tenciona potencializar e desenvolver estratégias com base nas

oportunidades e ameaças observadas e quais fatores externos que influenciam os resultados de uma organização, com vista à melhoria contínua da mesma. Este instrumento de gestão é comumente utilizado e foi por mim escolhido, pois permitiu-me realizar a análise interna e externa do problema identificado e elaborar opções estratégicas, destacando os riscos que poderia correr e quais as principais ações a ter e a prioridade das mesmas.

A utilização deste instrumento de gestão permitiu-me concluir essencialmente a inexistência de unanimidade no conhecimento da norma nº 022/2015²³ quanto à prevenção de infeção associada ao CVC, a inexistência de atualização do kit de material de colocação do CVC conforme o preconizado pela DGS. Por outro lado, o facto da equipa ser jovem e dinâmica e de existir profissionais com habilitações académicas superiores o que podem ficar sensíveis à problemática apesar de em contrapartida a excessiva carga de trabalho associada a rácios inadequados e existir poucas oportunidades formativas na região foram os principais pontos que me fizeram concluir a importância do projeto.

O projeto foi desenvolvido com o apoio dos enfermeiros responsáveis pelo meu estágio em que estivemos sempre de acordo em seguir e elaborar este projeto de acordo com as linhas de investigação do Mestrado em Enfermagem, tendo em conta também os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados²⁴ tendo em conta também à linha da segurança e qualidade de vida, adaptando o PIP ao que está descrito de forma a dar resposta aos mesmos²⁵.

Para este projeto em específico defini como objetivo geral:

- Promover a melhoria contínua na prestação de cuidados de enfermagem de forma a prevenir as infeções nosocomiais da corrente sanguínea (INCS).

Como objetivos específicos defini:

- Atualização dos conhecimentos da equipa de enfermagem quanto aos feixes de intervenção preconizados pela DGS para a prevenção de infeção associada ao CVC.
- Disponibilizar uma proposta de intervenção no serviço de acordo com as necessidades encontradas.

O questionário foi preenchido por 25 elementos do SUG em que todos concordaram com a participação no questionário conforme definido. Os dados do questionário que me permitiram refletir e avaliar a pertinência da problemática estão espelhados no Apêndice F.

Início a amostra com a estratificação da informação pessoal. Contamos com 68% de enfermeiros generalistas e 32% de enfermeiros com grau de especialidade. A nível de

experiência profissional temos mais percentagem de respostas ligeiramente discrepantes, em que a maior parte dos profissionais responsivos apresenta experiência profissional superior a 5 anos.

Quanto à avaliação que levou às conclusões para a realização deste projeto, as questões diretas quanto ao conhecimento da norma nº 022/2015²³ e as intervenções presentes no feixe, as respostas são muito díspares o que mostra um desconhecimento e me leva a uma preocupação associada à certeza de que a realização deste projeto é fundamental para a tentativa da otimização dos cuidados de enfermagem destes profissionais.

Perante o exposto corroboro o problema identificado quanto ao conhecimento efetivo da norma nº 022/2015²³ da DGS de forma unânime por toda a equipa. Daí, achei primordial realizar uma ação de formação à equipa que ficou definida de acontecer no dia 16 de fevereiro pelas 16h na biblioteca da ULSA. De forma complementar decidi elaborar uma *check-list* de verificação da colocação do CVC (Apêndice G) e a par disso também atualizei o kit de material para a colocação do CVC que se encontra na sala de pequena cirurgia, pois encontrava-se desatualizado à luz daquilo que está preconizado pela DGS (Apêndice H). Propus a sua implementação ao En^o Gestor através de uma conversa informal no seu gabinete e oficializei a mesma através de email (Apêndice I).

Com o objetivo de me apoiar também na transmissão da informação que acho fundamental para a equipa criei uma apresentação dos pontos mais relevantes com recurso ao programa *PowerPoint* que expus e apresentei no dia estipulado (Apêndice J). No final da apresentação fiz uma breve avaliação global da mesma (Apêndice K), de modo a refletir quanto à minha prestação, a pertinência dos conteúdos e se efetivamente a formação teve benefício e contribuído de algum modo para o aumento dos conhecimentos dos enfermeiros assistentes. No entanto apenas obtive 10 respostas avaliativas da formação e que apesar de serem todas positivas e no sentido que a mesma foi positiva a surtiu um acréscimo de conhecimento e que a minha prestação também foi reconhecida, os dados para refletir efetivamente às questões colocadas são poucos. Por outro lado, também posso concluir que apesar de estarem presentes na formação a vontade de participar no projeto e no meu processo contínuo de aquisição de competências à qual eu estava inserida passou um pouco para segundo plano nos objetivos pessoais que cada formando colocou para si próprio, não considerando uma falha minha, mas sim opiniões diversas e objetivos e focos formativos diferentes.

III.2. Descrição da Unidade de Cuidados Intensivos

O segundo estágio realizou-se no período temporal de 5 de março de 2024 até ao dia 9 de maio de 2024, na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) na UH1 inserida na ULS definida anteriormente no ponto anterior onde realizei o estágio módulo I. Desenvolveu-se sob orientação de uma EE em EMC, que não revelou o seu nome nem da instituição onde presta cuidados de modo a preservar a sua identidade e de todos os doentes que contribuíram para esta aquisição de competências.

A UCI é considerada uma unidade polivalente especializada, com mais de 20 anos de existência, sendo considerada como uma unidade de nível III, de acordo com os níveis de cuidados prestados na unidade. As unidades de nível III são as mais complexas, pois abrangem doentes com maior gravidade, onde é realizada ventilação invasiva e não invasiva, traqueostomias, diferentes modalidades de monitorização invasiva, suporte hemodinâmico, técnicas de substituição renal contínuas²⁶⁻²⁷.

Este tipo de UCI requer a existência de equipas médicas e de enfermagem especializadas e treinadas para a prestação de cuidados ao doente crítico de forma contínua e ininterrupta²⁶.

A UCI integra vários espaços destinados à prestação de cuidados, de apoio aos cuidados e uma área administrativa. A área administrativa integra uma pequena receção em que colaboram duas colegas que tratam da parte administrativa, gabinete do Enf^o Gestor, gabinete do diretor clínico, sala de reuniões. A área de apoio aos cuidados constitui-se pelos armazéns que o serviço comporta de armazenamento de consumíveis, área de preparação de terapêutica onde se encontra a máquina de dispensa de terapêutica, área de armazenamento de equipamentos, sala de limpos e sala de sujos. Engloba também casas de banho disponíveis para os funcionários, balneários (femininos e masculinos) e copa.

Reportando para a área de prestação de cuidados, a unidade encontra-se dividida em 2 salas em *open space* que se encontram ligadas por uma porta. No total a UCI apresenta 9 camas destinadas a doentes de cuidados intensivos e 3 camas para doentes de cuidados intermédios que de momento se encontram desativadas. A enfermaria principal é ampla e comporta 6 camas para doentes de cuidados intensivos sendo que 1 delas se encontra numa divisão própria para doentes com necessidade de isolamento de pressão negativa. Neste espaço centralmente temos central de monitorização hemodinâmica e 4 computadores para realizar registos clínicos. A outra enfermaria também é ampla, contempla aqui 3 camas para doentes de cuidados intensivos, sendo que uma está alocada a uma sala própria para doentes com necessidade de

isolamento. Neste espaço não existe central de monitorização hemodinâmica, mas contempla igualmente um espaço com 4 computadores para realização de registos clínicos. É neste espaço que se encontram as 3 camas destinadas a doentes de cuidados intermédios que se encontram desativadas.

As unidades do doente são todas iguais e que apresenta universalmente o material necessário para a prestação dos cuidados. Centralmente encontramos a cama, do lado direito contém: Ventilador com capacidade para realização de ventilação invasiva e não invasiva, monitor para realização de monitorização hemodinâmica invasiva e não invasiva nas diferentes modalidades e proveniente dos diferentes dispositivos médicos invasivos, monitor do Índice Bispectral, rampa de aspiração, rampa de oxigénio e bombas de nutrição entérica. Do lado oposto encontram-se as seringas infusoras, bombas infusoras, gavetas com material e consumíveis de apoio aos cuidados (seringas, agulhas, sistemas de soros, elétrodos, fitas de nastro), encontramos também uma mesa de apoio para prestação dos diversos cuidados.

A par destes materiais que se encontram disponíveis na unidade do doente existe ao dispor também 2 máquinas para terapias de substituição renal, máquina de gasimetrias, equipamento para administração de oxigenoterapia de alto fluxo, pacemaker intracavitário provisório, ventiladores de transporte e carro de emergência.

Os registos de enfermagem são realizados através do sistema B-ICU care®, que foi bastante simples e intuitiva a minha adaptação ao mesmo, que desconhecia e nunca teria tido contacto com o mesmo. A capacidade que o sistema tem de se sincronizar com a central de monitorização hemodinâmica e fazer o registo dos múltiplos dados que apenas necessita de validação por parte do enfermeiro, facilita de certo modo o registo horário que o doente crítico necessita e permite ao enfermeiro compreender e antecipar e gerir situações de instabilidade do doente crítico, compreender a veracidade das mesmas e analisar de forma criteriosa a situação de forma a garantir a segurança do doente e a qualidade dos cuidados e colocar a situação à consideração médica se de facto os critérios de instabilidade persistirem e for considerada a necessidade de uma resposta emergente.

Os objetivos definidos para este estágio visam a aquisição das competências comuns e específicas do EE em EMC na área de especialização à PSC. Em particular defini como objetivo geral para este estágio: Desenvolver competências técnico-científicas, éticas e relacionais como enfermeira especialista no cuidado à pessoa em situação crítica e família no

contexto da unidade de cuidados intensivos. Posteriormente mais especificamente defini dois objetivos:

- Promover cuidados especializados à pessoa e família em situação crítica em contexto de cuidados intensivos;
- Contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem e da segurança do doente no âmbito da monitorização hemodinâmica da pessoa em situação crítica.

III.2.1. Projeto de Intervenção Profissional realizado na UCI

No âmbito do estágio módulo II realizado na UCI foi proposto a realização de um PIP com reflexão e diagnóstico de situação relativamente a uma necessidade que o serviço apresentasse. Verifiquei durante a minha integração ao serviço que todas as normas, procedimentos e instruções de trabalho estavam bem desenvolvidas, atualizadas e que o plano de formação do serviço em questão abrange as principais temáticas. Foi com base na segurança da monitorização hemodinâmica do doente crítico que é a temática base do meu processo de desenvolvimento de competências, sustentada pela competência específica do EE em EMC na área de especialização à PSC “*cuidar da pessoa e família a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica*” e também com base em algumas experiências que vivi durante os primeiros dias de estágio em que resumo principalmente a inquietude dos familiares à audição de alarmes, à instabilidade hemodinâmica do doente crítico à audição de alarmes, à incidência clara de aumento de decibéis no serviço de acordo com aquilo que está preconizado e a minha inexperiência no contexto que me obrigou a pesquisar e a chegar à conclusão da inexistência de estudos e diretrizes portuguesas quanto a esta dimensão que é “*A segurança da gestão dos alarmes na UCI para o doente crítico e suas famílias*” que ficou então como tema deste PIP.

Por forma a desenvolver o meu PIP foi realizada uma reunião informal no dia 13/03/2024 com o Enf^o supervisora com proposta de tema inicial. No dia 21/03/2024 foi realizada uma reunião com a supervisora pedagógica onde se realizou exposição da temática, definição do planeamento e plano de intervenções genéricas. No dia 22/03/2024 foi realizada uma reunião informal com o Enf^o Gestor da unidade onde foi proposta a temática para elaboração do PIP na UCI e foi destacada pelo mesmo a pertinência e importância do tema.

Como forma a sustentar a temática foi realizada um questionário (Apêndice L) desenvolvido com recurso à ferramenta *Google Forms* para avaliar a opinião da equipa de enfermagem sobre a temática identificada.

O questionário começou a ser elaborado dia 23/03/2024 e enviado à supervisora pedagógica no dia 25/03/2024 para aprovação. No dia 09/04/2024 foi proposto o seu preenchimento a toda a equipa de enfermagem com apoio da Enfermeira orientadora que para além de solicitar preenchimento por parte da equipa de enfermagem através de email reforçou o pedido com recurso ao *WhatsApp*. O questionário esteve disponível para respostas até dia 26/04/2024 e teria como objetivo um número de respostas superior a 50% conforme o número total de enfermeiros como me teria proposto no plano de projeto apresentado no apêndice B.

Após o fecho do questionário e com base na análise das respostas obtidas recebi cerca de 94% de respostas, o que foi um valor substancialmente superior ao estipulado, o que me proporcionou bastante entusiasmo e vontade de desenvolver o melhor para a equipa que estava tão expectante com a minha ideia. Foi então construída uma análise SWOT (Apêndice M) não só com base nas respostas obtidas, mas também sustentada pelas minhas observações. A análise SWOT²² da situação problema contribuiu para definir os pontos fortes, fracos as oportunidades e ameaças, cruzá-los entre si e perceber as ações de melhor a executar junto da equipa de enfermagem de modo a melhorar as condições do trabalho em equipa, do internamento do doente crítico e tornar mais confortável a frequência dos seus familiares aquando das visitas.

Este projeto à luz do realizado anteriormente foi desenvolvido com o apoio dos enfermeiros responsáveis pelo meu estágio e estivemos sempre de acordo em seguir e elaborar o mesmo de acordo com as linhas de investigação do Mestrado em Enfermagem, a linha da segurança e qualidade de vida^{1,24}.

Os objetivos definidos para este projeto dividiram-se em geral e específicos. Como objetivo geral defini:

- Garantir a segurança da gestão dos alarmes na unidade de cuidados intensivos para o doente crítico e para as suas famílias.

Como objetivos específicos defini:

- Sensibilizar a equipa de enfermagem quanto à segurança da gestão dos alarmes no contexto de UCI para o doente crítico e para as suas famílias através de uma sessão de formação;
- Identificar quais as principais fontes evitáveis e não evitáveis de ruído na UCI;
- Indicar estratégias promotoras da segurança do doente crítico e das suas famílias;

- Divulgar a proposta de cartaz de sensibilização para a temática abordada para exposição na sala de trabalho e na sala de espera;
- Apresentar a atualização do “*Guia de Acolhimento a Familiares na UCI*”.

Durante todo o período em que o questionário esteve ativo a equipa demonstrou sempre na minha presença a pertinência desta temática e mostraram-se sempre expectantes que propostas eu iria colocar de melhoria no serviço, uma vez que era uma problemática sensível, reconhecida pela maioria, mas com alguma renitência a ser melhorada.

Os dados do questionário que me permitiram refletir avaliar a pertinência da problemática estão espelhados no apêndice N.

Início a amostra com a estratificação da experiência profissional e aqui contamos 62,5% de enfermeiros com grau de especialidade e 37,5% de enfermeiros generalistas. A nível de experiência profissional temos mais percentagem de 71,9% de experiência profissional entre 10 e 20 anos. Não temos enfermeiros responsivos com menos de 2 anos de experiência profissional e os restantes elementos dividem-se quase equitativamente pelos restantes pontos.

Posteriormente todos os enfermeiros responsivos revelaram que já tinham refletido quanto ao ruído presente na UCI e 84,4% consideram este serviço ruidoso. Todas as questões que se seguiram apresentaram respostas muito díspares o que demonstrou pouca uniformização nos conhecimentos e principalmente nos cuidados prestados ao doente internado nesta UCI. Posto isto surgiu-me a certeza que este PIP era indispensável de ser exposto à equipa de enfermagem, apelando sobretudo à sensibilidade para que de certo modo a experiência e o impacto no doente crítico na UCI seja a menor possível através da diminuição do delírio, das alterações do padrão de sono, comunicação ineficaz, stress emocional, alterações da memória, disfunções cardiovasculares e/ou neurológicas, alterações da resposta imunitária, implicando aumento da sedação e analgesia, aumento do tempo de internamento e consequentemente da morbilidade e da mortalidade²⁵.

Todas estas intercorrências serão evitáveis de acordo com a literatura se conseguirmos ajustar os alarmes da monitorização hemodinâmica e dos ventiladores às condições clínicas do doente, Antecipar o término das diversas perfusões e fazer a sua substituição antes de se ativar o alarme, Sensibilizar os pares para que as conversas paralelas à beira do leito sejam somente as necessárias ao bem estar do doente, otimizar o posicionamento do doente de modo a que os dispositivos de monitorização hemodinâmica não ativem o alarme pelo mau posicionamento, definir um tempo de luz reduzida, de alarmes controlados e redução de intervenções ao doente

ao mínimo necessário essencialmente durante o período noturno, planear em equipa os procedimentos não urgentes, protelando para o período diurno e evitar o uso de telemóveis²⁸.

Tudo isto foi exposto à equipa de enfermagem numa ação de sensibilização (Apêndice O) que decorreu no dia 07/05/2024 às 16h na sala de reuniões da UCI. A adesão à formação foi bastante reduzida tendo em conta todas as minhas expectativas de acordo com a percentagem de respostas que obtive no questionário. Apesar da formação ter sido presencial com possibilidade de transmissão online apenas obtive presença de 14 elementos no total e na avaliação global da formação que expus no final da apresentação não obtive nenhuma resposta.

De forma a responder aos meus objetivos da formação e a deixar uma marca na equipa desenvolvi um cartaz de sensibilização e apelo ao silêncio (Apêndice P) que foi exposto nas duas salas de cuidados. Posto isto, também executei uma ação de melhoria, após sugestões presentes no questionário aplicado à equipa, o “*Guia de Acolhimento a Familiares na UCI*” que melhorei a nível gráfico e estrutural (Apêndice Q) e o mesmo foi aceite e aplicado.

Em suma, este PIP deu-me um prazer enorme na sua execução, principalmente por ter conseguido encontrar algo efetivamente útil para transmitir à equipa na UCI e ter conseguido pensar em algo de real importância de ser trabalhado, falado e principalmente sensibilizado nesta unidade. A inexistência de estudos portugueses direcionados para esta temática torna-a ainda mais interessante do ponto de vista pedagógico uma vez que nos falta trabalho de investigação nesta área e me obrigou a procurar inúmeras fontes e garantir a sua fiabilidade. Tanto o Gestor da unidade como a minha Enfermeira Orientadora ficaram bastante entusiasmados com as propostas de melhoria introduzidas e expectantes de que forma os seus colegas iriam dali em diante.

III.3. Descrição da Unidade Local – Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência a Antimicrobianos

O estágio III realizou-se no período temporal de 13 de maio de 2024 até ao dia 23 de julho de 2024, UL-PPIRA de um grupo hospitalar privado (GHP). Este GHP e a sua UL-PPIRA engloba 3 UH e 15 clínicas entre as diferentes regiões.

O PPCIRA foi criado em 2013 através do despacho n.º 2902/2013, fundindo assim o então Programa Nacional de Controlo de Infecção (PNCI) com o Programa Nacional de Prevenção das Resistências aos Antimicrobianos (PNPRA), programas com objetivos sinérgicos, tendo

em vista estratégias comuns para reduzir as Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) e as resistências aos antimicrobianos²⁹.

O programa tem uma estrutura verticalizada e tem como principais objetivos: A redução da incidência das IACS, a promoção do uso correto e responsável de antimicrobianos e a diminuição da taxa de microrganismos com resistência adquirida a antimicrobianos.

Por forma a atingir os objetivos propostos o PPCIRA atua em cinco áreas de intervenção:

- Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde;
- Antimicrobianos e Resistências;
- Formação e Literacia em Saúde;
- Investigação;
- Governação.

O PPCIRA do GHP está implementado de forma estruturada e na sua plenitude nas UH e clínicas, cada uma das três UH tem uma componente de ambulatório com consultas externas, serviços de atendimento permanente, hospital de dia e exames especiais enquanto a componente de internamento acomete internamentos médicos, cirúrgicos e pediátricos, unidades de cuidados intensivos, unidades de cuidados intensivos neonatais e bloco operatório.

O meu percurso neste período de estágio assentou-se numa das UH, mas com visão completa por todas as UH incluindo também as clínicas, uma vez que o estágio foi cumprido com uma EE em funções de gestão na UL-PPCIRA deste GHP que por sua vez dá resposta a todas as estruturas físicas do grupo. Esta apoia-se nos elos dinamizadores presentes em cada UH e em cada clínica e no núcleo executivo e no núcleo de apoio técnico que compõe cada uma delas.

Como objetivo geral para este estágio defini: Desenvolver competências técnico-científicas, éticas e relacionais como enfermeira especialista no cuidado à pessoa em situação crítica e família numa UL-PPCIRA. Posteriormente mais especificamente defini dois objetivos:

De forma mais específica para este estágio defini como objetivos:

- Compreender a orgânica estrutural e objetivos de uma UL-PPCIRA numa unidade de saúde;
- Compreender os eixos de intervenção da UL-PPCIRA: prevenção das IACS; Consumo de antimicrobianos e resistências; Investigação; Formação e literacia em saúde; Governação.

- Conhecer os programas de vigilância epidemiológica das IACS: Infecção do Trato Urinário (ITU), Infecção Nosocomial da Corrente Sanguínea (INCS), Pneumonia associada à intubação (PAI) e Infecção do Local Cirúrgico (ILC);
- Implementar medidas de prevenção básicas de controlo de infeção (higiene das mãos, uso de luvas, reprocessamento dos dispositivos médicos);
- Conhecer a metodologia do Programa Apoio à Prescrição Antibiótica (PAPA) instituída na unidade hospitalar;
- Compreender a importância da monitorização e vigilância de microrganismos alerta, problema e multirresistentes;
- Publicar artigo na newsletter da unidade hospitalar da UL-PPIRA;
- Dinamizar um seminário científico sobre a prevenção de IACS direcionadas à segurança do doente como um pilar;

III.3.1. Projeto de Intervenção Profissional realizado na UL - PPCIRA

O estágio decorrido na UL-PPCIRA acarretou a realização de um novo PIP à luz das necessidades que o serviço apresentava. Tal como descrito sobre a Metodologia de Projeto⁴, um PIP abarca um diagnóstico de situação, uma definição de um problema, descrição de objetivos, finalizando com um planeamento e execução do projeto e numa fase final avaliação do mesmo. Dada a dimensão da UL-PPCIRA do GHP, tendo em conta os serviços que serve e os profissionais que apoia, a mesma não se resume a um único serviço e o seu público-alvo é extenso a todos os profissionais que estão diretamente ligados à qualidade e segurança em saúde, desde os serviços médicos aos serviços de limpeza.

Pensei inicialmente que a minha intervenção teria de ser para um grupo profissional que seria certamente os enfermeiros que esta UL-PPCIRA apoia. Compreender que necessidades os mesmos apresentavam surgiu logo nos primeiros turnos quanto tive oportunidade de colaborar tanto na realização de auditorias clínicas como no preenchimentos dos programas de vigilância epidemiológica e compreendi através dos dados objetivos uma necessidade de aquisição de conhecimentos por este grupo profissional em particular quanto à vigilância epidemiológica realizada no GHP, quanto à adesão dos mesmos aos vários feixes de intervenções associados a dispositivos invasivos e da ILC. Os dados que pude consultar que sustentaram a pertinência da escolha são dados confidenciais e que não me foi autorizada a partilha dos mesmos neste relatório, no entanto na generalidade do cumprimento dos feixes de intervenções preconizados

pela DGS é inferior ao que está preconizado a nível nacional e também ao objetivo do próprio GHP que é 90%, sendo que os únicos momentos cumpridos foi o feixe de intervenções para a PAI e o feixe de intervenções quanto à manutenção da ITU com valores de 92% e 90% respetivamente.

Por forma a proceder ao planeamento e execução do meu projeto, expus à enfermeira responsável pelo meu processo de desenvolvimento de competências no dia 22/05/2024 aquilo que eu entendia como uma situação-problema possível de ser resolvida através da implementação de um projeto com sugestões de melhoria.

Este local de estágio está diretamente relacionado com a competência específica do EE nesta área de especialidade que refere *“Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas”* uma vez que teria como objetivo garantir cuidados de enfermagem seguros para os doentes com base na adoção de boas práticas, indiretamente estava a responder à competência específica que refere *“Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica”* prevenindo assim a ocorrências de *“...situações de emergência, exceção e catástrofe...”* que incluí também nas competências específicas do EE em EMC na área de especialização à PSC. Propus a realização de um seminário que focasse os pontos chave do meu diagnóstico de situação que seria efetivamente os Feixes de Intervenções preconizados pela DGS para os 4 principais tipos de IACS existentes. Então descrevemos a ITU, a INCS e a PAI estes 3 associados à complexidade dos dispositivos médicos que lhes estão na maioria das vezes associadas e por último a ILC. A ideia da organização de um seminário foi recebida com muito interesse e destacada a pertinência da temática como um momento efetivo para o desenvolvimento de boas práticas. Posteriormente foram desenvolvidas várias reuniões individuais quer com a enfermeira orientadora quer com o enfermeiro diretor de forma a delinear o programa do evento que foi a discussão, avaliação e aprovação no dia 05/06/2024 na reunião que a UL-PPCIRA programa com todos os elementos constituintes do seu núcleo executivo e à qual eu tive oportunidade de estar presente. Os moderadores e consequentes palestrantes foram em primeira instância sugeridos por mim e após aceitação ou recusa seguiu-se para outras sugestões que foram posteriormente discutidas essencialmente com a minha enfermeira orientadora. Finalizado o programa do evento (Apêndice R), validado tanto pela UL-PPCIRA como pelo En^o Diretor foi enviado o documento para o departamento de formação do GHP e logo que aceite para o departamento

de marketing uma vez que os mesmos colaboram de forma estreita com a UL-PPCIRA e foram partilhando o seu trabalho comigo e onde tive total disponibilidade de partilhar as minhas opiniões e ideias. O cartaz de divulgação (Apêndice S) do evento foi publicado nos espaços comuns das várias UH do GHP e das clínicas, posteriormente foram remetidos e-mails formais a convidar a mesa de abertura, aos moderadores e palestrantes em que incluíam informações importantes do evento de forma sucinta e que incluía no caso dos palestrantes o *template* que deveriam de utilizar para proceder à criação das suas formações.

O evento aconteceu então dia 10 de julho de 2024 conforme estava programado, o programa foi cumprido, a adesão entre unidades hospitalares foi bastante positiva e acredito que tenha contribuído para uma mudança de práticas e que os valores registados em auditorias sejam efetivamente melhorados.

Para além de incluir a comissão organizadora do evento (Anexo 1), contribui efetivamente para a disseminação de conhecimento através da apresentação da temática “*Prevenção da Infeção Nosocomial da Corrente Sanguínea Associada ao CVC*” (Anexo 2) que acredito que contribuiu efetivamente para sensibilização das boas práticas no que toca à prevenção e controlo de infeção, bem como as restantes palestras que descreveram os feixes de intervenções preconizados pela DGS para as principais IACS, salvaguardando a segurança do doente como um pilar e um foco no cuidado especializado ao doente (Anexo 3).

IV. Processo de desenvolvimento de Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista e Mestre em Enfermagem

O relatório de estágio surge num momento em que é expectável que o estudante tenha concluído o ciclo de estudos que está preconizado para esta área de especialidade e que tenha, através das experiências vividas durante a componente teórica e prática do curso, atingido as Competências Comuns e Específicas do EE em EMC na área de especialização à PSC e Mestre em Enfermagem.

Como referido por Benner⁹, o enfermeiro tem de ser capaz de adquirir competências ao longo da sua prática profissional de forma a adquirir confiança na tomada de decisões. Segundo o seu modelo de competências as mesmas decorrem de um processo dinâmico em que o enfermeiro atinge o nível de perito onde sustenta as suas ações, orientações e interpretação das situações mais complexas.

A teoria da sabedoria dos cuidados agudos e críticos definida por Benner⁹ defende que o enfermeiro perito tem de ser capaz de se adaptar a qualquer situação de complexidade adquirida pelo seu doente e ser capaz de atuar de forma rápida e direcionada à necessidade que o doente apresenta. Por outro lado, a teoria, a prática, o julgamento clínico e a gestão de situações complexas e imprevisíveis eram vistas como intervenções de grande complexidade que permitiam o desenvolvimento de competências específicas que encaminham o enfermeiro para o desenvolvimento de práticas especializadas.

Por outro lado, os desenvolvimentos técnicos e científicos em resposta às necessidades dos cuidados de saúde permitiram um desenvolvimento ímpar no diagnóstico e tratamento. Com o objetivo claro de melhorar a qualidade de vida da pessoa, os cuidados especializados em particular na área Médico-Cirúrgica implica a conceção, implementação e avaliação das intervenções realizadas em resposta às necessidades encontradas nos doentes e nas suas famílias recetores dos cuidados. O objetivo é claro e visa a deteção precoce de uma instabilidade, proceder à sua estabilização e mantendo-a com recurso aos meios de vigilância mais avançados de monitorização e terapêutica, garantindo assim a segurança do doente prevenindo a ocorrência de eventos adversos^{3,5}.

Sendo assim, a OE promulga que o EE em EMC desenvolva a sua prática baseada na evidência mais atual direcionada para a prestação dos melhores cuidados de saúde assentes na qualidade e na segurança dos doentes e das suas famílias. Os EE nesta área de especialidade desenvolvem também competências formativas, de gestão e investigação que contribuem em larga medida para a consolidação e desenvolvimento de habilidades dentro da sua área de especialidade ao longo da sua vida profissional⁵.

Como preconizado, o desenvolvimento de competências de Mestre em Enfermagem foi baseado no Decreto-lei n.º 65/2018 de 16 de agosto produzido pelo Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior³⁰.

Assim o presente capítulo vai definir todo o processo de desenvolvimento de competências, incluindo todas as atividades realizadas nos três momentos de estágio e formação complementar que foi pertinente para a aquisição das mesmas, irei também integrar as competências de Mestre uma vez que segundo o Decreto-lei n.º 65/2018³⁰, ao grau de mestre é conferido uma especialidade, podendo, quando necessário, as especialidades ser desdobradas em áreas de especialização.

IV.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Mestre em Enfermagem

As competências comuns do EE² descritas pela OE dividem-se em 4 domínios: “*Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal*”, “*Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade*”, “*Domínio da Gestão de Cuidados*” e o “*Domínio do Desenvolvimento de Aprendizagens Profissionais*”, correlacionam-se com as competências de Mestre em Enfermagem que de seguida vou descrever as atividades realizadas a nível académico e formativo.

- **A – Domínio da Responsabilidade Profissional Ética e Legal**
- **Competências de Mestre:**

“Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais”

A competência comum do EE referente a este domínio correlaciona-se com a competência de Mestre descrita e que experienciei durante toda componente prática do curso e que transporto para a minha prática profissional e à qual para atingir os seus pressupostos me regi através dos documentos reguladores e referenciais na deontologia em enfermagem que são basilares para a aquisição de competências. Entre outros refiro-me ao Código Deontológico que visa garantir os direitos dos doentes tendo em conta a qualidade e a segurança em saúde. E por outro lado o Regulamento Exercício Profissão de Enfermagem (REPE) que descreve as competências atribuídas a quem está habilitado a exercer a profissão de enfermagem e onde estão descritas as competências desta especialidade.

Também foi importante mobilizar os conhecimentos que já teriam sido adquiridos durante a licenciatura que agora foram consolidadas nas unidades curriculares preconizadas para este ciclo de estudos quanto a ética e deontologia em enfermagem.

Daí durante todo o percurso prático desenvolvido nos estágios anteriormente descritos, todas as minhas intervenções ao doente crítico e à sua família foram assentes nos princípios éticos e deontológicos descritos nos documentos anteriores, tendo em conta as normas legais de forma a garantir os direitos humanos e respeitar os princípios éticos que regem a profissão de enfermagem.

A tomada de decisão e gestão de situações complexas, contempla a prática de cuidar do enfermeiro e por sua vez o mesmo toma decisões, colaborando na prestação de cuidados e na

gestão da equipa. Este surge como um processo complexo que é influenciado por vários fatores extrínsecos. A responsabilidade, a autonomia, o conhecimento, a experiência e a estrutura organizacional são os principais fatores que influenciam a tomada de decisão e consequentemente a gestão de situações complexas. Podemos então afirmar que a tomada de decisão não pode ser separada da prática baseada na evidência uma vez que em estudos mais recentes está comprovado que o enfermeiro implementa as suas intervenções e assenta as suas decisões nas suas experiências profissionais que são sustentadas pelas investigações que realiza³¹.

Como experienciei no estágio no SU um jovem adulto do sexo masculino de 18 anos que recorreu acompanhado pela mãe por tentativa de suicídio que segundo a mesma o motivo seria o término de um namoro recente. O jovem acompanhado à sala de tratamento para realização dos procedimentos de enfermagem habituais confessou-nos a nós enfermeiras prestadoras de cuidados, que o motivo desta sua atitude seria a forma restrita como os pais geriam a sua educação e consequentemente liberdade. Foram tidas em conta os princípios éticos e deontológicos que regem a profissão de enfermagem tendo em consideração a situação delicada e a tomada de decisão foi difícil e optada pela chefe de equipa de ser discutida conjuntamente com o médico responsável pelo doente. A decisão foi reter o jovem no hospital até avaliação psiquiátrica e encaminhamento do jovem de forma estruturada para uma integração na sociedade que não tivesse novas repercussões tão perniciosas. Como presente nesta tomada de decisão a minha opinião foi tida em conta igualmente como da restante equipa multidisciplinar e ajudou-me a consolidar a confiança necessária para a tomada de decisões e a compreender também que nem sempre as temos de tomar sozinhos, mas que em situações particulares a nossa opinião poderá ser de particular importância na mudança de um ciclo de vida para alguém.

Esta situação reflete a colocação em prática destas competências e contribuiu em larga medida para a consolidação das mesmas para o meu futuro profissional. Em jeito de perspetiva a aplicação de princípios éticos, deontológicos, a tomada de decisão e a capacidade de trabalhar em equipa apesar de transversal do enfermeiro perito considero que as aprendizagens obtidas no ciclo de estudos do MEMC na área de especialidade à PSC foram essenciais para a minha autonomia e proatividade neste caso.

- **B - Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade**
- **Competência de Mestre:**

“2 - Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência;”

“5 - Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais;”

“6 - Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular”

Este domínio e a sua relação com as competências de mestre descritas, descrevem essencialmente o que está preconizado de se realizar para uma efetiva melhoria contínua da qualidade o que está inequivocamente relacionada com a qualidade em saúde. Por forma a dar resposta a esta competência que em muito está relacionada com o tema transversal deste relatório de estágio foi importante analisar com critério os programas que visam a segurança e a qualidade dos cuidados de saúde. Ainda numa fase inicial quando lecionadas as unidades curriculares que nos deram ferramentas para esta competência foi elementar a consulta do Manual de Políticas e Estratégias Nacionais para a Qualidade dos Cuidados de Saúde (MPENQ)³² e do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD)¹⁰, posteriormente a integração numa UL-PPCIRA para a realização de um dos momentos de estágio foi fundamental uma vez que me foi possível compreender na prática não só toda a teoria que havia lido anteriormente como implementar questões práticas que efetivem a qualidade e a segurança em saúde. Durante este estágio com objetivos claros que já defini anteriormente tive espaço de realizar auditorias às Precauções Básicas de Controlo de Infecção (PBCI), auditorias aos processos clínicos de forma a preencher os programas de vigilância epidemiológica das IACS criados pela DGS e os que a UL-PPCIRA elaborou de forma interna por forma a compilar os seus relatórios anuais e trimestrais.

Durante este estágio também tive oportunidade de consolidar os conhecimentos quanto à gestão do risco clínico. Apesar de não ser uma questão desconhecida para mim uma vez que na minha vida profissional já a aplico recorrentemente uma vez que exerço funções numa instituição acreditada pela *Join Comission International* (JCI) e que tem bem implementada uma plataforma de gestão de risco em que engloba não só a notificação de riscos clínicos (isolamentos, reações adversas, quedas, úlceras por pressão, incidentes com o doente ou com

os profissionais e óbitos) como não clínicos. No entanto durante este estágio tive oportunidade de explorar esta temática de outra perspectiva, de conhecer a dimensão de notificações que são realizadas e de que forma a UL-PPCIRA organiza estratégias por forma a colmatar as necessidades encontradas dando resposta às mesmas e garantindo a qualidade e a segurança dos doentes e dos cuidados prestados.

Sabendo que as diversas escalas aplicadas aos doentes nos diferentes contextos são fundamentais para prevenir a ocorrência de eventos adversos e é da responsabilidade dos enfermeiros inseridos nos contextos a avaliação das mesmas conforme protocoladas às necessidades dos doentes dou exemplo da Escala de Morse, a Escala de Braden, CAM-ICU e a Escala de *Gugging Swallowing Screen*. A utilização destas escalas e a adoção correta das intervenções necessárias a prevenir o seu risco contribuem para a segurança do doente por forma a melhorar os indicadores de qualidade definidos para os cuidados de enfermagem.

Na Unidade Curricular (UC) de Segurança do Doente e Prevenção e Controlo de IACS desenvolvida no 2º semestre do ciclo de estudos do MEMC desenvolvi um artigo de revisão intitulado por “*Cuidados de Enfermagem na Prevenção e Controlo de IACS na Manutenção do CVC*” (Apêndice T) em que consolidei conhecimentos quanto ao feixe de intervenções preconizado pela DGS para a prevenção das INCS associada ao CVC. Este artigo de revisão serviu de base para o PIP realizado no serviço de urgência que já descrevi anteriormente. Posteriormente submeti o póster realizado durante esta UC (Apêndice U) ao 1º Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem – Desafios Emergentes para a Enfermagem Especializada que se realizou entre 3 de junho a 5 de junho de 2024 ao qual recebi certificação (Anexo 4).

Posto isto, considero que os pressupostos para a aquisição desta competência comum do EE bem como o descrito para Mestre em Enfermagem foi alcançada de forma facilitadora e bastante enriquecedora para o meu futuro académico e profissional.

- **C - Domínio da Gestão dos Cuidados**
- **Competência de Mestre:**

“1 - Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada”

A gestão de um serviço clínico inserido num hospital é de extrema importância, pois uma gestão adequada em organização do espaço físico dos recursos humanos e materiais é que permite que o trabalho de enfermagem se desenrole de forma ideal para que a qualidade dos

cuidados prestados seja assegurada e a segurança do doente garantida³³. É imprescindível que o profissional responsável pela gestão de um serviço tenha competências conforme as descritas no Regulamento nº 101/2015³⁴ e que a sua equipa sob as suas habilidades de gestão seja capaz de prestar os seus cuidados de saúde tendo em conta as necessidades do doente. Por outro lado, é importante colaborar no desenvolvimento de competências na equipa que lidera e basear as suas intervenções bem como as dos profissionais que trabalham ao seu lado baseadas na mais atual evidência científica.

Nos diferentes contextos de estágio experienciei formas de gestão distintas entre elas não só pelas dimensões das equipas de enfermagem como pela dinâmica dos respetivos serviços. No SU a equipa era estruturada pelo enfermeiro em funções de gestão e pelos seus substitutos, a par disso a equipa de enfermagem dividia-se em múltiplas equipas onde o elemento mais velho de cada equipa era o responsável e que em cada turno realizado por essa equipa o mesmo realizava funções de gestão dentro da sua equipa. Ele também era responsável pela gestão da alimentação dos doentes presentes no SU como gestão de roupas hospitalares e vagas de internamento noutros serviços. Situações que poderiam acontecer de forma inesperada também eram da sua responsabilidade de ser solucionadas, com a premissa que em todos os momentos a gestão superior estava disponível para ajudar em qualquer intercorrência.

Por sua vez na UCI, por opção pessoal da chefia não existem equipas e na ausência do enfermeiro gestor ou do seu substituto em turno seria o enfermeiro mais velho a executar funções de responsável de turno. As situações na UCI são mais controladas e menos propensas de situações inesperadas pelo que as experiências de gestão com outros elementos sem ser o enfermeiro gestor foram raras. No entanto tive oportunidade de realizar um turno com o Enfermeiro Gestor onde me foi exposto os aspetos mais importantes para a gestão da UCI quanto à gestão dos recursos materiais, físicos e humanos. O sistema de gestão dos recursos materiais é informatizado e possui um sistema de gestão de stocks dividida em 2 armazéns em que o responsável retira material do armazém 1 para o armazém 2 onde debita o seu uso e o material presente no armazém 2 é o destinado aos cuidados de enfermagem para 24h. A responsabilidade da gestão dos recursos físicos é também do enfermeiro gestor durante os seus turnos através da notificação de manutenção e/ou avaria de equipamentos clínicos. A gestão dos recursos humanos é realizada mensalmente através da realização do horário com base no que está definido pela OE quanto às dotações seguras definidas para este ponto³⁵. A distribuição do trabalho diário pelos profissionais em turno é definida pelo enfermeiro gestor no início do dia com base no *Therapeutic Intervention Scoring System-28*³⁶ que avalia diariamente, e nesta

UCI em questão no turno da noite, a gravidade dos paciente internados para que a distribuição do trabalho seja justa relativamente à carga de trabalho existente.

Por último, na UL-PPCIRA as funções de gestão eram um pouco diferentes, uma vez que não existia uma equipa de trabalho constante e rotinas de prestação de cuidados diários, por sua vez a enfermeira gestora da UL-PPCIRA era a responsável pelo recebimento dos rastreios realizados quanto aos microrganismos alerta, problema e multirresistentes e posteriormente verificação dos processos clínicos dos doentes e confirmação se os processos de descolonização, antibioterapia e isolamentos estavam a ser realizados de forma conforme. A distribuição das Vigilância Epidemiológicas (VE) pelos serviços foi distribuída pela enfermeira gestora e de seguida validados os seus resultados. Por fim, toda a formação e literacia em saúde é da sua responsabilidade em organização e produção.

Depreendo que as funções de gestão cabem nas responsabilidades de um EE, que dentro da sua área de especialidade consegue executar as suas funções diárias com mais conhecimento e destreza pelas competências que desenvolveu a nível académico.

No meu caso em questão, apesar de na minha vida profissional já executar tarefas como responsável de turno, admito que este processo de desenvolvimento de competências integrou em mim componentes fundamentais para poder executar a minha prática com muito mais clareza, autonomia e capacidade para ajudar todos os meus pares a realizar as tarefas diárias com base na organização e método no serviço onde trabalho.

- **D – Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais**
- **Competências de Mestre:**

“2 - Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência”;

“6 - Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular”.

A investigação em enfermagem é considerada uma responsabilidade ética pelas competências que lhe são inerentes. Uma investigação em enfermagem deve procurar rigor, isenção e persistência na sua formulação tendo em conta os princípios éticos e deontológicos que regem a profissão de enfermagem³⁷. A importância da investigação é reconhecida pela OE como um

processo fundamental para o desenvolvimento da enfermagem como profissão e para a prestação dos melhores cuidados de enfermagem baseados na mais atual evidência científica.

Estou certa de que a investigação é uma temática atual e pertinente e é uma preocupação dos profissionais de enfermagem e dos envolvidos em processos de investigação. É uma componente fundamental durante o desenvolvimento de competências em EMC na área de especialização à PSC, e um contributo não só pessoal como para a disseminação de conhecimento³⁸.

Durante o meu percurso académico executei um PIP que adaptei aos três diferentes contextos tendo em conta as necessidades que encontrei e à realidade de cada serviço o que contribuiu para a aquisição de competências preconizadas para este ciclo de estudos. Em cada momento de estágio foi necessário um processo de investigação baseado na metodologia de projeto definida por Ruivo⁴ que foi realizado por mim cumprindo todos os passos definidos pelo autor.

Integrado na unidade curricular de Investigação em Enfermagem foi realizada uma *scoping review* quanto à “*Intervenção de enfermagem na prevenção da infeção do trato urinário associada a cateter vesical*”, processo que só apresentou barreiras devido à redução do grupo inicial de trabalho o que impediu que as tarefas inicialmente definidas para cada elemento tivessem sido aglomeradas aos elementos que continuaram a investigação mas que foi um projeto tremendamente enriquecedor e de uma importância enorme no meu processo de desenvolvimento de competências como investigadora que até ao momento eu desconhecia (Apêndice V).

No SU após consulta de normas, protocolos e avaliação das necessidades encontradas no serviço, foi verificada lacunas quanto aos conhecimentos da norma nº 022/2015²³ quando aos feixes de intervenção para a prevenção de infeção associada ao CVC, foi aplicado um questionário e desenvolvido um projeto de forma a responder às necessidades encontradas para que os cuidados de enfermagem passassem a ser prestados de acordo com a evidência científica mais atual.

Por outro lado, na UCI todas as normas e protocolos foram-me apresentadas e foi verificado que todas se apresentavam atualizadas e sem necessidade de ser revistas. Decidi seguir o meu caminho na mesma com o meu tema transversal como base, mas contribuir no desenvolvimento positivo daquele serviço de forma sensibilizadora relativamente a um tema que ainda hoje é crucial e relativamente desvalorizado. O tema selecionado foi “*A segurança da gestão dos alarmes na UCI para o doente crítico e suas famílias*”. O questionário desenvolvido refletiu

essencialmente que a grande maioria dos profissionais reconhecia o impacto do tema tanto no doente crítico como na sua família e reconhecia também o impacto do tema na sua fragilidade enquanto ser humano, porém não tinham conhecimento das repercussões disso no processo de doença-saúde do doente crítico, no impacto emocional efetivo das suas famílias e o desgaste psicológico, emocional e afetivo dos profissionais de saúde ao depararem-se diariamente com situações de risco de vida. O projeto foi extremamente elogiado pela gestão do serviço e considerado um fator importante de desenvolvimento dos cuidados prestados naquela UCI, ficou a esperança que a principal solução para que o impacto multidimensional que esta temática tem seja cumprido que é manter o silêncio.

Tendo em consideração a importância e a relevância desta temática no contexto da enfermagem especializada decidi levar um póster (Apêndice X), ao 1º Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem – Desafios Emergentes para a Enfermagem Especializada que se realizou entre 3 de junho a 5 de junho de 2024 ao qual recebi certificação (Anexo 5).

No mesmo período na execução da minha atividade profissional enquanto enfermeira num serviço de cirurgia acompanhei uma estudante da licenciatura de enfermagem no seu estágio de integração à vida profissional, processo que me permitiu desenvolver competências na área de supervisão clínica, mas também na disseminação de conhecimentos teóricos e práticos (Anexo 6) à semelhança de outros momentos semelhantes que já tive oportunidade de experienciar durante a minha atividade profissional. A competência que me tem vindo a ser acrescida devido a este grau académico também me permitiu ter uma maior estrutura racional para proporcionar uma aprendizagem mais efetiva a esta estudante. Acompanhei a mesma na realização de uma revisão da literatura quanto ao feixe de intervenções para a prevenção da ILC que de certo modo foi mais um processo de consolidação de competências fundamentais não só como enfermeira, mas como enfermeira especialista. Tendo em conta que acho fundamental a disseminação de conhecimento pelos nossos pares e a integração de elementos novos, proativos e promissores na profissão de enfermagem este processo foi realizado em parceria com a estudante e foi um processo desafiador, mas bastante recompensador para as duas.

Por outro lado, a participação em atividades formativas ministradas por diversas entidades competentes para o efeito na área de prevenção, controlo de infeção e resistência a antimicrobianos (Anexo 7), na área de supervisão clínica (Anexo 8), na área de investigação em enfermagem e em múltiplos contextos através do 1º Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem – Desafios Emergentes para a Enfermagem Especializada (Anexo 9).

Como já referi anteriormente a investigação é uma área de interesse inquestionável e ao qual gostaria que o caminho a nível profissional passasse por esta área. No último estágio do meu percurso académico integrado numa UL-PPCIRA, tive oportunidade e espaço para desenvolver um seminário de partilha de conhecimento e discussão. Com base nos resultados das auditorias clínicas e também após consulta do relatório anual em que incluía nos objetivos anuais desta UL-PPCIRA a realização de um seminário intitulado por “*Prevenção de Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde. Um pilar para a segurança do doente*”. Consegui efetivamente que o mesmo acontecesse e foi um momento de partilha através da possibilidade de palestrar numa das mesas do seminário com o tema “*Prevenção da infeção nosocomial da corrente sanguínea associada ao CVC*” (Apêndice W), de discussão e de efetiva aquisição de conhecimentos baseados na mais recente evidência científica por todos os presentes e que me deixou bastante realizada do evento que consegui desenvolver, bem como a aprendizagem que consegui proporcionar aos profissionais participantes daquele grupo hospitalar.

No âmbito do mesmo estágio desenvolvi um artigo científico com tema: “*Prevenção das INCS associadas ao CVC*” que teve espaço a ser publicado na *Newsletter* do GHP (Apêndice Z). Este artigo científico foi sustentado não só no artigo de revisão desenvolvido na UC de segurança, prevenção e controlo de IACS como também nos programas e relatórios da UL-PPCIRA.

De forma sucinta é notório que a investigação em enfermagem é essencialmente em qualquer trabalho de investigação realizado. Contribuiu efetivamente para o desenvolvimento da profissão de enfermagem com competência, responsabilidade, reconhecimento e respeito pela dignidade do doente e das suas famílias.

IV.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Como descreve o regulamento nº 140/2019², o “*enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem, e que viu ser-lhe atribuído*”. A OE reconhece seis áreas de especialidade: Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, Enfermagem de Reabilitação, Enfermagem Médico-Cirúrgica e Enfermagem Comunitária.

A especialidade em EMC³ dada a sua especificidade e a necessidade de cuidados de enfermagem em áreas da enfermagem emergentes dividiu-se em áreas de enfermagem direcionadas ao público-alvo e ao contexto onde estão inseridos. Assim a EMC foi dividida por áreas de especialização: à pessoa em situação crítica, à pessoa em situação paliativa, à pessoa em situação peri operatória, à pessoa em situação crónica. A área de Enfermagem à PSC descreve como competências específicas:

- *“Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica”;*
- *“Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação”;*
- *“Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas”.*

Tal como foi realizado no subcapítulo anterior agora irei fazer uma análise reflexiva das competências específicas do EE e relacioná-las com as Competências de Mestre em Enfermagem bem como explicar de uma forma descritiva todas as experiências vividas em estágio que me permitiu desenvolvê-las de forma particular.

- **Competência Específica do EE EMC - PSC** - *“Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica”*

O objetivo da OE³ quanto à especialização do enfermeiro é que o mesmo adquira capacidade de atuar com destreza na resposta às necessidades do doente crítico de forma a garantir a qualidade dos cuidados prestados e a segurança do doente e da sua família.

Tendo presente a definição de doente crítico¹⁶, compreendemos a necessidade de dar resposta antecipada a sinais de instabilidade que possa apresentar.

A adaptação à necessidade de prever, antecipar e controlar focos de instabilidade da PSC foi mais complicada na UCI, pois era um serviço bastante específico com uma metodologia de trabalho muito centrada no doente, com rotinas bem definidas em que a antecipação de qualquer instabilidade era premissa básica do trabalho. Nos turnos iniciais, adaptar-me à preparação antecipada de terapêutica vasoativa, sedativa e analgésica foi uma dificuldade. Realizar os procedimentos preconizados para cada turno com rigor, pois a qualquer momento

poderia surgir uma instabilidade que podia implicar a realização de outros procedimentos de forma urgente ou programados pelo médico decorrentes das necessidades clínicas do doente crítico, como por exemplo durante um turno da manhã ao realizar as rotinas habituais ao doente internado em UCI, foi decidido pela equipa médica a colocação de uma cânula de traqueostomia a um doente em questão. A realização desse procedimento implicou um maior foco na organização não só dos cuidados habituais que teria de continuar a fazer como a preparação do material para esse procedimento e a preparação do próprio doente para o efeito. Nesse dia não tinha mais nenhum doente atribuído, o que facilitou na minha organização pessoal. Neste procedimento auxiliei o médico na execução do mesmo e tive possibilidade de manusear a cânula de traqueostomia bem como a observação da broncofibroscopia, dispositivo utilizado para o procedimento. Toda esta dinâmica teve sucesso pois obtive apoio integral da minha enfermeira orientadora que partilhou comigo a execução dos procedimentos e me apoiou não só nas tarefas como nas tomadas de decisão, uma vez que era uma experiência nova e a gestão material e humana quer do doente como da equipa e dos recursos a utilizar eram desconhecidos, no entanto consegui integrar-me no procedimento e adaptar-me com dificuldade e apoiar no seu todo dentro das minhas capacidades. Não sendo enfermeira perita em cuidados intensivos, o meu contacto com doente crítico até ao início deste percurso académico era somente o encontrado no meu local de trabalho e esporádico visto exercer funções num internamento cirúrgico.

Por outro lado, a imprevisibilidade de situações urgentes e emergentes tornou-me mais dinâmica e intrusiva nos cuidados realizados em SE. Apesar de vários dos procedimentos serem novidade, a adaptação a eles e à dinâmica emergente foi um processo facilitador. Considero que neste campo de estágio consegui integrar-me nos cuidados de forma mais dinâmica e apesar das dificuldades que considero ter tido, nem sempre foram notadas porque fui tremendamente bem acolhida pela equipa que contaram sempre comigo como um elemento positivo a integrar nos cuidados junto deles. Nunca descurei os princípios da prevenção e controlo de IACS nos procedimentos realizados em sala de emergência, estes que tinham como principal foco a estabilização do doente crítico em muitas das situações de carácter *life-saving*. Recordo aqui a situação de uma idosa que recorreu ao SU pelo seu próprio pé com queixas de dor abdominal intensa e já havia recorrido ao mesmo serviço no dia anterior. Alocada na sala de espera de amarelos, a doente iniciou um quadro de instabilidade associada a palidez, hipotensão e taquicardia. Após perda de consciência foi encaminhada pelos enfermeiros presentes para a SE, alocada em box e evoluiu imediatamente para paragem cardiorrespiratória (PCR). Iniciado todo

o protocolo de Suporte Avançado de Vida (SAV). Neste processo estariam cerca de cinco profissionais envolvidos entre médico da SE, enfermeiros e assistentes operacionais. A equipa foi liderada pela Enf^ª responsável pela SE que coordenou a situação com bastante maturidade. As tarefas foram divididas e os procedimentos a executar conforme preconizado pela *American Heart Association* e os protocolos hospitalares foram cumpridos a rigor. Foram tidas em conta os princípios éticos e deontológicos que regem a profissão de enfermagem e a interrupção da Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP) foi realizada após verificação do insucesso das manobras. Foram questionados todos os elementos intervenientes neste processo se estavam confortáveis e concordavam com a decisão através da realização de um *debriefing*³⁹ que não é mais que um momento pós procedimento crítico, criado pelo profissional, com mais competências técnicas, envolvido no procedimento ou o enfermeiro responsável de turno de forma a refletir sobre as suas ações e dos outros, tendo em conta considerações éticas e deontológicas, decisões e melhoria dos cuidados prestados por forma a garantir a qualidade e a segurança em saúde.

No final do procedimento, foi reconhecido empenho, foco e organização pela equipa envolvida, o que espelha o definido anteriormente quanto a gestão de equipa, liderança e responsabilidade profissional. Apesar da imprevisibilidade do acontecimento eu consegui integrar-me como elemento neste processo de ressuscitação ficando responsável pela via área do doente conseguindo dar resposta ao pedido pelo médico assistente e em sintonia com os restantes colegas envolvidos.

Esta competência foi trabalhada em todos os momentos de estágio de formas distintas, o que de certo modo permitiu que eu compreendesse a integração da mesma não só em contextos óbvios de cuidar do doente crítico, o SU e a UCI, como numa UL-PPCIRA. Neste tipo de serviços de saúde, não havendo contacto direto com o doente, as intervenções realizadas são exclusivamente com o objetivo de disseminar conhecimento, partilhar ferramentas através de instrumentos de trabalho e providenciar o melhor equipamento para prevenir IACS. Não tendo o cuidado direto ao cuidar do doente crítico e das suas famílias a vivenciar processos complexos de doença, garantimos de outra dimensão o cumprimento do seu objetivo.

Como já tenho vindo a descrever, as experiências são o que nos marcam e o que levamos de forma construtiva deste processo de aquisição de competências. As pessoas marcando-me de forma inegável pelas suas histórias e pela resiliência que tiveram em se recuperar ou a lutar contra a sua doença, são os rostos que não podemos mostrar de múltiplas experiências que fizeram com que a construção desta categoria profissional fosse possível. Entre tantas

experiências de emoções marcantes e da inexistência de palavras suficientes que permitem conforto numa hora de dor e desalento pela vida, tive oportunidade de uma forma mais holística de experienciar e consultar:

- Cuidados de enfermagem ao doente submetido a intubação orotraqueal e manutenção de uma via aérea avançada;
- Cuidados de enfermagem à pessoa submetida a Ventilação Mecânica Invasiva, Ventilação não Invasiva e oxigenoterapia de alto fluxo;
- Observação das funcionalidades do *PulmoVista*®
- Realização e interpretação de gasometrias arteriais;
- Cuidados de enfermagem à pessoa com monitorização hemodinâmica não invasiva e invasiva (pressão arterial invasiva, pressão venosa central);
- Consulta da norma de procedimento de enfermagem: Intervenção de enfermagem na colocação e manutenção de monitorização invasiva da pressão arterial;
- Cuidados de enfermagem durante a colocação, manutenção e remoção do CVC, cateter arterial e cateter de diálise;
- Cuidados de enfermagem durante a realização de terapia de substituição renal (Hemodiafiltração Veno-Venosa Contínua);
- Consulta da norma de procedimento de enfermagem: doente sob terapia contínua de substituição renal (anticoagulação com técnica de citrato, heparina e plasmaferese);
- Consulta da norma de procedimento de enfermagem: Intervenção de enfermagem ao doente com cateter de diálise;
- Consulta da norma de procedimento de enfermagem: Intervenção de enfermagem ao doente com cateter venoso central;
- Consulta da norma de procedimento de enfermagem: Intervenção de enfermagem ao doente com cateter arterial;
- Consulta da norma de procedimento de enfermagem: Intervenção de enfermagem ao doente com monitorização hemodinâmica não invasiva;
- Consulta da norma de procedimento de enfermagem: Via Verde AVC, Coronária e Sepsis;

- Consulta da norma de procedimento de enfermagem: doente crítico sob nutrição entérica;
- Consulta da norma de procedimento de enfermagem: gestão da analgesia, sedação e *delirium* no doente crítico.

Perante o exposto considero que a consulta das normas hospitalares quanto ao procedimento a executar, a disponibilização das mesmas numa fase inicial de cada estágio e posteriormente a possibilidade da sua consulta a qualquer momento ajudou em muito a concretização de qualquer intervenção de enfermagem mais complexa e que não fosse realizada diariamente.

Recordo quando a equipa médica na UCI decide iniciar terapia contínua de substituição renal sob plasmaferese e uma senhora com diagnóstico médico de *Guillian-Barré*. O procedimento até para a equipa de enfermagem era desconhecido, pois esta técnica é executada sob indicação médica restrita a alguns casos clínicos e diagnósticos médicos mais sensíveis para não falar dos custos que a mesma implica à instituição hospitalar. Esta situação gerou alguma ansiedade à equipa que se uniu e se ajudou de forma que o procedimento fosse executado de forma exímia não falhasse nenhum passo. Aqui reflito sobre a entajada, espírito de equipa e partilha de conhecimentos. A doente em questão não estava sob os meus cuidados, mas toda a equipa se mobilizou e alertou-me para a oportunidade de aprendizagem e permitiram-me assistir à colocação da terapia sem compromisso do cuidar dos meus pacientes, o que permitiu uma oportunidade de aprendizagem para mim é uma experiência que não é assim tão frequente nem numa UCI de grandes dimensões.

A gestão da dor no doente crítico é uma situação complexa, pois a dor não controlada pode implicar instabilidade hemodinâmica, hiperglicemia, *delírium*, stress pós-traumático o que reduz a qualidade dos cuidados de saúde prestados e a segurança do doente no sentido que prolonga o tempo de internamento aumentando proporcionalmente a morbidade e a mortalidade da pessoa internada⁴⁰. O controlo adequado da dor deve ser encarado com uma prioridade na prestação de cuidados de saúde seguros por todos os profissionais de saúde envolvidos na gestão complexa da dor. A mesma só é efetivamente controlada através de monitorização adequada através de escalas adequadas e validadas para avaliação da mesma⁴². No caso do SU a avaliação da dor era realizada através da escala numérica da dor em doentes conscientes e responsivos enquanto nos cuidados intensivos, considerando que a maioria dos doentes está sedo-analgesiado, é considerada a escala de *Behavioural Pain Scale*. Pela minha experiência pessoal a avaliação conforme planeado em plano de cuidados de cada doente ou

sempre que o mesmo se mostrava desconfortável, instável hemodinamicamente ou agitado contribuiu eficazmente para a gestão rigorosa da dor, pelo que não tenho nenhuma experiência que não tenha sido decorrente dos melhores cuidados prestados, tendo em conta as premissas universais da DGS desde que considerou a dor como o 5º sinal vital, colocando a sua avaliação no mesmo patamar de importância do que qualquer outro dos sinais vitais considerados⁴⁰⁻⁴².

Conforme o regulamento das competências específicas do EE em EMC na área de enfermagem à PSC refere que devemos ser capazes de gerir uma comunicação interpessoal e estabelecer uma relação terapêutica com o doente crítico e a sua família. A comunicação é tida como um elemento fundamental à prestação de cuidados de enfermagem de qualidade e seguros. É o que permite o estabelecimento da relação terapêutica enfermeiro-doente e enfermeiro-família através de uma comunicação clara e adequada a cada recetor de forma a garantir a confiança de quem cuidamos. Daí vem a barreira inerente na comunicação com o doente crítico, que pela sua fisiopatologia na maioria das vezes incapaz de comunicar deve ser tido em conta estratégias eficazes para se estabelecer uma comunicação plena e garantir cuidados de enfermagem especializados e humanizados centrados nas necessidades da PSC. Quanto à fragilidade desta capacidade que nós enquanto pessoas saudáveis temos como garantidas relembro o PIP realizado no âmbito do segundo estágio na UCI que descrevi no ponto III.2.1, em que em muito se relaciona com uma comunicação e capacidade de gerir as emoções em alguém que se encontra incapaz de comunicar, de questionar e de colocar em causa tudo o que lhe está a acontecer^{25,28,43}. No mesmo momento de estágio em contexto de doente crítico um doente com diagnóstico de tentativa de suicídio através da ingestão de um produto inflamável em que o doente apenas se encontrava analgesiado, consciente e orientado mas sem resposta verbal devido à presença do tubo orotraqueal, durante os cuidados às lesões que o doente apresentava ao nível da mucosa oral o mesmo sem conseguir verbalizar manifestou com movimentos da cabeça que não queria a execução daquele procedimento, questionado se era pela dor que lhe implicava respondeu que sim mas iniciou um quadro de labilidade emocional. Tendo em conta a dimensão não só do impacto que teve a nível físico os cuidados a ter em conta transcendem e foi exposto em equipa a necessidade de o doente retomar a sedoanalgesia uma vez que o mesmo não se encontrava capaz de gerir eficazmente o processo de recuperação de uma situação que foi implicada a si próprio. Esta decisão foi exposta ao doente que consciente e orientado aceitou, na premissa de lhe ser prestado o apoio emocional necessário para superar esta situação de desalento pela vida que o levou a este desfecho após recuperar fisicamente todos os danos que apresentava.

A comunicação com as famílias também são momentos sensíveis, pois nunca sabemos com o que contar a nível de reação familiar. O processo de doença crítica é, geralmente, um acontecimento súbito, perante o qual a família não tem tempo para se adaptar, constituindo, para a sua família, uma experiência stressante⁴⁴. O equipamento tecnológico, os ruídos, as gravidades da doença, entre outros fatores, causam sentimentos de medo, incerteza, choque, dúvida e ansiedade⁴⁴. A família pode sentir-se fragilizada, desprotegida e com dificuldade em se organizar, o que desencadeia diferentes tipos de necessidades, pelo que, esta experiência poderá constituir um evento traumático, do qual poderá resultar uma crise familiar acidental e à qual os enfermeiros têm de ser capazes de intervir de forma a minimizar o impacto negativo⁴⁴. Por outro lado, se a situação for de fim de vida, o esclarecimento claro da situação com a família do doente e a disposição de todo o apoio emocional necessário tendo em conta as suas crenças e valores seguindo os referenciais deontológicos e éticos que regem a profissão de enfermagem e que constam nas competências comuns do EE. O processo de fim de vida foi presenciado uma única vez na SE e apesar do SU ser um serviço desprovido de conforto e reserva, foi possível alocar a pessoa falecida e a sua família para que o processo de despedida fosse o mais resguardado, silencioso e privado, respeitando o processo de luto da família e a dignidade da pessoa.

Considero que esta competência é fundamental e serve como alicerce neste processo de especialização e apropriação de conhecimento. É o que nos faz mais competentes e centrados no doente crítico, na sua família e nas suas necessidades globais. Por esse motivo considero que todas as experiências que tive, as que descrevi e as que me ajudaram a consolidar conhecimentos contribuíram de forma sólida para a aquisição desta competência específica e às de mestre que lhes estão inerentes.

- **Competência Específica do EE EMC - PSC** – *“Dinamiza a resposta em emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação”*

A aquisição desta competência de forma prática foi provavelmente a que mais dificuldade senti em atingir, pela sua estrutura e natureza e aquilo que ela representa para os cuidados de saúde.

De forma descritiva uma emergência está definida como uma situação de risco de vida iminente e que acarreta a necessidade de cuidados de saúde imediatos de forma a solucionar a situação. Enquanto situações de exceção são consideradas situações em que se verifica um desequilíbrio entre as necessidades encontradas e os recursos disponíveis. Não obstante uma situação de

catástrofe⁴⁶ compreende um “*acidente grave ou a série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional*”

As catástrofes afetam de forma irremediável a economia, as estruturas, as instituições de saúde e a vida e saúde das pessoas. Em contexto hospitalar elas decorrem de situações de emergência, o que implica que o enfermeiro seja capaz de conhecer os planos de emergência, planejar uma resposta adequada e gerir os seus cuidados focados em situações excecionais desta natureza de forma a assegurar a eficiência dos cuidados de enfermagem.

Durante os meus contextos de estágio não tive oportunidade de experienciar nenhuma situação que se encaixasse na apropriação deste tipo de conhecimentos e adquirisse na prática instrumentos que me permitissem dizer que consegui realizar na prática qualquer tipo de planeamento, gestão e conceção em situações de catástrofe. Não obstante, tendo em consideração a imprevisibilidade da ocorrência deste tipo de fenómenos que afetam a qualidade dos cuidados, a segurança do doente e dos profissionais de saúde obriga a uma resposta rápida por parte dos profissionais, motivo pelo qual é uma competência dirigida ao EE em EMC na área de enfermagem à PSC. Por isso consultei os documentos institucionais sobre temática, verifiquei a sua atualização e constatei que estavam de acordo com o Guia de Orientação para a elaboração do Plano de Emergência Interno⁴⁶ e com a orientação nº 007/2010 quanto à elaboração de um plano de emergência em unidades de saúde⁴⁷.

No decorrer do estágio inserido na ULS tive oportunidade de integrar na formação dirigida aos profissionais de saúde de todas as categorias quanto ao plano de emergência interno implementado no hospital em que foi explanado não só as medidas de segurança em primeira instância dos profissionais de saúde a atuar numa situação em que o mesmo tem necessidade de ser ativado, as mesmas medidas para os doentes, os riscos estruturais, pontos de encontro e os recursos que podemos encontrar quando ativado este plano e os principais responsáveis pela coordenação do mesmo. Esta formação foi útil, mas reflito que a ausência de prática poderá pôr em risco a garantia criteriosa de todos os pontos descritos, associando aqui o fator ansiedade a que o profissional de saúde, que também é pessoa, está implicado numa situação real desta dimensão.

Relativamente à mobilização de conhecimentos necessária para a aquisição de conhecimentos nesta área, os descritivos lecionados na unidade curricular de Situações de Emergência, Exceção e Catástrofe foi fundamental para compreender o que está descrito para esta área em

questão, essencialmente quanto à componente de emergência e enfermagem forense, que seria o mais previsível de encontrar nos contextos de estágio. A componente de catástrofe foi consolidada através da consulta e discussão com os respetivos enfermeiros orientadores dos planos de emergência e evacuação não só das instituições hospitalares em que estive inserida bem como dos próprios serviços. No contexto da UL-PPCIRA já havia trabalhado o seu plano de emergência nesta unidade curricular e compreendido a sua dimensão, desta feita neste estágio tive oportunidade de explorar outras vertentes, nomeadamente a realização a verificação da realização de simulacros como definido. Pude também compreender como as UH se comportavam nos seus algoritmos para a prevenção de situações pandémicas que se encaminham em catástrofes como a que vivemos no ano de 2020 com a pandemia de Sars-Cov-2. Aqui consegui compreender que na grande generalidade das situações os profissionais de saúde cumprem de forma rigorosa as vigilâncias epidemiológicas necessárias e que realizam de forma adequada os isolamentos por forma a garantir as *leges artis* para minimizar o risco clínico.

Em contexto de SU a nível de emergência e exceção consegui responder em situações de trauma e conjuntamente na UCI consegui responder a situações de PCR que sublinho as habilidades certificadas que desenvolvi a nível de SAV e de trauma através do *Internacional Trauma Life And Support* com certificação atualizada (Anexo 10).

Dada a imprevisibilidade da concretização de uma situação desta dimensão e tendo em conta as atividades que descrevi e que realizei nos diferentes estágios considero que consegui adquirir conhecimentos teóricos suficientes para dar resposta a uma situação de emergência, exceção e catástrofe da conceção à ação e às competências de Mestre em Enfermagem que lhe estão inerentes.

- **Competência Específica do EE EMC - PSC** – *“Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas”*

O desenvolvimento das atividades para a aquisição de competências nesta área específica foi tão natural e intuitivo que terminou em gosto pessoal e com a perspetiva de a explorar ainda mais no futuro.

As IACS e as resistências aos antimicrobianos (RAM) têm sido consideradas um problema de saúde pública, implicando um aumento da morbidade e mortalidade dos doentes internados com maior tempo de internamento e maiores custos hospitalares⁴⁸.

Segundo estudos consultados, muitos países promulgaram a obrigatoriedade de notificação de IACS como evento adverso no sentido de melhorar as práticas realizadas pelos profissionais, o que se concluiu que as taxas de infeção tendem a diminuir após notificadas, pois foram consequentemente elaboradas estratégias de auditoria dos procedimentos médicos e de enfermagem⁴⁹.

Por forma a construir o meu caminho e o meu processo de desenvolvimento de competências na área de controlo e prevenção de IACS e RAM como EE em EMC na área de Enfermagem à PSC, considero fundamentais os conteúdos ministrados na UC de Segurança e Prevenção IACS. Ainda nesta UC surgiu a curiosidade pela área de investigação e governação clínica e foi proposta a realização de artigo de revisão presente no apêndice Z com o título “*Prevenção da Infeção Nosocomial da Corrente Sanguínea associada ao Cateter Vascular Central*”. Esta revisão proporcionou-me mais habilidades não só a nível teórico sobre prevenção e controlo de infeção como também no domínio da melhoria contínua dos cuidados e no desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Foi com base nesta revisão da literatura que desenvolvi o meu PIP no SU que já descrevi no ponto III.1.1 e também que me deu ferramentas para participar como palestrante no seminário organizado no âmbito do estágio na UL-PPCIRA que também já descrevi no ponto III.3.1.

No entanto a compreensão desta competência no seu todo teve mais relevância para mim quando integrei o último estágio inserido no Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência a Antimicrobianos (GCL-PPCIRA), aqui consegui compreender a importância de um EE em EMC na área de Enfermagem à PSC e o seu impacto num programa deste género. O facto desta competência específica estar somente incluída nesta área de especialidade acarreta ainda mais responsabilidade ao enfermeiro que decide se especializar nela. Como também já referi antes, a existência de EE nas unidades hospitalares é uma mais valia para as mesmas, pois estes são providos de conhecimentos e responsabilidades que os enfermeiros de cuidados gerais não têm. Deste modo, os trabalhos relacionados com a gestão das comissões e controlo de infeção e com a implementação de medidas para a prevenção e controlo de infeção são da inteira responsabilidade do EE em EMC na área de Enfermagem à PSC, uma vez que está mais que reconhecido que a presença de um

EE em qualquer que seja o serviço e independentemente da sua área de especialidade só traz ganhos na qualidade dos cuidados prestados e na segurança proporcionada ao doente e às suas famílias.

Foi importante a consulta de vários documentos normalizados na área do controlo de infeção para além dos documentos internos institucionais como programas, normas e protocolos como por exemplo o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2021 – 2026¹⁰, Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente¹¹, Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos⁵⁰, Inquérito pontual sobre a prevalência de infeções associadas aos cuidados de saúde e da utilização de antimicrobianos em hospitais europeus de cuidados intensivos do *European Center for Disease Prevention and Control* (ECDC) 2022-2023⁵¹.

Ainda no âmbito do estágio integrado no SU e na UCI, as noções de controlo de infeção e RAM são mais concretas e direcionadas aos cuidados prestados ao doente e aos ensinamentos que realizamos à família. Apesar de muitos dos procedimentos ao doente crítico terem necessidade de resposta imediata, não descurei nunca todas as noções de boas práticas até porque corroborei a necessidade disso com o que pratiquei no estágio na UL-PPCIRA em que a premissa essencial para a prevenção de IACS é a adoção de boas práticas pelos profissionais de saúde.

Neste percurso sempre segui o preconizado pela DGS quanto às PBCI e quanto às medidas de isolamento dos organismos multirresistentes identificados. Adjuvante a isso garanti sempre, com vista à prevenção e controlo de infeção, a necessidade de adotar medidas de isolamento aquando do rastreio positivo de *Enterobacteriales produtores de carbapenemases* (EPC) e de *Staphylococcus aureus resistente à meticilina* (SAMR) na admissão hospitalar ou no decorrer do internamento como refere a norma nº 004/2023⁵².

Frequentei também o Congresso Internacional de Controlo de Infeção 2024 no sentido de aprimorar os meus conhecimentos adquiridos durante o processo teórico deste curso de mestrado (Anexo 7).

No sentido que as RAM não são só uma responsabilidade médica, mas também uma responsabilidade dos enfermeiros e em particular do EE em EMC na área de Enfermagem à PSC frequentei também o “*Webinar: Preservar o Antibiótico*” (Anexo 11) que me ajudou a sustentar os conhecimentos adquiridos ao longo do terceiro estágio quando abordado o PAPA e as suas medidas. Neste estágio conclui que este programa ainda está muito direcionado para as equipas médicas e foi de concordância mútua com a enfermeira supervisora e gestora da UL-

PPCIRA onde integrei a importância de envolver os profissionais de enfermagem neste programa, pois não tão importante como os prescritores dos antibióticos, mas também quem os administra.

Como já referido na descrito sobre o PIP no âmbito do estágio na UL-PPCIRA, a realização de um seminário garantiu-me aquisição de competências em vários eixos, mas em particular proporcionou-me conhecimentos inequívocos quanto à Prevenção e Controlo de IACS e RAM, e neste momento em específico trabalhei o tema do feixe de intervenções para a prevenção de infeção do CVC²³ no sentido da prevenção das INCS como palestrante no seminário realizado e descrito no ponto III.3.1. mas também através da produção de um artigo científico que teve espaço a ser publicado internamente no espaço próprio para o efeito do GHP (Apêndice Z).

Perante todas as atividades que descrevi bem como a análise reflexiva que realizei das mesmas, considero que consegui atingir os pressupostos exigidos pela OE para desenvolver a competência acrescida quanto à prevenção e controlo de infeção preconizada para esta área de especialidade.

V. Competências de Mestre em Enfermagem

Conforme fui realizando o paralelismo entre as competências comuns do EE, as competências de Mestre também se interligam com as competências específicas e são mais uma vez um acréscimo das competências do enfermeiro de cuidados gerais. É impossível não refletir sobre a importância que as competências de Mestre vêm acrescentar às competências do EE e o contrário também. Portanto é inegável que este processo de desenvolvimento de competências numa área de especialidade é fundamental quando acompanhado pelas competências de Mestre como promulgado pela OE recentemente desde 2021¹.

Face ao exposto durante os subcapítulos anteriores fui refletindo acerca das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista e mestre em enfermagem na área da médico-cirúrgica direcionada à PSC fazendo uma análise teórica, crítica e reflexiva tendo em conta os três contextos de estágio em que estive inserida refletindo sobretudo quanto às atividades realizadas em paralelismo com os objetivos deste curso para a obtenção do grau de Mestre e EE conforme o que está programado pela Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior⁵³ (A3ES).

Já Benner⁹ definia que o enfermeiro devia ser provido de conhecimentos teóricos e práticos na sua área de enfermagem como perito de forma a adquirir competências suficientes para

responder às necessidades do doente crítico e da família. Esse processo era um processo dinâmico e intuitivo e baseava-se na sua experiência profissional e também na sua prática baseada na evidência.

Perante toda a reflexão que realizei concluo que atingi as competências científicas, técnicas, humanas e culturais que visam e regem o curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

VI. Considerações Finais

A elaboração deste relatório reflete o término de um percurso muito desejado por mim, mas muito desafiador e exigente a nível físico e emocional. A concretização do desejo de fazer de mim EE em EMC na área de Enfermagem à PSC é extremamente gratificante e a sensação que fica após este percurso é de missão cumprida e resiliência. Aliado a isto vem o sentido de responsabilidade que o reconhecimento neste grau académico me coloca é saber que terei de ser diferente e fazer diferente numa altura em que ser enfermeiro é particularmente desafiador, pois todos os dias surgem novas metas, novos conhecimentos e novas necessidades que implica a procura de mais evidência científica.

O término deste percurso reflete sobretudo as aprendizagens adquiridas nas unidades curriculares durante a componente teórica do curso, que foram extremamente enriquecedoras e lecionadas de forma estruturada para a obtenção dos conhecimentos necessários para agora numa segunda fase serem aplicados na prática clínica, no âmbito dos estágios académicos inseridos e preconizados para o ciclo de estudos do curso de MEMC na área de Enfermagem à PSC. Sendo esta especialidade focada no doente crítico e a fragilidade que o mesmo apresenta por definição, tornou o caminho mais exigente uma vez que em nenhuma outra fase da minha vida tinha tido contacto com doente em fase crítica e os cuidados de enfermagem necessários não faziam parte da minha atividade profissional, que até aos dias de hoje passou por um internamento cirúrgico, que apesar de diferenciado a instabilidade do doente é rara mas quando acontece o mesmo é devidamente encaminhado para os serviços devidos. É certo que este processo de aquisição de competências me proporcionou mais à vontade nestas raras situações de instabilidade e deu-me mais maturidade para atuar e colaborar em situações em que doente cirúrgico se torna crítico principalmente pelas alterações hemodinâmicas subjacentes ao pós-operatório.

Certa da importância que a monitorização hemodinâmica tem para o doente e para os profissionais de saúde e compreender que a mesma implica riscos, mas também transmite segurança aos nossos cuidados e segurança nos processos terapêuticos e de recuperação do doente que decidi realizar uma pesquisa sistemática ao longo dos campos de estágio sobre a segurança da monitorização hemodinâmica no doente crítico. Esta apresenta diferentes dimensões de compreensão e podemos abordá-la de diversas formas e foi isso que eu tentei fazer ao longo dos meus PIP no SUG, na UCI e na UL-PPCIRA. Enquanto no serviço de urgência através da garantia da competência específica do EE quanto à prevenção e controlo de infeção sensibilizei a equipa para os cuidados necessários para a prevenção de infeção na

colocação e manutenção de um dispositivo médico invasivo que é comumente utilizado como adjuvante na monitorização hemodinâmica da pressão venosa central e na administração de fármacos em grandes volumes, o risco que acomete ao doente crítico já falei anteriormente. Por outro lado, na UCI, sensibilizada também pela minha inexperiência no contexto que me despertou de certo modo para esta necessidade, decidi abordar com a equipa o quanto os alarmes provocados pela monitorização hemodinâmica e a gestão inadequada dos mesmos pode afetar a segurança do doente e das suas famílias. Por fim, na UL-PPCIRA a realização de um seminário importou-me várias competências não só a nível de controlo de infeção, mas também de gestão, organização, supervisão, partilha e reconhecimento de aprendizagens profissionais.

A minha reflexão quanto à análise do desenvolvimento das competências comuns e específicas do EE em EMC na área de Enfermagem à PSC e Mestre em Enfermagem, considero que foi um caminho difícil e ingrato dada a dificuldade que tive em transpor por escrito todas as experiências realizadas em estágio e realizar o paralelismo entre elas e as competências que inevitavelmente atingi uma vez que todos os meus estágios foram reconhecidos pelo sucesso, empenho e dedicação. No entanto refletir sobre três experiências práticas tão diferentes, que decorreram em oito meses e implicaram uma imensidão de experiências novas, aprendizagens, ensinamentos associados a um trabalho de investigação contínuo associado a um estudo de procedimentos práticos que no meu caso em particular foi necessário essencialmente por não ser considerada perita em nenhuma das áreas onde estive integrada.

Elaborei o relatório desta forma, pois uma vez que isto foi um processo dinâmico em que ao longo do tempo evolui e desenvolvi as competências preconizadas cada vez com mais responsabilidade, disciplina e conhecimento ao longo dos três contextos de estágio em que integrei, não me faria sentido integrar a reflexão crítica das mesmas isoladamente em cada contexto de estágio, uma vez que considero que termino este percurso muito mais capacitada, desperta e atenta para as responsabilidades e inquietudes do EE e penso que é isto que se espera no final de uma etapa destas.

Posto isto, a realização deste relatório de estágio permitiu-me não só explanar as descrições dos campos de estágios, como dos meus PIP que tanta importância tiveram para mim pela componente emocional, relacional, estrutural, organização de conhecimentos teóricos e práticas e por fim realizar de forma estruturada a análise crítico reflexiva do meu desenvolvimento de competências comuns e específicas do EE em EMC e Mestre em Enfermagem com base no que cada uma representa na sua definição em paralelismo com aquilo

que eu enquanto enfermeira estagiária me propus inicialmente em concretizar como objetivo geral para este percurso.

Ainda assim fui capaz de promover cuidados especializados à PSC e à sua família através da implementação dos projetos nos serviços que foram sempre considerados como pertinentes e promotores de uma melhoria dos cuidados prestados a nível de segurança e de qualidade em saúde considerando o conjunto de regras científicas, técnicas e os princípios profissionais tendo em conta a prática baseada na evidência e o bem-estar dos doentes.

Este caminho que eu escolhi implicou-me muitos conhecimentos que outrora não tinha e consolidou-me experiências que me vão certamente ser úteis no meu futuro profissional. Estou absolutamente certa de que este processo me tornou muito melhor profissional, mais atenta, dedicada e competente na prestação dos melhores cuidados ao doente tendo sempre a premissa que a segurança do mesmo é fundamental para o sucesso dos cuidados prestados.

Num futuro breve espero poder trabalhar e aumentar as minhas competências a nível de prevenção e controlo de infeção, de gestão de cuidados de saúde e investigação em enfermagem, pois são as áreas que aprimorei o meu interesse durante este percurso.

Ao terminar isto, a sensação que fica é de orgulho pelo esforço que dediquei desde o primeiro dia a este curso e à vontade que sempre tive em tornar-me não só EE, mas em tornar-me uma melhor profissional para mim, para os meus colegas e para todos os doentes que se cruzem no meu caminho.

VII. Referências Bibliográficas

1. Diário da República, 2ª série, editor. Regulamento n.º 705/2021 - Regulamento dos Cursos de Mestrado em Enfermagem [Internet]. 2021. Available from: https://www.esscvp.eu/wp-content/uploads/2024/03/REGULAMENTO_MESTRADO_SAUDE_INFANTIL.pdf
[VER](#)
2. Ordem dos Enfermeiros, editor. Regulamento n.º 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista [Internet]. Diário da República n.º 26/2019, Série II de 2019-02-06, páginas 4744 - 4750; 2019. Available from: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
3. Ordem dos Enfermeiros, editor. Regulamento n.º 429/2018 - Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica [Internet]. Diário da República n.º 135/2018, Série II de 2018-07-16, páginas 19359 - 19370; 2018. Available from: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>
4. Ruivo MA, Nunes L, Ferrito C, editors. METODOLOGIA DE PROJETO: COLETÂNEA DESCRITIVA DE ETAPAS [Internet]. 2010. Available from: https://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf
5. Barroso F, Sales L, Ramos S, editors. Guia prático para a segurança do doente. LIDEL; 2021.
6. Correia I, Martins ML, editors. Segurança no uso do medicamento no doente crítico: revisão integrativa da literatura [Internet]. Revista de Investigação & Inovação em Saúde; 2022. Available from: <https://riis.essnortecvp.pt/index.php/RIIS/article/view/205>
7. Kitson AL, editor. The fundamentals of care framework as a point-of-care nursing theory. Nursing research [Internet]. 2018;67(2):97–197. Available from: <https://doi.org/10.1097/NNR.0000000000000271>
8. International Learning Collaborative. The Fundamentals of Care Framework [Internet]. International Learning Collaborative (ILC). 2012. Available from: <https://ilccare.org/the-fundamentals-of-care-framework/>

9. Benner P. De iniciado a perito - Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem. Quarteto Editora, editor. 2001.
10. Direção Geral de Saúde, editor. Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021 - 2026 [Internet]. 2021. Available from: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2021-2026-pdf.aspx>
11. Direção Geral de Saúde, editor. Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente [Internet]. 2011. Available from: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/2011/ClassificacaoISegDoente_Final.pdf
12. World Health Organization, editor. Global Patient Safety Action Plan 2021-2030 [Internet]. Towards Eliminating Avoidable Harm in Health Care. 2021. Available from: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/patient-safety/gpsap/global-patient-safety-action-plan-2021-2030-third-draft-january-2021-web.pdf?sfvrsn=6767dc05_15
13. J, editor. Segurança dos Doentes: Uma Abordagem Prática. Lidel. Lisboa; 2012.
14. Rocha AKT, Júnior PCT de C, Rangel AG, Fernandes FG, Rodrigues KAM, Eller LB de S, et al., editors. Métodos não invasivos de monitorização hemodinâmica em pacientes acometidos por choque circulatório: uma revisão de literatura [Internet]. 2021 [cited 2023 Nov 23]. Available from: <https://acervomais.com.br/index.php/cientifico/article/view/6053/4074>
15. Pinho JA, Néné M, Sequeira C. Enfermagem em Cuidados Intensivos. 1a edição. Lidel, editor. 2020. 9. AZEREDO T, OLIVEIRA L, editors. MONITORIZAÇÃO HEMODINÂMICA INVASIVA [Internet]. 2013. Available from: [file:///C:/Users/35191/Downloads/RSV%23108_art44_54%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/35191/Downloads/RSV%23108_art44_54%20(1).pdf)
16. Ordem dos Enfermeiros, editor. Regulamento n.º 124/2011, de 18 de fevereiro [Internet]. Diário da República n.º 35/2011, Série II de 2011-02-18; 2011. Available from: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/124-2011-3477013>
17. Gabinete de Secretária do Estado de Saúde, editor. Relatório Grupo Trabalho - Serviços de Urgência [Internet]. 2019. Available from: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2019/11/RELATORIO-GT-Urg%C3%A0ncias.pdf>

18. Direção Geral de Saúde, editor. Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento [Internet]. 2003. Available from: <https://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006185.pdf>
19. Lopes MA, Gomes SC, Lobo BA, editors. Os cuidados de enfermagem especializados como resposta à evolução das necessidades em cuidados de saúde [Internet]. 2018. Available from: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5908/estudocuidadosespecializadosenfermagem_inescotecabril2018.pdf
20. Silva R, Luz MD, Fernandes J, Silva L, Cordeiro AL, Mota L, editors. Tornar-se especialista: expectativas dos enfermeiros portugueses após a realização do curso de especialização [Internet]. 2018. Available from: file:///C:/Users/35191/Downloads/REF_mar2017_147to154_port.pdf.pdf
21. Centro Hospitalar Universitário do Algarve, editor. Instituição [Internet]. 2017. Available from: <https://www.chualgarve.min-saude.pt/instituicao/>
22. Tavares AI. Portuguese Health System, an Overview and a SWOT Review. Open Public Health J. 2016;9(1):16–30.
23. Direção Geral de Saúde, editor. NORMA CLÍNICA: 022/2015 atualizada 29 de agosto de 2022 “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção Relacionada com o Cateter Vascular Central [Internet]. 2022. Available from: https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_022_2015_atualizada_29_08_2022-prev_inf_cvc.pdf
24. Ordem dos Enfermeiros, editor. Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem [Internet]. 2012. Available from: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
25. Pal J, Taywade M, Pal R, Sethi D, editors. Noise Pollution in Intensive Care Unit: A Hidden Enemy affecting the Physical and Mental Health of Patients and Caregivers [Internet]. 2022. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9743307/>
26. Administração Central do Sistema de Saúde. Recomendações Técnicas para Instalações de Unidade de Cuidados Intensivos [Internet]. ACSS, editor. 2024. Available from:

https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/REC_CUIDADOS_INTENSIVOS_09_2013_V2024.pdf

27. Ordem dos Médicos, editor. Documento Orientador da Formação em Medicina Intensiva (DOFMI) [Internet]. 2018. Available from: <https://ordemosmedicos.pt/wp-content/uploads/2018/10/DOFMI-2018-vf.pdf>
28. Omar M. OM, D'emeh WM, Yacoub MI, editors. An assessment of nurses' knowledge regarding noise in intensive care units in Jordan [Internet]. 2020. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2214139119301131?via%3Dihub>
29. Diário da República n.º 38/2013, Série II de 2013-02-22, páginas 7179 - 7180, editor. Despacho n.º 2902/2013, de 22 de fevereiro [Internet]. 2013. Available from: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/2902-2013-1937340>
30. Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, editor. Decreto-Lei n.º 65/2018 [Internet]. Diário da República n.º 157/2018, Série I de 2018-08-16, páginas 4147 - 4182; 2018. Available from: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/65-2018-116068879>
31. Lourenço IL, Gonçalves MS, Sequeira MS, Melo MF, Gouveia MJ. A tomada de decisão na gestão de cuidados em enfermagem: uma revisão narrativa da literatura. *gestaoedesenvolvimento* [Internet]. 30Out.2022 [citado 26Jul.2024];(30):557-78. Available from: <https://revistas.ucp.pt/index.php/gestaoedesenvolvimento/article/view/11696>
32. Organização Mundial de Saúde, editor. Manual de Políticas e Estratégias para a Qualidade dos Cuidados de Saúde - Uma abordagem prática para formular políticas e estratégias destinadas a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde [Internet]. 2020. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272357/9789240005709-por.pdf>
33. Silva Santos Soares S. Gestão de serviços de enfermagem [Internet]. Atena Editora. Ponta Grossa - Brasil; 2021. Available from: [file:///C:/Users/35191/Downloads/Gestao de Servicos de Enfermagem.pdf](file:///C:/Users/35191/Downloads/Gestao%20de%20Servicos%20de%20Enfermagem.pdf)
34. Ordem dos Enfermeiros, editor. Regulamento n.º 101/2015 - Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor [Internet]. 2015. Available from: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/101-2015-66699805>

35. Ordem dos Enfermeiros, editor. Regulamento n.º 743/2019 - Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem [Internet]. 2019. Available from: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>
36. LÚCIA DA CONCEIÇÃO SOARES M, editor. O TERAPEUTIC SCORING SYSTEM 28, A IMPORTÂNCIA DO SEU REGISTO NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS - Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia de Serviços de Saúde [Internet]. 2012. Available from: file:///C:/Users/35191/Downloads/dissertacao_mestrado_Monia.pdf
37. Amado Martins JC, editor. Investigação em Enfermagem: Alguns apontamentos sobre a dimensão ética [Internet]. Artigo de Reflexão. 2008. Available from: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23998/1/2008_12_2_62-66.pdf
38. Ordem dos Enfermeiros, editor. Investigação em Enfermagem - Tomada de Posição [Internet]. 2006. Available from: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf
39. Gregório C, Lobão C, editors. O debriefing realizado pela equipa do serviço de urgência em situação de paragem cardiorrespiratória - Dissertação de Mestrado [Internet]. 2017. Available from: https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/3029/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o_de_briefing%20de%20a%20tia%20greg%C3%B3rio.pdf
40. Ordem dos Enfermeiros, editor. Dor - Guia orientador de boa prática [Internet]. 2008. Available from: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>
41. Joaquim J, Leal M, Teixeira J, editors. Gestão da dor na pessoa em situação crítica [Internet]. 2021. Available from: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/45620/1/MEPSC_8858_reformulada.pdf
42. Direção Geral de Saúde, editor. Programa Nacional de Controlo da Dor [Internet]. 2008. Available from: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MCEER_ProgramaNacionalControloDor.pdf

43. Pinho C, editor. A Comunicação no Cuidado Especializado ao Doente Crítico em contexto de Cuidados Intensivos [Internet]. 2020. Available from: <file:///C:/Users/35191/Downloads/BCTFC123.pdf>
44. Davidson JE, editor. Family-Centered Care: meeting the needs of patient's families and helping families adapt to critical illness. Critical Care Nurse. 2009 Jun;29.
45. Diário da República, editor. Lei de Bases da Protecção Civil n.º 126/2006, Série I [Internet]. 2006. Available from: <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/lei/2006-66285526>
46. Ministério do Ambiente, Ordenamento do Território e Energia, editor. Artigo 21.º - Planos de emergência [Internet]. 2015. Available from: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/150-2015-69951097>
47. Direção Geral de Saúde, editor. Orientação n.º 007/2010 - Elaboração de um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde [Internet]. 2010. Available from: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/-orientacao-n-0072010-de-06102010-pdf.aspx>
48. Zeneli A, Mezzadri S, Bertozzi L, Resi D, Golinucci M, Dodi S, et al. A surveillance system model for central line-associated bloodstream infections (CLABSI) coordinated at the regional level: a pilot feasibility study: Le infezioni in medicina. Le infezioni in medicina [Internet]. 2017 Jun 1 [cited 2024 Jun 27];25(2):108–15. Available from: <https://web.p.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=8f02807c-94bf-4081-b9b2-eea7b87a5c44%40redis>
49. Liu H, Herzig CTA, Dick AW, Furuya EY, Larson E, Reagan J, et al. Impact of State Reporting Laws on Central Line-Associated Bloodstream Infection Rates in U.S. Adult Intensive Care Units. Health Services Research. 2016 Jul 24;52(3):1079–98
50. Diário da República, editor. Despacho n.º 10901/2022, de 2 de setembro, publicado no Diário da República, 2.a série, n.º 174 atualizado no Despacho n.º 6386/2023 - Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos. [Internet]. 2023. Available from: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/6386-2023-214175433>

51. European Centre for Disease Prevention and Control, editor. Point prevalence survey of healthcare associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals [Internet]. 2022. Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/antimicrobial-use-healthcare-associated-infections-point-prevalence-survey-version6-1.pdf>
52. Direção Geral de Saúde, editor. Norma nº 004/2023 [Internet]. 2023. Available from: <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0042023-de-290520231.aspx>
53. Relatório de Monitorização de Avaliação do Ensino Superior [Internet]. Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior (A3ES), editor. 2023. Available from: https://a3es.pt/sites/default/files/A3ES_Relatorio_Monitorizacao_2023.pdf

Apêndices

Apêndice A – Plano de projeto do Serviço de Urgência Geral

Estágio no Serviço de Urgência

Objetivo Geral: Desenvolver competências técnico-científicas, éticas e relacionais como enfermeira especialista no cuidado à pessoa em situação crítica envolvendo também a família no contexto de serviço de urgência.

<u>Objetivos específicos</u>	<u>Atividades/Estratégias Planeadas</u>	<u>Indicadores de Avaliação</u>
Promover cuidados especializados à pessoa e família em situação crítica em contexto de urgência.	<ul style="list-style-type: none"> - Integrar o serviço e a dinâmica organizativa do serviço de urgência; - Realização de uma reunião com o En^o orientador, En^a chefe de equipa e o En^o chefe do serviço; - Realizar um diagnóstico de situação com base numa problemática identificada juntamente os Enfermeiros responsáveis pelo meu estágio; - Realizar atividades (poster/formação/realização de norma) que contribua para a melhoria da problemática identificada. - Identificar na literatura protocolos de monitorização hemodinâmica em doentes em choque; 	<ul style="list-style-type: none"> - Integra o contexto em que está inserida sem dificuldades quanto à dinâmica e organização do mesmo; - Matriz de análise SWOT; - Apresentação de PowerPoint dos resultados obtidos; - Resultados da avaliação de satisfação da equipa quanto à utilidade do projeto criado.
Contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem especializados no âmbito da segurança do doente na monitorização hemodinâmica do doente em choque.	<ul style="list-style-type: none"> - Consulta de documentos e protocolos existentes no serviço de modo a compreender a existência de uma norma de monitorização hemodinâmica para pacientes em choque; - Mapear na literatura e comparar os diferentes tipos de Monitorização Hemodinâmica (invasiva e não-invasiva) tendo em conta que tipo de dispositivos são mais utilizados no serviço de urgência; - Promover cuidados de enfermagem assentes na melhor evidência científica sobre prevenção e controlo das infeções 	<ul style="list-style-type: none"> - Realização de uma análise swot quanto à utilização de dispositivos hemodinâmicos adequados aos diversos tipos de choque; - Realizar um questionário junto da equipa multidisciplinar quanto aos conhecimentos relativamente aos feixes de intervenção preconizados pela direção geral de saúde; - Promover uma ação formativa quanto ao manuseio dos dispositivos de monitorização hemodinâmica invasiva tendo em conta as melhores

	<p>associadas aos cuidados de saúde no manuseio dos dispositivos de monitorização hemodinâmica invasiva;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diagnosticar os conhecimentos dos enfermeiros relativamente aos feixes de intervenção preconizados pela direção geral de saúde bem como a sua aplicabilidade na prática clínica diária; - Reunião informal com o Enf^o orientador e a Enf^a chefe de equipa, juntamente com a supervisora pedagógica de modo a implementar o projeto criado; 	<p>práticas de enfermagem especializada na prevenção de infeções aos cuidados de saúde.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Obter feedback junto do Enf^o orientador, Enf^a chefe de equipa e supervisora pedagógica quanto ao sucesso das intervenções planeadas.
<p><u>Recursos humanos:</u></p>	<p>- Enf^o orientador, Enf^a chefe de equipa, supervisora pedagógica, equipa multidisciplinar.</p>	
<p><u>Recursos matérias:</u></p>	<p>- Instrumentos de produção, recolha e apresentação de dados; Protocolos e normas internas existentes no serviço; Recolha de fontes seguras (livros, artigos científicos, de revisão entre outros).</p>	

Apêndice B – Plano de projeto da Unidade de Cuidados Intensivos

Estágio na Unidade de Cuidados Intensivos

Objetivo Geral: Desenvolver competências técnico-científicas, éticas e relacionais como enfermeira especialista no cuidado à pessoa em situação crítica e família no contexto da unidade de cuidados intensivos

<u>Objetivos específicos</u>	<u>Atividades/Estratégias Planeadas</u>	<u>Indicadores de Avaliação</u>
<p>Promover cuidados especializados à pessoa e família em situação crítica em contexto de cuidados intensivos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Integrar a dinâmica do serviço e a equipa multidisciplinar; - Realização de uma reunião com o Enf^a orientadora e o Enf^o gestor; - Realizar um diagnóstico de situação com base numa problemática identificada juntamente os Enfermeiros responsáveis pelo meu estágio; - Realizar atividades (poster/formação) que contribua para a melhoria da problemática identificada; - Identificar na literatura os tipos de dispositivos de monitorização hemodinâmica e realizar um quadro síntese; - Atualizar o documento existente na unidade de “Acolhimento dos familiares na UCI” de modo a incluir referência aos dispositivos invasivos; - Realizar pesquisa adequada e compreender a que refere os estudos mais recentes quanto à gestão dos alarmes na unidade de cuidados intensivos para o doente, famílias e para os profissionais de saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> - Integra o contexto em que está inserida sem dificuldades quanto à dinâmica e organização do mesmo; - Reflexão e exposição dos resultados obtidos após as reuniões informais realizadas; - Realiza uma atividade junto da equipa disciplinar; - Criar um quadro síntese; - Concluiu a atualização do documento “Acolhimento dos familiares na UCI”; - Resultados da avaliação de satisfação da equipa quanto à utilidade do projeto criado e das atualizações realizadas no documento “Acolhimento dos familiares na UCI”.

<p>Contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem e da segurança do doente no âmbito da monitorização hemodinâmica da pessoa em situação crítica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Consulta de documentos e protocolos existentes no serviço; - Assistir à consulta de <i>follow up</i> de forma a compreender o impacto dos alarmes nos doentes previamente internados na UCI; - Promover cuidados de enfermagem assentes na melhor evidência científica quanto à segurança na monitorização hemodinâmica da pessoa em situação crítica; - Mapear na literatura e analisar quanto aos diferentes tipos de Monitorização Hemodinâmica Invasiva utilizada, tendo em conta os dispositivos mais utilizados e a finalidade dos mesmos; - Compreender junto da equipa de enfermagem qual é a sua opinião sobre o impacto dos alarmes na segurança do doente resultantes da monitorização hemodinâmica e da reposição de fluidos; - Refletir qual o impacto dos alarmes na unidade de cuidados intensivos no doente crítico e nos seus familiares; - Promover uma ação de sensibilização junto da equipa de enfermagem quanto à gestão dos alarmes na segurança do doente crítico, nas suas famílias e nos próprios profissionais de saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar um questionário diagnóstico e reflexivo à equipa de enfermagem quanto ao impacto dos alarmes resultantes da monitorização hemodinâmica e da reposição de fluidos; - Realizar registos de observações e relatos dos familiares; - Registrar os relatos dos doentes, previamente internados UCI, durante a consulta de <i>follow up</i> de forma a compreender o impacto do internamento e objetivamente dos alarmes na sua segurança.
<p><u>Recursos humanos:</u></p>	<p>- Enf^o orientador, Enf^a chefe de equipa, supervisora pedagógica, equipa multidisciplinar.</p>	
<p><u>Recursos materiais:</u></p>	<p>- Instrumentos de produção, recolha e apresentação de dados; Protocolos e normas internas existentes no serviço; Evidência científica mais atual (livros, artigos científicos, de revisão entre outros).</p>	

Apêndice C – Plano de projeto da Unidade Local – Programa de Prevenção e Controle de Infecção e Resistência a Antimicrobianos

Estágio na Unidade Local – Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência a Antimicrobianos

Objetivo Geral: Desenvolver competências técnico-científicas como Enfermeira Especialista integrada numa Unidade Local – Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência a Antimicrobianos de forma a maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

<u>Objetivos específicos</u>	<u>Atividades/Estratégias Planeadas</u>	<u>Indicadores de Avaliação</u>
<p>Compreender e integrar a estrutura orgânica e estrutural da UL-PPCIRA.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Integrar a dinâmica do serviço e a equipa multidisciplinar; - Conhecer os objetivos da UL-PPCIRA; - Compreender os eixos de intervenção da UL-PPCIRA; - Implementar medidas de precauções básicas de controlo de infeção; - Conhecer os programas de vigilância epidemiológica; - Contribuir na realização de auditorias clínicas; - Realização de uma reunião com o En^{fa} orientadora e o En^{fo} gestor; - Realizar um diagnóstico de situação com base numa problemática identificada juntamente os Enfermeiros responsáveis pelo meu estágio; - Realizar atividades (poster/formação/seminário) que contribua para a melhoria da problemática identificada; - Identificar na literatura estudos que corroborem a necessidade de intervenção formativa nos 4 principais tipos de IACS; 	<ul style="list-style-type: none"> - Integra o contexto em que está inserida sem dificuldades quanto à dinâmica e organização do mesmo; - Cumprir os pressupostos do estágio tendo em conta os objetivos do programa, respeitando os eixos de intervenção e garantindo sempre a implementação das precauções básicas de controlo de infeção; - Preencher os programas de vigilância epidemiológica tendo em conta as vigilâncias realizadas; - Concluir e refletir acerca das auditorias realizadas com objetivo de intervir numa melhoria contínua dos cuidados; - Reflexão e exposição dos resultados obtidos após as reuniões informais realizadas; - Realiza uma atividade junto da equipa disciplinar; - Refletir junto dos enfermeiros orientadores e do núcleo executivo da UL-PPCIRA quanto ao sucesso do seminário organizado e da pertinência das temáticas abordadas;

	<ul style="list-style-type: none"> - Disseminar conhecimento quanto aos feixes de intervenções preconizados pela DGS; 	
<p>Contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem e da segurança do doente no âmbito da monitorização hemodinâmica da pessoa em situação crítica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Consulta de documentos, normas, programas e protocolos existentes no serviço; - Disseminar conhecimentos de modo a promover cuidados de enfermagem assentes na melhor evidência científica quanto à segurança na monitorização hemodinâmica da pessoa em situação crítica; - Mapear na literatura e analisar quanto aos diferentes tipos de Monitorização Hemodinâmica Invasiva utilizada, tendo em conta os diversos dispositivos médicos utilizados tendo em conta os melhores cuidados na prevenção e controlo de infeção; - Compreender junto do núcleo executivo da UL-PPCIRA a importância de dinamizar um seminário relativamente aos feixes de intervenções preconizados pela DGS; - Refletir junto da Enfermeira orientadora e com todo o restante núcleo executivo a pertinência das temáticas no seminário e realizar ajustes sob sugestão em equipa; - Contribuir com uma palestra inserida no contexto do seminário no que concerne à prevenção das INCS; 	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar uma reunião informal com o núcleo executivo da UL-PPCIRA de modo a partilhar a minha reflexão baseada nas auditorias clínicas do 1º trimestre de 2024 em relação com os dados mais críticos e a necessidade de maior intervenção; - Publicar um artigo científico baseado na prevenção das INCS;

	- Produzir um artigo científico publicado internamente no hospital baseado na temática palestrada no seminário.	
<u>Recursos humanos:</u>	- Enf ^a orientadora, Enf ^o gestor, supervisora pedagógica, núcleo executivo da UL-PPCIRA e elos de ligação.	
<u>Recursos materiais:</u>	- Instrumentos de produção, recolha e apresentação de dados; Programas, protocolos e normas internas existentes no serviço; Evidência científica mais atual (livros, artigos científicos, de revisão entre outros).	

Apêndice D – Questionário aplicado ao Serviço de Urgência Geral no âmbito do projeto realizado no serviço

Caro(a) colega,

Este questionário é realizado no âmbito do estágio com relatório integrado no 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização à Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa (ESSCVP) – Lisboa. Estou a trabalhar a temática da Prevenção da Infecção associada ao Cateter Vascular Central (CVC).

A ocorrência das infeções da corrente sanguínea associadas aos CVC são dos tipos de infeções mais perigosas e dispendiosas que surgem nos hospitais que conseqüentemente provocam o aumento da morbidade e mortalidade dos pacientes internados e indiretamente implicam maior tempo de internamento e maiores custas hospitalares. A incidência deste tipo de infeções pode ser significativamente reduzida através do cumprimento rigoroso dos feixes de intervenção preconizados pela DGS por parte de todos os profissionais de saúde.

A participação neste questionário é voluntária, anónima e as respostas confidenciais, e apenas serão utilizadas para fins académicos no âmbito deste estágio. O preenchimento deste questionário não ocupará mais de cinco minutos do seu tempo, sendo a sua contribuição extremamente importante. O objetivo do questionário consiste em compreender o nível de conhecimento da equipa de enfermagem do Serviço de Urgência Geral [REDACTED]

[REDACTED] quanto aos feixes de intervenção preconizados pela DGS na prevenção de infeção associada ao CVC, de modo a conseguir desenvolver ações de sensibilização para a melhoria dos cuidados prestados.

O questionário é dividido em três partes:

- Parte 1: Consentimento informado, livre e esclarecido
- Parte 2: Informação pessoal – é-lhe pedida informação acerca de si próprio(a) e sobre a sua experiência profissional.
- Parte 3: É realizada uma avaliação do conhecimento quanto aos feixes de intervenção preconizados pela DGS na prevenção de infeção associada ao CVC.

Obrigado pela colaboração,

Enfª Ana Catarina Oliveira

Aluna do Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização à pessoa em situação crítica da ESSCVP – Lisboa

PARTE 1

Concorda com a participação neste estudo nas condições em cima referidas?

Sim

Não

PARTE 2

1. Qual o seu título profissional?

Enfermeiro(a) Especialista
Enfermeiro(a) Cuidados Gerais

2. Quanto tempo de experiência profissional possui?

0-2 anos
2-5 anos
5-10 anos
>10 anos

3. Qual a sua idade?

4. Qual o seu género? (definir como resposta obrigatória)

Feminino

Masculino

Prefiro não responder

PARTE 3

1. Conhece a norma nº 022/2015 da DGS quanto aos feixes de intervenção preconizados para a prevenção de infeção associada ao CVC?

Sim

Não

2. Indique quais os dois momentos preconizados para a higienização das mãos na norma em cima referida durante a colocação do CVC:

- Higienizar as mãos antes do contacto com o doente;
- Higienizar as mãos antes da avaliação do local da punção e da descontaminação da pele;
- Higienizar as mãos cumprindo a técnica pré-cirúrgica antes da colocação do cateter;

- Higienizar as mãos após a exposição de risco a líquidos orgânicos;

- Higienizar as mãos após o contacto com a unidade do doente;

3. Sente dificuldade em cumprir os momentos preconizados para a higienização das mãos?

Sim

Não

4. Consegue compreender e justificar o motivo para a colocação de um CVC?

Nem sempre

Quase sempre

Cumpro ordens médicas

Interesso-me em saber o motivo

5. Durante a colocação do CVC o uso de precauções de proteção máxima deve ser assegurado por todos os profissionais que colaboram na técnica?

Sim

Não

6. A assepsia da pele é realizada com que tipo de solução?

Solução com clorexidina a 2% em álcool

Solução com clorexidina 2%

Álcool a 70°

7. O acesso vascular central por via femoral deverá ser evitado?

Sim

Não

8. Reconhece quando o CVC deve ser removido?

Sim

Não

9. Realiza a descontaminação dos pontos de acesso ao CVC antes de conectar um dispositivo estéril?

Sempre

Quase sempre

Poucas vezes

Nunca

10. A descontaminação dos pontos de acesso ao CVC pode ser feita com álcool a 70%?

Sim

Não

11. Utiliza técnica asséptica rigorosa para a realização de tratamento ao local de inserção do CVC?

Sempre

Quase sempre

Poucas vezes

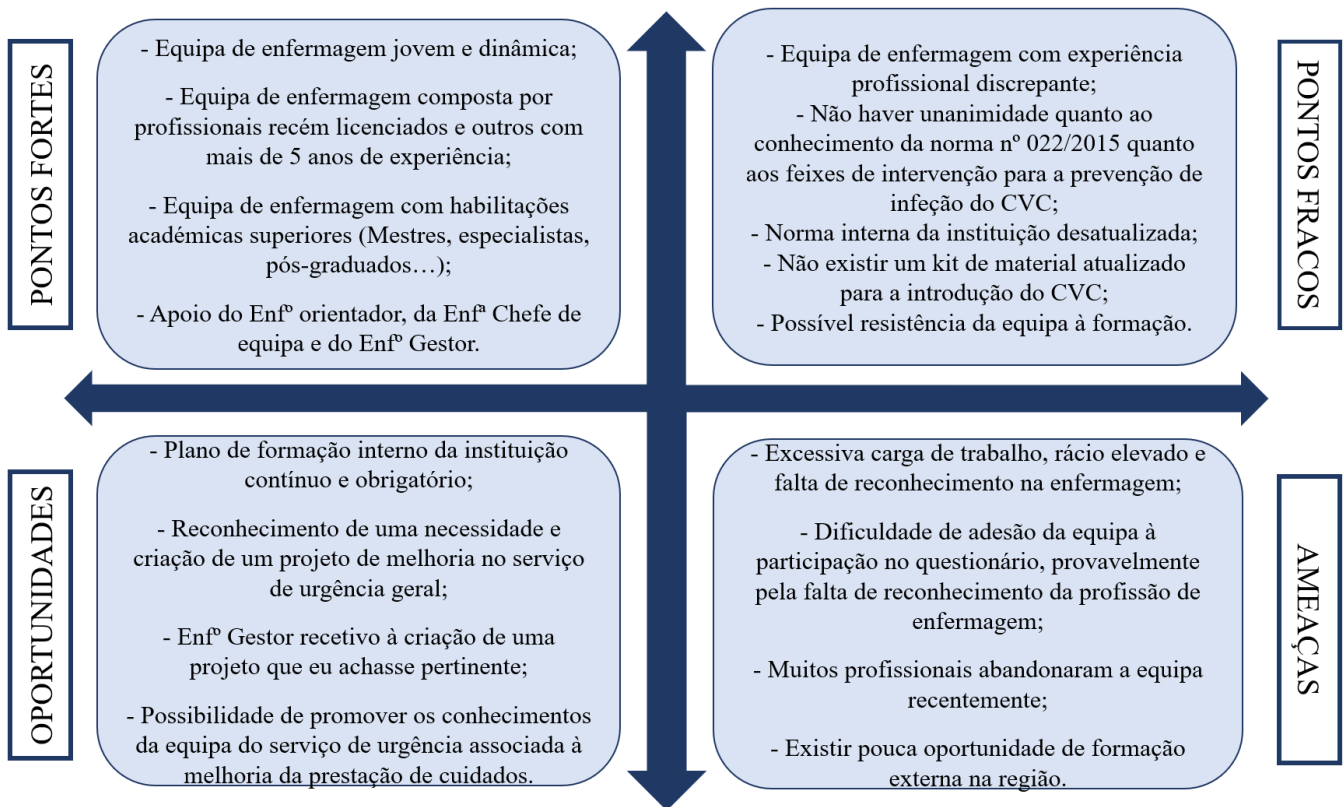
Nunca

Obrigada pela sua colaboração.

Enf^a Ana Catarina Oliveira

Aluna do Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização à pessoa em situação crítica da ESSCVP – Lisboa

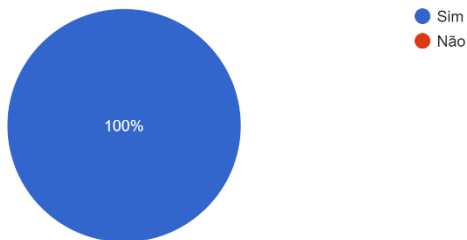
Apêndice E – Análise SWOT dos resultados do questionário do Serviço de Urgência Geral



Apêndice F – Demonstração gráfica dos resultados do questionário aplicado no Serviço de Urgência Geral

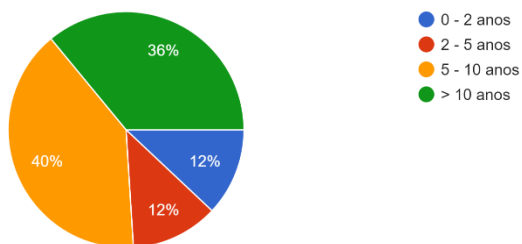
Concorda com a participação neste estudo nas condições em cima referidas?

25 respostas



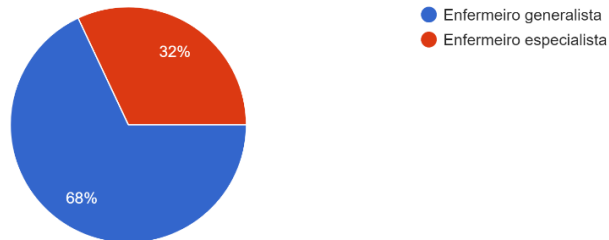
2. Quanto tempo de experiência profissional possui?

25 respostas



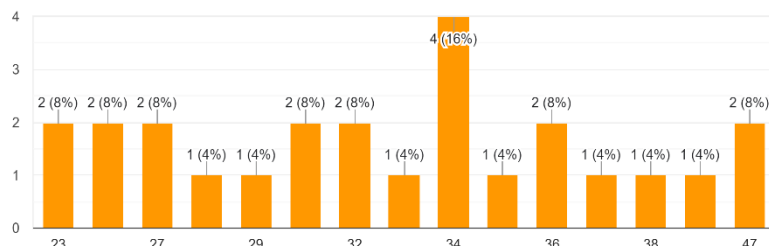
1. Qual o seu título profissional?

25 respostas



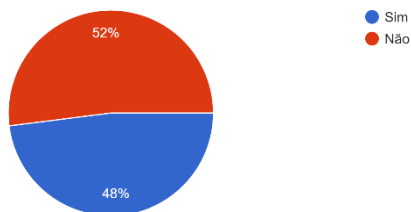
3. Qual a sua idade

25 respostas



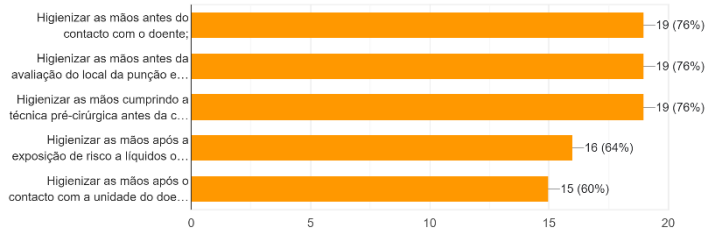
1. Conhece a norma nº 022/2015 da DGS quanto aos feixes de intervenção preconizados para a prevenção de infeção associada ao CVC?

25 respostas



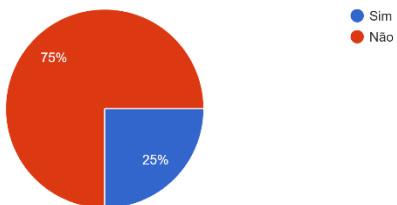
2. Indique quais os momentos preconizados para a higienização das mãos durante a colocação do CVC.

25 respostas



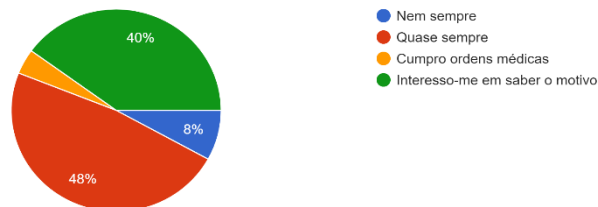
3. Sente dificuldade em cumprir os momentos preconizados para a higienização das mãos?

24 respostas



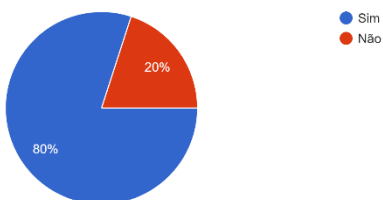
4. Consegue compreender e justificar o motivo para a colocação de um CVC? (não existe uma resposta certa)

25 respostas



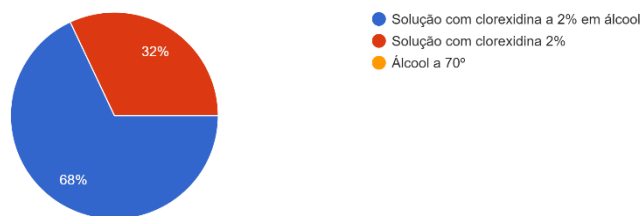
5. Durante a colocação do CVC o uso de precauções de proteção máxima deve ser assegurado por todos os profissionais que colaboram na técnica?

25 respostas



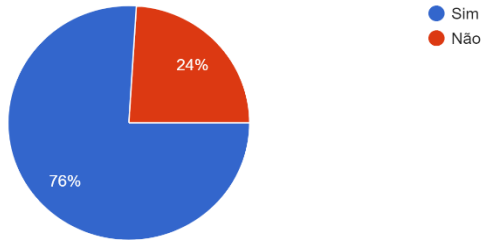
6. A assepsia da pele é realizada com que tipo de solução?

25 respostas



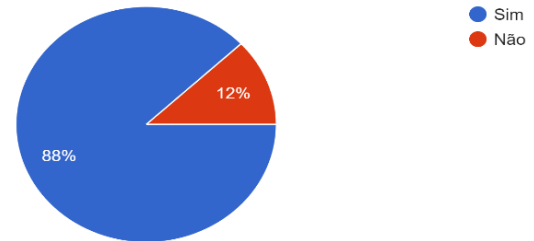
7. O acesso vascular central por via femoral deverá ser evitado?

25 respostas



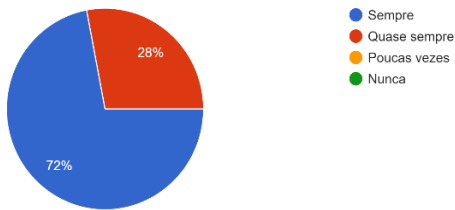
8. Reconhece quando o CVC deve ser removido?

25 respostas



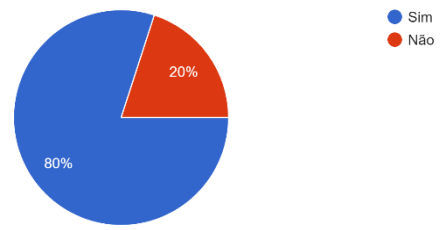
9. Realiza a descontaminação dos pontos de acesso ao CVC antes de conectar um dispositivo estéril?

25 respostas



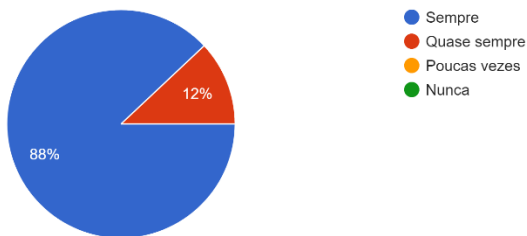
10. A descontaminação dos pontos de acesso ao CVC pode ser feita com álcool a 70%?

25 respostas



11. Utiliza técnica asséptica rigorosa para a realização de tratamento ao local de inserção do CVC?

25 respostas



Apêndice G – *Check list* de verificação de colocação do Cateter Vascular Central

Check list de verificação da colocação do cateter vascular central

Etiqueta do docente

A check list deve ser preenchida no momento da colocação do cateter vascular central de forma a validar o cumprimento das intervenções preconizadas na norma nº 022/2015 da DGS quanto aos feixes de intervenção para a prevenção de infeção associada aos cateteres vasculares centrais.

	Sim	Não
Compreende a necessidade da colocação do cateter vascular central		
Regista em processo clínico o motivo da colocação do cateter vascular central		
Escolhe o menor número de lumens possíveis tendo em conta a história clínica do doente e a necessidade		
Escolhe o local de punção privilegiando o acesso subclávio ou jugular interno e evitando o acesso femoral		
Higieniza as mãos antes de avaliar o local da punção		
Higieniza as mãos com técnica pré cirúrgica antes da colocação do cateter		
Todos os intervenientes no procedimento utilizam as precauções básicas de barreira (bata esterilizada, luvas esterilizadas, touca, máscara cirúrgica, óculos)		
Realiza limpeza assética da pele com clorexidina 2% em álcool		
Cumprir com a fricção adequada com antisséptico e cumprir com o tempo até a solução secar completamente		
Coloca campos cirúrgicos esterilizados capazes de cobrir toda a superfície corporal do paciente		
Outros:		

Assinatura do responsável pela verificação: _____

Data: ____/____/____

Esta check list foi proposta ao Srº Enfermeiro Gestor [REDACTED] responsável pelo Serviço de Urgência do Hospital de Portimão, no âmbito do projeto devolvido durante o estágio com relatório integrado no 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização à Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa de Lisboa, nesta unidade hospitalar, pela Enº Ana Catarina Oliveira (catarinaoliveiraenf@outlook.com).

Este projeto foi orientado pela Prof. Leila Sales e pelo Enº EEMC [REDACTED]



Apêndice H – Kit colocação do Cateter Vascular Central

KIT COLOCAÇÃO DO CATETER VASCULAR CENTRAL

Consumíveis	Níveis	Validade
Agulha SC	1	
Agulha EV	1	
Agulha IM	1	
Bata esterilizada	1	
Toucas	2	
Campo de mesa esterilizado	1	
Campo esterilizado (190 x 150 cm)	1	
Cateter central de triplo lúmen	1	
Cateter central de duplo lúmen	1	
Cateter central de um lúmen	1	
Kit sutura	1	
Fio de sutura 2/0	1	
Lamina de bisturi nº 11	1	
Lidocaína 1%	1	
Luvas esterilizadas: 6 ½, 7, 7 ½, 8	1/cada	
Máscara cirúrgica	2	
Compressas esterilizadas 10 x 10 cm	2	
Penso transparente para cateter vascular central	2	
Soro fisiológico 100 ml	1	
Soro fisiológico 10 ml	3	
Clorexidina 2% em álcool	1	
Seringa 20cc	3	
Seringa 10cc	3	
Seringa 5cc	3	
Taças esterilizadas	2	
Válvulas anti refluxo	3	
Tampas vermelhas	3	

Assinatura do responsável pela verificação das validades: _____

Data: ____/____/____

Este kit foi proposto ao Srº Enfermeiro Gestor [REDACTED] responsável pelo Serviço de Urgência do Hospital de Portimão, no âmbito do projeto devolvido durante o estágio com relatório integrado no 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização à Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa de Lisboa, nesta unidade hospitalar, pela Enª Ana Catarina Oliveira (catarinaoliveiraenf@outlook.com)

Este projeto foi orientado pela Prof. Leila Sales e pelo Enº EEMC [REDACTED]



Apêndice I – Email de proposta de intervenção no serviço ao Enfermeiro Gestor



Catarina Oliveira <anaoliveira8653@esscvp.eu>

08/02/2024, 14:03 (há 10 dias)



para [REDACTED]

Bom dia, Enfº [REDACTED]

Desde já espero que se encontre bem.

Envio este e-mail com o conhecimento dos seus substituídos no cargo de gestão, dos enfermeiros responsáveis pelo meu estágio e da minha professora orientadora.

No âmbito do 1º Estágio com relatório do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica na área de especialização à Pessoa em Situação Crítica promovido pela Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa de Lisboa, foi-me proposta a realização de um Projeto do qual resultou uma ação de formação à equipa de enfermagem quanto à Prevenção de Infecção associada ao Cateter Vascular Central que se realizará no dia 16 de fevereiro de 2024 às 16h na biblioteca do hospital de [REDACTED] ou em formato online conforme já foi informado anteriormente.

Contudo, após a minha análise do serviço e da realização de todo o meu projeto tenho algumas propostas que solicito que considere a implementação no seu serviço. A primeira, com vista a garantir o cumprimento dos feixes de intervenção preconizados pela DGS quanto à prevenção de infecção associada ao CVC, proponho o preenchimento de uma check list sempre que se realize uma cateterização vascular central em qualquer que seja o posto do serviço de urgência. O documento foi realizado por mim e anexo a este e-mail e irei deixar disponível também numa pasta partilhada no computador do serviço.

Por outro lado, verifiquei que o kit de introdução do CVC na sala de pequena cirurgia se encontrava desatualizado e não conforme com o que a DGS preconiza. Por esse motivo realizei igualmente uma atualização a este kit que solicito que considere a sua implementação no serviço, pois acho que será uma mais valia e uma melhoria na prestação de cuidados de enfermagem seguros. Anexo igualmente o documento atualizado a este e-mail e irei deixar também disponível numa pasta partilhada no computador do serviço.

Aproveito este momento para novamente agradecer a forma como me receberam no serviço de urgência. Foi sem dúvida um período de aprendizagem muito enriquecedor e altamente produtivo para a minha formação pessoal e profissional.

Atenciosamente,

Ana Catarina Oliveira

Apêndice J – Formação em serviço realizada no Serviço de Urgência Geral

PREVENÇÃO DE INFEÇÃO ASSOCIADA AO CATETER VASCULAR CENTRAL

FORMAÇÃO EM SERVIÇO
Serviço de Urgência de Portimão



1º curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Especialização a Pessoa em Situação Crítica

Discente: EnF Ana Catarina Filipeira
Enfermeiro supervisor: EnF EEMC
Docente orientadora: Prof. Leila Sales



OBJETIVOS DA FORMAÇÃO


OBJETIVOS GERAIS:

- Promover a melhoria contínua na prestação de cuidados de enfermagem de forma a prevenir as infeções nosocomiais associadas ao cateter vascular central.


OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Atualizar os conhecimentos da equipa de enfermagem quanto aos feixes de intervenção preconizados pela DGS para a prevenção de infeção associada ao CVC.
- Disponibilizar a minha proposta de intervenção no serviço de acordo com as necessidades encontradas.


PLANO DE PROJETO¹




Diagnóstico de situação



Definição do problema



Realização de um questionário



Planeamento e execução do projeto

CONTEXTUALIZAÇÃO DA TEMÁTICA

A **SEGURANÇA** DA MONITORIZAÇÃO HEMODINÂMICA NO DOENTE EM CHOQUE

↓

De forma a atingir a competência específica quanto à prevenção, intervenção e controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos

↙

PREVENÇÃO DE INFEÇÃO ASSOCIADA AO CATETER VASCULAR CENTRAL (CVC)

DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

Observação das necessidades do serviço

05/12/2023
19/12/2023

Realização de um questionário quanto ao conhecimento dos Feixes de Intervenção preconizados pela DGS para a Prevenção de Infeção associada ao Cateter Vascular Central (CVC)

21/12/2023
02/01/2024

03/01/2024
26/01/2024

• Realizada reunião informal com a EnF [redacted] e com o EnF [redacted]

• **Proposta de uma ideia de projeto: Prevenção de infeção associada ao Cateter Vascular Central (CVC);**

• Proposta baseada na desatualização da norma, na nova evidência científica publicada pela DGS e por algumas lacunas identificadas no serviço quanto à colocação e manutenção do CVC;

• Ideia aprovada no entanto com necessidade de sustentação e identificação de conhecimentos da restante equipa de enfermagem.

Implementação do questionário à equipa de enfermagem do serviço de urgência.

JUSTIFICAÇÃO DA TEMÁTICA:

Análise dos dados epidemiológicos nacionais²

Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026

O sistema de vigilância epidemiológica do PPCIRA monitoriza a incidência de infeções relacionadas com o CVC através de dois programas:

- O *Hospital Acquired Infection* (HAI-Net-ICU);
- Programa de vigilância das Infeções Nosocomiais da Corrente Sanguínea (VE-INCS).

No período da intervenção, registou-se uma **melhoria na adesão ao feixe de colocação e manutenção da prevenção Infeções da Corrente Sanguínea relacionada com o Cateter Vascular Central (ICSRVC)**, de 91.3% para 95.9% e de 84,0% para 91.5%, respetivamente.

SWOT

STRENGTH

- Equipa de enfermagem jovem e dinâmica;
- Equipa de enfermagem composta por profissionais recém licenciados e outros com mais de 5 anos de experiência;
- Equipa de enfermagem com habilitações académicas superiores (Mestres, especialistas, pós-graduados...);
- Apoio do EnF¹ orientador, da EnF¹ Chefe de equipa e do EnF¹ Gestor.

WEAKNESSES

- Equipa de enfermagem com experiência profissional discrepante;
- Não haver unanimidade quanto ao conhecimento da norma nº 022/2015 quanto aos feixes de intervenção para a prevenção de infeção do CVC;
- Norma interna da instituição desatualizada;
- Não existir um kit de material atualizado para a introdução do CVC;
- Possível resistência da equipa à formação.

OPPORTUNITIES

- Plano de formação interno da instituição contínuo e obrigatório;
- Reconhecimento de uma necessidade e criação de um projeto de melhoria no serviço de urgência geral;
- EnF¹ Gestor receptivo à criação de um projeto que cu achasse pertinente;
- Possibilidade de promover os conhecimentos da equipa do serviço de urgência associada à melhoria da prestação de cuidados.

THREATS

- Excessiva carga de trabalho, rácio elevado e falta de reconhecimento na enfermagem;
- Dificuldade de adesão da equipa à participação no questionário, provavelmente pela falta de reconhecimento da profissão de enfermagem;
- Muitos profissionais abandonaram a equipa recentemente;
- Existir pouca oportunidade de formação externa no registo.

Enquanto profissionais de saúde devemos garantir o cumprimento dos:

Feixes de Intervenção preconizados pela DGS Para a Prevenção de Infeção Associada aos CVC²

COLOCAÇÃO DO CVC²

1. Avaliar a necessidade de colocação e escolha adequada do CVC
2. Realizar a higienização das mãos
3. Utilizar barreiras de proteção máxima (luvas esterilizadas, bata, touca, máscara cirúrgica, campos esterilizados)
4. Desinfetar local da punção com clorexidina 2% em álcool
5. Optar por acesso subclávio ou jugular interno

MANUTENÇÃO DO CVC²

1. Avaliar a necessidade de remoção do CVC diariamente
2. Realizar a higienização das mãos
3. Desinfetar os pontos de inserção com clorexidina 2% em álcool antes de conectar outros dispositivos
4. Realizar tratamento ao local de inserção do CVC respeitando a técnica asséptica e utilizando clorexidina 2% com álcool

RECOMENDAÇÕES²

Protege todos os lumens do CVC com válvulas anti refluxo.



Substituir os CVC sempre que apresentem sinais de infeção ou que a sua integridade esteja comprometida.

O tratamento ao local de inserção do CVC:

- 7 em 7 dias (penso transparente);
- 2 em 2 (penso oclusivo)



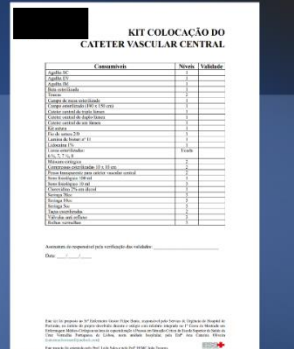
PROPOSTA DE POSTER PARA EXPOSIÇÃO NA SALA DE EMERGÊNCIA



PROPOSTA DE INTRODUÇÃO DE CHECK LIST DE VERIFICAÇÃO DA COLOCAÇÃO DO CATETER VASCULAR CENTRAL



PROPOSTA DE ATUALIZAÇÃO DO KIT DE COLOCAÇÃO DO CATETER VASCULAR CENTRAL



CONSIDERAÇÕES FINAIS

- As infeções relacionadas com CVC são situações que conseguimos evitar, tendo a implementação de feixes de intervenção para a sua prevenção, um efeito provado na diminuição da sua prevalência.
- Dados epidemiológicos nacionais, concluem que os profissionais de saúde estão a aderir e seguem um percurso de melhoria na adesão destes cuidados.
- A adoção de cuidados de enfermagem seguros implica a diminuição das IACS e que provoca na mesma medida as taxas de mortalidade e morbilidade.

Obrigada pela vossa atenção! 😊

Questões?
Dúvidas?

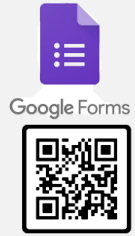
Discente: En^o Ana Catarina Oliveira
Enfermeiro supervisor: En^o EEMG [Redacted]
Docente orientadora: Prof. Leila Sales

1º curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Especialização à Pessoa em Situação Crítica



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Raivo MA, Nunes L, Ferrito C, editors. METODOLOGIA DE PROJETO. COLETÂNEA DESCRITIVA DE ETAPAS [Internet]. 2010. Available from: https://web.ees.ips.pt/Percursos/pdf/Revista_Percursos_15.pdf
2. Direção Geral de Saúde, editor. NORMA CLÍNICA: 022/2015 atualizada 29 de agosto de 2022 "Feixe de Intervenções" para a Prevenção da Infeção Relacionada com o Cateter Vascular Central [Internet]. 2022. Available from: https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_022_2015_atualizada_29_08_2022-prev_inf_cvc.pdf
3. UL-PPCIRA da Unidade de Portimão/Lagos, editor. Relatório do Inquérito de Prevalência de Pontos das Infeções Associadas a Cuidados de Saúde e do Uso de Antimicrobianos. 2023.
4. Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA) — Unidade de Portimão/Lagos, editor. Programa de Vigilância Epidemiológica das Infeções Nosocomiais da Corrente Sanguínea. 2022.
5. En^o Carla Norvai, En^o Suzel Ponsochinho, editor. NORMA HOSPITALAR: INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM AO DOENTE COM CATETER VENOSO CENTRAL UNIDADE HOSPITALAR PORTIMÃO/LAGOS. 2019.
6. Tavares AL. Portuguese Health System, an Overview and a SWOT Review. Open Public Health J. 2016;9(1):16-30.

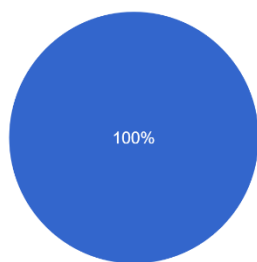


Questionário de avaliação de conhecimentos, de avaliação do formador e de avaliação da formação.
Agradeço a colaboração neste projeto!

Apêndice K - Demonstração gráfica dos resultados do questionário de avaliação global

Concorda com a participação nesta avaliação global da formação ministrada?

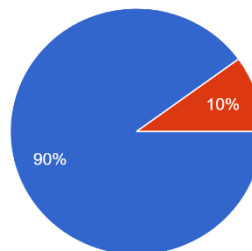
10 respostas



● Sim
● Não

Achou a temática abordada na formação pertinente?

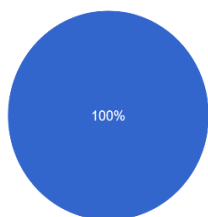
10 respostas



● Sim
● Não

Considera que a formação acrescentou de forma positiva os cuidados de enfermagem que prestar daqui em diante?

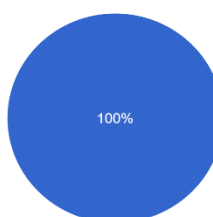
10 respostas



● Sim
● Não

A forma como a formação foi abordada foi de simples compreensão e aquisição de conhecimentos?

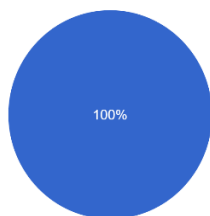
10 respostas



● Sim
● Não

Neste momento já conhece a norma nº 022/2015 da DGS quanto aos feixes de intervenção preconizados para a prevenção de infeção associada ao CVC?

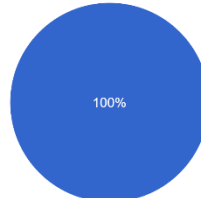
10 respostas



● Sim
● Não

Considera fundamental o cumprimento dos feixes de intervenção preconizados pela DGS para a prevenção de infeção associada ao CVC?

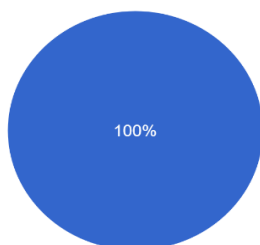
10 respostas



● Sim
● Não

A duração da formação foi adequada?

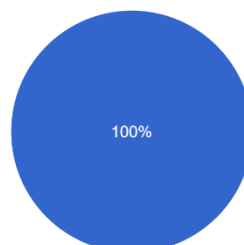
10 respostas



● Sim
● Não

Considera as minhas propostas de melhoria pertinentes para o seu serviço?

10 respostas



● Sim
● Não

<

Apêndice L - Questionário aplicado na Unidade de Cuidados Intensivos no âmbito do projeto realizado no serviço

Caro(a) colega,

Este questionário é realizado no âmbito do estágio com relatório integrado no 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização à Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa (ESSCVP) – Lisboa. Estou a trabalhar a temática da segurança na gestão dos alarmes na unidade de cuidados intensivos para o doente crítico e suas famílias.

A segurança do doente na sua generalidade é um dos focos principais nos cuidados de saúde de qualidade. Sendo os alarmes considerados o 1º perigo relacionado com a tecnologia na saúde de acordo com estudos realizados nos EUA, pois estão relacionados com o um maior número de registos de eventos adversos associados a PCR, arritmias e a morte. Daí ser de particular importância explorar este tema e sensibilizar as equipas de enfermagem para esta temática que poderá passar despercebida. Os profissionais de saúde ouvem cerca de 150 a 350 alarmes por dia em cada doente sendo que somente 10% têm realmente importância. Por esse motivo a fadiga dos alarmes faz com que os profissionais de saúde estabeleçam limites desadequados aos alarmes, ignorem os mesmos ou mesmo instintivamente após a primeira hora de trabalho os deixem de ouvir. Importante também é entender de que forma é que esta situação fragiliza emocionalmente o doente crítico incapaz de comunicar e também as suas famílias.

A participação neste questionário é voluntária, anónima e as respostas confidenciais, e apenas serão utilizadas para fins académicos no âmbito deste estágio. O preenchimento deste questionário não ocupará mais de cinco minutos do seu tempo, sendo a sua contribuição extremamente importante. O objetivo do questionário consiste em compreender a opinião da equipa de enfermagem da unidade de cuidados intensivos da [REDACTED] quanto à segurança da gestão adequada dos alarmes na unidade de cuidados intensivos no doente crítico e suas famílias. Tendo como objetivo secundário realizar uma sensibilização junto da equipa de enfermagem quanto a esta temática e o impacto que a mesma tem nos próprios profissionais, no doente crítico e nas suas famílias. E por outro lado contribuir para que o acolhimento da família na UCI seja o mais produtivo possível e menos produtor de ansiedade associada aos alarmes.

O questionário é dividido em quatro partes:

- Parte 1: Consentimento informado, livre e esclarecido
- Parte 2: Informação pessoal – é-lhe pedida informação acerca de si próprio(a) e sobre a sua experiência profissional.
- Parte 3: Opiniões da equipa de enfermagem quanto à segurança da gestão dos alarmes na unidade de cuidados intensivos.
- Parte 4: Opiniões da equipa de enfermagem quanto à segurança da gestão dos alarmes focada no doente crítico e nas suas famílias.

Obrigado pela colaboração,

Enfª Ana Catarina Oliveira

Aluna do 1º curso de Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização à pessoa em situação crítica da ESSCVP – Lisboa

PARTE 1

Concorda com a participação neste estudo nas condições em cima referidas?

Sim

Não

PARTE 2

3. Qual o seu título profissional?

Enfermeiro(a) Especialista

Enfermeiro(a) Cuidados Gerais

4. Quanto tempo de experiência profissional possui?

0-2 anos

2-5 anos

5-10 anos

10-20 anos

> 20 anos

3. Qual a sua idade?

4. Qual o seu género? (definir como resposta obrigatória)

Feminino

Masculino

Prefiro não responder

PARTE 3

1. Já alguma vez refletiu sobre o impacto dos alarmes na UCI?

Sim

Não

2. Considera a sua unidade um serviço ruidoso?

Sim

Não

2.1. Se respondeu que sim, considera que o maior ruído é provocado por:

- Alarmes resultantes da monitorização hemodinâmica e administração de fluidos

- Conversas paralelas dos profissionais

- Outro

2.2. Se na questão anterior selecionou a opção “outro” indique qual:

3. Em qual turno o ruído dos alarmes o incomoda mais?

Manhã

Tarde

Noite

Em todos

4. Considera todos os alarmes úteis mesmo os que são considerados falsos positivos?

Sim

Não

5. Já alguma vez desligou os alarmes por serem constantemente falsos positivos?

Sim

Não

6. Durante o seu período de descanso em sua casa acordou perturbado com “audição de alarmes”?

Sim

Não

No início da minha atividade profissional

Quando me encontro mais cansado

PARTE 4

1. Preocupa-lhe o impacto do som dos alarmes na sua saúde mental e dos que o rodeiam?

Sim

Não

2. Quem considera mais predisposto a ficar fragilizado por esta temática?

(Questão de correspondência)

Muito fragilizado	Auxiliares de ação médica
Mais ou menos fragilizado	Enfermeiros
Fragilizado	Médicos

Pouco fragilizado	Doente crítico
Nada fragilizado	Familiares do doente crítico

3. Considera que o doente internado na UCI se sente fragilizado e/ou preocupado com os alarmes que ouve?
 Sim
 Não

4. Com que frequência comunica com o seu doente de forma a explicar o motivo dos alarmes?
 Sempre
 Quase sempre
 Nunca

5. Quanto à família do doente crítico, sente que tem tempo nos seus turnos de prestar a atenção necessária aos familiares?
 Sim
 Não

6. Consegue compreender quando os familiares necessitam de apoio durante as visitas?
 Sim
 Não

7. Quantas vezes interrompe o seu trabalho de forma voluntária para dar apoio e responder a dúvidas dos familiares?
 Sempre
 Nunca
 Apenas quando os mesmos me procuram

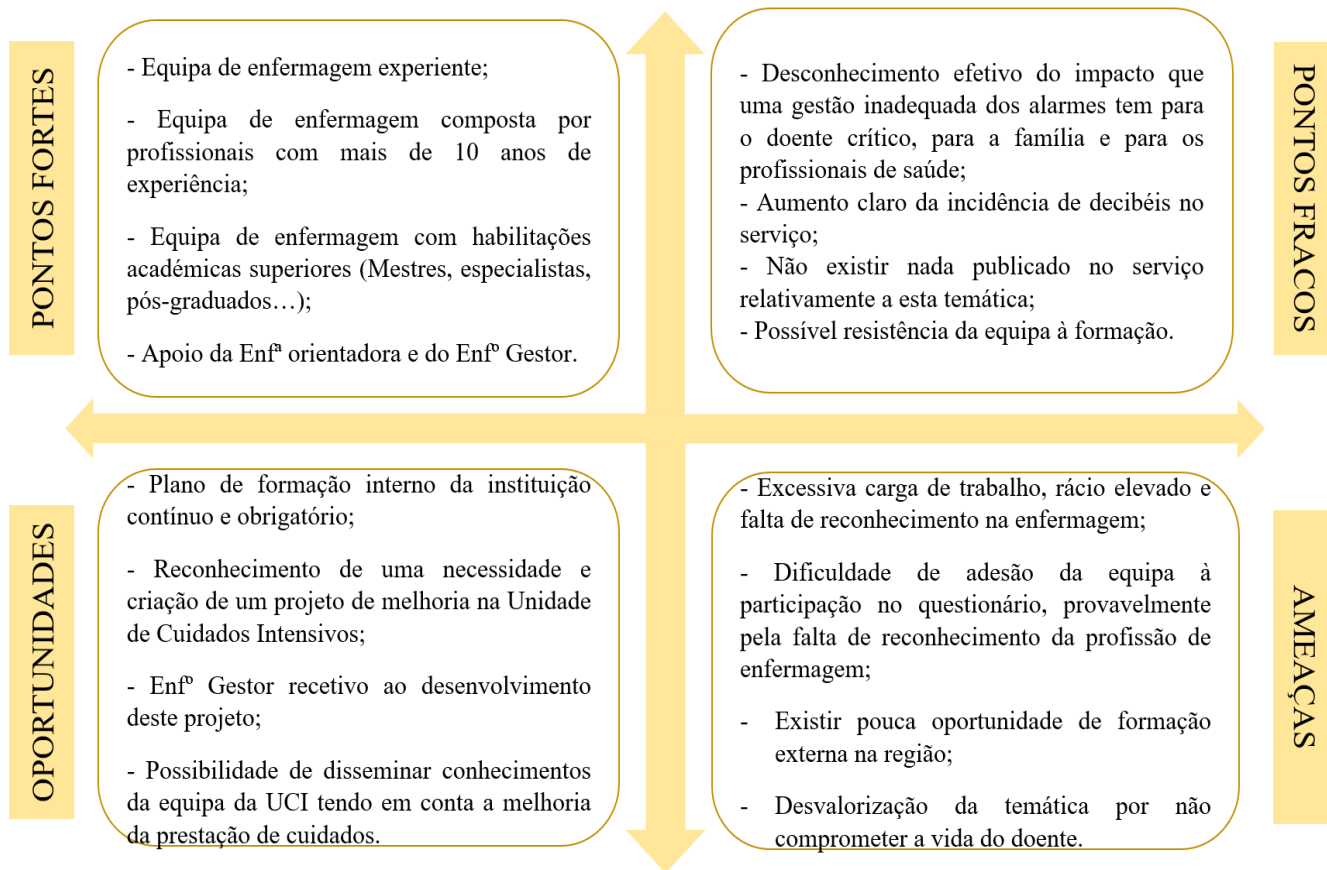
8. Acha que o guia de acolhimento a familiares é adequado?
 Sim
 Não

Obrigada pela sua colaboração.

Enfª Ana Catarina Oliveira

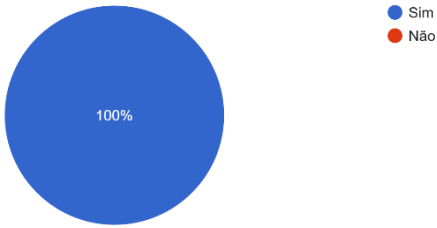
Aluna do Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização à pessoa em situação crítica da ESSCVP – Lisboa

Apêndice M - Análise SWOT dos resultados do questionário da Unidade de Cuidados Intensivos

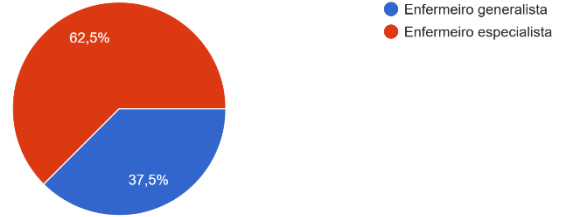


Apêndice N – Demonstração gráfica dos resultados do questionário aplicado na Unidade de Cuidados Intensivos

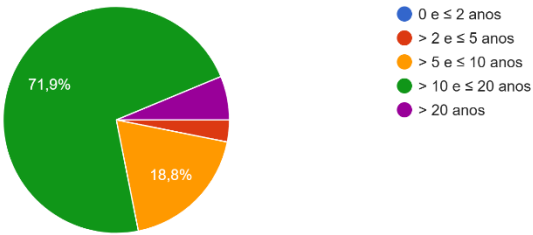
Concorda com a participação neste estudo nas condições em cima referidas?
32 respostas



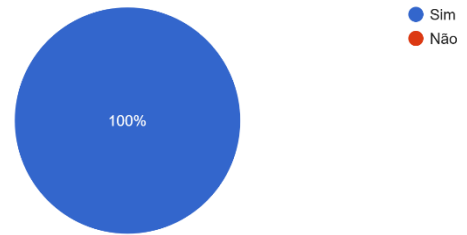
Qual o seu título profissional?
32 respostas



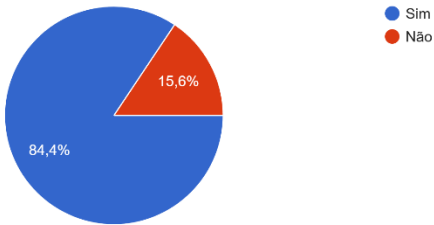
Quanto tempo de experiência profissional possui?
32 respostas



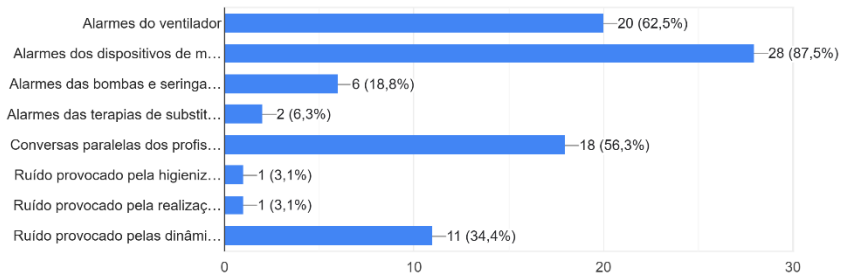
Já alguma vez refletiu sobre o impacto dos alarmes na UCI?
32 respostas



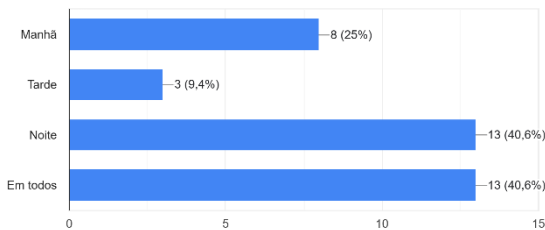
Considera a sua unidade um serviço ruidoso?
32 respostas



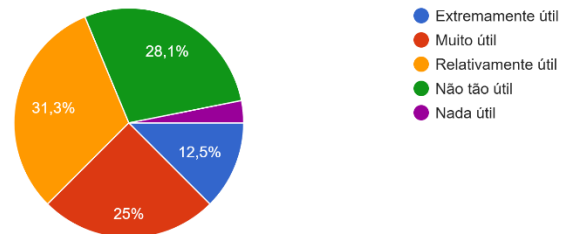
Considera que o maior ruído da UCI é provocado por: (Pode escolher mais do que uma opção)
32 respostas



Em qual turno(s) o ruído dos alarmes o incomoda mais? (Poderá selecionar mais do que uma opção)
32 respostas

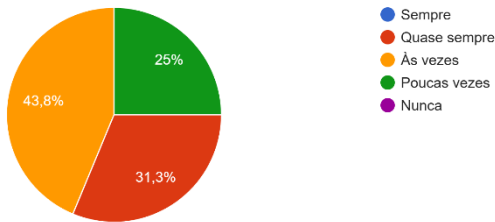


Considera todos os alarmes úteis mesmo os que são considerados falsos - positivos?
32 respostas



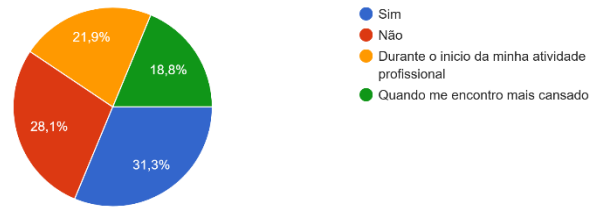
Já alguma vez desligou alarmes por serem constantemente falsos - positivos?

32 respostas



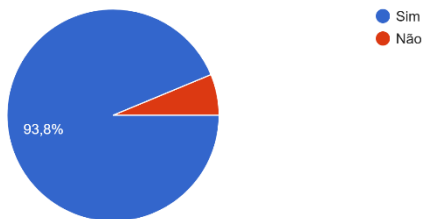
Durante o seu período de descanso em sua casa acordou perturbado com "audição de alarmes"?

32 respostas

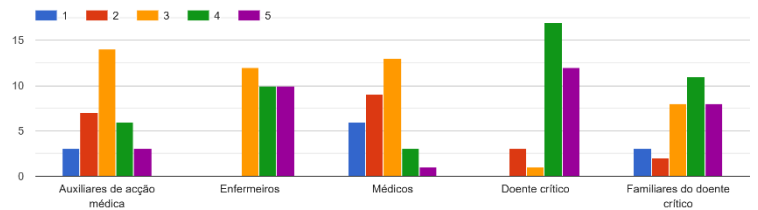


Preocupa-lhe o impacto do ruído dos alarmes na sua saúde mental e dos que o rodeiam?

32 respostas

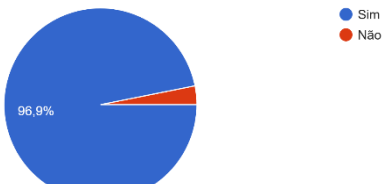


Quem considera mais predisposto a ficar fragilizado por esta temática? (Consideramos 1 nada fragilizado e 5 muito fragilizado)



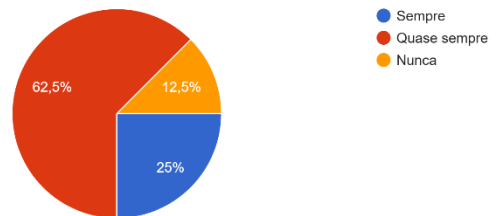
Considera que o doente internado na UCI se sente fragilizado e/ou preocupado com os alarmes que ouve?

32 respostas



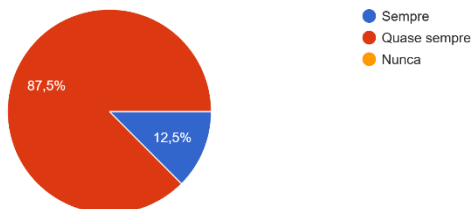
Com que frequência comunica com o seu doente de forma a explicar o motivo dos alarmes?

32 respostas



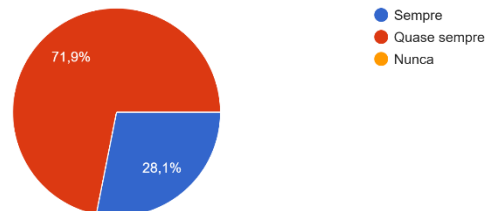
Quanto à família do doente crítico, sente que tem tempo nos seus turnos de prestar a atenção necessária aos familiares?

32 respostas



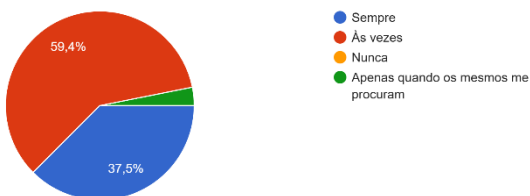
Consegue compreender quando os familiares necessitam de apoio durante as visitas?

32 respostas



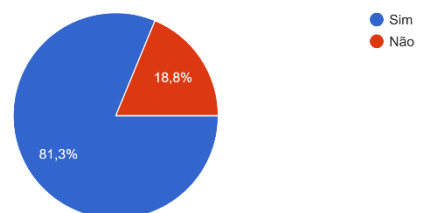
Quantas vezes interrompe o seu trabalho de forma voluntária para dar apoio e responder a dúvidas dos familiares?

32 respostas



Considera que o guia de acolhimento a familiares na UCI tem informação suficiente?

32 respostas



Tem alguma sugestão de melhoria para o guia de acolhimento a familiares na UCI?

5 respostas

Incluir uma imagem simples (não real) que ilustre um doente crítico e o meio envolvente, para que de algum modo possa preparar e minimizar o impacto com a realidade.

Poderia conter informação sobre a importância do familiar de referência enquanto elo de ligação entre os profissionais e a família.

Poderia conter uma explicação sobre a importância dos materiais e dispositivos que rodeiam a unidade.

Nao

Não

Nada a acrescentar

Apêndice O – Formação em serviço realizada Unidade de Cuidados Intensivos

A segurança da gestão dos alarmes na unidade de cuidados intensivos para o doente crítico e suas famílias

FORMAÇÃO EM SERVIÇO
Unidade de Cuidados Intensivos [REDACTED]

1º curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Especialização à Pessoa em Situação Crítica

Elaborado por: Enfª Ana Catarina Oliveira
Enfermeira supervisora: Enfª EEMC [REDACTED]
Docente orientadora: Prof. Leila Sales

Dia 7 de maio, Dia Mundial do Silêncio...

OBJETIVOS DA FORMAÇÃO

OBJETIVO GERAL

Garantir a segurança da gestão dos alarmes na unidade de cuidados intensivos para o doente crítico e para as suas famílias

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Sensibilizar a equipa de enfermagem quanto à segurança da gestão dos alarmes no contexto de UCI para o doente crítico e para as suas famílias através de uma sessão de formação;
- Identificar quais as principais fontes evitáveis e não evitáveis de ruído na UCI;
- Indicar estratégias promotoras da segurança do doente crítico e das suas famílias;
- Divulgar a proposta de cartaz de sensibilização para a temática abordada para exposição na sala de trabalho e na sala de espera;
- Apresentar a atualização do "Guia de Acolhimento a Familiares na UCI".

Contextualização da Temática

A SEGURANÇA DA MONITORIZAÇÃO HEMODINÂMICA NO DOENTE EM CHOQUE

"cuidar da pessoa e família a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica"¹

↓

A segurança da gestão dos alarmes na unidade de cuidados intensivos para o doente crítico e suas famílias

PLANO DE PROJETO²

Diagnóstico de situação

Definição do problema

Realização de um questionário

Planeamento e execução do projeto

DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

Observação das necessidades do serviço

05/03/2024
20/03/2024

Realização de um questionário

22/03/2024
25/03/2024
05/04/2024

Implementação do questionário à equipa de enfermagem da unidade de cuidados intensivos.

09/04/2024
26/04/2024

• Realizada reunião informal com O Enfº Gestor Fernando Alcives [REDACTED]

• Proposta da ideia de projeto: A segurança da gestão dos alarmes na unidade de cuidados intensivos para o doente crítico e suas famílias;

JUSTIFICAÇÃO DA TEMÁTICA

A segurança da gestão dos alarmes na unidade de cuidados intensivos para o doente crítico e suas famílias

Gestão dos alarmes⁶

Doente crítico⁸

Família⁹

Segurança^{3,4,5}

UCI⁷

JUSTIFICAÇÃO DA TEMÁTICA

Inexperiência no contexto

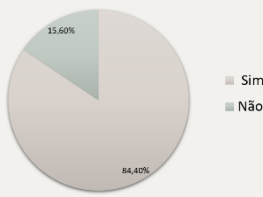
Instabilidade hemodinâmica do doente crítico à audição dos alarmes

Inquietude dos familiares aos alarmes

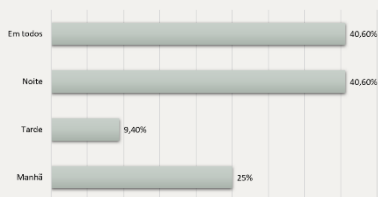
Incidência clara do aumento de decibéis de acordo com o recomendado

JUSTIFICAÇÃO DA TEMÁTICA

Considera a sua unidade um serviço ruidoso?

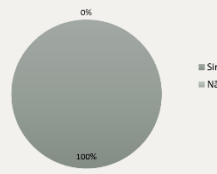


Em qual turno(s) o ruído dos alarmes o incomoda mais?

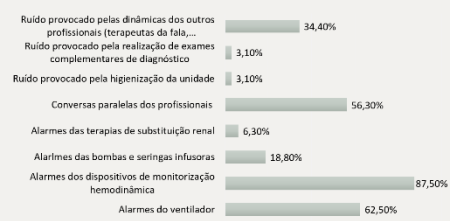


JUSTIFICAÇÃO DA TEMÁTICA

Já alguma vez refletiu sobre o impacto dos alarmes na UCI?

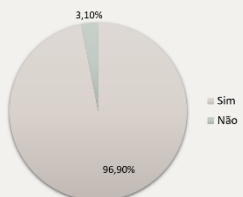


Considera que o maior ruído da UCI é provocado por:

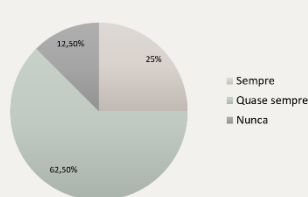


JUSTIFICAÇÃO DA TEMÁTICA

Considera que o doente internado na UCI se sente fragilizado e/ou preocupado com os alarmes que ouve?



Com que frequência comunica com o seu doente de forma a explicar o motivo dos alarmes?



JUSTIFICAÇÃO DA TEMÁTICA

Consegue compreender quando os familiares necessitam de apoio durante as visitas?

Quantas vezes interrompe o seu trabalho de forma a voluntária para dar apoio e responder a dúvidas dos familiares?



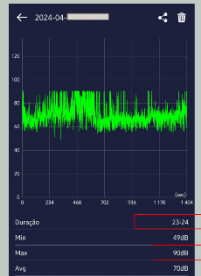
Quanto à família do doente crítico, sente que tem tempo nos seus turnos para prestar atenção necessária aos familiares?



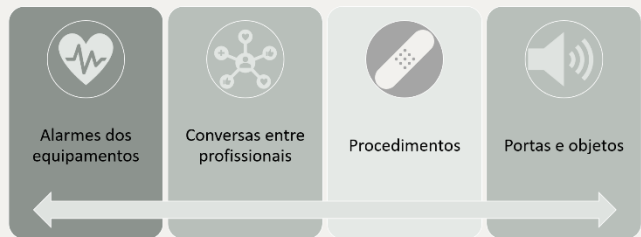
O OMS recomenda para ambientes hospitalares um máximo de 40 dB no período diurno e 35 dB no período noturno.¹⁰



Na UCI os valores são largamente excedidos.

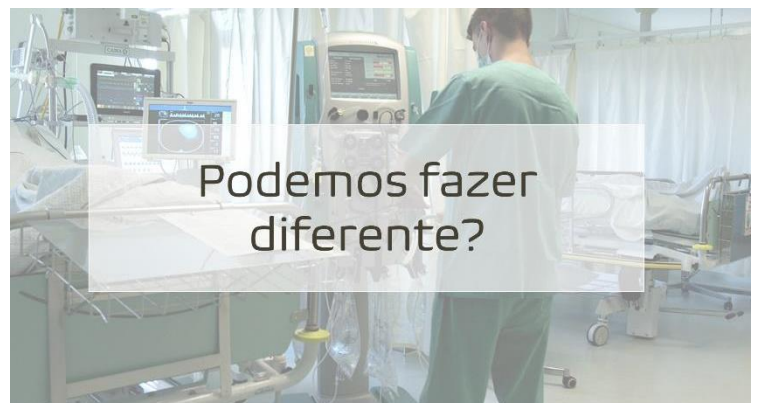


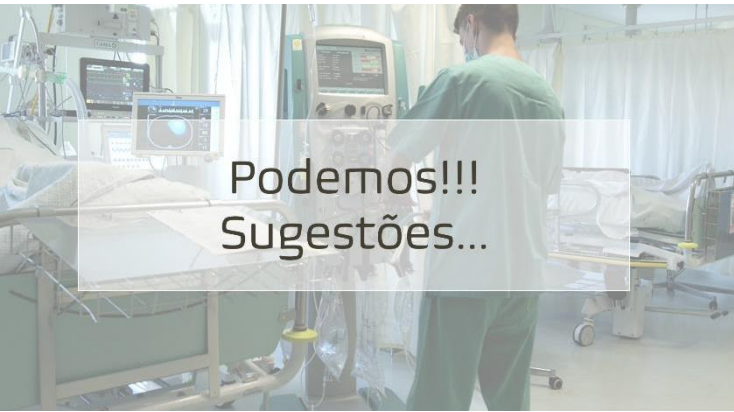
Os valores do ruído são influenciados pelos seguintes fatores:¹¹



- Delírio
- Alterações no padrão do sono
- Comunicação ineficaz
- Stress emocional
- Alterações da memória
- Disfunção cardiovascular e/ou neurológicas
- Alteração da resposta imunitária
- Necessidade de analgesia e sedação
- Aumento do tempo de internamento
- Aumento da morbilidade e/ou mortalidade

IMPACTO SIGNIFICATIVO¹¹





Podemos...¹²

- Ajustar os alarmes da monitorização hemodinâmica às condições clínicas do doente.
- Antecipar o termino das diversas perfusões e fazer a sua substituição antes de se ativar o alarme.
- Sensibilizar os pares para que as conversas paralelas à beira do leito sejam somente as necessárias ao bem estar do doente.
- Ajustar os alarmes dos ventiladores às condições clínicas do doente.
- Otimizar o posicionamento do doente de modo a que os dispositivos de monitorização hemodinâmica não atívem o alarme pelo mau posicionamento.
- Definir um tempo de luz reduzida, de alarmes controlados e redução de intervenções ao doente ao mínimo necessário essencialmente durante o período noturno.
- Planear em equipa os procedimentos não urgentes, protelando para o período diurno.

Evitar o uso dos telemóveis.

PROPOSTA DE CARTAZ PARA EXPOSIÇÃO NA SALA DE ENFERMAGEM E NA SALA DE ESPERA

SILÊNCIO também é CUIDAR!

Elaborado por: Fátima Catarina Oliveira
Enfermeira especialista, ICH/LEMC, Monte Melo
Docente orientadora: Tânia Lúcia Silva

PROPOSTA DE ATUALIZAÇÃO DO GUIA DE ACOLHIMENTO A FAMILIARES NA UCI

OBJETIVOS

- Definir o papel da família na UCI.
- Estabelecer estratégias de comunicação.
- Avaliar o impacto da presença da família na UCI.
- Definir o papel da família na UCI.
- Estabelecer estratégias de comunicação.
- Avaliar o impacto da presença da família na UCI.

SERVIÇOS AO DOENTE

- Cuidar do doente de acordo com as necessidades.
- Garantir a segurança, conforto, higiene, nutrição, hidratação e cuidados pessoais.
- Garantir a segurança, conforto, higiene, nutrição, hidratação e cuidados pessoais.
- Garantir a segurança, conforto, higiene, nutrição, hidratação e cuidados pessoais.

CUIDO FAMILIAR

- Garantir a segurança, conforto, higiene, nutrição, hidratação e cuidados pessoais.
- Garantir a segurança, conforto, higiene, nutrição, hidratação e cuidados pessoais.
- Garantir a segurança, conforto, higiene, nutrição, hidratação e cuidados pessoais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

- Garantir a segurança, conforto, higiene, nutrição, hidratação e cuidados pessoais.
- Garantir a segurança, conforto, higiene, nutrição, hidratação e cuidados pessoais.
- Garantir a segurança, conforto, higiene, nutrição, hidratação e cuidados pessoais.

INFORMAÇÕES CLÍNICAS

- Garantir a segurança, conforto, higiene, nutrição, hidratação e cuidados pessoais.
- Garantir a segurança, conforto, higiene, nutrição, hidratação e cuidados pessoais.
- Garantir a segurança, conforto, higiene, nutrição, hidratação e cuidados pessoais.

Defina numa palavra a importância do silêncio na UCI...

10 responses

TAKE HOME MESSAGE...

- É fundamental definir estratégias de forma a garantir a qualidade de cuidados de enfermagem seguros;
- Os enfermeiros são inteiramente responsáveis por manter o ambiente seguro para o doente crítico e para as suas famílias. Devem inclusive adotar estratégias adequadas a que todo este processo de doença seja o mais leve possível;
- As estratégias identificadas para reduzir o impacto dos alarmes no doente crítico e nas suas famílias só serão eficazes se forem tidas em conta por toda a equipa disciplinar.

Obrigada pela vossa atenção!

“o exercício do silêncio é tão importante quanto a prática da palavra”

William James

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ordem dos Enfermeiros. Regulamento n.º 429/2018 [Internet]. Diário da República n.º 135/2018, Série II de 2018-07-16; 2018. Available from: <https://diariodarepublica.pt/di/etelhe/regulamento/429-2018-115698617>
- Ruivo MA, Nunes L, Ferrito C, editors. METODOLOGIA DE PROJETO: COLEÇÃO DESCRITIVA DE ETAPAS [Internet]. 2010. Available from: https://web.ens.ips.pt/Percurso/pdf/Revista_Percurso_15.pdf
- Barroso F, Sales L, Ramos S, editors. Guia prático para a segurança do doente. Lidel; 2021.
- Direção Geral de Saúde, editor. Estrutura Conceptual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente [Internet]. 2011. Available from: https://www.ordenenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/2011/ClassificacaoSegDoente_Final.pdf
- J, editor. Segurança dos Doentes: Uma Abordagem Prática. Lidel. Lisboa; 2012.
- Ruskin KJ, Hueske-Kraus D, editors. Alarm fatigue: impacts on patient safety [Internet]. PubMed Disclaimer; 2015. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26539789/>
- Direção Geral de Saúde, editor. Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento [Internet]. 2003. Available from: <https://www.dgs.pt/vulgovul/membros/id/richeiros/0805185.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros, editor. Regulamento n.º 124/2011, de 18 de fevereiro [Internet]. Diário da República n.º 35/2011, Série II de 2011-02-18; 2011. Available from: <https://diariodarepublica.pt/di/etelhe/regulamento/124-2011-3477013>
- Davidson JE, editor. Family-Centers Care: meeting the needs of patient's families and helping families adapt to critical illness. Critical Care Nurse. 2009 Jun;29.
- Vreman J, Loon LM van, Biggerlaar W van den, Hoeven JG van der, Lemson J, Boogaard M van den, editors. Contribution of alarm noise to average sound pressure levels in the ICU: An observational cross-sectional study [Internet]. PubMed Disclaimer; 2020. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32064883/>
- Pal J, Taywade M, Pal R, Sethi D, editors. Noise Pollution in Intensive Care Unit: A Hidden Enemy affecting the Physical and Mental Health of Patients and Caregivers [Internet]. 2022. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9743307/>
- Omar M, OM, D'emeah WM, Yacoub M, editors. An assessment of nurses' knowledge regarding noise in intensive care units in Jordan [Internet]. 2020. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S27214139119301131?via=ihI>

Apêndice P – Cartaz de sensibilização exposto na Unidade de Cuidados Intensivos



SILÊNCIO também é CUIDAR!



Elaborado por: Enf^a Ana Catarina Oliveira
Enfermeira supervisora: Enf^a EEMC [REDACTED]
Docente orientadora: Prof. Leila Sales



Apêndice Q – Atualização gráfica e estrutural do “*Guia de Acolhimento a Familiares na UCI*”

VISITAS

HORÁRIO

- Das 13h30 às 14h30 e das 18h às 20h
A visita deverá durar somente 10 a 15 minutos

NÚMERO DE VISITANTES

- É permitida a presença contínua do familiar identificado como "cuidador/a principal" entre as 11h e as 20h.
- Só é permitida a entrada a três visitantes, um de cada vez, em cada período de visita, no tempo anteriormente estipulado.

ENTRADA E TROCA DE VISITAS

- É efetuada por um Assistente Operacional, que o orientará no momento de entrada.

SERVIÇOS AO DISPOR

Existem outros serviços de apoio que o poderão ajudar como:

- Gabinete do Utente, Serviço Social, Serviço Religioso, Cafeteria

Durante a estadia nesta Unidade, todas estas indicações poderão ser modificadas para benefício do seu familiar e dos restantes doentes.

Não deixe de expressar as suas sugestões e colocar todas as suas dúvidas e preocupações.

O silêncio é promotor de saúde, o seu familiar/amigo para se recuperar precisa de estar num ambiente calmo e tranquilo. Ajude-nos a que isso seja possível.



Este documento foi atualizado pela Entª Ana Catarina Oliveira e proposto a sua implementação ao Entª Gestor Fernando Aleixo, responsável pela Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente 2. Foi realizado no âmbito do projeto desenvolvido durante o estágio com relatório integrado no 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização à Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa de Lisboa, nesta unidade hospitalar. (cas@medicostream@gmail.com)

Este projeto foi supervisionado pela Entª EEMC Marta Melo e pela supervisora pedagógica Prof. Leila Sales.

UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

GUIA DE ACOLHIMENTO A FAMILIARES NA UCI



CARO VISITANTE

- O estado de saúde do seu familiar/amigo, obriga à prestação de cuidados especializados e de uma vigilância constante, para além da utilização de suporte tecnológico avançado.
- Quanto o visitar, irá encontrar uma equipa de saúde que fará todo o possível para o ajudar, pelo que todos os pedidos que lhe fazemos visam única e exclusivamente a preservação do bem estar do seu familiar/amigo.
- Os doentes encontram-se monitorizados com diferentes dispositivos de forma contínua e essa informação é interpretada e valorizada pelos profissionais. Se alguns alarmes se ativarem durante a sua visita, não se inquiete, pois nem todos são sinal de perigo e os profissionais estão atentos a todas as situações. Na imagem seguinte espelhamos o que poderá encontrar durante a visita.



- Para cuidar adequadamente do seu familiar e preservar a intimidade dos outros doentes, os profissionais poderão solicitar a saída temporária ou a não entrada dos visitantes.
- No sentido de assegurar o maior bem estar possível aos doentes e familiares e ao mesmo tempo facilitar aos profissionais a prestação dos cuidados que os doentes requerem, existem um conjunto de normas/regras que terão de ser cumpridas e para as quais pedimos a sua melhor compreensão.

CUIDADOS ESPECIAIS

- Como medida de prevenção de infeção, deve ser feita a desinfeção alcoólica das mãos com solução desinfetante, antes de entrar e após sair da unidade do doente. A colocação de bata, luvas e máscara de proteção poderá ser solicitada para proteção do doente.
- Por regra não é permitida a entrada de alimentos ou objetos pessoais. No entanto poderá trazer alguns objetos tais como escova e pasta de dentes, escova de cabelo, loção para a barba, etc., sempre após autorização.
- É importante que não manipule nenhum dispositivo conectado ao doente. As grades deverão estar elevadas e só em situações especiais poderão ser baixadas.
- Quando for possível e se o desejar, poderá participar em cuidados básicos do seu familiar, como alimentação e higiene.

INFORMAÇÕES CLÍNICAS

- As informações clínicas serão fornecidas pelo médico assistente e serão transmitidas somente aos familiares de referência. Os outros familiares ou amigos terão de obter essas informações junto dos familiares do doente que obtiveram anteriormente a informação.
- Solicitaremos um contacto para podermos comunicar em caso de necessidade.
- Não é permitida a transmissão de informações pelo telefone.

Apêndice R – Programa do Seminário realizado no âmbito do projeto de estágio na UL-PPCIRA

PROJETO ULPPCIRA

Seminário UL - PPCIRA - 10 de julho das 9h-13h na Sala de Conferências da Unidade Hospitalar de [REDACTED]

TEMA:

Prevenção das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde – Um Pilar para a Segurança do Doente

PUBLICO ALVO: Enfermeiros e Médicos

LOCAL: presencial na sala de Conferências da unidade de [REDACTED] em ligação por videoconferência às unidades hospitalares de [REDACTED]

PROGRAMA:

9h - Mesa de Abertura:

- Catarina Oliveira (Estudante 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização da Pessoa em Situação Crítica)
- [REDACTED] (Diretor da unidade de [REDACTED])
- [REDACTED] (Médica Diretora da UL-PPCIRA [REDACTED])
- [REDACTED] (Enfermeira Gestora da UL-PPCIRA [REDACTED])

- [REDACTED] (Enfermeiro Diretor [REDACTED])
- [REDACTED] (Diretor Clínico [REDACTED])

9:15 - CONFERÊNCIA: Prevenção das IACS para a Segurança do Doente

- **Moderador** – [REDACTED] (Enfermeira UL-PPCIRA [REDACTED])
 - Leila Sales (Professora Doutora na ESSCVP – Lisboa) – A Segurança do Doente – a importância da prevenção das IACS

Discussão

9:45 - MESA 2: Feixes de Intervenções na prevenção de IACS

- **Moderador** – [REDACTED] (Médica Diretora da UL-PPCIRA do Grupo HPA Saúde)
 - Catarina Oliveira (Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização à Pessoa em Situação Crítica) - Prevenção da infeção nosocomial da corrente sanguínea associada ao CVC – importância do cumprimento do Feixe de intervenções
 - [REDACTED] (Enfermeira na UCI [REDACTED]) – Prevenção da Infecção do Trato Urinário associada ao cateter vesical
 - [REDACTED] (Enfermeira Especialista [REDACTED]) - Prevenção da Infecção associada à Intubação

Discussão

Coffe break (15 min)

11:00 - MESA 3: Infecção do Local Cirúrgico – o desafio do trabalho multidisciplinar

- **Moderador** – [REDACTED] (Enfermeira da UL-PPCIRA [REDACTED])
 - [REDACTED] (Enfermeira no serviço de Cirurgia [REDACTED]) – Feixe de intervenções para prevenção da ILC no pré e no pós-operatório
 - [REDACTED] Enfermeiro do Bloco Operatório [REDACTED] – Feixe de intervenções para prevenção da ILC no intraoperatório

- [REDACTED] (Cirurgiã [REDACTED]) - Importância da técnica asséptica na gestão da ferida cirúrgica
- [REDACTED] – *Follow-up* do paciente cirúrgico – importância da notificação, colheita de amostra da ferida cirúrgica

Discussão

Encerramento do seminário

[REDACTED] – Enfermeiro Diretor [REDACTED]

Apêndice S – Cartaz de divulgação do Seminário realizado no âmbito do projeto de estágio na UL-PPCIRA

Seminário UL-PPCIRA

PREVENÇÃO DAS INFEÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE Um Pilar para a Segurança do Doente

HPA Alvor • Presencial • Sala de conferências

HPA Gambelas, HPA Sines e HPM Funchal • Videoconferência • Sala de conferências

10 DE JULHO / Enfermeiros e Médicos

PROGRAMA

09:00 • Boas Vindas e abertura

Catarina Oliveira - Enfermeira estagiária na UL-PPCIRA

[Redacted] - Diretor

[Redacted] - Médica Diretora da UL-PPCIRA

[Redacted] - Enfermeira Gestora da UL-PPCIRA

[Redacted] - Enfermeiro Diretor

[Redacted] - Diretor Clínico

09:15 • Segurança do Doente – a importância da prevenção das IACS

Moderador [Redacted] - Enfermeira UL-PPCIRA

Leila Sales - Professora Doutora - ESSCVP - Lisboa

09:45 • Feixes de Intervenções na prevenção de IACS

Moderador [Redacted] - Médica Diretora

Prevenção da infeção nosocomial da corrente sanguínea associada ao CVC

Catarina Oliveira - Enfermeira estagiária na UL-PPCIRA

Prevenção da Infeção do Trato Urinário associada ao cateter vesical

[Redacted] - Enfermeira na UCI

Prevenção da Infeção associada à Intubação

[Redacted] - Enfermeira Especialista na UCI

Discussão

10:45 • Coffe Break Livre

11:00 • Infeção do Local Cirúrgico – o desafio do trabalho multidisciplinar

Moderador [Redacted] - Enfermeira Gestora na UL-PPCIRA

Feixe de Intervenções para prevenção da ILC no pré e no pós-operatório

[Redacted] - Enfermeira Especialista no serviço de Cirurgia

Feixe de Intervenções para prevenção da ILC no intraoperatório

[Redacted] - Enfermeiro Responsável - Bloco Operatório

Importância da técnica asséptica na gestão da ferida cirúrgica

[Redacted] - Médica Cirurgiã

Follow-up do paciente cirúrgico – importância da notificação, colheita de amostra da ferida cirúrgica

[Redacted] - Enfermeira na Consulta Externa

Discussão

12:30 • Encerramento do seminário

[Redacted] - Enfermeiro Diretor



UL-PPCIRA

PROGRAMA DE PREVENÇÃO E CONTROLO
DE INFEÇÕES E DE RESISTÊNCIA
AOS ANTIMICROBIANOS.

Apêndice T – Artigo de revisão intitulado por “*Cuidados de Enfermagem na Prevenção e Controlo de IACS na Manutenção do CVC*”

CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO E CONTROLO DAS IACS NA MANUTENÇÃO DO CATETER VENOSO CENTRAL - ARTIGO DE REVISÃO

Autores: Ana Catarina Oliveira, [REDACTED]

Coautora: Leila Sales.

Resumo: Nesta revisão narrativa da literatura elaboramos uma questão de investigação e após escolher como metodologia de pesquisa o recurso a uma equação booleana chegamos a um conjunto de artigos que dividimos de acordo com o desenho de estudo que apresentavam: revisões da literatura, estudos experimentais, quase experimentais e observacionais. Após uma leitura intensiva de todos os artigos decidimos criar subcategorias aos mesmos de acordo com o que os autores definem como: momento da colocação do CVC, manutenção, cuidados de higiene, bacteriologia, remoção precoce, notificação e limitações. Após bem fundamentado cada tópico achamos por bem incluir algumas considerações quanto à nossa prática profissional de modo a chegarmos a uma resposta lógica e estruturada à nossa questão de investigação.

Abstract: In this narrative review of the literature, we produced a research question and, after choosing a Boolean equation as methodology, we reached a set of articles that were divided according to the study design presented: literature reviews, experimental, quasi-experimental and observational studies. After an extensive assessment of all the articles, we created subcategories according to what the authors define as: moment of central vascular catheter placement, maintenance, hygiene care, bacteriology, early removal, notification, and limitations. After careful evaluation of each topic, we believed it would be useful to include some professional practice considerations in order to reach a logical and structured answer to our research query.

Palavras chave: Cateter Venoso Central (CVC), Prevenção, Enfermagem, Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS), infecção nosocomial da corrente sanguínea (INCS); Infecção da corrente sanguínea associada ao cateter central (ICSACC).

Apêndice U – Poster submetido ao 1º Seminário Internacional de Enfermagem Especializada sobre “*Cuidados de Enfermagem na Prevenção e Controlo de IACS na Manutenção do CVC*”

Título: Cuidados de Enfermagem na Prevenção e Controlo de IACS na Manutenção do CVC

Autor: Oliveira, A., Esperança, S., Sales, L.

Instituição: Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa de Lisboa

INTRODUÇÃO

A complexidade dos doentes nos contextos clínicos é cada vez mais crescente, devido ao surgimento de organismos multirresistentes o que influencia o desenvolvimento das infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) e consequentemente o aumento da morbilidade e mortalidade dos doentes internados, implicando maior tempo de internamento e maiores custos hospitalares^{1,2,3}. As infeções nosocomiais da corrente sanguínea (INCS)⁴ relacionadas com os CVC são eventos frequentes mas potencialmente evitáveis quando seguidas as orientações na sua colocação e manutenção, baseadas na melhor evidência científica, nomeadamente os feixes de intervenção preconizados pela DGS através da norma nº 022/2015 atualizada a 29 de agosto de 2022⁵.

CONCLUSÃO

As medidas descritas nos feixes de intervenção por si só trazem uma redução efetiva nas INCS associadas ao CVC, desde que exista formação de boas práticas bem como a sua monitorização posterior, com auditorias. Os rácios de enfermagem são um indicador de qualidade de cuidados, pois nos estudos analisados verificou-se que o número de infeções observadas foi menor quando existiam mais enfermeiros por doente. O facto do doente se encontrar numa unidade isolada, revela uma redução na probabilidade de vir a apresentar uma INCS.

QUESTÃO DE PESQUISA

Quais os cuidados de enfermagem na prevenção e controlo de IACS na manutenção do CVC?

MÉTODO:

Revisão da literatura

EQUAÇÃO BOLEANNA

(Hospital Acquired Infections OR Healthcare Associated Infections) AND (Central Line Associated Bloodstream Infections) AND (Prevention)

RESULTADOS DE PESQUISA

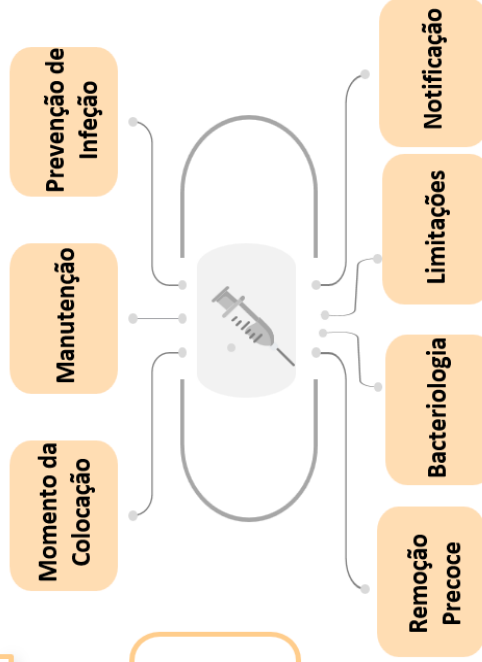
MEDLINE

516 artigos → 76 com texto completo

Excluídos os que não correspondiam aos objetivos de pesquisa.

CINAHL

243 artigos → 40 com texto completo



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



Apêndice W – Palestra realizada no âmbito do seminário realizado durante o estágio da UL-PPCIRA Prevenção de Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde – Um Pilar Para a Segurança do Doente com o tema “*Prevenção da infecção nosocomial da corrente sanguínea associada ao CVC*”

Seminário UL-PPCIRA

PREVENÇÃO DAS INFEÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE

Um Pilar para a Segurança do Doente

Seminário UL-PPCIRA

PREVENÇÃO DAS INFEÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE

Um Pilar para a Segurança do Doente

Prevenção da Infecção Nosocomial da Corrente Sanguínea Associada ao CVC



10 Julho 2024

Catarina Oliveira
Efermeira em estágio na UL-PPCIRA
Enfª Orientadora: Enfª Especialista [Redacted]
Supervisora Pedagógica: Prof. Dra. Leila Sales

Feixes de Intervenções na prevenção de IACS
Prevenção da infecção nosocomial da corrente sanguínea associada ao CVC

PREVENÇÃO DAS INFEÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE
Um Pilar para a Segurança do Doente

IACS

INFEÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE

- Maior tempo de internamento
- Mais morbidade
- Mais mortalidade
- Mais custos hospitalares
- Menos qualidade de vida dos doentes
- Mais dispositivos médicos invasivos
- Realização de mais MCDT
- Aumento do consumo de antibióticos

Feixes de Intervenções na prevenção de IACS
Prevenção da infecção nosocomial da corrente sanguínea associada ao CVC

PREVENÇÃO DAS INFEÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE
Um Pilar para a Segurança do Doente

Prevalência de IACS por país na Europa

Portugal encontra-se em 3º lugar como o país da Europa com mais prevalência para as IACS!

(ECDC, 2023)

Fonte: Relatório do ECDC (2023)

Feixes de Intervenções na prevenção de IACS
Prevenção da infecção nosocomial da corrente sanguínea associada ao CVC

PREVENÇÃO DAS INFEÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE
Um Pilar para a Segurança do Doente

PREVALÊNCIA DE IACS

País	PPS1 (2012)	PPS2 (2017)	PPS3 (2023)
EUROPA	5,7%	6,5%	6,8%
PORTUGAL	10,8%	7,8%	11,6%

A prevalência de IACS foi inferior à média nacional

4,8%
6,5%
3,7%

Participou pela primeira vez com a unidade de Gambelas

Participou com as 3 unidades hospitalares

Fonte: Relatório do ECDC (2023) Adaptado do relatório anual PPCIRA Grupo [Redacted] (2023)

PREVENÇÃO DAS INFEÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE
Um Pilar para a Segurança do Doente

INCS

INFEÇÕES NOSOCOMIAIS CORRENTE SANGUÍNEA

As INCS surgem essencialmente em doentes hospitalizados e são uma das IACS mais complexas que implicam diretamente maior morbidade e mortalidade nestes doentes. Estão relacionadas com tratamentos prolongados e à presença de dispositivos médicos invasivos.

O microrganismo responsável pela infecção é identificado em hemoculturas.

As INCS são a 4ª infecção mais prevalente com cerca de 10,8% dos casos registados.

Fonte: Relatório do ECDC (2023)

Feixes de Intervenções na prevenção de IACS
Prevenção da infecção nosocomial da corrente sanguínea associada ao CVC

PREVENÇÃO DAS INFEÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE
Um Pilar para a Segurança do Doente

INCS

Quando associada ao Cateter Vascular Central é uma das IACS mais dispendiosa para os serviços de saúde e que mais impacto causa no doente.

Feixes de Intervenções na prevenção de IACS
Prevenção da infecção nosocomial da corrente sanguínea associada ao CVC

PREVENÇÃO DAS INFEÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE
Um Pilar para a Segurança do Doente

EVOLUÇÃO DA DENSIDADE DE INCIDÊNCIA DE INCS ASSOCIADAS AO CVC

NACIONAL

GRUPO [Redacted]

Fonte: DGS/PPCIRA/Plataforma do Programa HAI-Net-UCI (2021)

Fonte: RELATÓRIO ANUAL PPCIRA Grupo [Redacted] (2023)

Feixes de Intervenções na prevenção de IACS
Prevenção da infeção nosocomial da corrente sanguínea associada ao CVC

PREVENÇÃO DAS INFECÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE
Um Pilar para a Segurança do Doente

INCS

No entanto podem ser significativamente reduzidas se for cumprido rigorosamente o **Feixe de Intervenções para a Prevenção de Infeção Associada ao CVC** e realizada a monitorização e a vigilância epidemiológica necessária.

Fonte: Norma DGS nº 022/2015 atualizada a 29 de agosto de 2022

Feixes de Intervenções na prevenção de IACS
Prevenção da infeção nosocomial da corrente sanguínea associada ao CVC

PREVENÇÃO DAS INFECÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE
Um Pilar para a Segurança do Doente

Feixe de Intervenções para a Prevenção de Infeção Associada ao CVC

QUANTO À COLOCAÇÃO...

- 01 Garantir treino e competência na avaliação e colocação de CVC
- 02 Realizar a higiene das mãos
- 03 Utilizar barreiras de proteção máxima
- 04 Antissepsia da pele com clorexidina a 2% em álcool
- 05 Evitar Acesso Femoral

Fonte: Norma DGS nº 022/2015 atualizada a 29 de agosto de 2022

Feixes de Intervenções na prevenção de IACS
Prevenção da infeção nosocomial da corrente sanguínea associada ao CVC

PREVENÇÃO DAS INFECÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE
Um Pilar para a Segurança do Doente

Proporção de adesão ao feixe de intervenções para prevenção da INCS associada a cateter vascular central – Colocação

85%

Inferior à meta nacional **90%**

Fonte: RELATÓRIO ANUAL PPCIRA Grupo [redacted] (2023)

Fonte: DGS/PPCIRA/Plataforma do Programa HAI-Net-UCI (2023)

Feixes de Intervenções na prevenção de IACS
Prevenção da infeção nosocomial da corrente sanguínea associada ao CVC

PREVENÇÃO DAS INFECÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE
Um Pilar para a Segurança do Doente

Feixe de Intervenções para a Prevenção de Infeção Associada ao CVC

QUANTO À MANUTENÇÃO...

- 01 Avaliar diariamente a possibilidade de remoção do CVC
- 02 Realizar a higiene das mãos
- 03 Técnica asséptica na manipulação
- 04 Técnica asséptica na realização de penso
- 05 Treino e Competência

Fonte: Norma DGS nº 022/2015 atualizada a 29 de agosto de 2022

Feixes de Intervenções na prevenção de IACS
Prevenção da infeção nosocomial da corrente sanguínea associada ao CVC

PREVENÇÃO DAS INFECÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE
Um Pilar para a Segurança do Doente

Proporção de adesão ao feixe de intervenções para prevenção da INCS associada a cateter vascular central - Manutenção

91%

SUPERIOR à meta nacional **90%**

Fonte: RELATÓRIO ANUAL PPCIRA Grupo [redacted] (2023)

Fonte: DGS/PPCIRA/Plataforma do Programa HAI-Net-UCI (2023)

Feixes de Intervenções na prevenção de IACS
Prevenção da infeção nosocomial da corrente sanguínea associada ao CVC

PREVENÇÃO DAS INFECÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE
Um Pilar para a Segurança do Doente

O Feixe de Intervenções tem como objetivo tornar os cuidados de saúde seguros para o doente baseados na melhor evidência científica.

A prevenção de INCS associada a CVC só é garantida se forem implementadas todas as intervenções por forma a cumprir o Feixe na íntegra.

Feixes de Intervenções na prevenção de IACS
Prevenção da infeção nosocomial da corrente sanguínea associada ao CVC

PREVENÇÃO DAS INFECÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE
Um Pilar para a Segurança do Doente

TAKE HOME MESSAGE...

As IACS e neste caso particular as INCS só serão prevenidas com a implementação efetiva das Boas Práticas por todas dos profissionais que contactam diretamente com o doente.

Apêndice V – Scoping Review sobre “Intervenção de enfermagem na prevenção da infecção do trato urinário associada a cateter vesical”

Intervenções de Enfermagem na Prevenção da Infecção do Trato Urinário associada ao Cateter Vesical: *Scoping Review*

RESUMO:

Introdução: As infeções do trato urinário (ITU) são uma causa significativa de morbilidade e mortalidade nos doentes em contexto hospitalar e os custos associados às mesmas são elevados para os sistemas de saúde. Os feixes de intervenções de prevenção das infeções do trato urinário associadas ao cateter vesical (ITUaCV) são um conjunto de medidas fundamentais com o objetivo de prevenir a transmissão de agentes patogénicos e a diminuição de ocorrência das ITU.

Objetivos: Mapear as intervenções de enfermagem na prevenção da infeção do trato urinário associada ao cateter vesical.

Metodologia: Optou-se por uma *Scoping Review* sustentada na metodologia de *Joanna Briggs Institute de acordo* com a mnemónica PCC (População, Conceito e Contexto). Construída a equação booleana, com a base de pesquisa e descritores indexados, foi formulada a questão de pesquisa “*Quais as intervenções de enfermagem para a prevenção da infeção do trato urinário associada ao cateter vesical em doentes adultos hospitalizados*”.

Posteriormente foi realizada a pesquisa nas bases de dados: MEDLINE Complete, CINAHL Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane Clinical Answers, Cochrane Database of Systematic Reviews e MedicLatina e ainda na literatura cinzenta.

Resultados e discussão: Obtivemos um total de 3684 artigos, publicados entre 2019-2024, dos quais foram incluídos apenas 18 após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão. Os principais resultados obtidos indicam que a implementação de um guia de boas práticas, existência de protocolos institucionais e programas de treino, relativos à colocação de cateter urinário, reduzem as taxas de infeção do trato urinário. A sua colocação deve ser ponderada e justificada clinicamente, sob técnica asséptica, e preconiza-se a sua remoção o mais precocemente possível.

Tendo em conta os estudos consultados e também as normas e protocolos em vigor em Portugal e os dados estatísticos comparativos de Portugal e da Europa é fundamental o

cumprimento do feixe de intervenções com responsabilidade e clareza, mas para além disso é fundamental capacitar-se os profissionais de saúde para a verdadeira realidade que cuidados desajustados e não seguindo as recomendações sustentadas pela evidência científica têm repercussões críticas para o doente e para o nosso sistema de saúde quer pelas readmissões hospitalares com infeções adquiridas por incumprimento das normas quer pelo dispêndio de recursos financeiros para responder a estes eventos adversos, evitáveis, se todos os procedimentos fossem realizados de acordo com as boas práticas .

Conclusão: Foi possível evidenciar as principais intervenções promotoras de práticas seguras na manipulação, manutenção e remoção do cateter vesical, promovendo assim a prevenção da infeção. Revelou-se, deste modo, um valioso contributo na ampliação do conhecimento sobre a temática bem como na melhoria da segurança dos cuidados e na redução das taxas de infeção.

Palavras-Chave: Cateter urinário; Cateterização vesical; Enfermagem; Infeção do trato urinário; Prevenção; Intervenção; Infeções do trato urinário.

ABSTRACT:

Introduction: Urinary Tract Infections (UTIs) are a significant cause of morbidity and mortality in hospitalized patients, originating high costs for healthcare systems. Care bundles, which are used to prevent Catheter-Associated Urinary Tract Infections (CAUTIs), comprise various essential interventions, aiming to avoid pathogen transmission, while reducing UTI incidence.

Objective: To map the nursing interventions employed to prevent CAUTIs.

Methodology: We decided to conduct a scoping review, based on the methodology recommended by the Joanna Briggs Institute, and in accordance with the PCC mnemonic (“Population”, “Concept” and “Context”). Firstly, we constructed the Boolean equation, using the preliminary search’s results and the applicable indexed descriptors. Afterward, we created the research question: “*Which nursing interventions are employed to prevent CAUTIs in hospitalized adult patients?*”. Lastly, an extensive bibliographic search was carried out, within the following databases: MEDLINE Complete; CINAHL Complete; Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive; Cochrane Clinical Answers; Cochrane Database of Systematic Reviews; and MedicLatina. We also searched for relevant gray literature.

Results and discussion: The bibliographic search produced a total of 3684 articles, published between 2019 and 2024. After applying the inclusion and exclusion criteria, only 18 articles were included in the review. Our main findings indicate that implementing good practice guides, institutional protocols, and training programs on urinary catheter placement, diminishes UTI rates. Nevertheless, the use of such devices should always be carefully considered and clinically justified. Furthermore, the employed technique should be aseptic and the catheter's removal should take place as early as possible. As regards CAUTI prevention, the available research, together with Portuguese regulations and protocols, as well as comparative statistical data from Portugal and Europe, suggest that executing the recommended bundle of interventions, in a responsible and clear manner, is a crucial measure. However, it is also vital to promote the professionals' awareness, concerning the true scenario: unsuitable care, which does not follow recommendations supported by scientific evidence, has critical repercussions, both for the patient and the healthcare system. In this sense, we emphasize the occurrence of hospital readmissions caused by infections derived from non-compliance issues, as well as the expenditure of financial resources to deal with such adverse events (which were avoidable, if all the procedures were carried out in accordance with the established good practices).

Conclusion: It was possible to identify key interventions that promote safe practices in the insertion, manipulation, maintenance, and removal, of urinary catheters, thus facilitating CAUTI prevention. Hence, this work contributed to the expansion of the existent knowledge on the studied subject, and to improvements in care safety and UTI incidence.

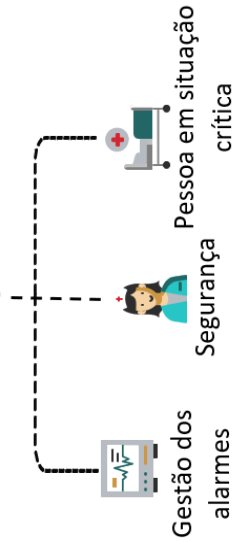
Keywords: urinary catheter; bladder catheterization; nursing; urinary tract infection; prevention; intervention.

Apêndice X – Poster submetido ao 1º Seminário Internacional de Enfermagem Especializada sobre “*A gestão dos alarmes e a Segurança da pessoa em situação crítica*”

Título: A gestão dos alarmes e a Segurança da pessoa em situação crítica

Autor: Oliveira, A., Sales, L.
Instituição: Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa de Lisboa

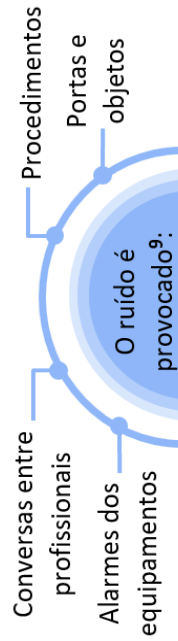
A Gestão dos Alarmes e a Segurança da Pessoa em Situação Crítica^{1,2,3,4,5,6,7}



METODOLOGIA: Realizada uma revisão narrativa da literatura com o objetivo de identificar na literatura estratégias promotoras de uma adequada gestão dos alarmes em UCI, salvaguardando a segurança do doente crítico/família nesta dinâmica.

O OMS⁸ recomenda para ambientes hospitalares um máximo de 40 dB no período diurno e 35 dB no período noturno.

Os valores registados a nível mundial são largamente excedidos.



IMPACTO SIGNIFICATIVO PARA O DOENTE CRÍTICO¹⁰:

- Delírio;
- Alterações do padrão de sono;
- Comunicação ineficaz;
- Stress emocional;
- Alterações da memória;
- Disfunções cardiovasculares e/ou neurológicas;
- Necessidade de aumento de analgesia e sedação;
- Aumento da morbilidade e/ou mortalidade;

O QUE PODEMOS FAZER PARA GARANTIR A GESTÃO DOS ALARMES E A SEGURANÇA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA?¹⁰



- Ajustar os alarmes da monitorização hemodinâmica;
- Antecipar o termino das diversas perfusões e fazer a sua substituição;
- Sensibilizar os pares para que as conversas paralelas à beira do leito sejam somente as necessárias ao bem estar do doente;
- Ajustar os alarmes dos ventiladores;
- Definir um tempo de luz reduzida, de alarmes controlados e redução de intervenções ao doente ao mínimo necessário essencialmente durante o período noturno;
- Evitar o uso dos telemóveis.

Os enfermeiros são inteiramente responsáveis por manter o ambiente seguro para o doente crítico e isso incluir estratégias para garantir a qualidade de cuidados de enfermagem;

As estratégias identificadas só serão eficazes se forem tidas em conta por toda a equipa multidisciplinar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



Apêndice Z – Artigo científico realizado no estágio integrado na UL-PPCIRA com tema: “Prevenção das INCS associadas ao CVC”

PREVENÇÃO DA INFEÇÃO NOSOCOMIAL DA CORRENTE SANGUÍNEA ASSOCIADA AO CATETER VASCULAR CENTRAL

Artigo científico

As Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) e as resistências aos antimicrobianos (RAM) têm sido consideradas um problema de saúde pública implicando um aumento da morbidade e mortalidade dos doentes internados com maior tempo de internamento e maiores custos hospitalares¹.

Segundo estudos consultados, muitos países promulgaram a obrigatoriedade de notificação de IACS como evento adverso no sentido de melhorar as práticas realizadas pelos profissionais, o que se concluiu que as taxas de infeção tendem a diminuir após notificadas, pois foram consequentemente elaboradas estratégias de auditoria dos procedimentos médicos e de enfermagem².

As Infecções Nosocomiais da Corrente Sanguínea (INCS) nos hospitais europeus de cuidados agudos são a 4ª infeção mais prevalente com cerca de 10,8% dos casos registados^{3,4}.

As INCS associadas ao cateter vascular central (CVC) são uma das IACS mais dispendiosas de infeções adquiridas em hospitais. Esta infeção nosocomial pode ser significativamente reduzida através do cumprimento rigoroso dos feixes de intervenções, bem como a sua monitorização através de programas de vigilância epidemiológica^{1,5,6,7,8,9,10}.

A Vigilância Epidemiológica (VE) das INCS é uma das vigilâncias preconizadas no PPCIRA pelo que está implementada nas unidades hospitalares do Grupo HPA Saúde em rede na plataforma da Direção Geral de Saúde. No relatório anual da UL-PPCIRA verifica-se que no ano de 2023 existiu uma redução significativa quanto à incidência global de INCS nos hospitais do Grupo. No mesmo lê-se que as INCS associada ao CVC aumentou ligeiramente face à média nacional.

Face aos resultados é fundamental que seja cumprido na integra o feixe de intervenções para a prevenção da INCS associada ao CVC. A redução efetiva das taxas de INCS só

verifica se existir o cumprimento integral dos elementos do Feixe de Intervenções aconteça uma redução em cerca de 30% das INCS^{5,11}.

As medidas descritas nos feixes de intervenção por si só trazem uma redução efetiva nas INCS, desde que exista formação de boas práticas bem como a sua monitorização posterior, com auditorias¹².

Como processo de melhoria contínua é realizada uma monitorização continua ao cumprimento do Feixe de Intervenção das INCS associada a dispositivo invasivo em que os resultados são partilhados trimestralmente com as equipas por forma a estabelecer medidas de melhoria contínua da qualidade em controlo de infeção.

Autor,

Ana Catarina Oliveira

Este artigo foi proposto a ser publicado ao Srº Enfermeiro Gestor Paulo Silva, Enº diretor [REDACTED], no âmbito do estágio com relatório integrado no 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização à Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa de Lisboa, nesta unidade hospitalar, pela Enº Ana Catarina Oliveira (catarinaoliveiraenf@outlook.com)

Este projeto foi orientado pela Prof. Leila Sales e pelo Enº Especialista [REDACTED].



Referências Bibliográficas

1. Zeneli A, Mezzadri S, Bertozzi L, Resi D, Golinucci M, Dodi S, et al. A surveillance system model for central line-associated bloodstream infections (CLABSI) coordinated at the regional level: a pilot feasibility study: Le infezioni in medicina. *Le infezioni in medicina* [Internet]. 2017 Jun 1 [cited 2024 Jun 27];25(2):108–15. Available from: <https://web.p.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=8f02807c-94bf-4081-b9b2-eea7b87a5c44%40redis>
2. Liu H, Herzig CTA, Dick AW, Furuya EY, Larson E, Reagan J, et al. Impact of State Reporting Laws on Central Line-Associated Bloodstream Infection

Rates in U.S. Adult Intensive Care Units. *Health Services Research*. 2016 Jul 24;52(3):1079–98

3. Aufricht G, Hoang J, Iglesias J, Latiolais H, Sheffield H, Trejo C, et al. Analysis of central venous catheter utilization at a quaternary care hospital. *Baylor University Medical Center Proceedings*. 2019 Jan 2;32(1):1–4.
4. European Centre for Disease Prevention and Control, editor. Point prevalence survey of healthcare associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals [Internet]. 2022. Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/antimicrobial-use-healthcare-associated-infections-point-prevalence-survey-version6-1.pdf>
5. Hong AL, Sawyer MD, Shore A, Winters BD, Masuga M, Lee H, et al. Decreasing Central-Line–Associated Bloodstream Infections in Connecticut Intensive Care Units. *Journal for Healthcare Quality*. 2013 Sep;35(5):78–87.
6. Exline MC, Ali NA, Zikri N, Mangino JE, Torrence K, Vermillion B, et al., editors. Beyond the bundle--journey of a tertiary care medical intensive care unit to zero central line-associated bloodstream infections [Internet]. 2013. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23497591/>
7. Loftus K, Tilley T, Hoffman J, Bradburn E, Harvey E. Use of Six Sigma Strategies to Pull the Line on Central Line-Associated Bloodstream Infections in a Neurotrauma Intensive Care Unit. *Journal of Trauma Nursing*. 2015 Mar;22(2):78–86.
8. Bae S, Kim Y, Chang HH, Kim S, Kim HJ, Jeon H, et al. The effect of the multimodal intervention including an automatic notification of catheter days on reducing central line-related bloodstream infection: a retrospective, observational, quasi-experimental study. *BMC Infectious Diseases*. 2022 Jul 8;22(1).
9. Leblebicioglu H, Öztürk R, Rosenthal V, Akan A, Sirmatel F, Ozdemir D, et al. Impact of a multidimensional infection control approach on central line-associated bloodstream infections rates in adult intensive care units of 8 cities of Turkey: findings of the International Nosocomial Infection Control Consortium (INICC). *Annals of Clinical Microbiology and Antimicrobials* [Internet]. 2013 [cited 2024 Jun 27];12:10. Available from:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3674978/pdf/1476-0711-12-10.pdf>

10. O'Neill L, Park SH, Rosinia F. The role of the built environment and private rooms for reducing central line-associated bloodstream infections. Kamolz LP, editor. PLOS ONE. 2018 Jul 27;13(7):e0201002.
11. Norma 022/2015 DGS
12. Patel PK, Olmsted RN, Hung L, Popovich KJ, Meddings J, Jones K, et al. A Tiered Approach for Preventing Central Line–Associated Bloodstream Infection. *Annals of Internal Medicine* [Internet]. 2019 Oct 1 [cited 2020 Feb 21];171(7_Supplement):S16. Available from: <https://annals.org/aim/article-abstract/2752404>

Anexos

Anexo 1 – Certificado de presença no Seminário UL-PPCIRA – Prevenção das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde: um pilar para a segurança do doente enquanto membro da comissão organizadora

Certificado

Certifica-se que a Sr.ª Catarina Oliveira esteve presente no evento **Seminário UL-PPCIRA - PREVENÇÃO DAS INFEÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE, Um Pilar para a Segurança do Doente**, no dia e 10 de julho de 2024, na qualidade de membro da comissão organizadora.



Anexo 2 – Certificação de participação no Seminário UL-PPCIRA – Prevenção das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde: um pilar para a segurança do doente com a palestra “*Prevenção da infeção nosocomial da corrente sanguínea associada a CVC*”

Certificado

Certifica-se que a Sr.ª Catarina Oliveira esteve presente no evento **Seminário UL-PPCIRA - PREVENÇÃO DAS INFEÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE, Um Pilar para a Segurança do Doente**, no dia e 10 de julho de 2024. Tendo apresentado a palestra "Prevenção da infeção nosocomial da corrente sanguínea associada ao CVC".



UL·PPCIRA

PROGRAMA DE PREVENÇÃO E CONTROLO
DE INFEÇÕES E DE RESISTÊNCIA
AOS ANTIMICROBIANOS.



Anexo 3 – Certificação de presença no Seminário UL-PPCIRA – Prevenção das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde: um pilar para a segurança do doente.

Certificado

Certifica-se que a Sr.^a Catarina Oliveira esteve presente no evento **Seminário UL-PPCIRA - PREVENÇÃO DAS INFECÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE, Um Pilar para a Segurança do Doente**, no dia e 10 de julho de 2024.



PROGRAMA DE PREVENÇÃO E CONTROLO
DE INFECÇÕES E DE RESISTÊNCIA
AOS ANTIMICROBIANOS



Anexo 4 – Certificação de participação no 1º Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem com o Poster “*Cuidados de Enfermagem na Prevenção e Controlo de IACS na Manutenção do CVC*”



CERTIFICADO

1.º Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem

Certifica-se que **Sara Esperança** apresentou o póster intitulado *Cuidados de Enfermagem na prevenção e controlo das IACS na manutenção do Cateter Vascular Central - Artigo de Revisão* no 1.º Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem, realizado online nos dias 3, 4 e 5 de junho na Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa – Lisboa.

Autores:

Ana Catarina Oliveira, Sara Esperança, Leila Sales

P'la Comissão Organizadora do 1.º Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem

Lisboa, 7 de junho de 2024



Anexo 5 – Certificação de participação no 1º Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem com o Poster “*A gestão dos alarmes e a Segurança da pessoa em situação crítica*”



CERTIFICADO

1.º Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem

Certifica-se que **Ana Catarina Oliveira** apresentou o póster intitulado *A gestão dos alarmes e a segurança da pessoa em situação crítica* no 1.º Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem, realizado online nos dias 3, 4 e 5 de junho na Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa – Lisboa.

Autores:

Ana Catarina Oliveira, Leila Sales

P'la Comissão Organizadora do 1.º Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem

Lisboa, 7 de junho de 2024



Anexo 6 – Certificado de supervisão clínica de um estágio de integração à vida profissional.

CERTIFICADO

Certifica-se que, **ANA CATARINA PAIVA OLIVEIRA**, Enfermeira, a exercer funções na Hospital Particular do Algarve - Alvor, no Serviço de Internamento 2 Cirurgia, orientou e avaliou o ***Estágio Final de Integração à Vida Profissional***, de um estudante do 4º Ano do ***Curso de Licenciatura em Enfermagem***, no período de ***26 de fevereiro de 2024 a 14 de junho de 2024***, correspondendo a um total de ***504 horas***.

Beja, 19 de junho de 2024

A Diretora,

Ana Maria Sobral Canhestro



Anexo 7 – Certificado de participação no Congresso Internacional de Controlo de Infecção 2024.

Congresso Internacional de Controlo de Infeção

21 e 22 de março

2024

ORGANIZADA
ixus
formação e consultadoria, lda.

Certificado

Para os devidos efeitos, certifica-se que o(a) Ex.mo(a) Senhor(a)

Ana Catarina Oliveira

Participou no **Congresso Internacional de Controlo de Infeção 2024**

Que se realizou via On-Line, ZOOM, nos dias 21 e 22 de Março de 2024,

com a duração total de 16 horas.

Porto, 25 de março de 2024



A Presidente do Congresso
Margarida Ferreira



O Diretor da Entidade Formadora
Josué Morais



Apêndice 8 – Certificado de participação no Webinar “*Supervisão clínica em Enfermagem – Apresenta (Ação) inicial da APoSCE*”.

WEBINAR
**SUPERVISÃO CLÍNICA
EM ENFERMAGEM**

Apresent(Ação) inicial da
APoSCE

20.MARÇO. 2024

CERTIFICADO

Certifica-se que

Ana Catarina Paiva Oliveira

participou no Webinar “*Supervisão Clínica em Enfermagem –
Apresent(Ação) inicial da APoSCE*”, organizado pela
Associação Portuguesa de Supervisão Clínica em Enfermagem,
que decorreu no dia 20 de março de 2024, na Plataforma Digital
Colibri – Zoom, com uma duração total de 2,00 horas.

20 de março de 2024

A Presidente da Direção da APoSCE

Assinado por: **Regina Maria Ferreira Pires**
Num. de Identificação: 08213586
Data: 2024.03.23 17:28:22+00'00'



APoSCE
associação portuguesa de
supervisão clínica em enfermagem

Anexo 9 – Certificado de participação no 1º Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem.



CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO

1.º Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem

Certifica-se que Ana Catarina Paiva Oliveira participou no 1.º Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem, realizado online nos dias 3, 4 e 5 de junho na Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa – Lisboa.

Teves Silveira

P'la Comissão Organizadora do 1.º Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem

Lisboa, 7 de junho de 2024



Anexo 10 – Certificado do curso Internacional Trauma Life And Suport.



ITLS
International
Trauma Life Support

ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS
ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS
ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS
ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS

Certificate of Participation

Ana Catarina Oliveira, Nurse

has completed the
Advanced Provider Course

date
11/18/2023

course site
PortugueseRed Cross Higher Health School, Lisboa,

course director

course coordinator

Dr. Paulo Alexandre Figueiredo dos Santos



ITLS
International
Trauma Life Support

Improving Trauma Care Worldwide

This continuing education activity is approved by the Commission on Accreditation for Pre-Hospital Continuing Education (CAPCE).
Continuing Education Hours: 16.00 **Course #:** 21-ITLS-F2-0202 **CEH Type:** Advanced

CAPCE represents that this program has met standards for accreditation and does not endorse the opinions or content presented. For more information, or to register a concern go to:
<https://www.capce.org/CertificateTroubleIndex>

CE Provider: International Trauma Life Support (Provider No. ITLS0026)

Card Holder's Signature

Successful completion does not warrant performance or authorize or qualify the card holder to perform any procedure. This recognition is subject to the provisions and limitations of applicable chapter statutes and licensing acts.

International Trauma Life Support
2001 Butterfield Road, Suite 320
Downers Grove, IL 60515

www.itrauma.org



ITLS
International
Trauma Life Support

379971-53347

Ana Catarina Oliveira, Nurse

has successfully completed the cognitive skills evaluation in accordance with the standards of International Trauma Life Support for this course.

Advanced Provider Course

Card Issue Date 11/18/2023 **Expiration Date** 11/2026

Course Number 53347

Course Location PortugueseRed Cross Higher Health School, Lisboa,

Anexo 11 – Certificado de participação no “*Webinair: Preservar o Antibiótico*”.

I SEMINÁRIO DE PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFEÇÃO ACES GRANDE PORTO IV PÓVOA DE VARZIM/VILA DO CONDE

WEBINAR: PRESERVAR O ANTIBIÓTICO

Certifica-se que **Ana Catarina Paiva Oliveira** participou no **I Seminário de Prevenção de Controlo de Infeção do ACES Grande Porto IV - Póvoa de Varzim/Vila do Conde** com o título: **Preservar o Antibiótico**, no dia 30 de novembro de 2023, com a duração de 6 horas.

Vila do Conde, 30 de Novembro de 2023

DIRETORA EXECUTIVA
ACES GRANDE PORTO IV PÓVOA DE VARZIM/VILA DO CONDE

Assinado por: **JUDITE MARIA SILVA DE MORAIS NEVES**
Num. de identificação: 11006980
Data: 2023.12.30 18:58:25+00'00'

(Judite Neves)

PEL' COMISSÃO ORGANIZADORA
UL PPCIRA DO ACES GRANDE PORTO IV PÓVOA DE VARZIM/VILA DO CONDE

Assinado por: **CELESTE CRISTINA PINHEIRO MONIZ**
Num. de identificação: 10213288
Data: 2023.12.30 17:26:53+00'00'

Cristina Moniz
(Cristina Moniz)