



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Segurança do Doente Crítico Portador de Cateter Venoso Periférico

Luís Miguel Barrambana Santos

Orientação: Maria do Céu Mendes Pinto Marques

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem Médico Cirúrgica – Pessoa em
Situação Crítica

Relatório de Estágio

Portalegre, 2024



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Segurança do Doente Crítico Portador de Cateter Venoso Periférico

Luís Miguel Barrambana Santos

Orientação: Maria do Céu Mendes Pinto Marques

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem Médico Cirúrgica – Pessoa em
Situação Crítica

Relatório de Estágio

Portalegre, 2024

O relatório de estágio foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pela Diretora da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre:

Presidente | Adriano de Jesus Miguel Dias Pedro (Instituto Politécnico de Portalegre)

Vogais | Maria Alice Góis Ruivo (Instituto Politécnico de Setúbal) (Arguente)

Maria do Céu Mende Pinto Marques (Universidade de Évora) (Orientador)

“Se queres vencer o mundo inteiro, vence-te a ti mesmo”

Fiodor Dostoievski

RESUMO

A permanente evolução da sociedade estabelece constantemente novos parâmetros de exigência perante as instituições que a compõem. Isso requer que os enfermeiros evoluam no contexto da sua prática, adquirindo e aperfeiçoando conhecimentos e competências, que lhes permitam prestar um cuidado de excelência. A Pessoa em Situação Crítica encontra-se numa posição de fragilidade, o enfermeiro especialista tem um papel preponderante na prestação de cuidados de enfermagem baseados na evidência científica a estas pessoas.

Inserido no Mestrado em Enfermagem, na área da pessoa em situação crítica, surge o presente relatório, no qual se analisam as atividades desenvolvidas ao longo do Estágio Final, de modo a desenvolver e adquirir as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem na Pessoa em Situação Crítica e do grau de Mestre em Enfermagem.

Com base na metodologia de trabalho de projeto foi delineada a Intervenção Profissional Major, relativa à segurança da pessoa em situação crítica com cateter venoso periférico, através da qual foram desenvolvidas as competências de enfermeiro especialista e Mestre, tendo por objetivo identificar práticas inadequadas e uniformizar os cuidados de enfermagem prestados, tendo por base a mais recente evidência científica.

Os resultados das atividades desenvolvidas foram alvo de reflexão, verificando-se que houve ganhos em termos de segurança para o utente em situação crítica e na qualidade dos cuidados de saúde, tendo os objetivos sido atingidos.

Palavras-Chave: Enfermagem Médico-Cirúrgica; Segurança do Doente; Doente Crítico; Especialização

ABSTRACT

The permanent evolution of society constantly establishes new standards of demand for the institutions that make it up. This requires nurses to evolve in the context of their practice, acquiring and improving knowledge and skills, which allow them to provide excellent care. The Person in Critical Situation is in a fragile position, the specialist nurse has a leading role in providing nursing care based on scientific evidence to these people.

Inserted in the Masters in Nursing, in the area of the person in critical situation, appears the present report, in which the activities developed during the Final Internship are analyzed, in order to develop and acquire the common and specific competences of the nurse specialist in Nursing in the Person in Critical Situation and a Master's Degree in Nursing.

Based on the project work methodology, the Major Professional Intervention was designed, related to the safety of people in a critical situation with a peripheral venous catheter, through which specialist and Master nurse skills were developed, with the aim of identifying inappropriate practices and standardizing procedures. nursing care provided, based on the most recent scientific evidence.

The results of the activities carried out were the subject of reflection, verifying that there were gains in terms of safety for the critically ill and in the quality of health care, with the objectives having been achieved.

Key words: Medical-Surgical Nursing; Patient Safety; Critically Ill; Specialization

AGRADECIMENTOS

O trajeto que foi percorrido até ao término desta etapa foi acompanhada por muitos elementos, aos quais me encontro agradecido.

À Professora Doutora Maria do Céu Marques, pela quantidade interminável de paciência para aceder às minhas solicitações e pelo incentivo para terminar a etapa.

Aos enfermeiros supervisores de Estágio, que me receberam e me ajudaram, partilhando todo o seu conhecimento ao longo dos estágios.

Aos meus colegas e amigos, pelo incentivo para terminar a execução do Relatório Final.

Aos meus pais, pelo apoio dado para atingir este objetivo.

E, finalmente, um agradecimento muito especial e um pedido de desculpa à minha esposa e aos meus filhos, por serem a força motriz que impulsionou a vontade de concluir este Relatório, o qual me retirou de perto deles durante esses momentos.

A todos, sem exceção, o meu muito obrigado!

ÍNDICE DE ANEXOS E APÊNDICES

APÊNDICES

APÊNDICE A: Grelhas de Observação.....	CXXXV
APÊNDICE B: Consentimento Informado.....	CXLII
APÊNDICE C: Cronograma.....	CXLV
APÊNDICE D: Pedido à Comissão de Ética da Universidade de Évora.....	CXLVII
APÊNDICE E: Proposta de Projeto de Estágio.....	CLII

ANEXOS

ANEXO 1: Certificado Evento Doente Crítico 2017.....	CLVI
ANEXO 2: Parecer da Comissão de Ética da Universidade de Évora.....	CLVIII
ANEXO 3: Certificado do V Encontro de Enfermeiros Especialistas em Médico-Cirúrgica. CLX	
ANEXO 4: Certificado Curso Suporte Básico de Vida.....	CLXII
ANEXO 5: Certificado Curso Suporte Avançado de Vida.....	CLXIV

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Pesquisa para atualização de conhecimentos científicos.....	54
Gráfico 2 – Avaliação da satisfação dos participantes na ação de formação.....	55
Gráfico 3- Resumo de avaliação da sessão de formação.....	55
Gráfico 4 - Resumo de avaliação da sessão de avaliação.....	56

INDICE DE TABELAS

Tabela 1: Atividade Assistencial da Unidade Hospitalar em 2017.....	17
Tabela 2: Atividade Assistencial da Unidade Hospitalar em 2021.....	17
Tabela 3: Caracterização sociodemográfica dos enfermeiros do Serviço de Cardiologia à data da realização do estágio.....	20
Tabela 4: Análise SWOT.....	49
Tabela 5: Observações realizadas acerca da punção venosa na UCIC.....	58
Tabela 6: Observações realizadas acerca da administração de terapêutica endovenosa na UCIC.....	59
Tabela 7: Observações realizadas acerca da manutenção do cateter venoso periférico na UCIC.....	60

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

Autoridade Nacional de Proteção Civil – ANPC

Assistente Operacional – AO

Center for Disease Control and Prevention – CDC

Dispositivos Intravasculares Venosos – DIV

Edema Agudo do Pulmão – EAP

Endovenosa – EV

Enfarte Agudo do Miocárdio – EAM

Empresa Pública Empresarial – EPE

Equipamento de Proteção Individual – EPI

Entidade Reguladora da Saúde – ERS

Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Pessoa em Situação Crítica –
EEEPSC

Enfermagem Médico-Cirúrgica – Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica – EMC-PSC

Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de
Resistências aos Antimicrobianos – GCL-PPCIRA

Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde – IACS

Ministério da Saúde – MS

Modelo de Mudança para a Prática Baseada na Evidência –MPBE

National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention – NCCMERP

Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos – NUTS

Organização Mundial de Saúde – OMS

Ordem dos Enfermeiros – OE

Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – PQCE

Paragem Cardiorrespiratória – PCR

Prática Baseada na Evidência – PBE

Precauções Básicas de Controlo de Infeção – PBCI

Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem – RDS

Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica – PQPSC

Suporte Avançado de Vida – SAV

Sociedade Europeia de Cardiologia – SEC

Serviço Nacional de Saúde – SNS

Unidade de Cardiologia de Intervenção – UCI

Unidade Curricular – UC

UH – Unidade Hospitalar

Unidade de Cuidados Intensivos Coronários – UCIC

Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente – UCIP

Ventilação Não Invasiva – VNI

Viatura Médica de Emergência e Reanimação – VMER

ÍNDICE

ÍNDICE	12
INTRODUÇÃO	13
1. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS CLÍNICOS	15
1.1. HOSPITAL DA REGIÃO SUL DE PORTUGAL.....	15
1.2. CARDIOLOGIA	19
1.2.1. Unidade de Cardiologia de Intervenção.....	22
1.2.2. Unidade de Cuidados Intensivos Coronários.....	25
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO-PRÁTICO E CONCEPTUAL	32
2.1. MODELO TEÓRICO DE MUDANÇA DA PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS	32
2.2. CUIDADO DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA...39	
3. INTERVENÇÃO PROFISSIONAL MAJOR	43
3.1. DIAGNÓSTICO EM ENFERMAGEM: RISCO DA SEGURANÇA DO UTENTE EM SITUAÇÃO CRÍTICA	43
3.2. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO.....	46
3.3. DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS.....	47
3.4. PLANEAMENTO E EXECUÇÃO	51
3.5. AVALIAÇÃO	57
3.6. DIVULGAÇÃO DE RESULTADOS	66
4. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS	68
4.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	68
4.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA	83
4.3. COMPETÊNCIAS DE MESTRE	95
CONCLUSÃO	103
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	105

INTRODUÇÃO

A identificação de problemas existentes na prática clínica de enfermagem assume atualmente um carácter desafiador. Perante uma sociedade cada vez mais exigente, com acesso à informação mais facilitado e permanente, a Enfermagem deve ter a noção que todas as suas ações se encontram permanentemente sob escrutínio. A atividade de enfermagem deve, por isso, ser baseada na mais recente evidência científica, de forma a minimizar riscos, assegurando um ambiente seguro ao utente que necessita de cuidados de saúde diferenciados.

Na regulamentação das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica em Pessoa em Situação Crítica (EMC-PSC) está definido que este “Cuida da pessoa a vivenciar processos de doença crítica e/ou falência orgânica; Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da concepção à acção; Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infecção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas” (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2011a: 8656). A realização deste Relatório de Estágio assume assim um papel preponderante na aquisição e desenvolvimento de competências pois, através da observação e análise do contexto da prática de enfermagem, a identificação de situações que necessitem uma intervenção especializada, assim como no estabelecimento de estratégias para a sua resolução.

O grau de Mestre confere competências para, na presença de conhecimentos consolidados e desenvolvidos, estruturar ou criar aplicações originais, em especial no contexto da investigação. Esse desenvolvimento faz-se através da integração de conhecimentos e aplicando-os em situações complexas, de âmbito alargado e multidisciplinar. O Enfermeiro Mestre deve conseguir transmitir as suas conclusões relativamente a uma situação clínica concreta, sistematizando os seus conhecimentos e raciocínios que permitiram elaborar essas conclusões, fazendo-o de forma a ser inteligível, quer a especialistas, como a não especialistas.

O presente Relatório de Estágio descreve o percurso realizado ao longo dos dois estágios com maior ênfase no Estágio Final, encontrando-se inserido na unidade curricular Relatório do 2º ano do 1º Mestrado em Associação em Enfermagem, e foi orientado pela Professora Doutora

Maria do Céu Pinto Marques. Este Relatório será alvo de discussão pública para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, como está estabelecido no Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de setembro do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior.

Este Relatório tem como objetivo descrever os contextos onde foram realizados os Estágios I e Estágio Final, assim como as atividades desenvolvidas nos mesmos, com vista ao alcance das competências de especialista e mestre. O estágio I foi realizado numa unidade de cardiologia de intervenção (UCI) e numa unidade de cuidados intensivos coronários (UCIC) a sul do país. No âmbito da UCIC será realizado também um projeto de intervenção que incidirá na segurança do utente em situação crítica com cateter venoso periférico.

O Relatório está dividido em diversas partes. Na introdução faz-se uma breve descrição do contexto em que foram desenvolvidos os Estágios, após a qual se realiza uma análise crítica dos objetivos a alcançar. Seguidamente é descrita a estratégia de intervenção profissional desenvolvida na área da segurança do utente com cateter venoso periférico no utente em situação crítica e apresentado o processo de avaliação e controlo feito ao longo do Estágio Final. Em seguida realiza-se a avaliação das diferentes competências adquiridas e das atividades desenvolvidas ao longo do Estágio I e do Estágio Final, com recurso a fundamentação com evidência científica. Este relatório termina com a conclusão, seguida da bibliografia que serviu de fundamentação a este relatório. No final encontram-se ainda 5 apêndices e 5 anexos.

1. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS CLÍNICOS

Ao longo deste capítulo será identificado e caracterizado o contexto onde decorreu o Estágio I e o Estágio Final, e serão relatadas as características em termos de estrutura física e de talento humano existentes, assim como análise de cuidados prestados em cada local. É através da descrição dos contextos clínicos que será realizada a fundamentação de toda a atividade clínica desenvolvida ao longo dos mesmos, por forma a justificar a sua execução.

1.1. HOSPITAL DA REGIÃO SUL DE PORTUGAL

Quer o Estágio I, quer o Estágio Final foram desenvolvidos na área da Cardiologia, sendo que ambos os serviços pertencem à mesma Unidade Hospitalar (UH) da região sul de Portugal.

A referida organização hospitalar assume o papel de hospital público, desenvolvendo a prestação de cuidados de saúde diferenciados, adequados a cada situação clínica, assegurando cuidados eficientes, sendo uma estrutura física e organizacional racional, bem integrada na Rede de Referência Nacional. A organização pretende que os cuidados ocorram em integração com os cuidados de saúde primários e com outras organizações hospitalares do sul de Portugal, desejando assegurar cuidados de saúde com elevados padrões de qualidade, garantindo que o desempenho de cada elemento integrante da organização cumpre os padrões de desempenho técnico-científico (site da unidade hospitalar, 2017).

O respeito da dignidade e direito dos cidadãos, a excelência técnica, a cultura de uma melhor gestão, o respeito pelas normas ambientais, a promoção da qualidade, a motivação, o trabalho de equipa, a ética, a integridade e a transparência, como valores com os quais se identifica e que quer transportar para os cuidados de saúde prestados nesta unidade de saúde (site da unidade hospitalar, 2017).

A UH pretende trabalhar em conjunto com os Cuidados de Saúde Primários e com o setor privado e social para assim obter resultados em termos de ganhos em saúde para a população, sempre tendo em atenção a humanização dos cuidados, assim como o respeito e cumprimento dos direitos dos utentes. Um dos propósitos da Unidade Hospitalar é assegurar que a população tem acesso aos cuidados de saúde, trabalhando para melhorar quando surgem dificuldades de acesso e para garantir que a oferta de cuidados de saúde se adequa às necessidades populacionais. Para isso os serviços hospitalares devem garantir que os cuidados prestados dão primazia à eficiência técnica e económica, para isso contribuindo a busca permanente de melhoria da qualidade dos cuidados e da organização dos serviços hospitalares, e a valorização do talento humano que constitui a massa funcional da organização (site da Unidade Hospitalar, 20).

A UH caracteriza-se por ser um hospital público pertencente ao Serviço Nacional de Saúde (SNS), apresentando-se numa posição da Rede de Referência Hospitalar, a qual foi determinada pela Portaria n.º 117/2008 (Ministério da Saúde, 2008), assegurando a assistência em primeira linha dos utentes da sua área de assistência direta. Por se tratar de um hospital que integra a Rede de Referência Hospitalar e integrar o grupo II, assegura a prestação de cuidados de saúde diferenciados ao nível da região sul, primando sempre o recurso a elevados padrões de desempenho técnico-científico, de eficácia, de humanização e eficiente gestão de recursos. Essa prestação de cuidados de saúde é variada, abrangendo as áreas da Cardiologia, Pneumologia, Neonatologia, Imunoalergologia, Pedopsiquiatria, Hematologia, Cirurgia Plástica, Cirurgia Bariátrica, Cirurgia Pediátrica, Cirurgia Vasculuar, Imunohemoterapia, Anatomia Patológica, Nefrologia, Gastroenterologia, Patologia Clínica, Oncologia e Radioterapia (<https://www.sns.gov.pt/sns/redes-de-referenciacao-hospitalar/>).

Por ser um dos hospitais de referência da região sul, a UH possui uma grande abrangência de especialidades, tornando-se o local para onde os utentes são encaminhados nas várias especialidades. No entanto verifica-se no Relatório de Gestão da referida unidade hospitalar (Unidade hospitalar, 2018), relativo ao ano de 2017, que em termos de atividade anual houve uma diminuição da sua produção assistencial relativamente a 2016, quer dos GDH médicos e cirúrgicos, encontrando-se descrita na Tabela nº 1.

Produção	2016	2017	Contratado	Δ Homólogo (%)	Δ Contratado (%)
GDH Internamento					
GDH Médicos	8.322	7.431	8.444	-10,7%	-12,0%
GDH Cirúrgicos	4.688	4.141	4.673	-11,7%	-11,4%
Consultas Externas	207.261	203.574	209.656	-1,8%	-2,9%
Urgência (atendimentos)	75.961	73.241	74.746	-3,6%	-2,0%
GDH de Ambulatório					
GDH Médicos de Ambulatório	4.779	5.914	4.916	23,7%	20,3%
GDH Cirúrgicos de Ambulatório	4.212	3.893	4.238	-7,6%	-8,1%

GDH: Grupo de Diagnóstico Assistencial

Fonte: Unidade Hospitalar, 2018

Tabela 1 - Atividade Assistencial da Unidade Hospitalar em 2017

Relativamente ao ano de 2021, ano referente ao último Relatório de Gestão da UH publicado, constatou-se que ocorreu um aumento da resposta assistencial em termos de GDH médicos e cirúrgicos, comparativamente ao ano de 2020, ano em que iniciou a pandemia COVID e que viu reduzir a produção assistencial da UH, os quais se encontram descritos na Tabela nº 2.

Produção	2020	2021	Contratado	Δ Homólogo (%)	Δ Contratado (%)
GDH Internamento					
GDH Médicos	7.323	7.924	7.763	8,2%	2,1%
GDH Cirúrgicos	3.889	3.948	4.351	1,5%	-9,3%
Consultas Externas	166.846	199.795	178.709	19,7%	11,8%
Urgência (atendimentos)	53.915	62.166	59.611	15,3%	4,3%
GDH de Ambulatório					
GDH Médicos de Ambulatório	4.998	5.588	4.977	11,8%	12,3%
GDH Cirúrgicos de Ambulatório	4.731	6.005	5.962	26,9%	0,7%

Fonte: Unidade Hospitalar, 2022

Tabela 2- Atividade Assistencial da Unidade Hospitalar em 2021

Em 2017 verificou-se uma redução do número de utentes assistidos relativamente a 2016, com um aumento da demora média de internamento e de número de dias de internamento. Esses números têm relevância ao nível da taxa de ocupação, verificando-se uma

taxa de ocupação de 82,6%. Em termos da consulta externa também se verificou um decréscimo na produção assistencial, com uma redução de 1,8% em relação às consultas realizadas em 2016. No entanto as consultas não médicas, do foro de Enfermagem, Psicologia Clínica e Dietética, tiveram um aumento de 5,1%, comparativamente ao ano anterior, mantendo um crescimento constante desde o ano de 2010 (Unidade Hospitalar, 2018).

Em termos de produção cirúrgica verificou-se uma diminuição da atividade em 2017 em termos de cirurgias em regime de ambulatório e de regime convencional. Destes números deve-se inferir uma aposta na produção de cuidados em regime ambulatório que já representa 63,9% da atividade cirúrgica (Unidade Hospitalar, 2018).

Já em 2021 a mesma UH aumentou a sua atividade assistencial, com um aumento do número de GDH médicos e cirúrgicos aumentando 8,2% e 1,5%, respetivamente. Constatou-se também uma subida do GDH de ambulatório no ano de 2021, especificamente nos atos médicos de ambulatório verificou-se uma subida de 11,8% e de 26,9% nos atos cirúrgicos de ambulatório (Unidade Hospitalar, 2022).

Os atendimentos no Serviço de Urgência registaram um ligeiro decréscimo de 3.6%, ao contrário de 2016, em que se registara um aumento de atendimentos. Verificou-se também uma diminuição dos meios complementares de diagnósticos produzidos na instituição, assim como os requeridos a entidades exteriores, o que acompanha a diminuição da produção principal da Unidade Hospitalar, pois se trata de atividades contingentes a essa produção (Unidade Hospitalar, 2018). Relativamente ao ano de 2021 verificou-se aumento de 15,3% no número de utentes atendidos no serviço de Urgência relativamente ao ano anterior, após a redução de atendimentos verificada nesse mesmo ano. Verificou-se também uma redução dos meios complementares de diagnósticos produzidos na UH, havendo, no entanto, um aumento dos requeridos a entidades exteriores (Unidade Hospitalar, 2022).

É importante referir que o Estágio 1 e o Estágio Final foram realizados durante os anos de 2017 e 2018, sendo que até à data da execução deste Relatório Final ocorreram muitas alterações a nível de organização da referida UH, e que a mesma foi confrontada com a pandemia de COVID-19, a qual teve início no primeiro trimestre de 2020, e iria estar a condicionar os cuidados de saúde prestados na UH durante a duração da mesma.

A Unidade Hospitalar atingiu o maior número de parâmetros de qualidade exigidos pela Entidade Reguladora da Saúde (ERS), cumprindo um elevado número de parâmetros de qualidade exigidos, especificamente nas áreas da excelência clínica, segurança do utente, instalações e conforto, focalização no Utente e Satisfação do Utente (ERS, 2018).

A área de assistência direta corresponde a umas das regiões mais envelhecidas de Portugal, apresentando 24,7% da população com 65 anos de idade ou mais (INE, 2018), sendo esse número de 26,9% no ano 2021, verificando-se um envelhecimento da população. Esse envelhecimento associado ao aumento da esperança média de vida causa desafios às instituições de saúde, pois os seus utentes são portadores de mais comorbilidades, com aumento da dependência que daí advém.

1.2. CARDIOLOGIA

O Serviço de Cardiologia iniciou a sua atividade no dia 11 de janeiro de 1990, sendo o seu intuito assegurar a prestação de cuidados de saúde de Cardiologia diferenciados de forma moderna e de com alto grau de excelência. A missão do serviço é não só assistencial, mas também de formação, investigação e de intervenção junto da comunidade, quer através de iniciativas próprias, quer em conjugação com outras instituições regionais. Os objetivos do serviço prendem-se com eficiência, equidade e qualidade nos cuidados prestados ao utente do foro cardíaco, tendo o papel de Serviço de Cardiologia de Referência do Alentejo (site da Unidade Hospitalar). O serviço de Cardiologia funciona em articulação com os outros serviços e unidades do hospital, assim como com outras organizações integrantes do SNS. Através de uma grande miríade de técnicas, quer invasivas, quer não invasivas, pretende assegurar a prestação de cuidados de saúde diferenciados a utentes em situação crítica que sejam portadores de doença cardíaca e que requeiram cuidados de saúde de alto nível técnico-científico.

Em termos de caracterização da equipa de enfermagem foi recolhida informação dos elementos de enfermagem acerca da sua faixa etária, experiência profissional e graduação académica, a qual se encontra descrita na tabela seguinte (Tabela nº 3).

Tabela 3 - Caracterização sociodemográfica dos enfermeiros do Serviço de Cardiologia à data da realização do estágio

		Total (n=30)	Percentagem
Idade	22-30 anos	6	20%
	31-35 anos	12	40%
	36-40 anos	3	10%
	41-45 anos	2	7%
	46-50 anos	4	13%
	>50 anos	3	10%
Género	Masculino	5	17%
	Feminino	25	83%
Anos de profissão	1-5 anos	2	7%
	6-10 anos	9	30%
	11-15 anos	10	33%
	16-20 anos	1	3%
	20-25 anos	3	10
	25-30 anos	4	13%
	>30 anos	1	3%
Grau Académico	Licenciatura	12	40%
	Pós-Graduação	11	37%
	Pós-Licenciatura	6	20%
	Mestrado	1	3%
Ramo de Especialidade	Médico-Cirúrgica	5	72%
	Saúde Comunitária	1	14%
	Saúde Mental e Psiquiátrica	1	14%

Fonte: Serviço de Cardiologia UH

A equipa de enfermagem do serviço de Cardiologia era constituída maioritariamente por enfermeiros de cuidados gerais, os quais constituem 77% da equipa de enfermagem, sendo que apenas 23% possuem Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem. Dos enfermeiros com grau de especialista, cinco eram especialistas em Enfermagem na Pessoa em Situação Crítica, um especialista em Saúde Comunitária e um especialista em Saúde Mental. Deve-se constatar que mais de metade da equipa de enfermagem tem mais de 10 anos de serviço na prestação de cuidados ao utente do foro cardiológico, sendo considerados peritos, assim como preconizado pela teoria de Patricia Benner (2006).

A Ordem dos Enfermeiros desde cedo entendeu que, para assegurar a qualidade dos cuidados de saúde aos utentes dos serviços de saúde, os serviços deveriam ter um número mínimo de enfermeiros que permitisse prestar cuidados de enfermagem adequados às necessidades dos utentes (OE, 2014). A norma estabelecia que a necessidade de cuidados dos utentes em horas de cuidados era baseada no Sistema de Classificação de doente em Enfermagem, o que traduzia que cada utente do internamento do serviço de Cardiologia necessitava de 4.39 horas de cuidados por dia de internamento. Assim, ao aplicar a fórmula estabelecida para serviços de internamento, a norma estabelecia que deveriam existir 8 enfermeiros a prestar cuidados ao longo das 24 horas, verificando-se que apenas 6 enfermeiros prestavam cuidados, existindo uma discrepância de 2 enfermeiros por dia de trabalho.

Posteriormente a OE necessitou de reformular a Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem (2019b), na qual teve em conta a tipologia das unidades de cuidados de saúde, tendo em conta as suas particularidades, assim como a diferenciação da equipa de enfermagem que constitui esse serviço, relativamente a enfermeiros e enfermeiros especialistas. Nessa reformulação a OE determina que, por se tratar de um serviço de internamento de adultos de uma especialidade médica, que deve existir um enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica durante as 24 horas do dia, e adicionalmente dois enfermeiros especialistas em Reabilitação por cada 15 utentes existentes, para além dos enfermeiros de cuidados gerais.

1.2.1.Unidade de Cardiologia de Intervenção

A Unidade de Cardiologia de Intervenção (UCI) iniciou a sua atividade a 19 de junho de 2009. A unidade integrava o serviço de Cardiologia, apesar de não se encontrar no mesmo espaço físico, funcionando em dias úteis das 8h às 21h, fornecendo à região sul a cobertura em diversas áreas médicas, especificamente a Cardiologia de Intervenção, Nefrologia de Intervenção, Cirurgia Vascular e Arritmologia. Para além destas especialidades a unidade está capacitada para realizar outros procedimentos minimamente invasivos de outras especialidades, como a Cirurgia Geral. Para além do horário de funcionamento diário, existe também uma equipa em regime de prevenção permanente, que permite a cobertura, para situações emergentes, nomeadamente a assistência de utentes com Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM), que tenham critérios para realização de coronariografia emergente.

A UCI compartilha a mesma missão e valores do serviço de Cardiologia, primando sempre que os cuidados de saúde sejam prestados com elevada competência técnico-científica, assegurando a eficiência, equidade e qualidade nos cuidados prestados ao utente.

A UCI é constituída por uma equipa multidisciplinar, envolvendo médicos, enfermeiros, técnicos de cardiopneumologia, técnicos de imagiologia, assistentes técnicos e assistentes operacionais (AO), os quais trabalham em conjunto, com o pretexto de oferecer à população da região Alentejo cuidados de saúde com alto nível técnico-científico. Apesar de a sua atividade assentar principalmente na área da cardiologia de Intervenção, a UCI dá apoio ao serviço de Imagiologia na realização de ressonâncias magnéticas, sempre que haja necessidade de realizar o exame com recurso a sedação ou caso a situação clínica do utente requeira manutenção de suporte ventilatório.

Relativamente à equipa de enfermagem da UCI, a mesma é constituída por seis enfermeiros, sendo que 3 trabalham inteiramente na UCI, e 3 que exercem funções tanto no serviço de Cardiologia, como na UCI. Desses 6 elementos, metade são enfermeiros especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica, sendo os restantes enfermeiros sem nenhuma especialização. Um dos elementos permanentes da equipa da UCI é o elemento responsável por delegação da enfermeira gestora do serviço de Cardiologia. A equipa de AO da UCI é

constituída por dois elementos com vínculo laboral à UH, exercendo funções exclusivamente na UCI.

Na UCI, por se tratar de um serviço em que são realizados exames durante 5 dias da semana, apenas existem 2 turnos de trabalho, sendo que no turno da manhã existem três enfermeiros, sendo que dois estão adstritos ao recobro e são responsáveis por admitir e acolher os utentes que vão ser submetidos a cateterismos, quer em regime de ambulatório, quer em utentes internados, assim como prestar os cuidados pós-procedimento, enquanto o terceiro elemento é responsável pela prestação de cuidados na sala de exames. No turno da tarde existem apenas dois elementos, sendo que um fica no recobro da UCI, e o segundo elemento fica na sala de exames. Em ambos períodos de trabalho existe uma AO que auxilia a equipa de enfermagem na prestação de cuidados ao longo da jornada de trabalho, assim como realiza a limpeza da sala de exames no final de um procedimento.

A distribuição de enfermeiros por utentes na UCI durante a duração do Estágio I corresponde ao preconizado no RDS (2014), pois o mesmo determina que no recobro de procedimentos realizados em regime de ambulatório o rácio enfermeiro/utente deve ser de um enfermeiro para 4 utentes, o qual é cumprido. Relativamente ao posto de trabalho da sala de exames o existir um enfermeiro a assegurar os cuidados de enfermagem na mesma vai de encontro ao determinado no RDS, que refere que deve existir um enfermeiro na sala em que são realizados exames especiais. Deve ser salientado que apenas existem enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-cirúrgica a integrarem a equipa, não existindo nenhum enfermeiro especialista em Enfermagem Peri-Operatória, o que poderia ser uma mais-valia para a qualidade e segurança dos cuidados prestados nesta Unidade.

Com a alteração do RDS pela OE em 2019, o ratio de enfermeiro por sala manteve-se igual, tendo sido alterado o ratio de enfermeiro por utente no recobro, o qual passou para um enfermeiro para cada 3 utentes realizados em regime de ambulatório, mas o qual se encontra a ser cumprido na referida unidade.

O método de trabalho vigente na UADCI é o método do enfermeiro responsável, no qual o enfermeiro assume a responsabilidade da gestão dos cuidados do utente, considerando sempre a individualidade dos cuidados, sempre baseando a sua prática no Processo de Enfermagem, recorrendo à comunicação com os utentes, adequando a linguagem ao utente,

para a informação fornecida ser facilmente apreendida com o utente. É o enfermeiro no seu posto de trabalho que é o responsável da gestão e aplicação dos cuidados planeados e executados, recorrendo a protocolos de atuação, avaliando a sua eficácia e qual a sua repercussão no utente, assegurando que são prestados cuidados seguros e de qualidade.

1.2.1.1. Análise da Produção de Cuidados

A patologia predominante na Cardiologia de Intervenção foi o EAM sem supradesnívelamento do segmento ST, seguida pelas Anginas Instáveis e Estenoses Aórticas Graves. De relevância são também os enfartes agudos do miocárdio com elevação do segmento T, os quais se não forem tratados rapidamente, podem rapidamente evoluir para uma situação crítica ou deixar sequelas no utente a longo prazo.

Na área da Arritmologia a patologia predominante são os Bloqueios Auriculo-Ventriculares, sendo a principal causa da necessidade de implantação de pacemakers nos utentes.

A grande maioria dos utentes que são submetidos a procedimentos na UADCI são provenientes do serviço de Cardiologia e da UCIC, existindo utentes que vêm dos seus domicílios para serem submetidos a procedimentos em regime de ambulatório, retornando à sua casa no final do seu período de permanência na UADCI.

Na UADCI durante o ano de 2017 foram realizados 903 cateterismos, tendo sido realizadas 467 angioplastias, sendo que desta 144 foram angioplastias primárias, ou seja, decorrentes da ativação da Via Verde Coronária. Para além dos procedimentos da Cardiologia de Intervenção, foram realizados 210 procedimentos pela Arritmologia, tendo ocorrido 183 implantações de pacemakers definitivos, 14 cardiodesfibrilhadores internos, e foram implantados 13 dispositivos de terapia de ressincronização cardíaca. Foram também executadas 73 intervenções vasculares pela Nefrologia.

Os últimos dados disponíveis relativamente ao ano de 2022, foram realizados 919 procedimentos da Cardiologia de Intervenção, sendo que 305 foram angioplastias, 89 implantações de válvulas aórticas percutâneas, e 150 AngioTC's. Relativamente à Arritmologia foram realizadas 40 cardioversões elétricas, 279 implantações de pacemakers definitivos, 28

implantações de cardiodesfibriladores internos, 27 implantações de dispositivos de terapia de ressincronização cardíaca, e 3 procedimentos de Eletrofisiologia. Foram também colocados 5 pacemakers provisórios e colocados 17 holters implantáveis. Foram também realizados procedimentos de outras áreas clínicas, como Radiologia de Intervenção, Neurorradiologia, Nefrologia e Cirurgia Vascular.

1.2.2.Unidade de Cuidados Intensivos Coronários

A Unidade de Cuidados Intensivos Coronários (UCIC) foi inaugurada em 2007, encontra-se integrada no serviço de Cardiologia, e segue a missão, valores e objetivos estabelecidos para o mesmo. A UCIC pretende ter uma participação ativa na elaboração de investigação científica, com a produção de artigos científicos, participação em Ensaio Clínicos. A formação contínua assume também um papel importante na prevenção do desenvolvimento da doença crítica e ao mesmo tempo propiciar a formação pós-graduada em cuidados intensivos.

A UCIC pretende assegurar cuidados de saúde diferenciados com elevado desempenho técnico-científico, eficaz e eficiente gestão de recursos, sendo prestados cuidados de saúde à pessoa em situação crítica do foro cardíaco, garantindo a preservação da vida humana através da proteção e suporte temporário de funções vitais, em situações clínicas que sejam potencialmente reversíveis. Outro dos objetivos da UCIC prende-se com a elaboração e implementação de sistemas que permitam melhorar a assistência ao utente em situação crítica fora do serviço, assim como garantir através de formação contínua para a prevenção do desenvolvimento da doença crítica e ao mesmo tempo propiciar a formação pós-graduada em cuidados intensivos.

Trata-se de um serviço de internamento misto, onde os utentes permanecem até se encontrarem hemodinamicamente estáveis, sendo posteriormente transferidos para a enfermaria do serviço de Cardiologia, na qual poderão permanecer sob vigilância eletrocardiográfica através de um sistema de monitorização de traçado eletrocardiográfico por telemetria.

A UCIC encontra-se integrada no serviço de Cardiologia, sendo uma unidade aberta, encontrando-se a porta de acesso no corredor do serviço. A UCIC tem uma lotação de 6 unidades, as quais possuem estruturas que permitem acomodar alguns pertences dos utentes, como próteses dentárias e/ou auditivas, assim como algum material de consumo clínico necessário para a prestação de cuidados. Cada unidade possui uma cama, equipada com motor elétrico e grades laterais para prevenção de quedas. Existem cortinas em todas as unidades para assegurar a privacidade dos utentes, assim como dos seus familiares. As cortinas separadoras servem também de barreira, para criação e identificação de zonas de isolamento de contacto, no caso de existir essa necessidade. Existe um monitor cardíaco de cabeceira em cada unidade do utente, no qual se procede à vigilância do traçado cardíaco, dos sinais vitais quer não invasivos, quer invasivos, dependendo do estado clínico de cada utente, e com a capacidade de complementar a avaliação da situação clínica do utente. Existem nove rampas de apoio a cada unidade, sendo três de oxigénio, três de ar comprimido e três rampas de vácuo, existindo sempre uma rampa de oxigénio e uma rampa de vácuo prontas a funcionar, ficando as outras de reserva, caso sejam necessárias terapias adicionais. Cada unidade está dotada de 2 seringas infusoras e uma bomba infusora, que são utilizadas nas situações em que é necessário a administração e monitorização de protocolos terapêuticos complexos. Em caso de necessidade existe a possibilidade de recrutar temporariamente as bombas e seringas infusoras de outras unidades da UCIC.

A UCIC encontra-se dotada de todo o equipamento de consumo clínico necessário na prestação de cuidados ao utente em situação crítica, o qual se encontra armazenado em locais de fácil e rápido acesso. A UCIC possui um ventilador não invasivo, que é utilizado em situações de utentes com quadros de dispneia, em contextos de Edema Agudo do Pulmão (EAP), Insuficiência Cardíaca Descompensada, nas quais é necessária dar suporte respiratório. Existe também um ventilador invasivo, utilizado em situação de incapacidade do utente em realizar as trocas gasosas, quer seja por insuficiência respiratória aguda, ou por necessidade de suporte ventilatório no contexto de paragem cardiorrespiratória (PCR).

Existe um carro de emergência, no qual se encontra disponível todo o material utilizado em situações de urgência, como laringoscópio e o monitor/desfibrilhador. Perto do carro de urgência encontram-se armazenados, principalmente, material de consumo clínico, como material para pericardiocentese, para punção arterial, e material de apoio à prestação

de cuidados, como mangas de pressão, módulos e cabos para os monitores cardíacos, assim como o Kit de *Continuous Positive Airway Pressure* (CPAP) também conhecido por Boussignac. Este kit permite, com recurso a um alto débito de O₂, criar uma pressão positiva na via aérea, sem a necessidade de dispositivos mecânicos.

A UCIC tem uma equipa multidisciplinar que integra médicos cardiologistas, enfermeiros, AO, técnicos superiores de cardiopneumologia, uma assistente técnica e uma colaboradora do serviço de limpeza. Dentro da equipa multidisciplinar existem 2 elementos responsáveis pelo funcionamento da UCIC, sendo eles o Diretor de Serviço e a enfermeira responsável pelo serviço de Cardiologia. Por delegação de competências por parte da enfermeira responsável do serviço de Cardiologia, existe um enfermeiro que possui a responsabilidade da organização, gestão de stocks de material de consumo clínico e medicação, assim como de assegurar o funcionamento do equipamento adstrito à UCIC.

Relativamente à equipa de enfermagem da UCIC, a mesma é constituída pelos enfermeiros que exercem funções no serviço de Cardiologia, e que foi descrita anteriormente, podendo qualquer enfermeiro desempenhar funções na referida unidade. Apenas o responsável por delegação de funções desempenha funções permanentemente na UCIC, sendo que os restantes elementos são rotativos, conforme designado pela enfermeira responsável de serviço aquando da execução do horário, sendo que essa atribuição pode sofrer alterações, caso haja necessidade no serviço. Os restantes enfermeiros podem realizar turnos na UCIC mediante a necessidade do serviço para colmatar as faltas de pessoal de enfermagem.

A equipa de AO do serviço de Cardiologia é também partilhada com a UCIC, sendo constituída por nove elementos com vínculo laboral à Unidade Hospitalar e um elemento proveniente da empresa de prestação de serviços, perfazendo um total de dez elementos.

O rácio enfermeiro/utente fica a cargo da enfermeira responsável do serviço nos turnos da manhã, e dos enfermeiros responsáveis de turno durante os turnos da tarde e noite. Essa distribuição é feita da seguinte maneira:

- Turno da manhã (8 horas às 16h30): dois enfermeiros, sendo cada um responsável por três utentes, com uma AO, que também se encontra destacada para auxiliar na prestação de cuidados em dois quartos da enfermaria;

- Turno da tarde (16h às 0h30): dois enfermeiros, sendo cada um responsável por três utentes, com uma AO, a qual também presta assistência à prestação de cuidados na enfermaria do serviço de Cardiologia;

- Turno da noite (0h às 8h30): dois enfermeiros, sendo um responsável por dois terços das vagas da UCIC, enquanto o outro enfermeiro é responsável pelas restantes vagas. Esse enfermeiro tem também como responsabilidade auxiliar o enfermeiro que se encontra a prestar cuidados na enfermaria do serviço de Cardiologia durante o período noturno. Existe também uma AO que tem auxilia a prestação de cuidados na UCIC e na enfermaria do serviço de Cardiologia.

A distribuição do número de enfermeiros por utente, pelos diversos turnos ao longo do dia, não vai ao encontro do determinado no RDS (OE, 2014), no qual se encontra determinado o número de enfermeiros necessários para assegurar a prestação de cuidados de enfermagem com segurança e de qualidade, de modo a garantir a proteção da saúde e da segurança dos destinatários dos cuidados, assim como quem é responsável de os prestar. Está estipulado no RDS que, em UCI de Nível II, as quais estão dotadas de capacidade de monitorização invasiva e de capacidade de suporte vital, deve ser adotada a recomendação da Sociedade de Cuidados Intensivos, que indica que o rácio de 1 enfermeiro para 1,6 utentes é o adequado para garantir a segurança e qualidade da prestação de cuidados. Isso não se verifica ao longo das 24h, pois o rácio prevalente ao longo das 24h é 1 enfermeiro para 3 utentes, ou seja, cada enfermeiro é responsável pela prestação de cuidados a 3 utentes, prestando cuidados a mais um utente do que o que está estipulado pela Norma das Dotações Seguras. Mesmo com a alteração de 2019 ao RDS pela OE, onde fica recomendado que deve estar assegurado o ratio de 1 enfermeiro para cada 2 utentes, o número de enfermeiros que prestam cuidados não se adequa ao recomendado. O RDS (OE, 2019b) introduz a recomendação de que metade dos membros que constituem a equipa de enfermagem sejam preferencialmente EEPSC, por forma a assegurar cuidados especializados nas 24h (OE, 2019b), o que nem sempre se verifica, pois, existem apenas 6 enfermeiros especialistas no serviço, sendo que apenas 5 estão afetos à prestação de cuidados e apenas 4 são EEPSC, não

havendo a garantia da permanência de pelo menos um EEEPSC durante os turnos. Relativamente aos responsáveis de turno a Norma de Dotações Seguras refere que essa função deve ser assegurada por um enfermeiro especialista na área adequada às características da UCIC, o que nem sempre se verifica, já que a equipa de enfermagem é compartilhada com a enfermaria do serviço de Cardiologia, assim o responsável de turno poderá estar escalado para desempenhar funções na enfermaria, não se encontrando na UCIC.

Todos os enfermeiros da equipa de enfermagem regem a sua prática de acordo com o Regulamento do Exercício da Profissão de Enfermagem (MS, 1996), assim como o predisposto no Código Deontológico da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2015c), desempenhando as suas competências de acordo com Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais e do perfil de competências do enfermeiro especialista. Para além destes documentos reguladores cumprem ainda as regras institucionais, nomeadamente o Código de Conduta Ética (Unidade Hospitalar, 2015) e todas as normas e regulamentos em vigor na instituição, mais especificamente os implementados pelo Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistências aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA).

Os enfermeiros especialistas em EMC-PSC, regem a sua prática de cuidados baseados no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2011a), que define as competências transversais a todas os ramos de especialidade, pelo Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (OE, 2011b) e pelos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem na Pessoa em Situação Crítica (OE, 2017). Tal como os EMC-PSC o enfermeiro especialista em Saúde Comunitária e de Saúde Pública regula a sua prática diária pelo Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública (OE, 2018a), assim como o enfermeiro especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica se baseia no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (OE, 2018c). Ambos também têm padrões de qualidade que orientam a sua prática, os quais estão definidos pelos Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (OE, 2015a) e pelo Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental (OE, 2015b).

O método de trabalho vigente na UCIC é o método do enfermeiro responsável, no qual o enfermeiro assume a responsabilidade da gestão dos cuidados do utente, considerando sempre a individualidade dos cuidados, sempre baseando a sua prática no Processo de Enfermagem, comunicando com o utente e adaptando os cuidados praticados de acordo com as preferências do utente (dos Santos, 2019). Cabe ao enfermeiro o papel de gestor de cuidados, através da aplicação dos cuidados planeados e consequente avaliação dos cuidados executados, avaliando a sua eficácia e qual a sua repercussão no utente, por forma a assegurar a qualidade dos mesmos, comunicando com o utente, o qual dá o feedback relativo aos cuidados que lhe são prestados. Esse papel é referido por Manthey (1980), que realça que os elementos estruturais do Método de Responsável são a responsabilidade, ser o enfermeiro o elemento que designa os cuidados diários, a comunicação direta de pessoa para pessoa e existir um elemento responsável pela qualidade dos cuidados prestados aos utentes.

A UCIC está integrada no serviço de Cardiologia pelo que se encontra abrangida pelos padrões de qualidade, definidos pelos critérios/*standards* de qualidade pelo Manual de Acreditação de Unidades de Saúde, no qual está referido *“tendo como objetivo identificar e impulsionar a melhoria contínua da qualidade nas instituições do Sistema de Saúde português ajudando- -as a aproximar-se dos níveis da excelência organizacional.”* (DGS, 2015: 11).

Para além de todas as valências referidas anteriormente é de ressaltar que a UCIC conta também com o apoio do serviço de Nutrição, Farmácia, Imagiologia, Serviço Religioso, entre outros.

1.2.2.1. Análise da Produção de Cuidados

A UCIC no ano de 2015 teve um total de 1537 dias de internamento, num total de 437 utentes internados na referida unidade, sendo a média de idades de 66,08 anos, com uma mediana de 70 anos.

Em termos de produção de cuidados da referida unidade é de referir que a quase totalidade dos utentes internados foram submetidos a ecocardiografia transtorácica e 237 realizaram cateterismo cardíaco, sendo que 144 foram submetidos a angioplastia primária. Para além dos ecocardiogramas transtorácicos, foram realizadas 35 cardioversões elétricas, e ocorreram 12 situações em que com necessidade de ventilação mecânica invasiva.

A patologia predominante nos utentes internados na UCIC durante o ano de 2015 foi o EAM com 263 casos, dos quais 82 foram Enfarte Agudo do miocárdio sem elevação do Segmento ST. A admissão na UCIC faz-se predominantemente do Serviço de Urgência do HCA, sendo que 32 utentes foram admitidos na UCIC após ativação da Via Verde Coronária. O destino do utente internado na UCIC é na sua grande maioria a enfermaria do serviço de Cardiologia do HCA, sendo que 76 utentes foram transferidos para o hospital da área de residência. Relativamente ao ano passado não existem números disponíveis relativamente os cuidados produzidos pela UCIC.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO-PRÁTICO E CONCEPTUAL

A fundamentação teórica é o alicerce que dá solidez à prática clínica, pois é nela que os enfermeiros especialistas vão buscar toda a sua base para assegurar que os atos de enfermagem se traduzem em cuidados de saúde de qualidade. A OE (2011a e 2019a) determina que os enfermeiros especialistas devem assentar a prática clínica especializada em evidência científica, por forma a consubstanciar e deixar demarcado o seu papel como organizador e dinamizador do conhecimento científico. Assim a procura e utilização da mais recente evidência têm um papel preponderante na fundamentação dos cuidados especializados, pois são determinantes na sua qualidade e segurança.

Ao longo de todo o ciclo de vida a aprendizagem está presente e este Estágio Final não foi exceção. Segundo Russel (2006) a procura de mudança é o que faz com o adulto invista na aprendizagem, manifestando-se essa mudança a nível de competências, comportamentos, conhecimentos e atitudes. Russell realça que o adulto traz a suas experiências e conhecimentos previamente adquiridos que irão influenciar a motivação, o grau de compromisso e como o conhecimento adquirido será aplicado.

O modelo conceptual que serviu de base teórica para o desenvolvimento da prática clínica ao longo deste estágio será explanado e descrito neste capítulo, assim como os cuidados de enfermagem que foram desenvolvidos neste Estágio Final.

2.1. MODELO TEÓRICO DE MUDANÇA DA PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS

Os objetivos de aprendizagem previamente estabelecidos para o Mestrado em Enfermagem foram desenvolver conhecimentos e competências para a intervenção especializada no ramo de especialidade Enfermagem Médico-Cirúrgica – A Pessoa em Situação Crítica, evidenciados em elevados níveis de julgamento clínico e tomada de decisão, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde; promover uma melhoria na qualidade dos cuidados de saúde, com recurso à investigação, a uma prática baseada na evidência e a referenciais éticos e deontológicos; capacitar para a governação clínica,

a liderança de equipas e projetos, nos diferentes contextos da prática dos cuidados e contribuir para o desenvolvimento da disciplina e da formação especializada. A esses objetivos deve estar subjacente uma teoria de pensamento que mediou todas as atividades desenvolvidas ao longo do Estágio Final.

A Enfermagem desde a sua génese que acompanha a evolução da tecnologia e conhecimento, que se substanciase e traduzisse em ganhos de saúde para a população. A obtenção de conhecimento de enfermagem baseado em evidência científica, permite adquirir uma linguagem própria e adequada à prática de enfermagem, contextualizado nos fenómenos e saberes de Enfermagem, alicerçado pela investigação científica (Gameiro, 2003). Gameiro (2003) refere que a produção de evidência científica na área de Enfermagem foi alavancada pela necessidade de se afirmar como uma área de intervenção própria, deixando de lado a imagem de subserviência de outras áreas da Ciência. Já Bousso, Poles & da Cruz (2014) realçam que a relação entre teoria, investigação e prática clínica permite que a Enfermagem evolua enquanto profissão e ciência, pois a prática clínica é baseada em teoria, a qual por sua vez é consubstanciada pela investigação.

A afirmação da Enfermagem como Ciência tem por base um conjunto de conhecimentos próprios que sejam comprovadamente eficazes e baseados em conhecimento previamente validado por outros intervenientes, e que seja capaz de criar conhecimentos que sejam aplicáveis e utilizados por outros ramos da Ciência. No entanto, apesar da criação de novos conhecimentos fazerem parte da dinâmica da afirmação da disciplina de Enfermagem como Ciência, existe alguma dificuldade na aplicação de novos conhecimentos na prática clínica.

A obtenção de novos conhecimentos deve permitir que ocorra a sua aplicação na prática clínica por parte dos enfermeiros, permitindo assim que sejam prestados cuidados de saúde de qualidade aos utentes. A busca por parte das organizações de metodologias que permitam fornecer cuidados de saúde eficazes e eficientes faz com que a integração da evidência científica nos cuidados seja de uma importância extrema, com manifesta repercussão na qualidade dos cuidados e na perceção que o utente obtém desses cuidados. No entanto verifica-se na literatura que existe dificuldade em transpor o conhecimento existente para a prática clínica, por um grande número de fatores como falta de recursos, falta de tempo para a sua aplicação, falta de recursos de acesso à informação e de conhecimento, reduzido conhecimento e reduzida

capacidade de pensamento crítico (Ferguson e Day, 2007; Saunders e Vehviläinen-Julkunen, 2015; Farokhzadian, Khajouei e Ahmadian, 2015; Rosswurm e Larrabee, 1999).

Perante este desafio Rosswurm e Larrabee (1999) criaram o Modelo de Mudança para a Prática Baseada na Evidência (MPBE), o qual serve de guião para a integração da evidência científica na prática clínica, tratando-se de um modelo abrangente, pois pode ser utilizado nos vários contextos de cuidados, desde os cuidados de saúde primários até unidades hospitalares, pois em todos os níveis existe uma real necessidade de os profissionais de saúde prestarem cuidados de saúde baseados na mais recente evidência. O MPBE é constituído por seis fases, ao longo das quais os profissionais de saúde vão adotando comportamentos que lhe permitam prestar cuidados de saúde com qualidade, adequados às necessidades dos utentes e que seja reconhecida a presença de evidência científica nos cuidados prestados (Rosswurm e Larrabee, 1999).

A primeira fase do modelo incide sobre a análise do contexto que rodeia os profissionais de saúde e do qual eles são parte integrante. Essa questão pode surgir de preferências ou insatisfação da população cuidada, procura na melhoria da qualidade, questões levantadas pelos profissionais, resultados de avaliações internas ou resultados de novos estudos científicos (Rosswurm e Larrabee, 1999). Com a recolha dos dados da prática em contexto clínico e a sua posterior comparação com dados externos já existentes, se existir discrepância entre os dados verifica-se que existe um problema na prática clínica, com resultados na qualidade dos cuidados de saúde praticados. Perante isso cabe ao profissional de saúde, que em conjunto com a criação de um grupo de trabalho do qual façam parte elementos que sejam influenciados pelo problema, estructure e crie uma solução para essa problemática, sustentada na evidência científica existente (Rosswurm e Larrabee, 1999).

Após a identificação e estabelecimento do problema a tratar, Rosswurm e Larrabee (1999) referem a etapa seguinte passa por associar o problema a intervenções que devem ser implementadas, de modo a obter resultados que se encontrem já identificados. Para isso suceder, o problema no qual se vai intervir deve ser definido com recurso a uma linguagem padronizada, permitindo que a transmissão da informação entre profissionais ocorra mais facilmente. A utilização de sistemas de classificação validados que permitam associar as intervenções definidas para o problema em estudo com os resultados esperados, facilitando a

organização dos dados, permitindo que seja possível determinar a efetividade das intervenções (Rosswurm e Larrabee, 1999).

Com o estabelecimento das intervenções e dos resultados esperados com a implementação dessas intervenções, sucede-se a terceira etapa do modelo teórico, na qual ocorre a fundamentação teórica das intervenções e dos resultados esperados. Nesta etapa procede-se à pesquisa de literatura científica, com principal incidência no problema em estudo embora decorra seleção de literatura tendo em conta as intervenções e resultados que se esperam obter (Rosswurm e Larrabee, 1999). Esta etapa é constituída por vários passos, que permitem assegurar que toda a evidência recolhida possui relevância para o problema em estudo. Para isso deverá proceder-se a uma avaliação da literatura, identificando quais os pontos fortes e fraquezas existentes no desenho dos estudos, assim como as incongruências e falhas verificadas nas conclusões (Rosswurm e Larrabee, 1999). Recorrendo a ferramentas já existentes que permitam assegurar que os trabalhos científicos escolhidos são consistentes a nível de desenho e que a evidência deles resultante apresenta qualidade suficiente para ser utilizada, permitindo assim que realize a mudança com base nesses trabalhos (Rosswurm e Larrabee, 1999). Após a análise da evidência, dando especial atenção à possibilidade de aplicar os resultados obtidos na prática, assim como as vantagens e riscos da sua utilização, caso se verifique que o conjunto dos dados sustenta a mudança na prática, deve ser estabelecido procedimento que vai proceder a essa mesma mudança (Rosswurm e Larrabee, 1999).

A quarta etapa desenvolve-se com a análise da evidência existente e o seu cruzamento com as variáveis em estudo a mudança na prática ocorre através da formulação de protocolos ou normas de procedimento, sendo que são tidas em conta as condições, os recursos e as considerações das partes interessadas, sendo que a sua formulação deve ser simples e de baixa complexidade, por forma a permitir a sua aplicabilidade e aceitação (Rosswurm e Larrabee, 1999). A aplicação de novas práticas pode requerer a realização de pré-testes das mesmas em situações de menor dimensão, mas que seja possível extrapolar os resultados para estruturas maiores, identificando quais os recursos organizacionais necessários para a sua aplicação, nomeadamente o tempo da sua aplicação, assim como outros recursos que sejam necessários para a implementação do mesmo (Rosswurm e Larrabee, 1999). Com a criação de novos protocolos, devem estar bem delineados e identificados quais os resultados esperados para as novas práticas, por forma a permitir que os profissionais os consigam identificar durante a

aplicação dos mesmos. Deve ser também inferida a qualidade dos cuidados, realizando uma avaliação prévia à aplicação dos novos protocolos, e comparando com os resultados obtidos durante a implementação do novo protocolo, recorrendo a uma recolha de dados objetiva em ferramentas próprias, que permita a comparação dos dados recolhidos antes e após a aplicação dos protocolos (Rosswurm e Larrabee, 1999). Saunders e Vehviläinen-Julkunen (2015) constataram que o conceito PBE é conhecido e aceite pelos enfermeiros, reconhecendo-lhe valor na melhoria da qualidade e segurança dos cuidados. No entanto os próprios enfermeiros reconhecem que os conhecimentos e habilidades baseados na evidência são insuficientes para realizarem uma prestação de cuidados baseada na evidência científica, o que pode acarretar graves resultados para a segurança e qualidade dos cuidados e para o custo dos mesmos. Saunders e Vehviläinen-Julkunen afirmam que os conhecimentos obtidos devem ser transpostos para *guidelines* que sejam relevantes e com alta praticabilidade nos cuidados.

Segue-se a quinta etapa do processo, onde se procede à avaliação da mudança da prática, com recurso à monitorização do processo, comparando os dados dos indicadores antes e depois da aplicação dos novos protocolos, verificando se existem diferenças significativas nos indicadores, e mediante a avaliação realizada dos diversos fatores que integram a aplicação da evidência na prática pode ser realizada a adaptação, rejeição ou que a mesma seja integrada na prática (Rosswurm e Larrabee, 1999).

Finalmente na sexta etapa ocorre a integração da mudança na prática, sendo que a mudança pode enfrentar alguma resistência por parte das organizações, devido à sua própria estrutura. No entanto, a integração dos elementos das organizações no processo, a utilização da comunicação, a formação permanente dos elementos da equipa, permite que ocorra a mudança nas práticas e que as mesmas sejam totalmente integradas no dia-a-dia das organizações (Rosswurm e Larrabee, 1999).

Como está preconizado pela OE (2019a) o EEPSC deve prestar cuidados de enfermagem de qualidade e que a sua prática seja consubstanciada pela mais recente evidência científica, devendo para isso adquirir conhecimento científico permanentemente. Assim o MPBE idealizado por Rosswurm e Larrabee é o modelo teórico que foi escolhido para suportar a IPM desenvolvida neste Estágio, pois é o que melhor se adequa e encaixa para fomentar e incentivar o desempenho das competências anteriormente referidas.

Perante a permanente e continuada produção de mais e melhor evidência científica, a necessidade de a integrar na prática diária por parte dos EEEPSC deve ter um grande destaque, e é nessa vertente que o MPBE surge como um modelo importante, pois permite que se prestem cuidados de enfermagem especializados de qualidade e adequados conforme cada situação clínica.

A utilização do MPBE é cada vez mais recorrente na atualidade, e isso é verificado pela existência de vários artigos científicos e trabalhos académicos que se baseiam e utilizam o MPBE na sua elaboração. Afonso, Ramos e Charepe (2019) analisaram a alimentação da pessoa em fim de vida com recurso à MPBE, e concluíram que a sua utilização permite que os enfermeiros se responsabilizem pelos resultados obtidos. Para além da responsabilização dos enfermeiros, referem também que uma maior interação entre investigadores e enfermeiros pode permitir que ocorra uma maior divulgação e integração das inovações baseadas na evidência nas práticas, levando a um aumento da investigação e do acesso aos resultados dessa investigação (Afonso, Ramos e Charepe, 2019). Um elemento primordial nesse trajeto é o enfermeiro especialista, a quem os autores identificam “a primazia de liderar, colaborar e promover as intervenções sustentadas em conhecimento, e supervisionar e formar os contextos e, deste modo, contribuir para a melhoria da saúde/resultados dos utentes” (p. 45), e através da definição de conceitos e da sua utilização nas diferentes situações, com recurso a uma linguagem padronizada, consubstanciando a melhoria dos cuidados (Afonso, Ramos e Charepe, 2019).

O MPBE tem sido utilizado em vários trabalhos científicos para avaliar o grau com que a evidência científica é utilizada na prática clínica, ou como um método de introdução de alteração da prática clínica baseada na evidência científica. Um desses casos foi o estudo realizado por Christ- Libertin, Black, Latacki & Bair (2015), em que estudaram o impacto que a implementação de uma bundle baseada na evidência científica de prevenção de infeção associada a cateter vesical em utentes internados numa Unidade de Queimados. Utilizando as 6 etapas do MPBE para avaliação do grau de implementação do protocolo de prevenção de infeção, os investigadores recolheram dados prévios à intervenção, realizada uma síntese da evidência existente, seguida de uma proposta de alterações na prática baseadas na evidência científica, estabelecido quais as alterações que seriam sugeridas. A equipa foi integrada nas restantes etapas do estudo, o que garantiu aumentar a probabilidade de integração e aplicação da nova prática, sendo que os mesmos davam o seu feedback e avaliavam a aplicabilidade das alterações

na prática clínica. Walwoord (2018) utilizou o MPBE para conseguir que os cuidados prestados num hospital numa região rural integrassem a evidência científica e que a mantivessem na sua prática diária, com manifesto ganhos na qualidade dos cuidados e na percepção dos utentes dessa qualidade dos cuidados. Na sua intervenção Walwoord estruturou um protocolo baseado no MPBE, o qual concluiu que a utilização de um programa sistematizado permite que uma prática clínica ocorra suportada na evidência científica, apesar de naquele contexto específico existir pouca literatura que ajudasse a suportar a mudança na prática naquele meio rural. Mais recentemente Lower (2022) desenvolveu um protocolo para prevenção de hipotermia em utentes submetidos a cirurgia de ambulatório, no qual o MPBE foi utilizado para servir de base para a mudança de atitudes e comportamentos relativamente à manutenção da temperatura dos utentes submetidos a cirurgia em regime ambulatório. Nesse projeto de intervenção foram seguidas todas as etapas do MPBE, com análise da realidade clínica, estabelecimento de relação entre hipotermia, utilização de métodos de aquecimento e a redução da ocorrência de hipotermia peri-operatória. Seguidamente foi realizada pesquisa e agregação da evidência científica existente, seguido da formulação de um protocolo que seria avaliado por uma equipa de profissionais da instituição, para finalmente ser integrado na prática clínica, caso o parecer fosse positivo. Ao usar este método o protocolo foi considerado de alta qualidade e o painel de profissionais recomendou a sua utilização, pois apresentava bons resultados na manutenção da temperatura corporal dos utentes.

Nogueira (2021) no desenvolvimento da sua Dissertação de Mestrado, recorreu ao MPBE como suporte para a sua intervenção profissional acerca da segurança do utente em situação crítica no contexto de SAV. Incidindo na definição de segurança nos cuidados de saúde, e baseado na propagação da cultura de segurança, com recurso à integração da última evidência científica, Nogueira estabeleceu o desenvolvimento de competências não técnicas nos profissionais de enfermagem, integrando a última evidência científica na perspetiva de otimizar o desempenho dos enfermeiros, por forma a atingir ganhos de segurança e qualidade nos cuidados de saúde (2021).

2.2. CUIDADO DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

A OE (2018b) define a pessoa em situação crítica como o indivíduo que apresenta falência ou se encontra na iminência de desenvolver falência de uma ou mais funções vitais que possam colocar a sua vida em risco. Cabe ao enfermeiro especialista assegurar que são prestados cuidados de saúde à pessoa em situação crítica continuamente, devendo os cuidados ser adequados e satisfazer as necessidades de saúde da pessoa, por forma a garantir que não ocorrem complicações para o estado de saúde da pessoa. No entanto, a ação do enfermeiro não se deve limitar apenas à pessoa em situação crítica, mas integrar também tudo o que rodeia a pessoa, alargando a sua intervenção à família/cuidador, estabelecendo uma relação terapêutica e adequando a informação que transmite à família/ cuidador.

O enfermeiro especialista é aquele quem, conforme o preconizado pela OE (2019a), lhe é reconhecida competência técnica, científica e humana, sendo capaz de prestar cuidados de enfermagem especializados, demonstrando competências na educação do utente e seus pares, na orientação, aconselhamento e liderança, e na descodificação, disseminação e implementação de investigação, com o objetivo de melhorar a prestação de cuidados, em especial os cuidados de enfermagem. O enfermeiro especialista em Enfermagem em Pessoa em situação crítica deve ser capaz de fornecer cuidados de saúde com alto grau de complexidade e com vista a antecipar agravamentos do estado de saúde, originados por agudizações do seu estado clínico, por forma a evitar complicações e diminuir o risco de falência orgânica do utente, e as consequências que daí podem advir (OE, 2018b).

O enfermeiro especialista deve garantir que durante a prestação de cuidados de enfermagem estão bem presentes os Padrões de Qualidade emanados pela Ordem dos Enfermeiros, com especial incidência pela satisfação do utente, na promoção da saúde, prevenção de complicações, o bem-estar e autocuidado, a readaptação funcional, organização dos cuidados de enfermagem, e na prevenção e controlo da infeção e de resistência a anti-microbianos (OE, 2017).

Cabe ao EEEPSC assegurar que os cuidados por si prestados vão ao encontro das expectativas quer do utente, quer da sua família/cuidador, minimizando os impactos negativos

que a situação decorrente da alteração do estado de saúde produz no utente e na sua família, intervindo também de forma assertiva, eficaz e eficiente, por forma a garantir que o utente recebe os cuidados que realmente necessita, sendo os mesmos adequados à sua situação clínica (OE, 2017).

O EEEPSC deve promover o potencial de saúde que o utente possui, fornecendo informação que seja facilmente apreendida e que permita ao utente desenvolver novos conhecimentos, os quais serão desencadadores de novas capacidades que permitem ao utente gerir mais adequadamente as situações originadas pela situação de saúde (OE, 2017).

A prevenção de complicações é uma das componentes mais importantes da atuação do EEEPSC, pois evita um agravamento do estado de saúde do utente em situação crítica. Para isso o EEEPSC intervém na identificação precoce de possíveis problemas que decorram durante a situação de saúde, prescrevendo, implementando e avaliando as intervenções de enfermagem que permitam evitar problemas ou minimizar os efeitos indesejáveis (OE, 2017). Cabe ao EEEPSC a prescrição de intervenções de enfermagem, com rigor científico e técnico, assim como a referência para outros profissionais de saúde ou enfermeiros especialistas quando não possui competências para solucionar a situação (OE, 2017).

O EEEPSC também desempenha um papel importante a assegurar a segurança da evacuação e transporte e dos cuidados prestados durante o mesmo à pessoa em situação crítica, assim como supervisiona e assume a responsabilidade dos atos que delega a enfermeiros e a outros profissionais, assegurando-se da correta execução dos cuidados prestados, com a implementação de protocolos terapêuticos complexos, especificamente medidas de suporte de vida (OE, 2017).

Cabe ao EEEPSC assegurar que as intervenções de enfermagem são delineadas tendo em conta o bem-estar do utente, promovendo o autocuidado e assistindo o utente a assegurar as atividades de vida que o mesmo não consiga satisfazer por sua iniciativa, permitindo que ocorra uma adaptação do utente à sua situação de saúde e aos problemas que dela advêm (OE, 2017). A importância da componente psicológica e da gestão do impacto emocional no utente e família desencadeado pela situação de saúde crítica, faz com que o EEEPSC tenha um papel preponderante no estabelecimento de intervenções de enfermagem especializada que

permitam gerir protocolos de gestão de dor, assim como facilitar o processo de luto, contribuindo para uma morte digna (OE, 2017).

Com o estabelecimento de um plano de cuidados individualizado adequado às necessidades do utente, por forma a assegurar a continuidade de cuidados, com a envolvência das estruturas existentes na comunidade, com recurso ao ensino e treino do utente com o objetivo de readaptação funcional, planeando a alta com a conjugação destes fatores, permite que o EEEPSC contribua para a readaptação funcional da pessoa em situação crítica (OE, 2017).

Sendo o EEEPSC responsável pelo delinear e estabelecer as intervenções de enfermagem especializada, é também sobre ele que recai a responsabilidade de regular e assegurar que os cuidados especializados são eficazes e eficientes (OE, 2017). Para garantir que essa eficácia é permanente deve existir um quadro de referências para os cuidados de enfermagem especializados, assim como um sistema de melhoria da qualidade dos cuidados especializados, que se proceda a registos de enfermagem sistematizados, tendo também em atenção que a satisfação dos enfermeiros especialistas com os cuidados praticados condiciona a qualidade dos mesmos (OE, 2017). A garantia que os serviços estão dotados adequadamente de EEEPSC, possuem uma ideologia de formação continua e são utilizadas metodologias de organização promotoras de qualidade, com revisão das boas práticas, independentemente do contexto prestacional do serviço, condicionam e proporcionam que sejam prestados cuidados de enfermagem especializados de qualidade (OE, 2017). Essa permanente procura de cuidados de enfermagem especializados de qualidade tem repercussões nos EEEPSC, garantindo que os mesmo manifestem altos níveis de satisfação por praticarem cuidados de enfermagem de qualidade (OE, 2017).

Nas situações de saúde críticas vivenciadas pelo utente, por se tratar de situações de alta complexidade com necessidade de várias intervenções invasivas, o EEEPSC tem uma área de intervenção bem definida na prevenção e controlo de infeção nessas situações (OE, 201). O EEEPSC tem competências para conceber planos de prevenção e controlo de infeção, assim como definir estratégias para a prevenção e controlo da infeção no seu local de trabalho e garantir a implementação dessas estratégias, assim como estabelecer planos para capacitar a equipa multidisciplinar na prevenção e controlo da infeção (OE, 2017).

Tal como vem descrito no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (RPQCEEPSC), o EEEPSC deve reger a sua prática baseada na evidência científica para poder exercer as suas funções adequadas, garantindo a segurança dos cuidados, mobilizando os conhecimentos que possui e adequando-os a cada situação clínica, mediante a sua avaliação. Essa componente da ação do EEEPSC vai de encontro do MPBE, pois cabe ao EEEPSC analisar as situações, estabelecendo as intervenções que devem ser realizadas devidamente fundamentadas com evidência científica, avaliando e assegurando a qualidade dos cuidados, tendo em atenção as mudanças introduzidas nas práticas pela evidência científica e quais as suas repercussões nos cuidados praticados. Cabe ao EEEPSC assegurar-se também que as mudanças são transversais a todos os elementos da equipa, por forma a garantir que a mudança das práticas ocorre na prática diária.

3. INTERVENÇÃO PROFISSIONAL MAJOR

Neste capítulo do presente relatório será abordada a estratégia de intervenção profissional implementada ao longo do Estágio Final, intitulada “Segurança do Doente Crítico Portador de cateter venoso periférico”. Será realizada a fundamentação teórica da mesma, seguida da Teoria de Enfermagem na qual a mesma é sustentada, como foi executada, análises e discussão dos resultados obtidos e quais as conclusões obtidas a partir da sua implementação.

3.1. DIAGNÓSTICO EM ENFERMAGEM: RISCO DA SEGURANÇA DO UTENTE EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Os Dispositivos Intravasculares Venosos (DIV), quer periféricos, quer centrais, têm um papel fulcral nos cuidados de saúde, sendo o procedimento mais realizado em ambiente hospital a nível mundial (Ray-Barruelet. al., 2014). Os DIV são utilizados na prestação de cuidados de saúde diferenciados, facilitando a administração de fluídos, fármacos, nutrientes e componentes sanguíneos necessários para o utente (Takashima et. al., 2017). A sua utilização assume um carácter importante no utente em situação crítica, pois facilita a administração de fluidos e terapêuticas vitais para os cuidados diferenciados que o utente em situação crítica necessita (Framptonet. al., 2014).

A disseminação da utilização de DIV no utente em situação crítica acarreta riscos para o utente, pois estão associados a complicações evitáveis, como por exemplo as infeções sanguíneas, especialmente em contexto de Cuidados Intensivos. Helm et. al. (2015) constataram apesar de ser uma técnica muito utilizada, apresentava uma taxa de falência elevada, pelo que deveria ocorrer alterações a nível da abordagem dos DIV, de modo a alterar esta realidade. As complicações que daí advêm estão associadas a um aumento da morbidade, mortalidade e dos custos associados aos cuidados de saúde, com uma repercussão no aumento do tempo de internamento dos utentes. As complicações dos acessos venosos foram compiladas por Mattox (2017), que identificou a retenção dos garrotes, flebites, embolias gasosas, quebras de dispositivos, alta clínica com DIV, infiltrações, extravasões e infeções associadas aos DIV como

as complicações mais frequentes. A Infusion Nurse Society identifica na publicação *Infusion Therapy Standards of Practice* de 2016, que seria republicada na sua 8ª edição em 2021, como fatores que potenciam o aparecimento de complicações a falta de práticas clínicas uniformes, manifestadas pela disparidade de práticas, falhas de comunicação, e falta de conhecimentos e de destreza entre os enfermeiros, o que tem manifesto compromisso para a segurança do utente.

A ocorrência de infeções relacionadas com os DIV está relacionada principalmente com falhas ao nível da manutenção e manuseamento deste tipo de dispositivos médicos, causando assim a sua contaminação por agentes microbianos causadores de Infeções Associadas a Cuidados de Saúde (IACS), um dos principais riscos para a Segurança do Doente. A OMS (2016) definiu a Segurança do Doente como um dos princípios fundamentais dos cuidados de saúde, pois a associação de uma fraca cultura de segurança de cuidados a uma prestação de cuidados de saúde incorreta diminui a capacidade dos sistemas de saúde e das organizações assegurarem cuidados de saúde seguros. A nível nacional a DGS emanou o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, criado pelo Despacho n.º 1400-A/2015 de 10 de fevereiro, no qual se foi estabelecido como um dos objetivos a prevenção e controlo das infeções e resistências aos antimicrobianos, pretendendo-se reduzir a prevalência das IACS e reduzir o consumo de antimicrobianos. Já em 2021 foi emanado o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 através do Despacho n.º 9390/2021 de 24 de setembro, no qual estabeleceu como um dos objetivos estratégicos a redução das IACS, devendo as organizações assegurar a redução da taxa de infeção hospitalar, com a criação de estratégias que permitam elaborar programas de vigilância das IACS, associados à primazia das *bundles* de prevenção das IACS nos serviços das organizações.

Por se tratar de uma área muito suscetível de criar complicações e de um procedimento frequente em ambiente hospitalar, o *Center for Disease Control and Prevention* (CDC) emanou as *Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections* em 2011 no qual são determinados os procedimentos que devem ser executados na abordagem ao cateter periférico, desde a sua colocação até ao seu manuseamento. Nas recomendações do CDC está definido que deve existir uma política de formação permanente e consistente com uma avaliação permanente do desempenho individual de cada elemento, assim como se deve adequar os ratios de utente por enfermeiro, de modo a evitar a prevalência das IACS.

A patogénese das IACS associadas a DIV's está associada à migração de microrganismo presentes na pele, a qual é a principal de fonte de contaminação do cateter, aquando da quebra de barreira cutânea, colonizando assim a ponta do mesmo, levando à entrada de microrganismo na corrente sanguínea (CDC, 2011; Martins et al., 2008). O local onde se coloca o DIV tem influência na probabilidade de o mesmo desenvolver sinais de infeção, pois locais com maior número de microrganismos presentes têm maior propensão a contaminar os DIV's. Assim deve-se dar primazia à colocação de DIV nas extremidades superiores, em detrimento das extremidades inferiores (CDC, 2011). Os fatores de risco associados ao surgimento de infeções incluem também a trombogenicidade do material de que é feito o DIV, a duração prolongada da cateterização, o local do acesso vascular, a técnica e a assepsia na inserção do DIV, a prévia higienização das mãos do profissional na instalação e/ou no manuseamento do dispositivo, para além fatores não modificáveis relacionados ao utente, como a idade e a presença de comorbilidades (Martins et al., 2008).

A higiene das mãos assume um papel importantíssimo desde a colocação até ao manuseamento dos DIV's, pois é através do contacto de mãos que não foram adequadamente higienizadas que ocorre a contaminação cruzada de microrganismos, potenciando assim a ocorrência de infeções cruzadas em contexto hospitalar (CDC, 2011; Martins et al., 2008). Esses dados são suportados pelas recomendações da OMS (2009), que indicam que a adesão deve ser superior a 80% para prevenir IACS, sendo que esse valor foi atingido, e até superado. Os valores obtidos vão de encontro à evidência científica que relaciona o nível de escolaridade, associado ao conhecimento e à informação existente, à situação clínica do utente, assim como à proteção de cada individuo, com o grau de adesão à higienização das mãos (Smiddy et. al., 2015).

A segurança do utente em situação crítica não está apenas ameaçada pela existência dos DIV's, mas também pela possibilidade de ocorrer um erro de terapêutica. Apesar de não existir um consenso, o National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCCMERP) define como erro de terapêutica

“Any preventable event that may cause or lead to inappropriate medication use or patient harm while the medication is in the control of the healthcare professional, patient, or consumer. Such events may be related to professional practice, healthcare products, procedures, and systems, including prescribing, order communication,

product labelling, packaging, and nomenclature, compounding, dispensing, distribution, administration, education, monitoring, and use” (NCCMERP, 2015).

As organizações estão permanentemente a acompanhar a mais recente evidência científica e a integrá-la nas suas recomendações, por forma a garantir que os cuidados de saúde prestados com base nessas mesmas recomendações possam assegurar o maior nível de segurança ao utente possível. No entanto, desde o momento em que foi realizada a pesquisa que sustenta a IPM até à presente data em que este relatório foi elaborado as *guidelines* relativas aos dispositivos intravasculares periféricos não sofreram alterações de relevância, mantendo as recomendações que se encontravam em vigor à data da implementação da IPM.

3.2. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

Na UCIC quase a totalidade dos utentes internados possui um acesso venoso periférico puncionado, quer para administração de terapêutica, quer para assegurar o aporte hídrico necessário para manter o equilíbrio hidroeletrólítico da pessoa em situação crítica, o qual pode ser necessário corrigir rapidamente. Por a administração endovenosa (EV) ser a via de administração de eleição de fármaco para reverter uma emergência, pois trata-se da via em que os fármacos têm o efeito mais rápido. A necessidade de uma via que permita fornecer à pessoa em situação crítica medicação que tenha uma biodisponibilidade de 100%, que lhe permita chegar a todo o organismo faz da via EV a forma de administração privilegiada na situação crítica.

Assim foi definido como principal objetivo avaliar os cuidados de enfermagem prestados no manuseamento dos DIV's para redução dos riscos do utente em situação crítica. Dentro do objetivo geral apresentado, foram definidos três objetivos específicos, sendo os mesmos: avaliar a abordagem do manuseamento dos DIV's na UCIC, no âmbito da prevenção; facilitar a introdução de medidas preventivas de complicações na prática diária no manuseamento e manutenção dos DIV's; contribuir para a diminuição das complicações associadas ao manuseamento do DIV.

3.3. DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS

No início do Estágio Final foi realizada uma reunião em conjunto com a Enfermeira Responsável pelo serviço de Cardiologia, tendo sido discutidas várias temáticas a explorar, tendo-se chegado à conclusão de que uma intervenção ao nível dos cuidados com o cateter venoso periférico teria um impacto imediato ao nível da segurança do utente, no âmbito da prevenção da infeção, garantindo assim a sua implementação na prática diária de enfermagem. A temática a explorar foi, de seguida, apresentada ao Enfermeiro Supervisor de estágio, tendo o mesmo considerado como uma mais-valia, visto se tratar de uma necessidade do serviço e de um aspeto em que os cuidados de Enfermagem prestados poderiam melhorar, quer em termos de qualidade, quer de segurança para o utente.

Após a seleção da área a trabalhar, foi entregue a proposta de projeto de estágio à Universidade de Évora (Apêndice E), com posterior pedido de parecer à Comissão de Ética da referida Universidade (Apêndice D), obtendo-se parecer positivo na Comissão. Após a obtenção de todas as permissões foi estabelecido um plano de intervenção, definido por um cronograma (Apêndice C) no qual foram determinados todos os passos que deveriam ser dados para a obtenção do objetivo final, que passaria pelo estudo das implicações nos cuidados prestados ao utente portador de cateter venoso periférico.

Seguidamente foi realizado uma identificação de necessidades de intervenção na UCIC após uma observação das práticas diárias dos enfermeiros prestadores de cuidados diretos aos utentes da referida unidade, tendo essa observação sido realizada durante duas semanas pelo mestrando. Após a análise dos resultados da observação identificada a existência de défice relativamente ao padrão de cuidados praticados naquela unidade, relativamente aos cuidados com o acesso venoso periférico. A especificidade da situação em que o utente em situação crítica se encontra e o risco inerente à mesma, faz com que o utente em situação crítica seja mais suscetível a mais eventos críticos, tais como agudizações da sua situação clínica ou que resultem de iatrogenia.

Foi estabelecido um estudo observacional para obtenção quer da avaliação inicial das práticas, quer da avaliação dos efeitos da intervenção na prática diária dos enfermeiros, após ter sido realizada a formação baseada na primeira observação, e que na qual foram determinados quais as principais práticas a mudar. Foi fornecido um consentimento informado (Apêndice Bs), no qual os enfermeiros assentiam serem observados na sua prática, para efeito de recolha de dados.

A utilização da Metodologia de Projeto, em conjunção com a MBPE, foi de grande importância na estruturação do projeto de intervenção, pois permitiu seguir uma linha condutora, não só do pensamento, como da forma de desenvolvimento do trabalho de investigação a realizar. A Metodologia de Projeto está direcionada para a resolução de problemas reais e pertinentes para quem os levanta, por forma a atingir a solução para os problemas identificados, procedendo-se à recolha de dados, que posteriormente serão tratados para obter um resultado com o qual se consiga relacionar a população interessada (Rangel e Gonçalves, 2011).

A Metodologia de Projeto está dividida em várias fases, através das quais todo o processo deve passar para atingir o objetivo final de resolver o problema identificado. De acordo com Ruivo, Ferrito e Nunes (2010) a metodologia de projeto possui 5 fases: diagnóstico da situação; planificação das atividades a desenvolver; execução das atividades desenvolvidas; e avaliação dos dados obtidos; e finalmente a divulgação de resultados. Estas fases apesar de decorrem linear e sequencialmente, não existem independentemente umas das outras, ocorrem simultaneamente, interligando-se e influenciando-se mutuamente, não sendo estanques em si (Mateus, 2020). Todo o trabalho desenvolvido é baseado na pesquisa e investigação, o que lhe confere um carácter sistemático e participativo, permitindo assim que os elementos a quem esse projeto se destina sejam proativos e integrados no projeto como sujeito ativo (Ruivo, Ferrito e Nunes, 2010).

Em similaridade a Metodologia de Projeto, o MPBE também aborda as temáticas por várias fases, nas quais são avaliadas as questões em estudo, identificando as problemáticas a serem intervencionadas e quais os resultados esperados dessas intervenções, com posterior pesquisa e recolha da melhor evidência científica que permita uma base sólida que justifique as alterações sugeridas (Rosswurm e Larrabee, 1999).

Inicialmente procedeu-se à identificação do problema a tratar, assim como da estratégia a abordar para a resolução desse problema. A determinação da estratégia que se irá desenvolver deverá entender a complexidade do problema a tratar, pois o problema não se trata de uma questão unidimensional, mas sim complexa e com diversas particularidades, que poderão dificultar o seu tratamento. A avaliação do problema em relação a todas as suas vertentes recorrendo a uma avaliação SWOT (Tabela 4) permitiu verificar se essa problemática realmente teria de ser tratada. A utilização da análise SWOT acaba por ser uma decisão razoável, pois trata-se de uma ferramenta de avaliação de fácil compreensão, podendo ser utilizada em diversos níveis organizacionais e em diversos graus de complexidade da situação em estudo, assim como ser de fácil transmitir a informação a outros elementos (Sarsby, 2016). Sarsby (2016) identifica como pontos fracos da análise SWOT que a qualidades dos dados obtidos podem originar generalizações, assim como a forma como esses dados foram obtidos pode condicionar a qualidade da análise, dando origem a uma má análise, assim como a identificação errada de fatores, condicionando a escolha de estratégia.

Tabela 4- Análise SWOT

	Fatores Positivos	Fatores Negativos
Fatores Internos	<ul style="list-style-type: none"> - Equipa de enfermagem motivada e que procura o conhecimento mais recente; - Projeto aprovado pela enfermeira gestora, enfermeiro supervisor e pela equipa de enfermagem do serviço; - Ganhos em saúde referentes à diminuição de infeções decorrentes de infeções originadas por cateteres venosos periféricos; - Ganhos em saúde referentes ao aumento de segurança relativo ao acesso venoso periférico; - Sem custos associados 	<ul style="list-style-type: none"> - Fraca adesão por parte de alguns elementos da equipa de enfermagem; - Carga de trabalho elevada; - Ratio enfermeiro/utente desadequado

Fatores Externos	<ul style="list-style-type: none"> - Otimização e uniformização dos cuidados de enfermagem prestados ao utente; - Otimização da qualidade e segurança dos cuidados realizados; - Reduzida formação/atualização existente sobre os dispositivos intravenosos periféricos 	<ul style="list-style-type: none"> - Excesso de horas de trabalho; - Janela temporal limitada para implementação do projeto
------------------	--	---

Fonte: próprio

A análise da situação não é um momento estanque, permitindo que ocorram alterações ao longo do processo, permitindo servir de ponto de comparação para avaliar se as alterações implementadas foram bem-sucedidas ou não (Ruivo, Ferrito e Nunes, 2010; Rosswurm e Larrabee, 1999).

Procedeu-se então à realização de grelhas de observação (Apêndice A) dos atos de enfermagem realizados na prática diária, referentes à punção, manutenção e manuseamento de acesso venoso periférico relativamente ao utente em situação crítica. Essas grelhas seriam utilizadas na observação dos atos de enfermagem referentes aos acessos venosos periféricos, sendo que nelas iriam ser registados todos os passos considerados pertinentes para a segurança do acesso venoso periférico.

A definição dos objetivos decorre após a formulação do problema, por forma a estruturar e identificar quais os resultados esperados, com a utilização de uma linguagem padronizada, de fácil interpretação, onde estejam bem definidos os resultados esperados. O recurso a uma linguagem sistematizada, compreensível, utilizando evidência científica para justificar e determinar quais as medidas a implementar, tendo em considerações os objetivos delineados anteriormente (Ruivo, Ferrito e Nunes, 2010; Rosswurm e Larrabee, 1999).

Após uma análise dos resultados da observação realizada, foram identificados quais os atos de enfermagem que mais vezes não respeitavam o preconizado pelas *guidelines* emanadas pelo CDC, pelo ECDC e pela DGS, relativamente aos acessos venosos periféricos. Foi então preparada uma ação de formação que incidisse sobre as *guidelines* vigentes acerca do

manuseamento de acesso venosos, com especial atenção aos cuidados com o acesso venoso periférico. A ação de formação foi o método escolhido para transmitir o conhecimento aos elementos da equipa de enfermagem pois, como foi realçado por Ferreira (2015), permitir que ocorra a mudança de atitudes de trabalho, desenvolvimento de capacidades de trabalho e desenvolvimentos de conceitos. Ferreira (2015) refere também que a formação permite que os participantes adquiram e melhorem os conhecimentos, as competências e comportamentos utilizados nas suas funções, com manifesto reflexo na qualidade dos cuidados. A formação em serviço permite que ocorra uma atualização de conhecimentos, inserida no contexto laboral, estando também associada à motivação dos elementos intervenientes, e ao planeamento e desempenho do elemento responsável pela formação (Relvas, 2018).

A evidência atual continua a apoiar esta linha de intervenção, pois Izaguires et al. (2022) constataram que a realização de formações que integrem e relacionem as componentes da prática diária e do conhecimento científico, produzem ganhos em termos da qualidade dos cuidados prestados, sendo de especial importância a participação dos profissionais de saúde, os quais possam partilhar as suas experiências, criando assim um ambiente que permite uma maior adesão às alterações propostas, o que se manifesta na segurança para o utente. Já Marques (2021) refere que é através da formação em serviço que se processa o confronto entre a teoria e a prática, através da renovação e conhecimentos, dando ênfase à componente prática da prática de Enfermagem.

3.4. PLANEAMENTO E EXECUÇÃO

A população em estudo tratou-se da equipa de enfermagem que exercia a sua prestação de cuidados na UCIC durante o período em que se realizou a intervenção. A sua caracterização encontra-se descrita previamente neste documento, pelo que pode afirmar que se trata de uma população com um nível diferenciado de conhecimentos, com já alguns anos de experiência na prestação de cuidados de enfermagem, em específico na área da Cardiologia.

Foi realizada uma amostragem não probabilística dos elementos da equipa de enfermagem, tendo sido observados os enfermeiros que estavam a prestar cuidados de

enfermagem num determinado turno, durante dezasseis turnos, sendo que oito turnos seriam previamente à IPM, e oito após a realização da IPM. Durante os turnos em que decorreriam observações foi observado um enfermeiro por turno. A amostragem não probabilística permite analisar um grupo de elementos pertencentes a uma determinada população, embora seja menos representativa que as amostras probabilísticas (Fortin, 2009). Os dados recolhidos decorrentes da observação foram obtidos de uma amostragem accidental, pois incidia sobre os enfermeiros que num determinado momento estava a exercer funções num determinado turno. A escolha dos enfermeiros a serem observados foi aleatória, dependendo da equipa que se encontrava alocada à UCIC aquando da presença do investigador. Isso permitiu que não fosse realizada a escolha específica de enfermeiros a serem observados, por forma a evitar que os resultados fossem enviesados e que a escolha de observação recaísse sempre sobre os mesmos elementos da equipa de enfermagem. Isso é reforçado por Berger *et al.* (2021) que referem que a randomização é essencial à realização de estudos, pois os estudos observacionais têm uma predisposição a viés. Referem também que a randomização permite mitigar, mas não eliminar, o viés da seleção dos indivíduos a serem observados e por permitir o tratamento dos grupos observados relativamente variáveis de confusão conhecidas e não conhecidas. No entanto, os dados obtidos não podem ser generalizados à população em estudo, neste caso a equipa de enfermagem na sua totalidade.

Foi estabelecido um estudo observacional longitudinal prospetivo, que permitiu avaliar as atitudes dos enfermeiros na punção, colocação e manuseamento do cateter venoso periférico ao longo de uma janela temporal específica, que correspondeu ao período em que decorreu o estágio. Foram realizadas observações preliminares, com o objetivo de analisar os comportamentos e atitudes dos enfermeiros ao utente com acesso venoso periférico, assim como manuseiam o acesso venoso periférico. Foi realizada uma análise dos dados obtidos e, comparando-os com as recomendações nacionais e internacionais, estabelecidos quais os aspetos que deveriam ser dados ênfase durante a ação de formação, na qual seriam expostas as intervenções a melhorar e quais as intervenções a realizar. Após a ação de formação foi realizado um posterior período de observações, adquirindo dados para posteriormente compará-los com os dados adquiridos antes da ação de formação.

A escolha de um estudo observacional facilitou a elaboração do protocolo de intervenção durante a duração do estágio clínico, pois permitiu recolher dados iniciais acerca

das práticas usuais dos elementos da equipa de enfermagem da UCIC, com posterior identificação de quais as práticas incorretas ou suscetíveis de ser alteradas, por forma a garantir a segurança do utente. Isso é suportado por Laura Lee Johnson (2012), que indica que os estudos observacionais permitem que o investigador avalie a distribuição de características ou eventos numa população, sem interferir com os participantes no estudo e obtendo assim dados.

Foram observados os comportamentos dos enfermeiros na prestação de cuidados ao utente em situação crítica, na qual eram avaliados se o enfermeiro cumpria os passos de higienização das mãos ao longo de todos os passos da administração de terapêutica, assim quais os cuidados que tinha com todas as componentes do acesso venoso periférico, quer na sua manutenção, quer durante a administração de fármacos. A observação foi realizada pelo elemento que delineou e idealizou esta IPM, tendo a mesma sido realizada durante 6 semanas, durante a duração dos turnos que foram realizados na UCIC. A observação decorria sem intervenção por elemento na prática clínica dos elementos observados, os quais não se deveriam aperceber que se encontravam a ser observados.

Após terem sido analisados os dados recolhidos, foi realizada uma formação em serviço em que foi dado ênfase aos atos de enfermagem que não cumpriam as indicações das *guidelines*. Essa ação de formação foi replicada perante vários elementos da equipa de enfermagem, tentando abranger o máximo de elementos possível, facilitando assim a transmissão da informação pela equipa de enfermagem.

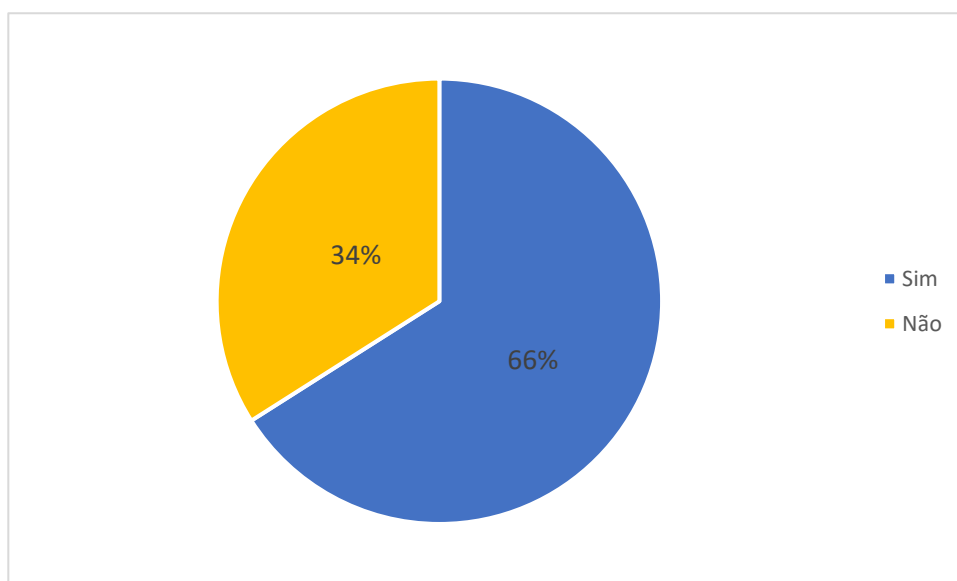
Após a realização da ação de formação, foram reiniciadas as observações dos enfermeiros durante os três momentos em estudo dos acessos venosos periféricos. Foi utilizada a mesma grelha de avaliação de observação que fora utilizada nas observações avaliatórias.

Após a observação, foram identificadas as áreas que mais apresentavam discrepâncias relativamente ao preconizado pelas normas vigentes e na quais iria incidir o foco da formação ministrada aos enfermeiros da UCIC. Essa formação foi realizada em 2 momentos distintos, pois a sessão inicial apresentou uma fraca adesão por parte dos enfermeiros, tendo apenas 13 enfermeiros assistido à sessão de formação, de um total de 29 (n=29), perfazendo 45% do total de elementos da equipa de enfermagem. Posteriormente foram realizadas sessões informais

de formação, de modo a fazer conseguir fazer a formação ao máximo possível de elementos da equipa de enfermagem.

Previamente à ação de formação foi realizado um inquérito em que eram abordadas várias vertentes foi realizado um inquérito no qual eram abordadas algumas temáticas acerca dos cuidados de enfermagem com o acesso venoso periférico, por forma a verificar quais os conhecimentos existentes previamente à observação e ação de formação. Aí verificou-se se os profissionais de enfermagem realizavam pesquisa da última evidência científica para aquisição e atualização de conhecimentos (Gráfico 1).

Gráfico 1 - Pesquisa para atualização de conhecimentos científicos



Fonte: dados retirados dos questionários aplicados

Após a realização da ação de formação foi verificado qual o grau de satisfação dos elementos participantes na ação de formação, pois, como foi referido por Velada (2007), através da análise é possível verificar se os objetivos da ação foram alcançados e se os conhecimentos adquiridos são passíveis de serem transpostos para a prática diária. Os dados obtidos estão explanados no Gráfico 2.

Gráfico 2 – Avaliação da satisfação dos participantes na ação de formação

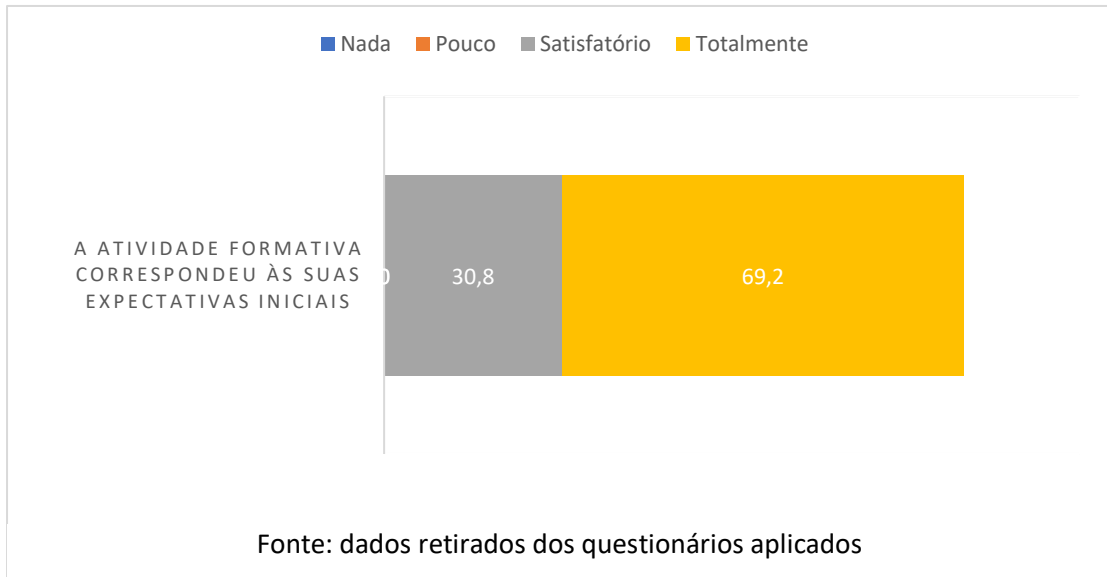


Gráfico 3- Resumo de avaliação da sessão de formação

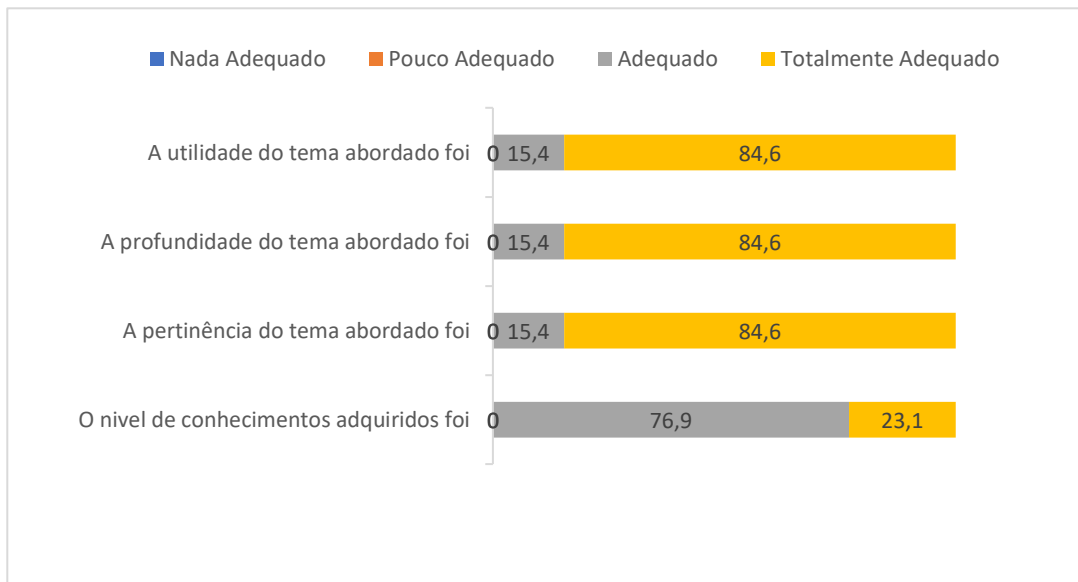
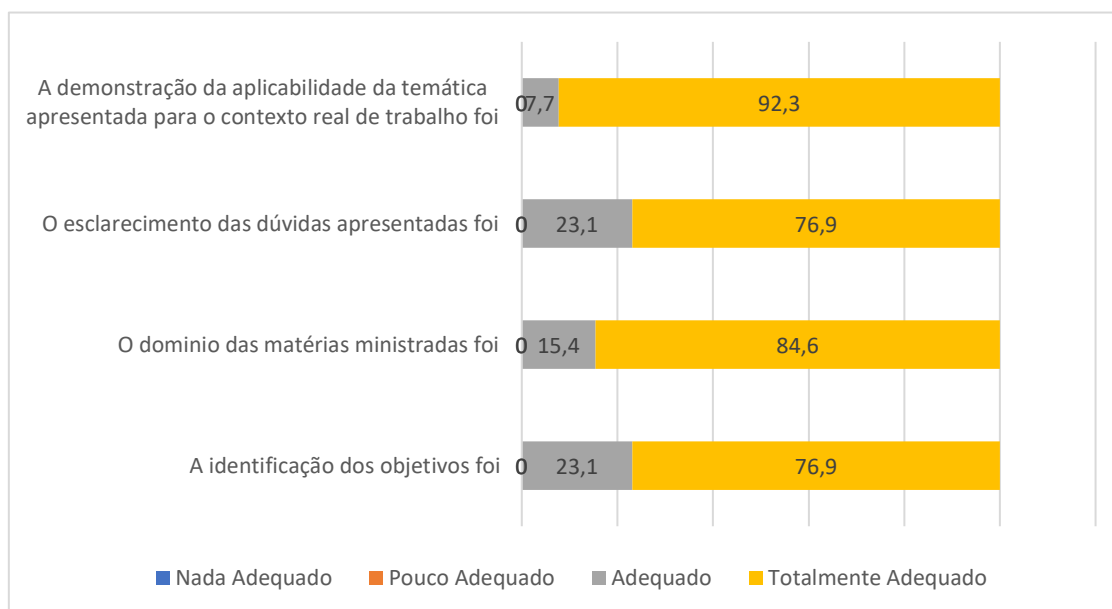


Gráfico 4 - Resumo de avaliação da sessão de avaliação



Fonte: dados retirados dos questionários aplicados

No final da sessão foi realizada uma avaliação da satisfação dos elementos que assistiram à referida ação de formação, sendo abordadas três vertentes: conteúdos da formação, desempenho do formador e organização da ação formativa.

Relativamente à avaliação global da referida ação 69.2% dos participantes referiram que a ação de formação foi totalmente de encontro às suas expectativas iniciais. Os participantes na ação de formação, relativamente aos conteúdos formativos da mesma, indicaram que, para 84.6% dos participantes, o tema da formação era pertinente era totalmente adequado à sua prática, sendo também essa parcela dos participantes na ação de formação que consideraram que a profundidade e a utilidade do tema abordado foram totalmente adequadas.

Acerca do desempenho do formador, 84.6% dos elementos da equipa de enfermagem que assistiram à ação formativa avaliaram que o domínio do formador da temática como totalmente adequado, enquanto 92.6% dos formandos referiu que a aplicabilidade da temática ao contexto de prática clínica foi totalmente adequada. Acerca da organização da ação de formação a totalidade dos formandos referiu que a duração da ação formativa foi totalmente adequada, e 84.6% dos formandos referiu que os suportes pedagógicos foram totalmente adequados.

3.5. AVALIAÇÃO

Após os dados terem sido colhidos foram tratados com recurso a uma plataforma informática que permitiu criar relações entre as observações antes e após a intervenção relaciona com os acessos venosos periféricos, encontrando-se os mesmos descritos nas tabelas seguintes.

Tabela 5-Observações realizadas acerca da punção venosa na UCIC

Punção de Acesso Venoso	Pré-Formação (n=8)		Pós Formação (n=8)	
	Sim	Não	Sim	Não
Procedeu à higienização das mãos antes do procedimento	87,5	12,5	100	
Informou utente acerca do procedimento	100		100	
Utilizou Equipamento de Proteção Individual	100		100	
Luvas não esterilizadas	100		100	
Ocorreu contacto com a pele após aplicação de antisséptico	50	50	25	75
Desinfecção da Pele com compressa embebida em antisséptico	12,5			
Utilização de movimentos circulares do centro para a periferia		12,5		
Desinfecção da Pele com Aplicação de desinfetante em spray	87,5		100	
Deixou secar antisséptico cutâneo		82,5	62,5	37,5
Comunicação durante o procedimento com o utente	100		100	
Colocação de cateter venoso adequado à situação	100		100	
Fixação do cateter venoso periférico com utilização de material esterilizado	100		100	
Penso Transparente	100		100	
Cumpriu princípios de assepsia durante todo o procedimento	62,5	37,5	100	
Removeu as luvas no final do procedimento	100		100	
Procedeu à higienização das mãos após procedimento	62,5	37,5	100	
Procedeu ao registo de tipo de cateter	62,5	37,5	100	
Procedeu ao registo de localização anatómica da punção	75	25	75	25
Procedeu ao registo de intercorrências durante o procedimento	37,5	62,5	62,5	37,5

Fonte: próprio

Nota: os valores apresentados são representados em %

Tabela 6- Observações realizadas acerca da administração de terapêutica endovenosa na UCIC

Administração de terapêutica	Pré-Formação (n=7)		Pós-Formação (n=8)	
	Sim	Não	Sim	Não
Procedeu à higienização das mãos antes da preparação da terapêutica	100		100	
Identificou o utente	100		100	
Informou utente acerca do procedimento	100		100	
Utilizou Equipamento de Proteção Individual	57	43	100	
Luvas não esterilizadas	57		100	
Comunicação com o utente durante o procedimento	100		100	
Cateter Obturado: Procedeu à desinfeção do dispositivo de acesso intravascular com solução antisséptica previamente à administração de terapêutica	71,4		12,5	25
Torneira três via: procedeu à desinfeção do dispositivo de acesso intravascular com solução antisséptica previamente à administração de terapêutica		28,6	37,5	25
Utilização de material esterilizado	100		100	
Sistema de soro identificado com data de colocação \leq 4 dias	43	57	62,5	
Removeu as luvas no final do procedimento	57		100	
Procedeu à higienização das mãos após procedimento	100		100	
Procedeu ao registo de Validação da Administração	86	14	100	
Procedeu ao registo de Intercorrências durante o procedimento	57	43	62,5	37,5

Fonte: próprio

Nota: os valores apresentados são representados em %

Tabela 7- Observações realizadas acerca da manutenção do cateter venoso periférico na UCIC

Manutenção de acesso venoso periférico	Pré-Formação (n=8)		Pós-Formação (n=8)	
	Sim	Não	Sim	Não
Procedeu à higienização das mãos antes da preparação da terapêutica	87,5	12,5	100	
Informou utente acerca do procedimento	100		100	
Utilizou Equipamento de Proteção Individual	87,5	12,5	87,5	12,5
Luvas não esterilizadas	87,5	0	87,5	
Comunicação com o utente durante o procedimento	100		100	
Avaliação do penso de suporte da punção venosa	100		100	
Substituído o penso de suporte da punção venosa	50	50	100	
Utilização de tampa <i>Luer</i> para proteção do obturador durante o banho	25	37,5	12,5	62,5
Avaliação do local de punção venosa	100	0	100	
Evidência de sinais de flebite		100	12,5	75
Removeu luvas no final do procedimento	87,5	0	87,5	
Procedeu à higienização das mãos após procedimento	75	25	87,5	12,5
Procedeu ao registo de tipo de cateter	62,5	37,5	100	
Procedeu ao registo de localização anatómica da punção	37,5	62,5	100	
Procedeu ao registo de Intercorrências durante o procedimento	12,5	87,5	50	37,5

Fonte: próprio

Nota: os valores apresentados são representados em %

Relativamente à punção de acesso venoso, a avaliação dos dados permitiu verificar que a higienização das mãos antes do momento da punção ocorreu em 87,5% das observações, e a higienização das mãos após a punção do acesso venoso ocorreu em 62,5%, verificando uma redução da adesão relativamente ao início do procedimento. No entanto a higienização das mãos apresentou uma adesão plena após ação de formação, quer no início quer após a punção do acesso venoso periférico. Isso vai de acordo com os números obtidos por Johnson et. al. (2014), no qual a adesão à higienização das mãos inicial era mais baixa do que após uma formação realizada sobre a higienização das mãos em 3 hospitais diferentes. O comunicar ao utente qual o procedimento a realizar, a utilização de equipamento de proteção individual (EPI), nomeadamente luvas não esterilizadas, apresentou uma frequência total em todas as observações, quer pré e pós formação. Relativamente à desinfeção da pele antes da punção, em metade das observações os enfermeiros contaminaram o local de punção, pois contactaram com a pele após a aplicação do antisséptico sem utilização de material esterilizado. Esse valor verificou uma melhoria após a formação, em que 75% das punções observadas não houve contacto com a pele desinfetada. A aplicação do antisséptico ocorreu apenas numa situação (12,5%) com recurso a compressa impregnada com antisséptico, mas, no entanto, não ocorreu a utilização de movimentos circulares desde o centro para a periferia do local a punccionar. Na quase totalidade (87,5%) das práticas observadas previamente à formação ocorreu a aplicação de antisséptico em *spray* na pele, mas em nenhuma o enfermeiro permitiu que o desinfetante secasse. Após a formação a prática da utilização da compressa esterilizada foi abandonada, tendo todos os enfermeiros aplicado o antisséptico diretamente na pele, apesar de apenas 62,5% terem deixado o antisséptico secar.

A comunicação com o utente, a escolha de cateter adequado à situação clínica do utente, o recurso a pensos esterilizados transparentes, e a remoção do EPI após a punção do acesso, esteve presente em todos os momentos observados, quer antes, quer após a formação, o que demonstra que estes princípios estão bem presentes na prática dos enfermeiros. Já o cumprimento dos princípios de assepsia durante a punção do cateter venoso periférico não se verificou em 37,5% das situações prévias à formação, apresentando uma adesão completa (100%) a esta prática após a formação. Relativamente aos registos realizados acerca dos procedimentos, verificou-se que após a formação foi referido o tipo de cateter utilizado em todos os registos, mas apenas em 75% a localização anatómica do mesmo e apenas 62,5% referiram se ocorreram intercorrências durante o mesmo.

Relativamente à administração de terapêutica, em similaridade com a punção de acesso venoso, em todos os momentos observados ocorreu a higienização das mãos antes da preparação de terapêutica e da administração da mesma, o utente foi identificado inequivocamente e informado acerca do ato que ia ser realizado. Essa constância ocorreu quer antes quer depois da realização da formação.

No momento de administração de terapêutica a utilização de EPI por parte dos enfermeiros verificou-se em apenas 57% das práticas observadas, sendo que utilizaram luvas não esterilizadas, passando a utilizar EPI em todas as situações de administração de terapêutica observadas após a realização da formação, na qual a não utilização de EPI foi apontada como uma das falhas verificadas na prática. Esses números espelharam-se na remoção das luvas no final do procedimento também, sendo que todos os enfermeiros que utilizaram EPI o removeram após a administração de terapêutica, apresentando exatamente os mesmos valores. Nas situações em que a administração da terapêutica ocorreu num cateter que possuía um obturador verificou-se que todas as administrações ocorreram após uma desinfecção prévia da porta de administração com antisséptico. No entanto, após a formação, verificou-se uma inversão dos dados, já que apenas numa situação (12,5%) foi realizada a desinfecção do obturador antes da administração de terapêutica. Relativamente à administração de terapêutica com o recurso de torneiras de 3 vias em nenhum momento inicial se verificou a desinfecção da porta de administração de terapêutica. Após a formação verificou-se que em 37,5% das administrações foi realizada desinfecção da porta de administração, embora se tenham verificado que 25% das administrações decorreram sem desinfecção prévia da porta de administração.

Em todas as situações da prática que foram observadas, quer antes, quer depois da formação, utilizaram material esterilizado e de utilização única. Em contrapartida em 57% das situações foi observado que os sistemas de soros utilizados não apresentavam identificada a data de colocação, ou estavam a ser utilizados há mais de 4 dias consecutivos. Esses números inverteram-se após a formação, verificando-se que em 62,5% das situações observadas apresentavam os sistemas de soros identificados e com datas de utilização inferior a 4 dias.

Nos registos de enfermagem a validação da terapêutica administrada na plataforma própria ocorreu em 86% das situações previamente à formação e em todas as situações analisadas após a formação. No entanto, o registo de intercorrências no decurso da

administração de terapêutica manteve valores similares quer antes, quer após a realização da formação à equipa de enfermagem (57% vs 62,5%).

Na abordagem da manutenção dos acessos venosos periféricos os enfermeiros observados mantiveram a persistência dos resultados verificados nos aspetos observados anteriormente, verificando-se que 87,5% dos enfermeiros tivessem higienizado as mãos antes de realizarem a manutenção dos acessos venosos periféricos, enquanto a totalidade dos momentos observados após a formação foram precedidos de higienização das mãos. Após o procedimento, no entanto, verificou-se um decréscimo para 75% e 87,5% na higienização das mãos após o procedimento, antes e depois da formação. A utilização de EPI, nomeadamente de luvas não esterilizadas, apresentou os mesmos valores, quer antes quer após a formação, demonstrando pouca mudança de atitude por parte dos enfermeiros relativamente a esta situação. Na manutenção do acesso venoso periférico verificou-se que se manteve a toada de resultados, verificando-se que todos os profissionais (100%) informaram o utente acerca do procedimento que iriam realizar. Na duração do procedimento verificou-se que todos (100%) os enfermeiros avaliaram o penso de suporte do cateter venoso assim como o local de punção venosa, apenas evidenciando sinais de flebite um dos cateteres avaliados (12,5%), tendo sido a sua ocorrência após a formação. Os enfermeiros procederam à substituição dos pensos de suporte em metade dos momentos observados antes da formação, tendo passado a substituir todos os pensos de suporte em todos os momentos observados após a formação. A comunicação com o utente esteve presente ao longo de todo o procedimento, quer antes quer após a formação, na qual se ia explicando cada passo que iria ser dado. No entanto verificou-se que, durante os cuidados de higiene dos utentes, apenas 25% dos utentes apresentava uma tampa a proteger o obturador. Esse número viria a ver um agravamento após a formação em que apenas um (12,5%) apresentava a tampa a proteger o obturador durante os cuidados de higiene. No final do procedimento, constatou-se que 87,5% enfermeiros removeram as luvas, quer antes quer depois da formação. Em contrapartida verificou-se que o enfermeiro que não utilizara luvas, no final do procedimento também não procedeu à higienização das mãos.

Relativamente aos registos de enfermagem previamente à formação verificou-se que não era registado o local anatómico onde se encontrava o cateter venoso em 62,5% das situações, assim como não eram registadas a ocorrência de intercorrências durante o procedimento (87,5%). Após a formação verificou-se que a localização dos cateteres venosos

passou a figurar nos registos de enfermagem em todos os registos de enfermagem analisados. No entanto, apenas em metade dos registos existia a referência se tinha ocorrido alguma intercorrência durante o procedimento.

Nas observações da punção de acesso venoso periférico após as ações de formação verificou-se uma melhoria na higienização das mãos prévia ao procedimento, mantendo a plenitude relativamente às informações dada ao utente antes do procedimento e utilização de equipamento de proteção individual (EPI), nomeadamente luvas. No entanto persistiu a utilização de luvas não esterilizadas, em detrimento das luvas esterilizadas, verificando-se que 1 em cada quatro dos enfermeiros observados tocou na pele do utente após a ter aplicado o antisséptico, o que constitui não cumprimento das normas de antisepsia.

Relativamente à desinfecção da pele observou-se que a totalidade dos enfermeiros aplicou o antisséptico diretamente na pele, tendo os enfermeiros abandonado a aplicação de antisséptico em compressa e assim friccionar a pele. No entanto, apenas 5 enfermeiros permitiram o desinfetante secar após o contacto com a pele, existindo 3 enfermeiros que iniciaram o procedimento com a pele ainda com vestígios de desinfetante.

Apesar de terem sido observadas não conformidades relativamente às recomendações das *guidelines*, foi observado que em todas as observações realizadas foi estabelecida comunicação com todos os utentes durante os procedimentos, assim como foi utilizado o cateter de calibre adequado à situação clínica do utente. A fixação do cateter à pele foi realizada em todas as situações usando adesivo transparente, mantendo a esterilidade do material antes da sua colocação, cumprindo os princípios de assepsia. Foi também presenciado e registado que todos os enfermeiros removeram as luvas e seguidamente procederam à higienização das mãos no final do procedimento. Nos registos de enfermagem relativos às punções de acessos venosos periféricos constatou-se que todos registaram o calibre do cateter utilizado, no entanto apenas seis registaram a localização do local de punção e onde o cateter ficou localizado, e apenas cinco registaram se ocorreram intercorrências durante o procedimento.

Os atos que foram observados que envolviam administração de terapêutica demonstraram que, relativamente aos cuidados de higienização das mãos prévios à administração de terapêutica, os enfermeiros continuam a ter bem presente nos a importância

da higienização das mãos, pois todos higienizaram as mãos antes de procederem à administração de terapêutica. A segurança do utente também esteve sempre presente, pois todos os enfermeiros identificaram o utente antes de procederem à administração da terapêutica aos utentes, assim como informaram o utente acerca do procedimento que iria ser realizado, garantindo assim um incremento da segurança para o utente.

Verificou-se um incremento da utilização de EPI por parte dos enfermeiros durante a administração de terapêutica, recorrendo sempre a luvas não esterilizadas. Verificou-se também uma manutenção da comunicação durante a administração de terapêutica, que contribui para o aumento da segurança do utente, pois torna-o importante e uma parte ativa na prevenção e despiste de complicações e efeitos adversos. Foi observado também que a desinfeção dos dispositivos de acesso intravascular não era realizada adequadamente antes da administração de terapêutica endovenosa, quer se encontrasse presente um obturador, quer fosse uma torneira de três vias. Verificou-se então que nos 8 momentos observados, apenas quatro realizaram a desinfeção do dispositivo de acesso vascular, enquanto os restantes procederam à administração de terapêutica, sem desinfeção prévia do dispositivo. No entanto verificou-se que todos os profissionais observados utilizaram material esterilizado na preparação e administração da terapêutica pelo acesso venoso periférico, assim como removeram as luvas no final do procedimento e seguidamente higienizaram as mãos com solução desinfetante de base alcoólica. Nos utentes que se encontravam a realizar fluidoterapia, evidenciou-se a presença da data de colocação do sistema de perfusão e que os mesmos sem encontravam colocados há menos de 4 dias. Relativamente aos registos, todos os profissionais procederam à validação da terapêutica na plataforma informática correspondente, mas apenas cinco registaram nos registos a presença ou ausência de intercorrências durante a administração da terapêutica.

Na manutenção do acesso venoso periférico verificou-se que se manteve a toada de resultados, verificando-se que todos os profissionais higienizaram as mãos antes de procederem à avaliação do acesso venoso periférico, assim como informaram o utente acerca do procedimento que iriam realizar. No entanto verificou-se que um enfermeiro não utilizou EPI, nomeadamente luvas, tendo a esmagadora maioria utilizado luvas não esterilizadas, em detrimento das luvas esterilizadas. Na duração do procedimento verificou-se que todos os enfermeiros avaliaram o penso de suporte do cateter venoso assim como o local de punção

venosa, apenas evidenciando sinais de flebite um dos cateteres avaliados. Os enfermeiros procederam à substituição dos pensos de suporte em todos os momentos observados, comunicando com o utente ao longo do ato e explicando cada passo que iria ser dado. No entanto verificou-se que, durante os cuidados de higiene dos utentes, apenas uma observação apresentava uma tampa a proteger o obturador. No final do procedimento, constatou-se que sete enfermeiros removeram as luvas e procederam à higienização das mãos. Em contrapartida verificou-se que o enfermeiro que não utilizara luvas, no final do procedimento também não procedeu à higienização das mãos.

3.6. DIVULGAÇÃO DE RESULTADOS

Após a análise dos resultados obtidos, é necessário verificar se os objetivos estabelecidos inicialmente foram atingidos com a intervenção, pois para além de se avaliar a qualidade da intervenção que foi realizada, traça-se o caminho de novas intervenções ou de novos rumos que se podem tomar para abordar a questão em estudo (Ruivo et. al., 2010). A verificação dos objetivos planeados terem sido atingidos é obtida com recurso à análise dos dados recolhidos, e qual o seu impacto no contexto da prática diária dos profissionais de enfermagem. Rosswurm e Larrabee (1999) suportam a ideia de que a divulgação de resultados deve ser concisa, e demonstrem quais os benefícios previstos para o contexto estudado, devendo ser identificada qual a evidência que suporta os resultados apresentados. Rosswurm e Larrabee referem também que a comunicação dos resultados deve ser realizada através de apresentações às equipas, com conseqüente monitorização dos resultados na prática diária (1999).

Ao longo do Estágio Final constatou-se que os profissionais de enfermagem possuíam conhecimentos e comportamentos relativos aos cuidados relativos ao acesso venoso periférico, assegurando a segurança dos cuidados ao utente, embora existissem áreas de melhoria, melhoria essa que ocorreu após a ação formativa. Após a ação formativa verificou-se uma consciencialização por parte dos elementos de enfermagem relativa às falhas na segurança do utente, com mobilização dos conhecimentos baseados na evidência científica na sua prática diária.

Como foi referido anteriormente o processo através do qual o conhecimento científico adquire praticabilidade e passa para a prestação de cuidados decorre lentamente, no entanto Flodgren *et al.* (2019) verificaram que vários estudos indicavam que ele pode ser facilitado por profissionais que desempenhem o papel de líderes e de condutores de opinião que orientem os restantes elementos a desempenharem uma PBE. Assume assim o EEEPSC um papel de preponderância na implementação da PBE, pois trata-se de um elemento que possui conhecimento e o utiliza na sua prática diária, o que permite que sirva de veículo facilitador e transmissor de conhecimento aos restantes profissionais.

Os resultados obtidos da IPM foram apresentados através da elaboração deste relatório público, o qual será colocado disponível para consulta pública, e dado a conhecer à equipa de enfermagem através da entrega do mesmo à enfermeira gestora da respetiva unidade.

4. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

Neste capítulo ocorrerá a avaliação das atividades desenvolvidas ao longo dos Estágios com vista a adquirir as competências Comuns de Enfermeiro Especialista e as Competências Específicas da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

Competência, segundo Neves, Garrido & Simões (2015), é a capacidade do indivíduo de escolher e de aplicar os comportamentos adequados perante situações específicas, atingindo um objetivo. Ao longo de todo o percurso profissional se vão adquirindo competências, baseadas em ambientes formais e informais (Cruz & Schultz, 2009).

4.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

A OE estabelece no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista que competências comuns são

“as competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de concepção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efectivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria.” (OE, 2011a, p. 8649).

As competências comuns englobam os domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua de qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais, os quais foram explorados durante o Estágio Final através das atividades realizadas. Esses domínios devem orientar a prática diária do enfermeiro especialista, por forma a assegurar uma prática de enfermagem de qualidade.

O Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal tem relevo na prática especializada de enfermagem pois é através dele que o enfermeiro especialista assegura um e exercício seguro, profissional e ético, com decisões balizadas ética e deontologicamente. O

respeito pelos direitos humanos e pela responsabilidade profissional devem ser promovidos durante a prática especializada.

Ao longo do Estágio Final, assim como na minha vida profissional, norteiei as minhas atividades por assegurar o cumprimento da responsabilidade profissional, sendo assíduo e pontual. Assegurei que todas as minhas dúvidas eram devidamente esclarecidas com o Enfermeiro Supervisor, pautando o meu discurso e prática pelo princípio de responsabilidade que o papel do enfermeiro desempenha perante a sociedade que integra (OE, 2015c).

A prática de enfermagem, na sua generalidade, é confrontada com a necessidade de decisões baseadas na sua ética profissional. Nora, et. al. (2016) referem que na sua prática diária os enfermeiros são constantemente confrontados com tomadas de decisão éticas. Durante a duração do Estágio Final assegurei que a durante a minha prática diária eram cumpridos os princípios éticos da justiça, beneficência e não maleficência. A opinião do utente foi sempre tida em conta na prestação de cuidados, incluindo-o nos cuidados, valorizando as suas crenças e valores, estabelecendo com o Enfermeiro Supervisor estratégias que permitissem integrar.

O utente da UCIC por se encontrar consciente e orientado nas referências na grande maioria dos casos tem uma palavra muito importante a dizer nos cuidados de saúde que lhe são aplicados. É ao utente que cabe a decisão final de quais os cuidados que lhe são prestados, por isso assegurei-me que foi fornecida ao utente toda a informação, quer oralmente, quer através de folhetos informativos, e corretamente interpretada e compreendida pelo utente. Cabe ao enfermeiro o dever de identificar situações em que o consentimento informado de uma prática de Enfermagem não foi assegurado, atuando nessas situações, por forma garantir o cumprimento da legislação e do Código Deontológico. Tal é explícito no Enunciado de Posição da OE EP02/07, que refere que o enfermeiro possui “(...) a obrigação profissional de salvaguardar e proteger os direitos humanos, o que inclui assegurar que os cuidados adequados são prestados com os recursos disponíveis e de acordo com a ética e Código Deontológico (...)” (OE, 2007, p.7).

Durante o Estágio Final assegurei-me que a dignidade dos utentes era assegurada, pois trata-se uma componente importante dos cuidados, por vezes descurada. A dignidade humana é uma questão importante do dia a dia do enfermeiro pois, como refere Cestari et. al. (2017), o cuidado existe uma relação entre a prestação de cuidados e a presença de vulnerabilidade no

alvo dos cuidados, devendo os cuidados serem competentes e seguros. Já Mendes (2009) refere que ao se assegurar que os cuidados valorizam e respeitam os valores, crenças e desejos individuais do utente, respeitando as suas opções, garantem que se está a assegurar o princípio da dignidade humana como um valor autónomo. Através da reflexão e discussão adequiei os cuidados à pessoa, adaptando cada situação e cada processo terapêutico de acordo com os valores e crenças de cada utente. Barclay (2016) evidencia que um cuidado que respeite a dignidade pessoal é adiciona algo mais aos cuidados de saúde, pois capacita cada individuo para a tomada de decisões, o que dá sentido à vida de cada individuo.

Através de uma reflexão em conjunto com o enfermeiro supervisor abordei quais as situações da prática diária que poderiam causar constrangimentos ao utente. Após identificação das situações do dia a dia que poderiam causar constrangimento, foram estabelecidas estratégias que permitissem minimizar essas limitações aos utentes, de modo a garantir que as implicações éticas e deontológicas dos cuidados fossem reduzidas, nomeadamente que todas as decisões e opiniões do utente fossem consideradas no processo de decisão terapêutica, tendo as medidas estabelecido um ambiente de integração do utente nos cuidados, tendo as suas opiniões e decisões um peso importante nas decisões tomadas relativamente ao planos de cuidados de saúde prestado aos utentes.

Durante o Estágio Final assegurei-me que os cuidados prestados aos utentes eram os adequados, quer à situação clínica apresentada, quer cumprindo sempre as técnicas adequadas à situação clínica, por forma a prestar os cuidados da mais elevada qualidade. Para isso procedi à discussão de várias situações com a restante equipa de enfermagem, nas quais se determinava qual a melhor linha de intervenção para assegurar a prestação de cuidados de enfermagem individualizados. Para isso recorria ao suporte do Código Deontológico, para consolidar as decisões terapêuticas. Essas decisões eram sempre debatidas em equipa, e validadas com o enfermeiro supervisor, tendo as mesmas sido proveitosas pois, através da discussão e partilha de várias opiniões e pontos de vista, permitiu garantir que os cuidados de enfermagem prestados eram os mais adequados à situação clínica do utente e de acordo com a evidência científica.

O utente não existe isolado. Tem uma família da qual faz parte, que tem expectativas em relação à situação de saúde do utente, as quais lhe causam dúvidas, pelo que procuram esclarecimentos juntos dos profissionais (Passos et. al., 2015). Durante o Estágio I a família

estava permanentemente presente ao longo da permanência do utente na UADCI, sendo uma parte importante dos cuidados prestados pois, para além de integrados e colaborarem em alguns momentos dos cuidados, eram esclarecidas todas as dúvidas existentes acerca dos cuidados após a realização do procedimento. Durante o Estágio Final, após discussão com o Enfermeiro Supervisor para o estabelecimento de estratégias que permitissem facilitar o procedimento de integração da família nos cuidados, tendo as mesmas sido implementadas ao longo do Estágio Final. Essas intervenções passaram por estar presente no acolhimento da família, no qual permiti que colocassem as suas dúvidas, expressassem quais os seus sentimentos em relação à situação clínica do seu familiar, assim como colocassem dúvidas acerca da situação atual e futura. Essa proximidade é a defendida por Mendes (2018), que refere que dessa interação resulta a possibilidade de transmitirem os seus medos e preocupações, de partilharem conhecimento, devendo os enfermeiros centrarem-se também nas necessidades da família. Todas as intervenções ao longo do Estágio I e do Estágio Final foram realizadas com o objetivo de integrar a família nos cuidados, pois ela desempenha um papel preponderante durante os cuidados institucionalizados, mas também nos cuidados prestados fora da unidade hospitalar, assim como ao darem estabilidade emocional ao utente. Essas intervenções foram de encontro com as recomendações para o cuidado centrado na família em UCI, nas quais é sugerida a presença da família, de maneira que se torne um participante ativo nas decisões tomadas, que lhe seja fornecida informação e realizados ensinamentos, os quais estão associados à redução da ansiedade, do stress pós-traumático e com um elevado grau de satisfação com os cuidados prestados (Davidson et. al., 2017). As *guidelines* dão também ênfase à comunicação com os familiares, com quem a comunicação deve estar estruturada, dando apoio à família através da empatia e da escuta ativa (Davidson et. al., 2017).

A confidencialidade da informação, quer oral, quer dos registos e do conteúdo do processo clínico, foi sempre assegurada durante a totalidade da duração do Estágio Final, pois as passagens de turno decorrem numa sala separada da UCIC, na qual toda a informação é passada aos enfermeiros, de forma a assegurar a continuidade dos cuidados, sem nunca comprometer a privacidade do utente. No Estágio I a transmissão de informação era realizada junto aos utentes, mas sem transmitir informação que pudesse comprometer a privacidade dos utentes. Relativamente os registos e conteúdo do processo clínico era utilizada uma ferramenta informática própria, apenas acessível ao pessoal da UADCI.

O cumprimento da ética e da deontologia deve estar sempre presente na prática diária dos cuidados, sendo que esta competência é obtida através da prática do dia a dia, através de constante aplicação. É a minha opinião que ao longo dos estágios desenvolvi e adquiri competências para o Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal.

No Domínio da Melhoria para a Qualidade o enfermeiro especialista deve desempenhar o papel dinamizador no desenvolvimento e suporte de iniciativas estratégicas na área de governação clínica. Para além desta competência deve também conceber, gerir e colaborar em programas de melhoria continua de qualidade, e deve criar e manter um ambiente terapêutico seguro.

O conceito de qualidade é um conceito subjetivo, havendo por isso necessidade das organizações e instituições de ver determinado em específico o seu significado. O Ministério da Saúde definiu qualidade na Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 como “a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do cidadão, pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do cidadão.” (2015, p. 13551). A OE emanou, em 2001, os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (PQCE) (2001), nos quais já referia a necessidade de estabelecer sistemas de qualidade por organizações nacionais e internacionais, estabelecendo posteriormente o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (PQPSC) (OE, 2017). Segundo esses documentos a implementação de Qualidade requer que o enfermeiro, reflita sobre a sua prática diária, com o estabelecimento de objetivos e estratégias, que lhe permitir prestar um cuidar de qualidade. No entanto, para se atingir a qualidade nos cuidados de saúde, devem ser criados mecanismos multidisciplinares, pois não depende apenas dos cuidados de enfermagem, mas o papel dos enfermeiros não deve ser desvalorizado, sob pena de tentar de os cuidados de saúde de qualidade não serem atingidos (OE, 2001).

Com o estabelecimento dos PQCE em 2001, a OE definiu a satisfação dos clientes, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, readaptação funcional e a organização dos serviços de enfermagem como os enunciados descritivos de cuidados de enfermagem de qualidade. Adicionalmente com o PQPSC (2017) foi adicionado a prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados como enunciado descritivo. Esses foram

os padrões de qualidade que estabeleceram a bitola dos cuidados prestados durante a duração do Estágio I e do Estágio Final.

A qualidade em saúde é um assunto em voga nas organizações de saúde, mas sobre o qual não existe um debate permanente na prática de enfermagem diária. Por ser de extrema importância foi criado a Estratégia Nacional para a Qualidade de Saúde que tem como missão “potenciar e reconhecer a qualidade e a segurança da prestação de cuidados de saúde, para garantir os direitos dos cidadãos na sua relação com o sistema de saúde.” (Ministério da Saúde, 2015b, p.13352). Para isso determina que deve existir um maior esforço por parte do sistema governativo e com um maior envolvimento dos profissionais de saúde, com uma integração dos diferentes níveis de prestação de cuidados de saúde. Essa integração pretende alcançar melhorias na promoção da saúde e prevenção da doença, dos cuidados antecipatórios e da identificação precoce de fatores de risco. A Estratégia Nacional de Qualidade de Saúde define como prioridades estratégicas no Serviço Nacional de Saúde focar nas intervenções locais, nos serviços, unidades prestadores e instituições, melhoria da qualidade clínica e organizacional, aumento da adesão a normas de orientação clínica, reforço da segurança dos utentes, reforço da investigação clínica; monitorização permanente da qualidade e segurança, divulgação de dados comparáveis de desempenho, reconhecimento da qualidade das unidades de saúde, informação transparente ao cidadão e aumento da sua capacitação (Ministério da Saúde, 2015b). Já o Plano Nacional de Saúde define que, para melhorar a qualidade nos Cuidados de Saúde, deve ser assegurado que os cuidados são efetivos e seguros, com uma utilização dos recursos eficiente, equitativos, no momento adequado, satisfazendo as necessidades do utente, correspondendo às suas necessidades e expectativas (Ministério da Saúde, 2015c).

A procura de qualidade é uma constante nas organizações, pois o seu aumento acaba por se refletir em aspetos de otimização de resultados e recursos, sendo extremamente importante em termos organizacionais os programas de melhoria contínua de qualidade. No contexto do Estágio Final foi discutido com o Enfermeiro Supervisor e a Enfermeira Responsável quais os projetos de melhoria contínua em curso na UCIC. Desses projetos sobressaíram a área da prevenção das úlceras de pressão, da prevenção e controlo de infeção, da prevenção de quedas. Após discussão foi identificada a área da prevenção e controlo da infeção no cateter venoso periférico, área essa onde era possível intervir. Sucedeu-se uma análise da realidade da UCIC, com identificação de áreas a melhorar e aperfeiçoar, e estabelecendo estratégias de

correção, após uma pesquisa aprofunda da evidência científica existente. Todo este processo facilitou a aquisição de aptidões para análise e planeamento estratégico da qualidade dos cuidados. Para além de intervir no programa de melhoria de qualidade referido anteriormente também participei nos outros projetos já existentes na UCIC. A melhoria continua de qualidade dos serviços encontra-se intrinsecamente ligada à melhoria da qualidade dos processos, que se iriam refletir na performance dos cuidados prestados (McFadden, Stock & Gowen, 2015). Também Illingworth (2017) refere que a melhoria da qualidade permite que os profissionais de saúde adquiram conhecimentos que lhes permitam analisar e resolver questões de segurança dos cuidados. Mais recentemente Wensing e Grol (2019) referem que a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde provem da implementação do conhecimento nas intervenções, com manifesto ganhos de saúde por parte dos utentes e da comunidade.

Durante a duração do Estágio Final realizei a análise e reflexão sobre as práticas existentes e quais os resultados que delas advêm. Após a identificação desses resultados foram implementados processos de melhoria com identificação e comunicação de quais os aspetos que devem ser melhorados, e estabelecimento de estratégias de melhoria continua da qualidade, como está explanado no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2015a).

A procura constante de qualidade na saúde por parte das organizações cria nelas necessidade de referenciais, nos quais se possam basear e estabelecer como referência para aplicação na sua estruturas. Isso é defendido por Rodrigues, Carâp, El-Warrak & Rezende (2011) que referem que as organizações utilizam como indicadores as definições estabelecidas por órgãos reguladores, localizando posteriormente organizações ou órgãos reguladores que tenham referenciais que melhor se identifiquem com as metas que as organizações procuram atingir.

A discussão e identificação das práticas realizadas na UCIC com o Enfermeiro Supervisor, e conseqüente reflexão, integrando a equipa nesse processo, permite a partilha e aquisição de conhecimentos, o que permite a obtenção de melhor resultados e, por isso, a obtenção de um cuidado de enfermagem de qualidade, com repercussões ao nível do papel do enfermeiro nas organizações, e com ganhos na qualidade dos cuidados de saúde. Foram discutidas várias situações da rotina da UCIC, como a abordagem do utente na admissão na UCIC, os ensinamentos relativos a estilos de vida saudáveis, e de como poderiam ser alteradas atitudes e quais as suas

repercussões na qualidade dos cuidados de saúde do utente. Isso fica bem explícito nas palavras de Bonato “A ‘Qualidade’ é uma práxis iluminada pela crítica e vice-versa; se entendida e tratada nessa perspectiva, representa uma importante contribuição para a existência, concretude e historicidade do setor” (2011, p.319).

Um dos aspetos que mais relevância tem na prestação de cuidados está relacionado com a manutenção do ambiente de segurança dos utentes. A Organização Mundial de Saúde (OMS) (2016) refere que um princípio fundamental para a qualidade dos cuidados é a Segurança do utente, sendo um assunto de importância global, tendo sido identificado como uma prioridade para os cuidados de saúde públicos. Segundo a OMS 10% das admissões hospitalares têm associado um evento de dano ao utente, sendo que 75% dos casos é evitável. O Ministério da Saúde, através do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 (MS, 2015d), define que a cultura de segurança do utente deve assentar nos princípios de identificar os riscos existentes, com a sua consequente avaliação e hierarquização, estabelecendo quais as ações de melhoria a realizar. O Plano Nacional para a Segurança do Doente estabelece como objetivos aumentar a cultura de segurança do ambiente interno; aumentar a segurança da comunicação; aumentar a segurança cirúrgica; aumentar a segurança na utilização da medicação; assegurar a identificação inequívoca dos utentes; prevenir a ocorrência de quedas; prevenir a ocorrência de úlceras de pressão; assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes; e prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos (MS, 2015d).

Ao longo de ambos Estágios foram estabelecidas e aplicadas estratégias que assegurassem a segurança do utente. Foi assegurada a identificação inequívoca dos utentes, assim como da medicação e procedimentos a executar; a identificação de situações de risco de quedas, assim como do aparecimento de úlceras de pressão, através da colaboração em práticas de cuidados seguros. Através da identificação de práticas de risco ou incidentes foram estabelecidas medidas de prevenção, por forma a evitar a sua repetição, minimizando assim os riscos para o utente e a ocorrência de incidentes. Com o cumprimento da *checklist* pré-cateterismo foi assegurada a segurança cirúrgica, de forma a garantir o menor número de ocorrências pré, intra e pós procedimentais. Foi assegurado também o cumprimento dos protocolos e normas estabelecidos pela GCLPPCIRA para prevenção e controlo de infeções e consequente resistência aos antimicrobianos. A existência de protocolos e normas de procedimentos na UADCI e UCIC permite uniformizar as práticas da equipa, minimizando a

discrepância dos atos de enfermagem realizados pelos elementos da equipa, evitando o erro e consequente dano para o utente, os quais se encontram sempre disponíveis para consulta, caso haja necessidade. Foram analisados os protocolos existentes quer na UADCI, quer na UCIC, em conjunto com os Enfermeiros Supervisores, por forma a verificar se os mesmos se encontravam atualizados e suportados pela última evidência científica, e realizada a sua divulgação por toda a equipa de enfermagem, de maneira a incentivar a adesão por parte dos elementos integrantes da equipa.

A relação que se estabelece entre enfermeiro e utente é bastante importante, pois é através dela que se baseia todo o processo de cuidar. Com a abertura do enfermeiro para comunicar com o utente, há o estabelecimento de uma relação de confiança entre ambos. É dessa interação entre enfermeiro e utente que se estabelece um ambiente terapêutico, no qual os utentes demonstram abertura para expressar as suas dúvidas, sentimentos e emoções. Isso é suportado por Pontes, Leitão e Arruda (2007) que referem que é através da relação entre enfermeiro e utente que se influencia o comportamento de ambos, sendo o utente uma parte integrante e ativa do processo de cuidados.

Em ambos estágios foram estabelecidas estratégias que permitissem integrar os utentes no processo de prestação de cuidados, validando com eles os cuidados a prestar, avaliando cada utente como um todo, tendo em conta a sua individualidade, valores e crenças. Essa integração foi suportada por uma relação de confiança estabelecida com os utentes, de modo a permitir-lhes ter abertura para exprimir os seus sentimentos e receios. Esse processo era acompanhado pelos Enfermeiros Supervisores, com os quais foram discutidas diferentes formas de abordagem das questões com os utentes, de modo a garantir que os utentes se sentem integrados na decisão e na escolha dos cuidados que lhe eram prestados.

Posso afirmar que adquiri competências para assumir um papel no desenvolvimento de iniciativas institucionais na área da governação clínica, para conceber e gerir programas de melhoria de qualidade, colaborando com os programas que já se encontram em execução, e em criar e manter um ambiente terapêutico e seguro com o utente.

Segundo o Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2015a) este deve possuir e demonstrar competências no Domínio da Gestão dos Cuidados, com otimização da resposta da equipa de enfermagem, articulando-se com a equipa multidisciplinar;

e adaptar a liderança e a gestão de recursos às situações, visando a qualidade dos cuidados. No entanto, na redação do Decreto-Lei n.º 247/2009, do Decreto-Lei n.º 248/2009 e posteriormente com o Decreto-Lei n.º 71/2019, que veio revogar os 2 decretos anteriores, a gestão dos cuidados está só contemplada como conteúdo funcional apenas na categoria de enfermeiro principal nos decreto-lei nº 247 e no decreto-lei 248/2009, e do enfermeiro gestor no Decreto-Lei n.º 71/2019, abrangendo várias funções da gestão, como a gestão dos recursos das unidades, gestão de recursos humanos, adequando os mesmos conforme as necessidades, e garantir que a prática de enfermagem decorre de acordo com as melhores práticas e com a melhor evidência científica existente (MS, 2019). A única referência que os decreto-lei nº 247 e 248/2009 fazem relativamente à gestão dos cuidados por parte dos enfermeiros especialista refere que os mesmos devem “Identificar necessidades logísticas e promover a melhor utilização dos recursos adequando-os aos cuidados de enfermagem a prestar” (MS, 2009a e 2009b, p. 6759 e p. 6762).

A gestão dos cuidados é uma tarefa inerente à prática de enfermagem pois, para além de gerir recursos materiais e humanos, tem repercussões na qualidade dos cuidados de saúde. Por a gestão não ser uma realidade com a qual contacte regularmente, e onde possuía lacunas no meu desempenho profissional, realizei pesquisas sobre a gestão em cuidados de saúde, abordando especificamente a gestão de recursos e de organização de estruturas. Dessas pesquisas foi evidenciado que os enfermeiros gestores desempenham um papel importante no desempenho e desenvolvimento das organizações, pois cabe-lhes garantir que a prestação de cuidados de enfermagem é realizada com qualidade e segurança. Através da avaliação permanente dos cuidados, gestão eficaz dos recursos humanos e materiais disponíveis, e estruturação e planificação de intervenções que devem ser realizadas, o enfermeiro está capacitado para garantir que ocorre uma prestação de cuidados eficaz e eficiente, de qualidade, com ganhos claros, quer para as organizações de saúde, quer para os utentes. Foram discutidas temáticas relativas à gestão dos recursos existentes, quer materiais, quer humanos, com os enfermeiros supervisores, nas quais foram dissecadas as particularidades de gerir não só os cuidados de saúde, mas também os recursos que permitem garantir que esses cuidados de saúde têm qualidade. Copelli et. al. (2016) reforçam essa ideia afirmando que o enfermeiro ao gerir os recursos materiais e humanos disponíveis, liderando e planeando os cuidados, capacitando a equipa de enfermagem, coordenando a produção de cuidados e avaliando as ações de enfermagem tem um impacto direto na qualidade dos mesmos. Já Scherer, Pires e

Schwartz (2008) referem que a gestão integra no seu processo a realização de escolhas e o estabelecimento de políticas de atuação e de objetivos. Al-Dossary citado por Ramos et al. (2023) refere que a liderança em enfermagem implica a melhoria dos resultados de saúde dos utentes através de comportamentos que demonstrem orientação, apoio, motivação, colaboração, uma comunicação eficaz e agregação de esforços.

Para garantir a otimização do trabalho da equipa de enfermagem houve intervenção nas decisões de equipa, recorrendo a adaptações eficazes conforme cada situação, e mediante os recursos disponíveis. Foram avaliadas práticas realizadas na UCIC por outros elementos, recorrendo à delegação de funções, nomeadamente na preparação de material para colocação de cateter de Swan-Ganz, na preparação do ventilador mecânico invasivo e não invasivo, e na realização de pericardiocentese, nas quais houve realização de demonstração prévia, sendo essas avaliações positivas, mas com a identificação de pormenores na prática a melhorar. Essa vertente teve um impacto na aquisição de competências, pois a identificação de aspetos a melhorar na prática diária e a sua discussão com os elementos da equipa deve ser realizado empaticamente, de modo a garantir que não são encarados como uma crítica, mas sim como um aspeto a melhorar, e que permite garantir cuidados de saúde com segurança e qualidade para o utente.

A liderança está presente na organização das equipas de enfermagem e é indissociável do seu dia a dia. Llapa-Rodriguez, Oliviera, Campos e Neto (2015) referem que a liderança está associada à organização do trabalho e que a capacidade de aplicar a liderança nos cuidados de enfermagem advém das interações entre elementos da equipa, com a procura de resultados provenientes das intervenções, que são obtidos da soma de todos os esforços individuais, nos quais o líder serve como articulador e motivador. Esse papel é identificado por Pereira, Ramos, Schallenberger, Vaz e Barlem (2018), que referem que o líder tem o papel de criar e manter o bem-estar nos profissionais e utentes, criando um ambiente harmonioso e menos conflituoso para todos os intervenientes. Ao longo do Estágio Final quando foi assumido um papel de líder, houve a criação de consensos entre os elementos da equipa, por forma a garantir o melhor desempenho da sua parte. Para isso foi estabelecida uma relação interpessoal entre os vários elementos, na qual imperava a urbanidade e a harmonia, potenciando o estabelecimento de uma relação de confiança entre os elementos, baseada num diálogo aberto, assertivo, e disponível para receber a intervenção dos diversos elementos. Isso é consubstanciado por Silva

et. al. (2017) que referem que os líderes devem promover o trabalho de equipa, estabelecer relações de confiança e valorizar os elementos da equipa. Já Rodrigues e Cardoso refere que o enfermeiro desempenhar o papel de líder, de modo a realizar uma adequação dos cuidados, incentivando ao desenvolvimento profissional e à aquisição de conhecimentos, mas também um facilitador do processo de tomada de decisão, promovendo um cuidado individualizado ao utente (Rodrigues e Cardoso, 2019).

Durante o Estágio Final foi realizado um turno em que foram desempenhadas exclusivamente funções de gestão em conjunto com o Enfermeiro Supervisor. Durante esse turno fui confrontado com uma realidade que nunca enfrentei enquanto profissional e sobre a qual nunca me tinha debruçado e nem experienciado enquanto profissional. Durante essa experiência foi identificada a dificuldade de realizar a gestão dos stocks de medicação, do material de consumo clínico, assim como na gestão dos recursos humanos. A gestão requer que sejam estabelecidas estratégias para otimizar recursos, dinamizar o trabalho de equipa, de forma a garantir que seja realizado um cuidado de qualidade. Tratou-se de uma atividade enriquecedora, que permitiu ter perceção dos desafios a que os enfermeiros gestores são colocados na gestão dos serviços. Contactei também com as plataformas informáticas que servem de apoio ao trabalho, nas quais são realizados os pedidos de material de consumo clínico e de farmácia, assim como reparação de materiais do serviço.

O domínio da gestão dos cuidados é uma das componentes da área de intervenção do enfermeiro especialista que mais relevância tem, no entanto é uma das áreas que se revela mais complexa de planear e implementar atividades. Por ser um domínio com o qual não tinha contactado durante a minha prática, havia lacunas que deviam ser colmatadas para atingir os objetivos propostos. O liderar uma equipa, que integra vários elementos de várias classes profissionais, estabelecer prioridades, gerir os recursos disponíveis e adequados para cada situação, designar quais as funções de cada elemento dessa equipa, cada uma com a sua especificidade, sendo necessário adaptar o estilo de liderança conforme a situação que nos é apresentada, é uma área que raramente tive contacto pois, maioritariamente das vezes, essas funções eram desempenhadas por enfermeiros especialistas ou por enfermeiros com mais anos de experiência profissional. Tratava-se assim de uma situação em que sentia pouco à vontade, pois apenas com a prática esta competência é adquirida. No entanto, através da reflexão individual e em conjunto com o enfermeiro supervisor, da pesquisa bibliográfica e da integração

dos conhecimentos que adquiri e experienciei, identifiquei comportamentos de liderança, que eram colocados em prática sem dar conta disso. A incerteza que sentia referente a este domínio estava associada a não realizar uma avaliação das minhas atitudes para com a equipa, sobre essa vertente dos cuidados.

Posso afirmar que as atividades realizadas me permitiram adquirir competências no domínio da gestão dos cuidados ao longo do Estágio Final que me permitem liderar uma equipa, com todas as vicissitudes que lhe estão inerentes.

O Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais, segundo o Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, diz respeito ao desenvolvimento do autoconhecimento e da assertividade, e de basear a sua práxis clínica em padrões de conhecimento válidos e sólidos (OE, 2015a).

Esperidão, Munari e Stacciarri (2002) identificam o autoconhecimento como o conhecimento de si próprio, permitindo ver o mundo de outra forma, o que potencia um crescimento pessoal. Autorreflexão é definida por Figueira (2006) como o processo em que ocorre a avaliação das atividades realizadas pelo próprio, prevendo alterações em situações futuras, que têm relevância por permitirem analisar, avaliar e questionar a sua prática, resultando na aquisição de competências pessoais e profissionais. O autoconhecimento e autorreflexão são referidos por Terezam, Reis-Queiroz e Hoga (2017) como instrumentos que permitem discernir sentimentos do próprio e dos outros, através das quais se consegue estabelecer uma relação mais empática, a qual torna os cuidados mais efetivos. A autorreflexão tem-me acompanhado ao longo da minha prática, e isso acaba por se refletir nos cuidados de enfermagem que presto. A capacidade de conhecermos os nossos limites e de identificarmos as nossas emoções, permite-nos ir mais longe do que realmente nos achamos capazes. Ao longo dos anos algumas características pessoais vão sobressaindo, outras vão desvanecendo pois, através da autorreflexão, vamos adaptando o nosso comportamento, baseando-nos nas nossas experiências anteriores. As características pessoais de perseverança, obstinação, comunicativo, confiante, criterioso, determinado, impetuoso, organizado e transparente são manifestadas na minha prestação de cuidados, fazendo com que todas as situações que criem dificuldades sejam superadas através de uma análise, tendo sempre em atenção que qualidade dos cuidados seja sempre o mote de qualquer intervenção.

Ao longo da nossa prática somos confrontados com situações em que nos colocam em contacto com as nossas emoções e sentimentos, fazendo que estes venham ao de cima e se manifestem nos seus comportamentos. Neste caso relembro a situação de uma situação clínica em que o utente se encontrava internado no contexto de um EAM, sendo que era o proprietário de uma empresa, e dele dependiam não só a sua própria família, mas também as famílias dos colaboradores da sua empresa. Acompanhar a ansiedade do utente e da sua família foi desafiador a nível emocional, pois exigiu habilidades no controlo das emoções, enquanto simultaneamente se adequavam os cuidados à sua situação clínica. Xavier, Nunes e Basto (2014) suportam esta linha de pensamento ao referir que a compreensão dos processos emocionais permite que ocorra um aumento do desempenho profissional, conseguindo-se um cuidado centrado no utente como um todo.

Por se tratar de situações em que o estado clínico dos utentes se pode agravar subitamente, durante o Estágio Final várias foram as situações em que foi necessário atuar prontamente como, por exemplo, situações de agravamento da função respiratória no contexto de edema agudo do pulmão. Nessas situações foi necessário agir prontamente com administração de terapêutica, e colaborar na colocação de ventilação não invasiva e na colocação de cateter venoso central, atuando sob pressão, não se tendo verificado nenhum entrave à minha atuação, independentemente do nível de pressão que existisse.

A existência de conflitos no contexto laboral requer que ocorra uma resposta por parte do enfermeiro com capacidade de adaptabilidade individual e organizacional. No entanto durante a duração do Estágio Final não ocorreu nenhuma situação de conflito que requeresse mediação e resolução, não sendo por isso possível implementar as atividades planeadas.

O enfermeiro especialista deve basear as suas decisões e intervenções em conhecimentos válidos, atuais e pertinentes, atuando como facilitador nos processos de aprendizagem e assumindo um papel ativo na área da investigação (OE, 2015). Nesse contexto, após análises e identificação de lacunas em termos de atuação no contexto dos cuidados com o acesso venoso periférico, foi necessário desempenhar o papel de formador na utilização das normas de punção de acesso venoso periférico, manutenção de cateter venoso periférico e administração e terapêutica endovenosa. Após avaliação das tarefas desempenhadas verificou-se que se contribuiu como para a aprendizagem e desenvolvimento de habilidades e competências da equipa de enfermagem da UCIC.

A exigência das organizações e da sociedade atualmente requer que todos os profissionais desempenhem a sua atividade baseada nas mais recentes normas e recomendações emitidas por organizações internacionais, as quais se encontram devidamente validadas. Trata-se de um processo constantemente em evolução, em que deve ocorrer uma permanente atualização dos conhecimentos por parte dos enfermeiros. Decorrente desta nova etapa profissional houve muito conhecimento adquirido que foi aplicado na minha prática de enfermagem, assegurando uma prática especializada ao utente que fosse segura. A pesquisa realizada permitiu constatar que ocorreu a atualização das recomendações da Sociedade Europeia de Cardiologia (SEC) acerca das doenças valvulares, do EAM com elevação do segmento ST e da dupla anti agregação (SEC, 2017a, 2017b, 2017c). Após a identificação da área em que seria necessário intervir foi necessário realizar pesquisa científica para basear as estratégias de intervenção nas recomendações mais recentes. Com a realização das pesquisas foram identificadas várias falhas do meu conhecimento relativamente a várias áreas de intervenção de enfermagem, pelo que a pesquisa resultou em melhoria nos cuidados prestados. Esse conhecimento foi posteriormente partilhado com a restante equipa de enfermagem, por forma a dar a conhecer a última evidência científica e a uniformizar os cuidados prestados pela equipa de enfermagem.

Assim constata-se a pesquisa da última evidência científica tem repercussões na qualidade dos cuidados prestados, fazendo com que os cuidados de enfermagem especializados sejam assegurados de forma assertiva e com segurança, o que contribui para um desenvolvimento pessoal e profissional.

Por o autoconhecimento ser de extrema relevância para a prestação de cuidados, e que a prestação de cuidados baseados em padrões de conhecimento válidos tem manifesta repercussão na qualidade dos mesmos, verifica-se que as atividades planeadas para este domínio foram cumpridas, tendo sido adquiridas competências neste domínio de cuidados.

4.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

A OE definiu como competências específicas

“as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (OE, 2015a, p. 8649).

Ter competência significa possuir conhecimentos, habilidades e atitudes que sejam utilizados em situações específicas, com vista a lhes dar resposta. O conjunto de competências específicas para a área da Pessoa em Situação Crítica que foram estabelecidas determinam que o EEEPC cuide da pessoa/ família/ cuidador que se encontre a vivenciar processos de doença crítica e/ou falência orgânica; que dinamize, concebendo e colocando em prática, a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, e que maximize a prevenção, intervenção e controlo da infeção na pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, relativamente à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas (OE, 2011b). Estas competências foram exploradas ao longo do Estágio Final através das atividades planeadas para atingir as mesmas.

Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica

Conforme está definido pela OE, “pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (OE, 2011b, p. 8656). Perante isso o enfermeiro deve atuar de forma diferenciada, colocando em prática conhecimentos, habilidades e capacidades que lhe permitam prestar os cuidados de enfermagem de forma individualizada à população adequada (OE, 2011b). Já a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008) define que o utente em situação crítica se encontra perante uma situação de disfunção ou falência um ou mais órgãos ou sistemas, estando a sua sobrevivência dependente de meios de monitorização e terapêutica avançados.

Cabe ao EEEPSC deter destreza e capacidade para atuar nas situações em que ocorra instabilidade da situação clínica do utente, a qual se entende, pelo descrito anteriormente, que se trata de uma situação que se pode alterar a qualquer momento. O EEEPSC deve antecipar quais as possíveis alterações que podem ocorrer no estado clínico do utente pois, atuando preventivamente, é possível prevenir ou evitar o agravamento da situação clínica. Assim durante o Estágio Final participei ativamente na monitorização, vigilância e registo de sinais vitais; na monitorização hemodinâmica invasiva mediante utilização de linha arterial e na sua manutenção; no transporte do utente em situação crítica; na vigilância da adaptação do utente à prótese ventilatória; na aspiração de secreções traqueobrônquicas; no registo do débito urinário, vigiando as alterações que ocorressem e comunicando-as à equipa multidisciplinar; na administração da terapêutica prescrita; na administração de alimentação entérica; e na colheita de produtos orgânicos para análise laboratorial.

Correio, Vargas, Carmagnani, Ferreira e Luz (2015) referem que o enfermeiro que desempenhe funções em Unidade de Cuidados Intensivos, para além de desempenhar as suas funções integradas numa equipa, integrando a técnica com tecnologia, deve basear os seus cuidados em princípios científicos, sendo um requerimento a busca permanente de conhecimento. Assim foi realizada pesquisa bibliográfica acerca de várias temáticas relativas quer ao utente em situação crítica, quer ao utente com patologia do foro cardiológico, por forma a adquirir um vasto leque de conhecimentos que permitam praticar um cuidado seguro e de qualidade. As dúvidas que surgiam ao longo da pesquisa foram discutidas quer com a equipa multidisciplinar, quer com os Enfermeiros Supervisores, em particular, e através da ponderação e discussão de cada situação, permitiu adquirir conhecimentos os quais, quando refletidos na prática diária, melhoram os cuidados de enfermagem prestados à pessoa em situação crítica.

Ao longo do Estágio Final foi possível demonstrar conhecimentos e habilidades de Suporte Avançado de Vida (SAV) no âmbito de 3 situações em paragem cardiorrespiratória (PCR) que se presenciaram durante a duração do Estágio Final. Durante a componente teórica do curso de mestrado foi frequentado um curso de Suporte Básico de Vida (Anexo 4) e de SAV (Anexo 5), os quais permitiram adquirir e reforçar conhecimentos adquiridos num curso de suporte imediato de vida frequentado em 2012, para o qual não obtive aproveitamento, tendo-se por isso mostrado como uma mais-valia. A formação prévia permitiu adquirir competências no SAV, refletindo-se na segurança da atuação nas situações de PCR, com uma atuação rápida, quer no

despiste, quer no tratamento e resolução das causas da PCR. Durante as situações de PCR, constatou-se que os algoritmos preconizados para o SAV não eram cumpridos integralmente pelos elementos da equipa multidisciplinar, pelo que após cada situação ter a sua resolução, foi discutido entre os elementos participantes cada situação, identificando as falhas de atuação, clarificar os algoritmos, por forma a otimizar a atuação de cada elemento, garantindo que a atuação da equipa multidisciplinar ocorre de forma rápida e efetiva.

De acordo com o Ministério da Saúde (2017) os Serviços de Medicina Intensiva têm por função “aborda especificamente a prevenção, diagnóstico e tratamento de situações de doença aguda potencialmente reversíveis, em doentes que apresentam falência de uma ou mais funções vitais, eminente(s) ou estabelecida(s)” (p.6). Assim se conclui que a existência de protocolos¹, que permitam atuar em situações específicas, se tornam um imperativo nas UCI's. Na UCIC existem alguns protocolos que permitem uniformizar a forma de atuação nas diferentes situações, com as quais o enfermeiro é confrontado no seu dia a dia, como por exemplo o protocolo de insulinoterapia para controlo da glicémia capilar, protocolo de desinsuflação de dispositivos de compressão arterial radial, e o protocolo de cateterismo cardíaco. No protocolo de insulinoterapia é assegurado o controlo da glicémia capilar abaixo dos 200mg/dl por parte dos enfermeiros, através da monitorização constante de valores de glicémia e administração de insulina em quantidade adequada aos valores de glicémia capilar verificados. O protocolo de desinsuflação de dispositivo de compressão arterial radial é da inteira responsabilidade do enfermeiro, que através da remoção de ar do dispositivo que assegura a hemóstase da artéria radial, monitoriza as alterações neurocirculatórias existentes, proporcionando maior conforto para o paciente e reduzindo a ocorrência de complicações. O protocolo de cateterismo cardíaco tem como objetivo otimizar o estado do utente submetido a cateterismo na fase de fase pré, intra e pós realização de cateterismo cardíaco, assim como uniformizar a atuação de enfermagem ao longo de todo o processo. Ao longo do Estágio I e Estágio Final foram colocados em prática os referidos protocolos, assegurando a prestação de cuidados de enfermagem de acordo com cada situação, adaptados às necessidades de cada utente, diagnosticando

1Protocolo:

conjunto de regras ou critérios cumpridos numa dada atividade, seja na execução, avaliação ou aceitação de materiais, produtos ou equipamentos; rotina, in *protocolo* in Dicionário infopédia da Língua Portuguesa [em linha]. Porto: Porto Editora, 2003-2019. [consult. 2019-02-08].

Disponível na Internet: <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/protocolo>

complicações decorrentes de cada situação, intervindo e realizando a avaliação de cada intervenção, identificando quais as repercussões que as mesmas tiveram no indivíduo onde foram colocadas em prática. Através da avaliação permanente dos cuidados prestados foi possível identificar, por exemplo, situações em que foi necessário reforçar os ensinamentos realizados aos utentes acerca do cateterismo cardíaco, de forma a garantir que o utente adquiria conhecimentos acerca do procedimento a que iria ser submetido, sendo os mesmos posteriormente validados.

A dor é frequentemente experienciada por utentes em UCI's, sendo que a grande maioria passa por processos de dor quer em repouso, quer durante a realização de procedimentos, durante a sua permanência nas UCI's (Rijkenberget. al., 2015). Trata-se de um sinal que alerta os organismos vivos de que algo está errado, tendo uma duração relativamente curta, que pode ser originada em lesões teciduais mais superficiais, processos inflamatórios, e em que o sistema nervoso periférico encontram-se preservados (Oliveira et. al., 2016). A gestão da dor é uma competência de enfermagem, pelo que foram planeadas atividades para serem aplicadas durante a duração do Estágio Final. Perante a identificação de situações em que esteja a ocorrer dor, foram aplicadas medidas de controlo farmacológico, gerindo a analgesia, e com recurso a habilidades de medidas não farmacológicas para gestão das situações de dor. Nas situações em que o utente consegue comunicar foi aplicada a Escala Numérica de Dor (DGS, 2003), enquanto no utente que não consegue comunicar, por se encontrar com ventilação mecânica invasiva ou que não se encontrem responsivos, foi aplicada a Escala Behavioral Pain Scale (BPS) como instrumento que permite avaliar a dor no utente. Por a UCIC não possuir nenhum protocolo de controlo de dor estabelecido, perante uma situação de dor presente, foi comunicado ao médico de serviço, para que assim fosse instituído um esquema de analgesia para controlo da dor. Em termos de medidas não farmacológicas foram aplicadas a massagem, a crioterapia e a mobilização, as quais se verificaram eficazes. O objetivo destas estratégias, quer farmacológicas, quer não farmacológicas, é criar condições que permitam dar conforto e bem-estar à pessoa em situação crítica. Isso é apoiado por Silveira et. al. (2016) que referem que cabe ao enfermeiro compreender as manifestações clínicas do paciente com dor, atue no controle dos efeitos adversos da utilização de medicamentos e avalie as possíveis consequências do tratamento nas dimensões físicas, emocionais e psíquica da pessoa em situação crítica. Também Hamdam (2019) refere que os enfermeiros devem utilizar ferramentas que permitam avaliar o

índice de dor que os utentes, quer eles sejam capazes de comunicar ou não, realçando que a formação sobre as ferramentas de avaliar de dor tem uma importância predominante.

A comunicação é a forma como trocamos informação, servindo como o meio que permite estabelecer uma relação com outros indivíduos. A pessoa em situação crítica encontra-se numa situação em que a incerteza impera, pois a qualquer momento o seu estado clínico pode sofrer um agravamento. Essa incerteza cria sentimentos de ansiedade, medo, incerteza, os quais se refletem no seu bem-estar físico, psíquico e emocional. Esse tipo de sentimentos também é sentido pela família da pessoa em situação crítica, pois também enfrentam exatamente os mesmos sentimentos de ansiedade, medo e incerteza que o utente enfrenta. O enfermeiro desempenha um papel fulcral na passagem de informação quer para os utentes, quer para os familiares pois, ao ser um vetor de informação, permite que se minorizem os sentimentos negativos que o utente/família sentem. A comunicação entre todos os intervenientes é de extrema importância nos cuidados de enfermagem, pois serve de base para se assegurar um cuidado de enfermagem individualizado. Isso é corroborado por Schneider et. al., (2009), que referem que a comunicação tem um papel muito importante no cuidar da pessoa em situação crítica e da sua família, pois é através dela que se credibiliza a função do enfermeiro perante o utente/família, fortalecendo as relações interpessoais entre enfermeiro e utente/família, permitindo estabelecer uma relação terapêutica. Brinderjeet (2020) refere que a comunicação tem um papel muito importante no estabelecimento de um cuidado individualizado, e que a sua utilização ao centralizar o cuidado no utente faz com que ele adira mais facilmente ao plano terapêutico, aumentando o seu sentimento de segurança, afeto e confiança, os quais têm repercussões na sua situação de saúde.

Foram estabelecidas estratégias de comunicação, quer com os utentes, quer com os familiares, durante a duração quer do Estágio I, quer do Estágio Final. Por cada utente vivenciar cada situação de forma única, quer se trate de um procedimento realizado em regime de ambulatório, quer seja um episódio inicial de doença cardíaca, ou de um episódio de uma descompensação de patologia cardíaca, assim como a sua família do utente também vivencia de maneira única cada situação de internamento, geri a comunicação com todos os intervenientes, por forma a minorar os sentimentos negativos que estivessem a sentir. Foi dada toda a informação acerca da situação clínica que fosse pedida, adequando o discurso ao interveniente, validando que todas as informações eram dadas de forma a serem assimiladas e

interpretadas. Foi realizada o acolhimento ao utente na UCIC, apresentando-me primeiramente como enfermeiro da unidade, e dando-lhe todas as informações acerca do funcionamento do serviço, como horários das refeições e das visitas. Foi realizado também o acolhimento dos familiares, entregando o guia de acolhimento, elucidando-os acerca do estado clínico do seu familiar, explicando-lhes que estaria rodeado de equipamentos e ecrãs, os quais servem para administrar os fármacos necessários e para vigiar os sinais vitais, e que os mesmos poderão alarmar, não sendo razão para sobressalto. Foram também informados dos horários em que podem pedir informações por contato telefónico, não sendo possível, no entanto, chegarem à fala com os seus familiares por impeditivos logísticos.

A comunicação é a base das relações humanas e é a forma como exprimimos sentimentos, como interagimos enquanto elementos de uma sociedade. Por sermos capazes de nos expressar não estamos despertos para os constrangimentos que a pessoa com limitação de comunicação enfrenta, por não conseguir fazer passar a sua mensagem para os restantes elementos sem restrições durante as suas interações com os restantes membros da sociedade. O enfermeiro deve conseguir estabelecer comunicação com utentes com limitações na sua forma de comunicar, garantindo que a mensagem é recebida e entendida por todos os intervenientes, para isso recorrendo a estratégias que permitam comunicar com o utente com incapacidade em comunicar. Por ser uma área em que existia défice de conhecimento na minha atuação, foi realizada pesquisa bibliográfica, por forma a adquirir conhecimentos acerca de estratégias para comunicar com os utentes. Esses conhecimentos foram posteriormente discutidos com o enfermeiro supervisor, refletindo sobre quais as estratégias a utilizar em casos de utentes com dificuldade na comunicação, chegando a um consenso sobre quais as formas mais adequadas de abordagem do utente que apresentem limitações na forma de comunicação. Na abordagem ao utente em situação crítica foi sempre avaliado se o utente interpretava e captava a mensagem que lhe era transmitida, de maneira a garantir que não existia erros de interpretação da sua parte, adaptando a mensagem conforme a situação de cada utente. Isso é relatado por Mendes (2018), que refere que as famílias identificam os profissionais que se esforçavam por lhes fazer chegar a informação, fornecendo-a de forma a proporcionar bem-estar neles, tendo a linguagem verbal e não verbal um papel determinante nesse bem-estar. Keer et. al. (2019) referem que o enfermeiro ao desempenhar o papel de facilitador de comunicação reduz a sensação de insegurança e ansiedade do utente e família, servindo de

mediador entre a equipa multidisciplinar e o utente e a sua família, permitindo que a confiança cresça nessa relação.

É na adaptação da comunicação ao utente e família, que se estabelece e fortalece a relação entre todos os elementos, pois a passagem por uma unidade de cuidados intensivo coloca não só o utente, como também a sua família, perante uma situação que cria instabilidade emocional. O ambiente permanece em constante mudança, pois trata-se de situações em que o estado clínico do utente se pode deteriorar muito rapidamente, criando assim uma incógnita na rede familiar, quanto ao desfecho do internamento, tendo o enfermeiro um papel importante no minimizar desses sentimentos em todos os intervenientes no processo de saúde do utente.

O Estágio I permitiu contactar com situações em que a atuação do enfermeiro tem um papel preponderante pois, tratando-se de um ambiente especializado e diferenciado, no qual são realizados vários procedimentos de diferente grau de complexidade, o enfermeiro deve ter capacidade de antever as alterações que podem decorrer durante os procedimentos realizados. A complexidade dos procedimentos executados na UADCI requer que os enfermeiros sejam altamente especializados para assegurar a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade, maximizando a segurança do utente, pois podem ocorrer várias intercorrências durante os mesmos, para as quais os enfermeiros devem estar despertos e para as quais devem estar preparados para intervir, para garantir que não existem consequências indesejáveis para os utentes. Para além de prestar cuidados de enfermagem durante os procedimentos, realizei a admissão de utentes, quer se encontrassem em regime de ambulatório, quer internados, assim como utentes que requeressem procedimentos realizados num contexto de urgência ou emergência. A admissão de utentes na UADCI apresenta uma extrema importância, pois é aí que se estabelece o primeiro contacto com o utente, e em que se estabelece uma relação entre enfermeiro e utente/ família, e onde se recolhe e fornece informação previamente ao procedimento, informação essa que faz toda a diferença assegurando um procedimento seguro ao utente.

Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação

Segundo a OE o EEEPSC deve deter competências para atuar na conceção, planeamento e gestão da resposta, de forma pronta e sistematizada, no sentido da sua eficácia e eficiência (OE, 2011b). Está definido na Lei de Bases da Proteção Civil (Ministério da Administração Interna, 2015) que catástrofe é “um acidente grave ou a série de acidentes graves susceptíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afectando intensamente as condições de vida e o tecido sócio-económico em áreas ou na totalidade do território nacional.” (p1). A emergência multi-vítimas ocorre quando o número de vítimas é elevado o suficiente para causar alterações no funcionamento normal dos serviços de emergência e dos serviços de saúde, requerendo que sejam aplicados um conjunto de procedimentos médicos emergentes, com avista a salvar o maior número de vida possível e prestando o melhor tratamento às vítimas, recorrendo corretamente e usando adequadamente os recursos existentes e que se encontrem disponíveis (OE, 2017).

Para adquirir esta competência realizei pesquisas acerca da legislação em vigor, nomeadamente a Lei de Bases da Proteção Civil (Ministério da Administração Interna, 2015), o decreto-lei nº 72/2013, que regulamenta o Sistema Integrado de Operações de Proteção e Socorro (Ministério da Administração Interna, 2013), e a Diretiva relativa aos critérios e normas técnicas para a elaboração e operacionalização de planos de emergência de proteção civil (Comissão Nacional de Proteção Civil, 2008). Realizei também pesquisa acerca do Plano Distrital de Emergência Distrital de Emergência de Proteção Civil de Évora (ANPC, 2016), no qual se “define as regras de orientação para as ações de prevenção e resposta operacional, de modo a garantir a unidade de direção e controlo, bem como uma adequada articulação e coordenação dos agentes de proteção civil e dos organismos e entidades de apoio a empenhar na iminência ou ocorrência de acidentes graves ou catástrofes” (ANPC, 2016, p. 23). Foi consultado também o Plano Municipal de Emergência de Emergência de Proteção Civil de Évora (Câmara Municipal de Évora, 2012), que determina

“as principais orientações relativamente ao modo de comando e actuação dos vários organismos, entidades e serviços relativamente ao seu envolvimento e participação em operações de Protecção Civil, tendo sempre como objectivo principal a minimização de perdas

de vidas, dos prejuízos materiais e o assegurar, no mais curto espaço de tempo, do restabelecimento da normalidade.” (Câmara Municipal de Évora, 2012, p.4).

Após leitura aprofundada dessa documentação compreendi qual a sua importância para estruturação da resposta em caso de situação de emergência ou de exceção, quais as diversas fases que estão estipuladas e quais as entidades intervenientes em situações de socorro. Também a DGS emanou em 2010 a Orientação 007/2010, na qual recomenda a todas as unidades de saúde do Sistema Nacional de Saúde que possuam um Plano de Emergência Médica, pois por existir a

“permanente possibilidade de ocorrência de uma catástrofe natural, epidemia, acidente tecnológico e/ou incidente nuclear, radiológico, biológico ou químico de grandes ou importantes proporções, é fundamental que as diversas Instituições do Sistema Nacional de Saúde realizem, periodicamente, uma análise da sua situação, tendo em consideração a envolvente interna e externa, em constante mutação, planeando, de forma sistemática e integrada, uma resposta de emergência a dar em qualquer um dos cenários acima referidos, ou a outro, que, pela sua natureza ou extensão, implique, momentânea ou permanentemente, um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos existentes – doravante designada por crise” (DGS, 2010, p.1).

Por a UCIC não possuir um Plano de Emergência Próprio, encontra-se contemplada no Plano Interno de Emergência do HCA, o qual determina circuitos internos de evacuação e de funcionamento da instituição em caso de emergência, assim como determina quais os papéis dos vários intervenientes devem desempenhar em todo o plano de emergência da instituição. O EEPSC deve deter um conhecimento aprofundado do plano de emergência, por forma a determinar quais as prioridades e quais as ações que se devem tomar em caso de emergência, pois possui um papel determinante na evacuação dos utentes da instituição durante uma situação de emergência. Esse aspeto foi discutido com o enfermeiro supervisor durante a duração do Estágio Final, tendo-se analisado o plano de emergência em conjunto, e discutido estratégias de evacuação dos utentes e dos restantes profissionais da equipa multidisciplinar, assim como as dificuldades existentes decorrentes da estrutura física da UCIC, assim como da complexidade de cada utente e como isso pode interferir na tomada de decisão por parte do EEPSC.

Esta competência tratou-se da mais difícil de adquirir, pois não é frequente no nosso quotidiano sermos confrontados com situações de catástrofe. Não obstante, o EEEPCSC deve deter conhecimentos e competências que lhe permitam levar a cabo a planificação de intervenções em situações de exceção. Apesar de não ter prestado cuidados de saúde a pessoa em situações de Emergência, após pesquisa bibliográfica foi também discutido com o Enfermeiro Supervisor, que desempenha também funções na Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) do HCA, quais as atitudes e funções que o enfermeiro deve desempenhar em caso de emergência. Essa discussão revelou-se de uma extrema importância, pois foram discutidos aspetos bastante particulares dos cenários de emergência, em especial dos cenários multivítimas, nomeadamente qual a abordagem que deve ser realizada às vítimas, as várias fases da triagem a que as vítimas são sujeitas, o transporte das mesmas para tratamento diferenciado. Foi também discutido a importância da cadeia de comando e da comunicação entre todos os elementos da equipa, de forma a garantir a segurança quer das vítimas, quer dos elementos da equipa.

Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas

A Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) é uma infeção adquirida pelos utentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade. (Direção-Geral da Saúde, 2008).

As IACS constituem um dos eventos adversos mais frequentes na prestação de cuidados e um importante problema de saúde pública com impacto na morbilidade, mortalidade e qualidade de vida (Cassiniet al., 2016; DGS, 2018).

A OMS (2016) estima que, cerca de 7% dos utentes nos países desenvolvidos e 10% nos países em desenvolvimento adquirirão pelo menos uma IACS. Já a nível europeu é estimado que, a cada ano, aproximadamente 4,1 milhões de utentes adquiram uma IACS e, que destes, cerca de 37 000 tenham a IACS como causa direta de morte (Centro Europeu para Prevenção e Controlo de Doenças [ECDC], 2008). Estas infeções constituem um problema considerável para a segurança do utente, tendo um impacto em todos os intervenientes no processo de saúde,

pois podem resultar em internamentos hospitalares prolongados, incapacidade a longo prazo, maior resistência dos microrganismos a agentes antimicrobianos, encargo financeiro adicional para o sistema de saúde, altos custos para os utentes e suas famílias, assim como o consequente aumento da mortalidade. (OMS, 2011; Hsu, 2014; Fernandes, Silva, Cruz & Paiva, 2016). Todavia, todas as entidades anteriormente citadas apontam, mediante vários relatórios, ser possível evitar grande percentagem de IACS através da aplicação sistemática de Precauções Básicas de Controlo de Infecção (PBCI).

Em 2007, as IACS são definidas pela DGS, como, “uma infecção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afectar os profissionais de saúde durante o exercício da sua actividade” (p. 4). Recentemente, em 2016, também a OMS aponta as IACS como uma infecção que surge num utente aquando do processo de cuidados, sejam estes prestados a nível hospitalar ou por outros prestadores de cuidados de saúde, e, que não estava presente ou em incubação no momento da admissão, podendo surgir após a alta. Em ambas definições se verifica um conceito mais abrangente de “infecção nosocomial”, visto incluírem o ambulatório, referindo-se a infeções que podem surgir em qualquer unidade prestadora de cuidados de saúde (DGS, 2007; OMS, 2011).

As IACS ocorrem comumente por transmissão direta de indivíduo para indivíduo ou através de fómites manipulados por profissionais de saúde, bem como através de superfícies e dispositivos médicos contaminados. Podem transmitir-se por dispersão aérea de microrganismos oportunistas ou ambientais e pela disseminação endógena de patógenos comensais ou oportunistas (Carreto-Binaghiet al., 2015).

A evidência atual apresenta as IACS como uma grave ameaça à saúde pública (Cassiniet al., 2016; OMS, 2016) que afeta não apenas utentes e profissionais de saúde como todo um sistema de saúde levando não só organizações de saúde, mas também governos e agentes económicos a atuar perante este problema (Fernandes et al., 2016), tendo como foco a prevenção. Tem-se, portanto, verificado, uma crescente importância dedicada às IACS, pelas mais diversas organizações nacionais e internacionais, uma vez que, cada vez mais se aposta em estudos de prevalência (Pina, Paiva, Nogueira & Silva, 2013), relatórios de vigilância epidemiológica (Paiva, Pina, Fernandes & Silva, 2013), programas de prevenção e controlo de infeção (Fernandes et al., 2015), publicação de *guidelines* e recomendações (OMS, 2016; União Europeia [UE], 2009), assim como normas de atuação (DGS, 2010, 2013).

Considerando o risco de infecção face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações e à diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica, para a manutenção de vida da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, responde eficazmente na prevenção, controlo de infecção e de resistência a Antimicrobianos.

Segundo o Regulamento das Competências do EEEPSC, o enfermeiro deverá ter capacidade para maximizar “a intervenção na prevenção e controlo da infecção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica” (OE, 2011b, p.8657). Está estabelecido também no RPQCEEPSC que o EEEPSC deve maximizar a sua intervenção, por forma a garantir prevenção e controlo da infecção no contexto do seu exercício profissional (OE, 2017).

Durante a Estágio Final foi abordado o elemento dinamizador da GCL-PPCIRA adstrito ao serviço de Cardiologia, por forma a abordar quais as áreas em que se verificava deficit de precaução por parte dos elementos da equipa multidisciplinar da UCIC, tendo o mesmo referido que a principal área a melhorar passava pela higienização das mãos dos elementos da equipa. Apesar de a equipa de enfermagem se demonstrar com elevados níveis de aderência ao protocolo de higienização das mãos, os restantes elementos que constituem a equipa multidisciplinar não apresentam números de adesão tão elevados. O elemento dinamizador referiu também os cuidados com os dispositivos intravasculares como uma área em que poderia ocorrer sensibilização, aqui principalmente aos elementos da equipa de enfermagem. Após esta discussão com o elemento dinamizador, em vários momentos da prática, interveio-se junto dos elementos da equipa multidisciplinar por forma a sensibilizá-los para a importância da higienização das mãos, dando ênfase às consequências que podem advir para o utente de uma incorreta higienização, assim como os momentos e como a mesma deverá ser feita. Estas intervenções acabaram por revelar facilitadores de mudança, verificando-se uma melhoria relativamente à higienização das mãos, o que manifestou na melhoria da segurança do utente.

Após a análise das intervenções desenvolvidas ao longo do Estágio Final conclui-se que foi adquirida esta competência.

4.3. COMPETÊNCIAS DE MESTRE

O Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior (2016) publicou o Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de setembro, que procedeu à segunda alteração ao Decreto-Lei n.º 64/2006, à quarta alteração ao Decreto-Lei n.º 74/2006, e à primeira alteração ao Decreto-Lei n.º 113/2014, de 16 de julho, no qual se criou o diploma de técnico superior profissional, e no qual estão regulamentados os graus e diplomas académicos do Ensino Superior. Nesse decreto-lei estão estabelecidos quais os pressupostos que devem ser cumpridos para fornecer o grau de mestre. Tendo o presente curso de mestrado em Enfermagem sido criado com base nesse decreto-lei, está estabelecido que o grau de mestre é concedido a quem demonstrar possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que lhe permita demonstrar competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada; inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência; 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; realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida; participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersetoriais; 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; evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2016).

Serão analisadas as competências uma por uma, por forma a assegurar que as mesmas foram atingidas durante o Estágio Final.

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

Benner (2001) afirma que a aquisição de competências dos enfermeiros ocorre ao longo de 5 diferentes estádios em que, ao longo de toda a sua formação e da sua prática quotidiana, vai adquirindo competências, atingindo finalmente o estágio de Perito, no qual a sua prática não se rege por protocolos, regras ou diretrizes, conseguindo-se focar no problema, deixando de

lado os aspetos menos relevantes. Neste último estágio o enfermeiro é capaz de agir de modo rápido e adequado perante a situação com que é confrontado (Simões, 2008).

A prestação de cuidados de enfermagem ao utente em situação crítica exige que haja uma conciliação entre a tecnologia, com as habilidades relacionais, pois trata-se de indivíduos que se encontram em situação de fragilidade, os quais se encontram integrados em sistemas sociais e familiares, os quais necessitam também de apoio. É através da associação de todas estas componentes do cuidar que o enfermeiro associa a sua experiência, resultante do confronto entre teorias com situações práticas que acrescentem hipóteses de aplicação das mesmas, desenvolvendo o seu conhecimento clínico, tendo manifestamente ganhos ao nível da sua perícia na prestação de cuidados (Silva, Santos & Vargens, 2015).

Ao fim de 6 anos a assegurar a prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica na UCIC, pode-se afirmar que atingi o nível de perito conforme preconizado por Benner (2002), pois foi possível antecipar situações de agravamento do estado clínico dos utentes, mantendo sempre um desempenho contínuo, eficiente e sagaz, o qual foi demonstrado ao longo do Estágio Final.

A gestão dos cuidados tem uma componente muito importante na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, pois acaba por influenciar diretamente o desempenho e a qualidade dos cuidados prestados nas unidades de saúde. Uma gestão adequada dos cuidados de enfermagem permite que ocorra uma avaliação dos resultados que daí resultam, mas também um planeamento adequado das necessidades. Isso é corroborado por de Aguiar et.al. (2010), que afirmam que cabe ao enfermeiro, enquanto líder de equipa, potencializar o desempenho dos elementos da equipa, identificando fatores que dificultem o desempenho da equipa em prestar cuidados de saúde de qualidade, com mais segurança para o utente. Enquanto líder de equipa, o enfermeiro supervisiona os cuidados produzidos pelos elementos integrantes da sua equipa, cabendo-lhe assegurar que são cumpridos os propósitos de qualidade, assegurando que são cumpridas as normas vigentes. Esse papel é destacado por Koerichet. al. (2019), que indicam que o enfermeiro, ao supervisionar os cuidados, potencia a reflexão e a discussão da prática profissional exercida. Os aspetos mais específicos do processo de gestão e de supervisão dos cuidados de enfermagem foram identificados durante os turnos realizados em funções de gestão do serviço, assim como durante os turnos em que exerci funções de responsável de turno.

Ao longo da duração do Estágio Final em que foram prestados de cuidados na UCIC foram adquiridas competências que me permitem desempenhar as minhas funções na conceção, prestação, gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem no meu quotidiano profissional, podendo-se afirmar que esta competência foi adquirida.

Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência

A clivagem que existia entre as conclusões obtidas pelos investigadores nos seus trabalhos de investigação e a prática diária exercida pelos profissionais de saúde, criou a necessidade de aproximar essas duas vertentes. Isso foi evidenciado por Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes e Richardson (1996), que referem que a Prática Baseada na Evidência (PBE) implica a integração da evidência científica obtida em investigação sistemática com a experiência clínica, aproximando os achados científicos coma realidade quotidiana do cuidar, integrando também as preferências dos utentes na escolha do cuidado prestar. A utilização da evidência científica possibilita uma maior efetividade dos cuidados, com melhoria clara para a qualidade dos cuidados, com maior segurança e diminuição do risco para o utente [Sousa et. al. (2018); Danski et. al. (2018)].

A intervenção desenvolvida ao nível do manuseamento de dispositivos intravasculares periféricos foi desenhada e baseada na mais recente evidência científica, possibilitando a integração do mais recente conhecimento na prática diária. Através da integração da evidência científica mais recente nessa intervenção, criou-se um aglomerado de conhecimento, o qual contribuiu a aplicação pela equipa de enfermagem de uma PBE. Isso está evidenciado por Grove, Gray e Faan (2019) que afirmam que os enfermeiros, com principal destaque para os enfermeiros especialistas e em lugares de chefia, que devem liderar as equipas multidisciplinares em promover mudanças nas práticas dos serviços de saúde baseadas na evidência científica. Para esse

A partir da intervenção realizada foram recolhidos dados, que permitiram obter novo conhecimento acerca do desempenho da equipa, sendo determinante a sua partilha com toda a comunidade, através da publicação desses achados. A utilização desse novo conhecimento e sua propagação através da sua publicação científica, permitirá a sua utilização por outros, contribuindo assim para uma PBE, o que permite aos profissionais estabelecer a relação entre

as práticas e os seus *outcomes* clínicos, funcionais e económicos, e quais as suas repercussões ao nível da qualidade e segurança do utente (Dang e Dearnholt, 2017).

A necessidade de manter a qualidade dos cuidados na minha prática diária exige a procura constante de conhecimento. Perante uma questão para a qual não possuía resposta, ou que a mesma não seja clara, a realização de investigação em busca de resposta surge como uma oportunidade, não apenas de realização de investigação, mas também de partilha dos resultados com os elementos da equipa de enfermagem, permitindo assim a realização de uma PBE.

O mestre em enfermagem assume um papel importante na criação, desenvolvimento e difusão do conhecimento. Posso assim afirmar, após análise das atividades referidas, que esta competência foi atingida.

Demonstra 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

Nora et. al. (2016) afirmam que o enfermeiro é acareado com a decisão ética sempre que tem de tomar uma decisão. Esse dilema decorre de quando, durante o processo, se coloca em causa a dignidade do utente, assim como os seus direitos e deveres, devendo serem utilizados elementos éticos, científicos, profissionais, deontológicos, culturais, sociais e jurídicos para essa decisão. Durante a duração do Estágio Final esteve sempre presente a integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, tendo sempre presente quais as implicações éticas, profissionais e sociais decorrentes dessas decisões. Pode-se assim afirmar que foram prestados cuidados de enfermagem de qualidade, baseados na evidência científica, e consubstanciados na ética e deontologia profissional.

Lucília Nunes (2006) define que a tomada de decisão está intimamente ligada ao agir, o qual é criado pela autonomia e pela responsabilidade, também se encontrando ligada à obrigação profissional e social a que está associado o papel do enfermeiro.

A promoção da dignidade do utente foi uma das vertentes incentivada e promovida ao longo de todo o estágio, no qual todas as decisões foram tomadas tendo em conta os valores e

opiniões dos utentes, indo de encontro ao já descrito por da Silva et. al. (2016) que referem que, independentemente de o utente ser capaz de comunicar a sua vontade, cabe ao enfermeiro agir tendo em conta o conceito de pessoa, garantindo que os cuidados realizados abrangem a amplitude do ser, tendo também sempre presentes os valores profissionais que lhe estão subjacentes. O contexto profissional da prestação de cuidados à pessoa em situação crítica coloca o enfermeiro constantemente perante situações em que deve decidir, em situações de elevado grau de complexidade, e onde as falhas podem ter repercussões ao nível da sobrevivência e na qualidade de vida do utente em situação crítica (Nunes, 2015).

A integração da equipa na tomada de decisão permite que através da partilha de várias perspetivas de elementos da equipa multidisciplinar se consiga uma decisão mais consensual e eticamente irrepreensível. Nora et al. (2016) referem que o envolvimento de outros profissionais na tomada de decisão, permite a partilha de conhecimentos e experiências, com as quais se consegue atingir uma decisão ética razoável e prudente.

Nunes (2015) refere que as decisões tomadas pelo enfermeiro em contexto de situação crítica requerem prontidão e assumem uma componente mais técnica perante a situação do utente, dando menos primazia às componentes humanas, relacionais e culturais dos cuidados. No entanto refere também que essa seleção não é de todo isenta de componente ética pois, ao se tomar a decisão perante um risco imediato, as decisões tomadas de acordo com a vontade expressada pelo utente anteriormente têm uma inclinação e consubstanciação fortemente ética. As decisões que um enfermeiro tem de tomar no contexto de cuidados intensivos sendo de um elevado grau de complexidade, requerem uma reflexão e discussão constante do ponto de visto ético.

Após reflexão considera-se que esta competência foi atingida ao longo de todo o trajeto calcorreado durante o Estágio I e Estágio Final.

Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida

A formação continua é definida por Almeida et. al. (2016) como um processo que ocorre dentro do quotidiano laboral, no qual há promoção de reflexão e crítica sobre as metodologias de trabalho, de modo a garantir a transformação de práticas profissionais e organizacionais.

Fonseca (2015) entende que a formação contínua permite a aquisição de novas responsabilidades na área de atuação dos enfermeiros, potenciando a reflexão crítica e a mudança de procedimentos, através de uma construção contínua de saberes. É neste contexto que o Mestrado em Enfermagem tem uma grande preponderância na aquisição de novas competências e no desenvolvimento de competências, conhecimentos, com manifestos ganhos pessoais.

Ao contactar diariamente com situações clínicas únicas e com características particulares, o enfermeiro deve empreender uma procura constante de novos conhecimentos e práticas, baseadas na mais recente evidência científica, por forma a garantir um cuidado de qualidade. Tal é identificado por Costa et. al. (2017) que referem que a formação continua tem o potencial de desenvolver não apenas as capacidades técnicas específicas, mas também de construir e produzir novos conhecimentos e atitudes, estimulando os profissionais de saúde à procura de atualização para aprimorar a sua competência pessoal e profissional. Essa vertente esteve bem patente ao longo do Curso de Mestrado, pois foram várias as situações que potenciaram a busca por mais conhecimento ou para atualização do existente, através de investigação.

Ao longo do percurso profissional a atualização de conhecimento e a prossecução de novos deve estar sempre presente, de modo a adquirir novos conhecimentos e novas competências, que permitam realizar a melhor prática clínica possível. Ao longo do Estágio Final frequentou-se a conferência Doente Crítico 2017 (Anexo 1) e o V Encontro dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica (Anexo 3), tendo ambos contribuído para a realização de práticas diárias baseadas em conhecimentos sólidos.

Considera-se assim que esta competência foi atingida.

Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais

A proatividade é definida pela ação antecipada diante dos acontecimentos vivenciados pelos profissionais no seu ambiente laboral, estabelecendo a confiança entre os trabalhadores e conhecer a equipe, assim como ter iniciativa para o planeamento e execução de ideias, antecipando soluções, resolvendo problemas e melhorando o ambiente em que trabalha (Porto

& Dall’Agnol, 2009). Ao longo do Estágio Final apresentou-se uma atitude proativa, a qual se refletiu na intervenção desenvolvida no âmbito do manuseamento do dispositivo intravascular periférico no utente em situação crítica. Com o diagnóstico de situação, com a consequente identificação da necessidade, procedeu-se ao planeamento, execução e avaliação da estratégia desenhada para o problema identificado. Todo este processo demonstrou determinação em aumentar a qualidade dos cuidados prestados, assumindo um papel importante na implementação da mudança, sendo impulsionador dessa melhoria.

O Código Deontológico do Enfermeiro (OE, 2015c) determina que o enfermeiro deve integrar a equipa de saúde, colaborando, nas decisões sobre a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento e recuperação, por forma a promover a qualidade dos serviços, encontrando-se também referido no referido que o enfermeiro tem o dever de trabalhar em articulação com os restantes profissionais de saúde. Através da integração e relação dos vários elementos que constituem a equipa multidisciplinar se pode afirmar que se obtêm cuidados de saúde de qualidade, assumindo o enfermeiro um papel importante na obtenção desse objetivo.

Ao longo do Estágio Final colaborou-se nos vários projetos implementados na UCIC, nomeadamente na área da prevenção das úlceras de pressão, na prevenção de quedas, da prevenção e controlo de infeção e na admissão de utentes, com vista à prossecução desta competência. Essa atitude é consubstanciada por Ferreira, Dall’Agnol & Porto (2016) que afirmam que a proatividade amplia as possibilidades empreendedoras, extrapolando os limites do saber disciplinar, que reforcem o carácter plural, multifacetado e complexo das situações de saúde, criando um elo entre as necessidades da instituição, da equipa multidisciplinar e do utente.

Conclui-se assim que foi atingida esta competência.

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

O enfermeiro especialista tem determinado no Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (2011a) que deve assumir o papel de agente facilitador nos processos

de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação. Tendo essa competência sido analisada anteriormente neste relatório, pode-se afirmar que esta competência foi alcançada.

Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade

Analisando retrospectivamente o descrito no presente capítulo deste relatório, pode-se afirmar que foram adquiridas as competências comuns e específicas do EEPSC.

Alarcão & Rua (2005) referem que a competência de um enfermeiro deve alicerçar-se numa personalidade responsável, em conhecimentos científicos sólidos e na capacidade de analisar as diversas situações e tomar decisões, resultando da relação de um conjunto de micro-competências. Já Serrano, Costa & Costa (2011) afirmam que as características pessoais do enfermeiro como personalidade, motivação, imprevisibilidade, individualidade e pessoalidade, influenciam o modo como cada enfermeiro efetua o seu desempenho profissional.

Pelo trajeto traçado e percorrido ao longo da duração do Mestrado em Enfermagem ocorreu um crescimento pessoal e profissional, o qual possibilitou a aquisição de competências de mestre, as quais contemplam também as competências comuns e específicas do EEPSC, pelo que foi atingido um dos objetivos primordiais do Estágio Final.

CONCLUSÃO

A execução deste relatório pretendeu demonstrar o processo pelo qual foram adquiridas e desenvolvidas as competências comuns do enfermeiro especialista, as competências específicas do EEEPSC e as competências de mestre, assim como responder aos objetivos inicialmente delineados aquando da realização do referido documento

O final deste relatório reflete todo um processo pessoal que passei nos últimos anos. Foram vários os incidentes que ocorreram ao longo da realização deste relatório, os quais muito contribuíram para o atraso na sua realização, mais concretamente o tempo que mediou o término do Estágio Final e a elaboração do mesmo.

O desenvolvimento da intervenção com vista à promoção da segurança do utente cirúrgico com acesso venoso periférico revelou-se determinante na aquisição e desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEEPSC, assim como das competências do Mestre em Enfermagem, pois na sua implementação foram estabelecidas e implementadas intervenções de enfermagem especializadas, as quais foram baseadas em evidência científica existente na altura da realização do Estágio Final.

A aplicação da estratégia de intervenção permitiu à equipa de enfermagem reavaliar os seus procedimentos em relação ao acesso venoso periférico, despertando-os para os riscos e consequências que um procedimento tão comum e vulgar na sua prática como administrar terapêutica através de um acesso venoso periférico pode acarretar. Para isso foi determinante a interação com os vários elementos da equipa, e a sua capacidade de introspeção e de correção de atos que constantemente colocavam em risco a segurança do utente.

É de salientar que a uniformização de práticas na abordagem ao acesso venoso periférico por parte de todos os elementos da equipa de enfermagem requer que sejam permanentemente avaliadas por todos os elementos da equipa de enfermagem as práticas implementadas na prestação de cuidados por forma a identificar comportamentos desviantes da norma e que coloquem em risco a segurança do utente em situação crítica. Isso requer uma permanente formação de todos os elementos do serviço, implementada através de ações de formação integradas na Formação em Serviço do Serviço de Cardiologia.

Assim, pelo que foi relatado ao longo deste Relatório de Estágio pode-se afirmar que foram atingidos os objetivos delineados para o mesmo.

A execução deste Relatório de Estágio desempenhou um papel preponderante na reflexão crítica das atividades desenvolvidas ao longo do mesmo, permitindo consolidar as competências adquiridas no contexto da prática dos cuidados de enfermagem especializada.

No entanto, o tempo decorrido desde que o Estágio Final terminou até à realização deste relatório, o que pode ser considerado uma limitação para a clarividência na elaboração deste relatório. A forma como o relatório foi elaborado passado todo este tempo criou dificuldades na sua elaboração, pois a realidade atual é completamente diferente da existente durante a realização do Estágio Final, pois a Pandemia de Covid-19 veio introduzir muitas alterações nas organizações hospitalares, sendo que o paradigma atual é completamente diferente do verificado naquela altura.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Afonso, T., Ramos, A. R., & Charepe, Z. (2019). Alimentação na pessoa em fim de vida: análise de conceito. *Cadernos de Saúde*, vol. 11, número 1, pp. 42-49. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2019.5282>
- de Aguiar, D., Conceição-Stipp, M., Leite, J., de Mattos, V., de Andrade, K. (2010). Gerenciamento de enfermagem: situações que facilitam ou dificultam o cuidado na unidade coronariana. *Aquichan*, 10(2), 115-131. Disponível online em http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972010000200003&lng=en&tlng=pt
- Alarcão, I., & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto & Contexto Enfermagem*, 14(3), 373-382. Em linha, consultado a 15 de maio de 2019. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n3/v14n3a08>
- Almeida, J. R., Bizerril, D. O., de Holanda Saldanha, K. G., & de Almeida, M. E. L. (2016). Educação Permanente em Saúde: uma estratégia para refletir sobre o processo de trabalho. *Revista da ABENO*, 16(2), 7-15. Em linha, consultado a 15 de maio de 2019. Disponível em <http://revodonto.bvsalud.org/pdf/abeno/v16n2/a03v16n2.pdf>
- Autoridade Nacional de Proteção Civil (2016). Plano Distrital de Emergência Distrital de Emergência de Proteção Civil de Évora. Disponível em <http://planos.prociv.pt/Documents/131534816620574064.pdf>

Barclay, L. (2016) In sickness and in dignity: A philosophical account of the meaning of dignity in health care. *International Journal of Nursing Studies*. Vol. 61, p. 136-141. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.06.010>.

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto.

Berger, V., Bour, L., Carter, K. et al. A roadmap to using randomization in clinical trials. *BMC Med Res Methodol* 21, 168 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12874-021-01303-z>.

Bonato, Vera Lucia. (2011). *Gestão de qualidade em saúde: melhorando assistência ao cliente*. *O Mundo da Saúde*. Vol. 35, p. 319-331. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/artigos/gestao_qualidade_saude_melhorando_assistencia_cliente.pdf

Bouso, R. S., Poles, K., & Cruz, D. de A. L. M. da. (2014). *Conceitos e Teorias na Enfermagem*. *Revista Da Escola De Enfermagem Da USP*, 48(1), 141-145. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000100018>

Brinderjeet, K. (2020). *Interpersonal communications in nursing practice - Key to Quality Health care*. *Archives of Nursing Practice and Care*, 019–022. <https://doi.org/10.17352/2581-4265.000044>

Câmara Municipal de Évora (2012). *Plano Municipal de Emergência de Emergência de Proteção Civil de Évora*. Disponível em <http://www.cm-evora.pt/pt/servicos/protecao->

civil/documents/plano%20municipal%20de%20emerg%C3%Aancia%20de%20protecao%20civil%20de%20evora.pdf

Carreto-Binaghi, L., Damasceno, L., Pitangui, N., Fusco-Almeida, A., Mendes-Giannini, M., Zancopé-Oliveira, R., et al. (2015). Could *Histoplasma capsulatum* Be Related to Healthcare-Associated Infections? *BioMed Research International*, Volume 2015, 1-11. Acedido em 9 de abril de 2019 em <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=10&sid=79b791f9-df00-454b-ad08-0d7746e696d6%40sessionmgr101&hid=115>

Cassini, A., Plachouras, D., Eckmanns, T., Sin, M., Blank, H., Ducomble, T., et al. (2016). Burden of Six Healthcare-Associated Infections on European Population Health: Estimating Incidence-Based Disability-Adjusted Life Years through a Population Prevalence-Based Modelling Study. *PLOS Medicine*, 13(10), 1-16. Acedido em 4 de abril de 2019 em <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=79b791f9-df00-454b-ad08-0d7746e696d6%40sessionmgr101&vid=8&hid=115>

Centro Europeu para Prevenção e Controlo de Doenças [ECDC] (2008). Healthcare-associated infections. In ECDC, *Annual epidemiological report on communicable diseases in Europe 2008* (pp. 16–38). Stockholm: ECDC. Acedido em 4 de abril de 2019 em http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/0812_SUR_Annual_Epidemiological_Report_2008.pdf

Cestari, V., et al. (2017). A essência do cuidado na vulnerabilidade em saúde: uma construção heideggeriana. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Disponível em: <https://www.redalyc.org/html/2670/267052669031/>

Christ-Libertin, C., Black, S., Latacki, T., & Bair, T. (2015). Evidence-Based Prevent Catheter-Associated Urinary Tract Infections Guidelines and Burn-Injured Patients. *Journal of Burn Care & Research*, 36(1), e1–e6. doi:10.1097/bcr.000000000000193

Copelli, F. H. S., Oliveira, R. J. T., Oliveira C. M. S., Meirelles, B. H. S., Mello, A. L. S. F., Magalhães, A. L. P. (2016). O pensamento complexo e suas repercussões na gestão em enfermagem e saúde. *Aquichan*. 2016; 16 (4): 501-512. Doi: 10.5294/aqui.2016.16.4.8

Comissão Nacional de Protecção Civil (2008). Resolução n.º 25/2008: Diretiva relativa aos critérios e normas técnicas para a elaboração e operacionalização de planos de emergência de protecção civil. *Diário da República*, 2ª Série, n.º 138, p. 31950- 31952. Disponível em <http://www.prociv.pt/bk/LEGISLACAO/Documents/Res.%20CNPC%20n%C2%BA%2025-2008.pdf>

Correio, R., Vargas, M., Carmagnani, M., Ferreira, M., & Luz, K. (2015). Desvelando competências do enfermeiro de terapia intensiva. *Enfermagem em Foco*, 6(1/4), 46-50. Disponível em <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/576/258>

Cruz, R. & Schultz, V. (2009). Avaliação de competências profissionais e formação de psicólogos. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*. 61. 117-127. Disponível em https://www.researchgate.net/publication/237030170_Avaliacao_de_competencias_profissionais_e_formacao_de_psicologos

Dang, D., & Dearholt, S. L. (2017). Johns Hopkins nursing evidence-based practice: Model and guidelines. *Sigma Theta Tau*.

Danski, M. T. R., Oliveira, G. L. R. D., Pedrolo, E., Lind, J., & Johann, D. A. (2017). Importância da prática baseada em evidências nos processos de trabalho do enfermeiro. *Ciênc Cuid Saúde*, 16(2), 1-5

Davidson, Judy E.; et. al. (2017) Guidelines for Family-Centered Care in the Neonatal, Pediatric, and Adult ICU. *Critical Care Medicine* 45(1), p 103-128, January 2017. | DOI: 10.1097/CCM.0000000000002169

Decreto-Lei n.º 248/2009 de 22 de setembro: Estabelece o regime da carreira especial de enfermagem, bem como os respectivos requisitos de habilitação profissional. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 184. 6761 - 6765. Acedido a 30 de janeiro de 2019.

Direção Geral de Saúde (2003). Circular Normativa nº 9. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003-pdf.aspx>

Direção Geral de Saúde (2010a). Orientação nº 07/2010: Elaboração de um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde. Lisboa. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/-orientacao-n-0072010-de-06102010.aspx>

Direção Geral de Saúde (2010b). Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. Lisboa. Disponível em <https://www.dgs.pt/programa-nacional-de-controlo-da-infeccao/documentos/orientacoes--recomendacoes/orientacao-de-boa-pratica-para-a-higiene-das-maos-nas-unidades-de-saude.aspx>

Direção Geral de Saúde (2015). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. Lisboa. Acedido em 4 de abril de 2019 em <https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/seguranca-dos-doentes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2015-2020.aspx>

Direção Geral de Saúde (2018). Infecções e Resistências aos Antimicrobianos Relatório Anual do Programa Prioritário 2018. Lisboa. Acedido em 4 de abril de 2019 em <https://www.dgs.pt/programa-nacional-de-controlo-da-infeccao/relatorios/infecoes-e-resistencias-aos-antimicrobianos-2018-relatorio-anual-do-programa-prioritario.aspx>

Direção Geral de Saúde (2021). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. Lisboa. Acedido em 15 de setembro em <https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/seguranca-dos-doentes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2021-2026.aspx>

dos Santos, K., et. al. (2019). Implantação do Modelo Enfermeiro de Referência em um Hospital Universitário. Rev enferm UFPE on line Recife, 13(1):268-274, jan., 2019 Disponível em <https://scihub.se/https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/236542/31173>

Entidade Reguladora da Saúde (ERS). (2018). Sistema Nacional de Avaliação em Saúde. Disponível em <https://www.ers.pt/pages/198>

Esperidião, E., Munari, D. B., Stacciarini, J. M. R. (2002). Desenvolvendo pessoas: estratégias didáticas facilitadoras para o autoconhecimento na formação do enfermeiro. Rev.

Latino-am Enfermagem 2002 julho-agosto; 10(4):516-22 Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n4/13363>

Farokhzadian, Jamileh; Khajouei, Reza; Ahmadian, Leila (2015). *Evaluating factors associated with implementing evidence-based practice in nursing. Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 21(6), 1107–1113. doi:10.1111/jep.12480. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jep.12480>

Fernandes, P.; Silva, M.; Cruz, A. & Paiva, J. (2016). Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos. Lisboa: DGS. Acedido em 4 de abril de 2019 em <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-controlo-da-infecao-e-resistencia-aos-antimicrobianos-em-numeros-2015-pdf.aspx>

Ferreira, G. E., Dall'Agnol, C. M., & Porto, A. R. (2016). Repercussões da proatividade no gerenciamento do cuidado: percepções de enfermeiros. *Escola AnnaNery*, 20(3). Em linha, consultada a 15 de maio de 2019. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452016000300202&script=sci_abstract&tlng=es

Ferreira, R. (2015). A Educação Permanente na Formação Contínua dos Profissionais de Enfermagem. *SUSTINERE*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 128-142. Em linha, consultada a 15 de maio de 2019. Disponível em <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/sustinere/article/view/18127/14493>

Ferreira, C. (2015). *Gestão em enfermagem e a formação em serviço: tecnologias de informação e padrões de qualidade*. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem do Porto. Porto.

Figueira, A. P. (2006). A Auto-reflexão do Processo Ensino-Aprendizagem: Revisão conceptual e resultados obtidos numa investigação. *Psicologia Educação e Cultura* 2006, vol. X, nº 1, pp.89-121. Disponível em https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/5262/1/2006_PEC_1.pdf#page=93

Flodgren, G.; O'Brien, M. A.; Parmelli, E.; Grimshaw, J. M. (2019). Local opinion leaders: effects on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2019, Vol 6. Art. No.: CD000125. DOI: 10.1002/14651858.CD000125.pub5. Acedido em 31 outubro 2022.

Fonseca, E. (2015). Formação: Uma Narrativa para a Prestação de Cuidados de Enfermagem. *Nursing*. Online. Consultado a 15 de maio de 2019. Disponível em <https://www.nursing.pt/formacao-uma-narrativa-para-a-prestacao-de-cuidados-de-enfermagem/>

Fortin, Marie. – Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures: Lusodidacta, 2009. 595p. ISBN 978-989-8075-18-5.

Frampton, G. K., Harris, P., Cooper, K., Cooper, T., Cleland, J., Jones, J., ... Cuthbertson, B. H. (2014). Educational interventions for preventing vascular catheter bloodstream infections in critical care: Evidence map, systematic review and economic evaluation. *Health Technology Assessment*, 18(15), 1–365. <https://doi.org/10.3310/hta18150>

Fukuda, T., Sakurai, H., Kashiwagi, M. (2020). Impact of having a certified nurse specialist in critical care nursing as head nurse on ICU patient outcomes. PLOS ONE 15(2): e0228458. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0228458>

Gameiro, M. G. (2003). A Enfermagem Ciência e Arte... e a Investigação. *Referência*. nº 10. Online. Disponível em https://web.esenfc.pt/v02/pa/conteudos/downloadArtigo.php?id_ficheiro=189&codigo=

Gorski, L. A. et al. (2016). Infusion therapy standards of practice. J Infus Nurs. V.39, n. 1S, p. S1-S159, 2016

Gorski, L. A. et. al. (2021). Infusion Therapy Standards of Practice, 8th Edition. Journal of Infusion Nursing 44(1S):p S1-S224, January/February 2021. | DOI: 10.1097/NAN.0000000000000396

Hamdan, K. M. (2019). Nurses' Assessment Practices of Pain Among Critically Ill Patients. Pain Management Nursing. doi:10.1016/j.pmn.2019.04.003

Hasselberg, D., Ivarsson, B., Andersson, R., & Tingstedt, B. (2010). The handling of peripheral venous catheters - from non-compliance to evidence-based needs. *Journal of Clinical Nursing*, 19(23–24), 3358–3363. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03410.x>

Helm, R. E., Klausner, J. D., Klemperer, J. D., Flint, L. M., & Huang, E. (2019). Accepted but Unacceptable. *Journal of Infusion Nursing*, 42(3), 151–164.
doi:10.1097/nan.0000000000000326

Hornrtvedt, ME.T., Nordsteien, A., Fermann, T. *et al.* (2018). Strategies for teaching evidence-based practice in nursing education: a thematic literature review. *BMC Med Educ* **18**, 172. <https://doi.org/10.1186/s12909-018-1278-z>

Unidade Hospitalar (2015). Código de Conduta Ética.

Unidade Hospitalar (2018). Relatório de Gestão 2017

Unidade Hospitalar (2022). Relatório de Gestão 2021.

Hsu, V. (2014). Prevention of Health Care–Associated Infections. *American Family Physician*, Vol. 90 (6), 377-382. Acedido em 9 de abril de 2019 em <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=0ec3779e-2092-4c63-ac68-09442ad109f3%40sessionmgr101&vid=9&hid=115>

Illingworth, John. (2015). Continuous improvement of patient safety - The case for change in the NHS. The Health Foundation. Disponível em <https://healthinnovationmanchester.com/wp-content/uploads/2018/10/ContinuousImprovementPatientSafety.pdf>

Instituto Nacional de Estatística (INE). 2018. Portugal e Espanha: Realidade ibérica e comparações no contexto europeu. Lisboa. Disponível em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=281046455&DESTAQUESmodo=2

Izaguirres, A. de L., Silva, C. B. da , Lima, A. A. A. ., & Paz, A. A. . (2022). Formação profissional da enfermagem para aprimoramento de competências: revisão integrativa. *Revista Recien - Revista Científica De Enfermagem*, 12(38), 183–193. <https://doi.org/10.24276/rrecien2022.12.38.183-193>

Johnson, L., et. al. (2014). *A multifactorial action plan improves hand hygiene adherence and significantly reduces central line-associated bloodstream infections. American Journal of Infection Control*, 42(11), 1146–1151. doi:10.1016/j.ajic.2014.07.003

Kavanagh, C. (2017). Medication governance: preventing errors and promoting patient safety. *British Journal of Nursing*, 26(3), 159-165. DOI: <https://doi.org/10.12968/bjon.2017.26.3.159>

Van Keer, R.-L., Deschepper, R., Huyghens, L., & Bilsen, J. (2019). Preventing Conflicts Between Nurses and Families of a Multi-ethnic Patient Population During Critical Medical Situations in a Hospital. *Journal of Transcultural Nursing*, 104365961985904. doi:10.1177/1043659619859049

Koerich, C., Lanzoni, G., Coimbra, R., Tavares, K., Erdmann AL (2019). Recursos e competências para gestão de práticas educativas por enfermeiros: revisão integrativa. *Rev Gaúcha Enferm*. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180031>

Lee Johnson, Laura (2012). *Principles and Practice of Clinical Research - Design of Observational Studies*. 207–223. DOI: 10.1016/B978-0-12-382167-6.00018-7

Llapa-Rodriguez, E., de Oliveira, J., Campos, M., Neto, D. (2015). Avaliação da liderança dos enfermeiros por auxiliares e técnicos de enfermagem segundo o método 360º. *Rev Gaúcha Enfermagem*, 36(4), 29-36. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.04.50491>

Locke, E. A., & Latham, G. P. (2002). Building a practically useful theory of goal setting and task motivation: A 35-year odyssey. *American Psychologist*, 57(9), 705–717. DOI: <https://doi.org/10.1037/0003-066X.57.9.705>

Lower, J. (2022). Protocol Development for Preventing Inadvertent Perioperative Hypothermia in Outpatient Surgical Patients. *Doctor of Nursing Practice Scholarly Projects*. 58. Disponível em https://digitalcommons.otterbein.edu/stu_doc/58

Mackey, A.; Bassendowski, S. (2016). The History of Evidence Based Practice in Nursing Education and Practice. *Journal of Professional Nursing*. S875572231630028X. doi:10.1016/j.profnurs.2016.05.009

McFadden, Kathleen L.; Stock, Gregory N.; Gowen, Charles R. III. (2015). Leadership, safety climate, and continuous quality improvement: Impact on process quality and patient safety. *Health Care Management Review* 40(1): p 24-34. | DOI: 10.1097/HMR.0000000000000006

Manthey, M. (1980) A prática de primary nursing (enfermeira principal). 1ª ed. Minneapolis: Creative Nursing Management. 85 p

Marques, M. (2021). A Importância da Formação na Qualidade dos Cuidados Prestados no Serviço de Urgência Básica. Dissertação de Mestrado. Universidade do Minho. Braga.

Martins, K., Veiga, T., Silva e Souza, A., Barreto, R., Siqueira, K., & Barbosa, J. (2008). Adesão às Medidas de Prevenção e Controle de Infecção de Acesso Vascular Periférico pelos Profissionais da Equipe de Enfermagem. *Ciência Cuidados em Saúde*, 7(4): 485-492. Disponível em <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/6634/390>

Mateus, A. C. (2020). Metodologia de trabalho de projeto: potencialidades e desafios. Provas destinadas à obtenção do grau de Mestre em Educação Pré-Escolar e Ensino do 1.º Ciclo do Ensino Básico. Consultado em linha em 3 de novembro de 2022. Disponível em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/35459/1/Ana%20Catarina%20Mateus.pdf>

Mattox, E. A. (2017). Complications of Peripheral Venous Access Devices: Prevention, Detection, and Recovery Strategies. *Critical Care Nurse*, 37(2), e1–e14. doi:10.4037/ccn2017657

Melnyk, B. M., Gallagher-Ford, L., et al. (2017). The First U.S. Study on Nurses' Evidence-Based Practice Competencies Indicates Major Deficits That Threaten Healthcare Quality, Safety, and Patient Outcomes. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. doi:10.1111/wvn.12269

Mendes, G. (2009). A dimensão ética do agir e as questões da qualidade colocadas face aos cuidados de enfermagem. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 18(1), 165-169. DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072009000100020>.

Mendes, A. P. (2016). Sensibilidade dos profissionais face à necessidade de informação: experiência vivida pela família na unidade de cuidados intensivos. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 25(1), e4470014. DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016004470014>

Mendes, A. (2018). A interação enfermeiro-família na experiência vivida de doença crítica: O cuidado centrado na família. *Investigação Qualitativa em Saúde*. Vol.2, p.203-212.
Disponível em <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2018/article/view/1780/1733>

Ministério da Administração Interna. (2013). Decreto-Lei n.º 72/2013 de 31 de maio: Altera (segunda alteração) o Decreto-Lei n.º 134/2006, de 25 de julho, que cria o Sistema Integrado de Operações de Proteção e Socorro e procede à respetiva republicação. *Diário da República*, 1.ª Série, nº 105, p. 3190 - 3199. Acedido a 11 de março de 2019. Disponível em <https://dre.pt/application/file/a/513544>

Ministério da Administração Interna. (2015). Lei n.º 80/2015 de 3 de agosto: Segunda alteração à Lei n.º 27/2006, de 3 de julho, que aprova a Lei de Bases da Proteção Civil. *Diário da República*, 2º Suplemento, Série I n.º 42. 1414-(26) a 1414-(29). Acedido a 11 de março de 2019. Disponível em https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/69738106/201508030100/exportPdf/normal/1/cacheLevelPage?_LegislacaoConsolidada_WAR_drefrontofficeportlet_rp=indice

Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior (2016). Decreto-Lei nº 63/2016 de 13 de setembro: Cria o diploma de técnico superior profissional e procede à segunda alteração ao Decreto-Lei n.º 64/2006, de 21 de março, à quarta alteração ao Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março, e à primeira alteração ao Decreto-Lei n.º 113/2014, de 16 de julho. Diário da República n.º 176/2016, Série I, p. 3159-3191. Acedido a 9 de abril de 2019. Disponível em <https://dre.pt/application/file/a/75319373>

Ministério da Saúde. (2007). Decreto-Lei n.º 50-A/2007 de 28 de fevereiro: Criação do Hospital do Espírito Santo de Évora, E. P. E., o Centro Hospitalar de Lisboa Central, E. P. E., o Centro Hospitalar de Coimbra, E. P. E., o Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, E. P. E., o Centro Hospitalar do Médio Ave, E. P. E., o Centro Hospitalar do Alto Ave, E. P. E., e o Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, E. P. E., e aprova os respetivos Estatutos. Diário da República, 2º Suplemento, Série I n.º 42. 1414-(26) a 1414-(29). Acedido a 30 de outubro de 2018. Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/470071>

Ministério da Saúde. (2008). Portaria n.º 117/2008 de 6 de fevereiro: Classifica como hospitais centrais, para efeitos do n.º 2.º da Portaria n.º 567/2006, de 12 de Junho, o Hospital do Espírito Santo de Évora, E. P. E., o Hospital Distrital de Faro e o Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, E. P. E.. Diário da República, 1.ª série, n.º 26. 934 – 934. Acedido a 30 de outubro de 2018. Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/248242>

Ministério da Saúde. (2009a). Decreto-Lei n.º 247/2007 de 22 de setembro: Instituição da Carreira Especial de Enfermagem. Diário da República, Série I n.º 184. 6758 - 6761. Acedido a 30 de outubro de 2018. Disponível em <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2009/09/18400/0675806761.pdf>

Ministério da Saúde. (2009b). Decreto-Lei n.º 248/2007 de 22 de setembro: Instituição da Carreira Especial de Enfermagem. Diário da República, Série I n.º 184. 6761 - 6765. Acedido a 30 de outubro de 2018. Disponível em <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2009/09/18400/0676106765.pdf>

Ministério da Saúde [MS]. (2015a). Rede de Referência Hospitalar de Cardiologia: Proposta de Atualização. Lisboa: MS. Disponível em <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/05/rede-referencia%C3%A7%C3%A3o-hospitalar-cardiologia-v.2015.pdf>

Ministério da Saúde [MS]. (2015b). Despacho n.º 5613/2015 - Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015 -2020. Diário da República, 2ª Série, n.º 102. 13550-13553. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/67318639>

Ministério da Saúde. (2015c). Plano Nacional de Saúde – Revisão e Extensão a 2020. Lisboa: MS. Disponível em: <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>

Ministério da Saúde. (2016). Portaria n.º 147/2016 de 19 de maio: Estabelece o processo de classificação dos hospitais, centros hospitalares e unidades locais de saúde do Serviço Nacional de Saúde e define o processo de criação e revisão das Redes de Referência Hospitalar. Diário da República, 1ª Série, n.º 97. 1616 – 1619. Acedido a 30 de outubro de 2018. Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/74483693>

Ministério da Saúde. (2017). Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência – Medicina Intensiva. Disponível em <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/08/RNEHR-Medicina-Intensiva-Aprovada-10-agosto-2017.pdf>

Ministério da Saúde. (2019). Decreto-Lei 79/2019 de 27 de maio: Altera o regime da carreira especial de enfermagem, bem como o regime da carreira de enfermagem nas entidades públicas empresariais e nas parcerias em saúde. Diário da República, 1.ª série, n.º 101. 2626 – 2642. Acedido a 13 de janeiro de 2022. Disponível em <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/71/2019/05/27/p/dre/pt/html>

Ministério da Saúde. (2020). Atualização da Rede de Referência de Medicina Intensiva. Disponível em <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2020/08/Atualiza%C3%A7%C3%A3o-da-RNMI-Aprovado-MS.pdf>

Ministério da Saúde. (2021) Despacho n.º 9390/2021 de 24 de setembro: Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021 -2026 (PNSD 2021 -2026). Diário da República, 2ª Série, nº187. 96-103. Acedido a 2 de dezembro de 2021. Disponível em <https://files.dre.pt/2s/2021/09/187000000/0009600103.pdf>

National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention. What is a medication error?. New York, NY; 2015. Disponível em <https://www.nccmerp.org/about-medication-errors> . Acedido a 19 de dezembro de 2019

Neves, J., Garrido, M., Simões, E. (2015). Manual de Competências Pessoais, Interpessoais e Instrumentais – Teoria e Prática. 3ª Edição. Edições Sílabo, Lda. Lisboa.

Nora, C., et. al.. 2016. Elementos e Estratégias para a Tomada de Decisão Ética em Enfermagem. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71446259030> .

Nogueira, A. (2022). Competências Não Técnicas dos Enfermeiros em Contexto de Suporte Avançado de Vida: Determinante na Segurança do Doente Crítico. Dissertação de Mestrado. Instituto Politécnico de Beja. Beja.

Nunes, L. (2006). Autonomia e responsabilidade na tomada de decisão clínica em enfermagem. II Congresso Ordem dos Enfermeiros, Lisboa, Portugal. Acedido a 1 de maio de 2019. Retirado de http://www.ordemenfermeiros.pt/eventos/Documents/II%20Congresso%202006/IIConng_ComLN.pdf

Nunes, L. (2015). Problemas éticos identificados por enfermeiros na relação com usuários em situação crítica. Revista Bioética. vol.23, n.1, pp.187-199. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422015231059>

Oh, E. G. (2016). Synthesizing Quantitative Evidence for Evidence-based Nursing: Systematic Review. Asian Nursing Research. Volume 10, n. 2, p. 89-93. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.anr.2016.05.001>

Olade, R. A. (2004). Strategic collaborative model for evidence-based nursing practice. Worldviews on Evidence-Based Nursing, 1(1), 60–68. <https://doi.org/10.1111/J.1741-6787.2004.04003.X>

Oliveira, R. A., Gualter, W. J., Shaffe, P., Silva, V. C., & Cesaretti, I. U. R. (2016). Análise das intervenções de enfermagem adotadas para alívio e controle da dor em pacientes com feridas crônicas: estudo preliminar. *Revista Estima*, 3(2). Disponível em: <https://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/view/12>

Ordem dos Enfermeiros (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual. Enunciados descritivos. Lisboa. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2007). Enunciado de Posição sobre o Consentimento Informado para Intervenções de Enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao15Mar2007.pdf>

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2011a). Regulamento n.º 122/2011. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República* 2.ª Série. n.º 35, 8648-8653. Disponível em <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2011/02/035000000/0864808653.pdf>

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2011b). Regulamento n.º 124/2011. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Diário da República* 2.ª Série. n.º 35, 8656-867. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8180/regulamento-124_2011_competenciasespecifenpessoasituacaocritica.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2014). Regulamento n.º 533/2014. Norma para o cálculo de dotações seguras dos Cuidados de Enfermagem. Diário da República 2.ª Série. n.º 233, 30247-30254. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento533_2014_NormaDotacoesSeguras.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2015a). Regulamento n.º 190/2015. Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Diário da República 2.ª Série. n.º 79, 10087-10090 Disponível em <https://dre.pt/application/file/a/67058698>

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2015b). Regulamento n.º 348/2015. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Diário da República 2.ª Série. n.º 118, 16481-16486. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoPadQualidadeCuidEspecializEnfComunitariaSauPublica_DRJun2015.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015c). Regulamento n.º 356/2015. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental. Diário da República 2.ª Série. n.º 118, 16481-16486. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_356_2015_PadroesQualidadeCuidadosEspEnfSaudeMental.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015d). Estatutos da Ordem dos Enfermeiros – Capítulo VI – Deontologia Profissional. Diário da República 1.ª Série. n.º 181, 8059-8105. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2017). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2018a). Regulamento n.º 428/2018. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública. Diário da República 2.ª Série. n.º 135, 19354-19359 Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8731/comunit%C3%A1ria-e-de-sa%C3%BAdede-p%C3%BAblica.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2018b). Regulamento n.º 429/2018. Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico -Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Diário da República 2.ª Série. n.º 135, 19359-19370. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8732/m%C3%A9dico-cirurgica.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. 2018c. Regulamento n.º 515/2018 Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Diário da República 2.ª Série. n.º 151, 21427-21430 Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8739/2142721430.pdf>

Ordem dos Enfermeiros [OE]. 2019a. Regulamento n.º 140/2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República 2.ª Série. n.º 26, 4744 – 4750. Disponível em <https://dre.pt/application/file/a/67058698>

Ordem dos Enfermeiros [OE]. 2019b. Regulamento nº 743 /2019. Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Diário da República 2.ª Série. n.º 184, 128 – 155. Disponível em <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>

Organização Mundial de Saúde [OMS] (2016). Guidelines on core componentes of infection prevention and control programes at the national and acute health care facility level. Geneva: World Health Organization. Acedido em 4 de abril de 2019 em <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/251730/1/9789241549929-eng.pdf?ua=1>

Organização Mundial de Saúde [OMS] (2009). Guidelines on Hand Hygiene in Health Care. Geneva: World Health Organization. Acedido em 4 de abril de 2019 em <https://www.who.int/publications/i/item/9789241597906>

Pereira, L., Ramos, A., Schallenberger, C., Vaz, M., Barlem, E. (2018). Liderança em Enfermagem: Abordagem Ecosistêmica com Impacto no Cuidado. *Enfermagem em Foco*, 9(3), 66 - 70. doi: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2018.v9.n3.1351>

Pontes, A. C., Leitão, I., & Ramos, I. C. (2008). Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61(3), 312-318.

Porto, A. R., & Dall'Agnol, C. M. (2016). Análise da proatividade da enfermagem em um hospital universitário público. *Acta paulista de enfermagem*. São Paulo. Vol. 29, n. 5 (set./out. 2016), p. 603-609. Em linha, consultado a 15 de maio de 2019. Disponível em

<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/152689/001013334.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Ramos, O. M.; Oliveira, R. C. ; Sá, J.; Augusto, C. ; Gomes, M. J. (2023). Influência da liderança clínica em enfermagem na qualidade e segurança dos cuidados: protocolo de scoping review. Revista Científica Internacional da RACS. ISSN 2184-4860. 5:2

Rangel, M., Gonçalves, C. (2011). A Metodologia de Trabalho de Projeto na nossa prática pedagógica. Da Investigação às Práticas, I (3), 21-43. Em linha, consultado a 3 de novembro de 2022. Disponível em <https://repositorio.ipl.pt/handle/10400.21/2809>

Ray-Barruel, G., Polit, D. F., Murfield, J. E., & Rickard, C. M. (2014). Infusion phlebitis assessment measures: A systematic review. Journal of Evaluation in Clinical Practice, 20(2), 191–202. <https://doi.org/10.1111/jep.12107>

Relvas, R. (2018) *Implementação e Organização da Formação em Serviço na USF Salus. Relatório de Estágio Final*. Instituto Politécnico de Portalegre. Portalegre.

Rijkenberg, S., Stilma, W., Endeman, H., Bosman, R., Oudemans-van Straaten, H. (2015) Pain measurement in mechanically ventilated critically ill patients: Behavioral Pain Scale versus Critical-Care Pain Observation Tool. Journal of Critical Care, Vol. 30 (1), p. 167-172. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2014.09.007>.

Rodrigues, M. V., Carâp, L. J., El-Warrak, L. O., Rezende, T.B.. (2011). Qualidade e Acreditação em Saúde. Rio de Janeiro: Editora FVG.

Rodrigues, F. C. P., Cardoso, C. T. C (2019). A importância da liderança do enfermeiro na configuração do processo de trabalho da enfermagem.

Rosswurm, M. A., & Larrabee, J. H. (1999). A model for change to evidence-based practice. *Image - The Journal of Nursing Scholarship*, 31(4), 317–322. <https://doi.org/10.1111/J.1547-5069.1999.TB00510.X>

Ruivo, A., Ferrito, C., Nunes, L. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Revista Percursos*, 15. Consultado a 15 de maio de 2019. Disponível em linha em http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf

Russel, S. S. (2006) An Overview of Adult-Learning Processes. *Urologic Nursing*. Vol 30 (5), p- 349- 352 & 370.

Sackett, D. L., Rosenberg, W. M., Gray, J. A., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidencebased medicine: whatit isandwhatit isn't. *BMJ (Clinical research ed.)*, 312(7023), 71–72. doi:10.1136/bmj.312.7023.71. Consultado a 19 de abril de 2019. Disponível em linha em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2349778/>

Sarsby, A. (2016). *SWOT analysis*.

Saunders, H., Vehviläinen-Julkunen, K. (2015). The state of readiness for evidence-based practice among nurses: An integrative review. *Int. J. Nurs. Stud.* <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.10.018>

Scherer, M., Pires, M. D., Schwartz, Y.(2008). (2009). Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. *Revista de Saúde Pública*, 43(4), 721-725. DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009000400020>

Schneider, C. C., Bielemann, V. D. L. M., de Sousa, A. S., de Quadros, L. D. C. M., & de Prado Kantorski, L. (2009). Comunicação na unidade de tratamento intensivo, importância e limites–visão da enfermagem e familiares. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 8(4), 531-539. DOI: 10.4025/cienccuidsaude.v8i4.9667

Serrano, M. T. P., Costa, A. D. S. M. C., & Costa, N. M. V. N. D. (2011). Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a (s) competência (s). *Revista de Enfermagem Referência*, (3), 15-23. Em linha, consultado a 15 de maio de 2019. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserlIn3/serlIn3a02.pdf>

Smiddy, M. P.; O'Connell, R.; Creedon, S. A. (2015). Systematic qualitative literature review of health care workers' compliance with hand hygiene guidelines. *American Journal of Infection Control*, 43(3), 269–274. DOI: doi:10.1016/j.ajic.2014.11.007 . Disponível em <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0196655314013285>

da Silva, R., & Ferreira, M., & Apostolidis, T., & Sauthier, M. (2016). Práticas de cuidado de enfermagem na terapia intensiva: Análise segundo a ética da responsabilidade. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 20 (4) . Consultado a 13 de maio de 2019. Disponível em :<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127746815014>>

da Silva, D. D. C., dos Santos, I., & da Costa Vargens, O. M. (2015). Metacognição como uma contribuição para as práticas educativas em enfermagem. *Revista Enfermagem UERJ*, 23(5), 705-709.

Silva, V., Camelo, S., Soares, M., Resck, Z., Chaves, L., Santos, F., Leal, L. (2017). Leadership Practices in Hospital Nursing: A Self of Manager Nurses. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 51, e03206. DOI: [https://dx.doi.org/10.1590-s1980-220x2016099503206](https://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2016099503206)

Simões, R. (2008). Competências de relação de ajuda no desempenho dos cuidados de enfermagem. Dissertação de Mestrado. Instituto de ciências biomédicas Abel Salazar Universidade do Porto. Porto

Silveira, N., da Silveira, R., Avila, L., Gonçalves, N., Lunardi, V., & Enderle, C. (2016). Procedimentos Terapêuticos de Enfermagem no Contexto da Dor: Percepção de pacientes. *Enfermagem em Foco*, 7(1), 61-65. Doi: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2016.v7.n1.669>

Sociedade Europeia de Cardiologia (2017a). 2017 ESC/EACTS Guidelines for the management of valvular heart disease, *European Heart Journal*, Volume 38, Issue 36, 2017, p. 2739–2791. DOI: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehx391>

Sociedade Europeia de Cardiologia (2017b). 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC), *European Heart Journal*, Volume 39, Issue 2, p. 119–177. DOI: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehx393>

Sociedade Europeia de Cardiologia (2017c). 2017 ESC focused update on dual antiplatelet therapy in coronary artery disease developed in collaboration with EACTS: The Task Force for dual antiplatelet therapy in coronary artery disease of the European Society of Cardiology (ESC) and of the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS), *European Heart Journal*, Volume 39, Issue 3, 14 January 2018, p. 213–260. DOI: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehx419>

Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2008). Transporte de Doentes Críticos- Recomendações. Acedido a 8 de fevereiro de 2019. Retirado de https://spci.pt/files/2016/03/9764_miolo1.pdf

Sousa, L. M. M. S., Marques, J. M., Firmino, C. F., Frade, F., Valentim, O. S., & Antunes, A. V. (2018). Modelos de formulação da questão de investigação na prática baseada na evidência. Consultado em linha em 21 de abril de 2019, disponível em <https://repositorio-cientifico.essatla.pt/bitstream/20.500.12253/1287/1/artigo31-39.pdf>

Takashima, M., Ray-Barruel, G., Ullman, A., Keogh, S., & Rickard, C. M. (2017). Randomized controlled trials in central vascular access devices: A scoping review. *PLoS ONE*, *12*(3), 1–23.

Terezam, R., Reis-Queiroz, J., Hoga, L. A. K. (2017). A importância da empatia no cuidado em saúde e enfermagem. *RevBrasEnferm*, *70*(3), p. 669-70. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0032>

Vasconcelos, E. V., Silva, S. E. D., Araújo J. S. et. al. (2015). A enfermagem e os familiares de pacientes internados no centro de terapia intensiva: revisão bibliométrica. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*. Vol. 06, N°. 03, p. 2894-2906. Disponível em <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5555840>

Veladas, Ana Rita R. (2007). Avaliação da Eficácia da Formação Profissional: Factores que afetam a Transferência da formação para o local de trabalho. Tese de Doutoramento. Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa. Lisboa. Disponível em https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/626/4/Tese%20Doutoramento_Raquel%20Velada.pdf

Walvoord, E. (2018). Implementation of an Evidence-Based Practice Model in a Rural Community Hospital: A Guide to Neonatal Nursing Practice [Creighton University]. Disponível em <https://researchworks.creighton.edu/esploro/outputs/doctoral/Implementation-of-an-Evidence-Based-Practice-Model/991005932952202656#file-0>

Wensing, M., Grol, R. (2019). Knowledge translation in health: how implementation science could contribute more. *BMC Med* **17**, 88 . DOI: <https://doi.org/10.1186/s12916-019-1322-9>

Williams, Brett; Perillo, Samuel; Brown, Ted (2015). What are the factors of organisational culture in health care settings that act as barriers to the implementation of evidence-based practice? A scoping review. *Nurse Education Today*, 35(2), e34–e41. doi: 10.1016/j.nedt.2014.11.012

Xavier, S., Nunes, L., Basto, M. L. (2014). Competência Emocional do Enfermeiro: A significação do construto. *Pensar Enfermagem*. Vol. 18, nº2, p. 3-19. Disponível em <https://pensarenfermagem.esel.pt/index.php/esel/article/view/93/88>

<http://www.podata.pt>

APÊNDICES

APÊNDICE A: Grelhas de Observação

1º Curso de Mestrado em Associação em Enfermagem – A Pessoa em Situação Crítica				
Grelha de Avaliação (Baseada em Manual de Enfermagem – ACSS, 2011; <i>Guidelines</i> de CDC, 2011)				
Data: __/__/20__			Observação Nº ____	
Punção de Acesso Venoso Periférico				
Critérios de Avaliação	Sim	Não	N/A	Nota
Procedeu à higienização das mãos antes do procedimento				
Informou utente acerca do procedimento				
Utilizou Equipamento de Proteção Individual				
Se Sim:				
-Luvas Esterilizadas				
-Luvas não esterilizadas				
-Ocorreu contacto com a pele após aplicação de antisséptico				
Desinfeção da Pele				
-Compressa embebida em antisséptico				
-Utilização de movimentos circulares do centro para a periferia;				
-Aplicação de desinfetante em spray				
- Deixou secar antisséptico cutâneo				
Comunicação durante o procedimento com o utente				
Colocação de cateter venoso adequado à situação				

Fixação do cateter venoso periférico com utilização de material esterilizado				
- Penso Transparente				
- Penso Opaco com compressa esterilizada				
Cumpriu princípios de assepsia durante todo o procedimento				
Removeu as luvas no final do procedimento				
Procedeu à higienização das mãos após procedimento				
Procedeu ao registo de:				
-Tipo de cateter				
- Localização anatómica da punção				
- Intercorrências durante o procedimento				

Observações: _____

1º Curso de Mestrado em Associação em Enfermagem – A Pessoa em Situação Crítica				
Grelha de Avaliação (Baseada em Manual de Enfermagem – ACSS, 2011; <i>Guidelines</i> de CDC, 2011)				
Data: __/__/20__			Observação Nº ____	
Administração de Terapêutica por Acesso Venoso Periférico				
Critérios de Avaliação	Sim	Não	N/A	Nota
Procedeu à higienização das mãos antes da preparação da terapêutica				
Identificou o utente				
Informou utente acerca do procedimento				
Utilizou Equipamento de Proteção Individual				
Se Sim:				
-Luvas Esterilizadas				
-Luvas não esterilizadas				
Comunicação com o utente durante o procedimento				
<u>Caso Cateter Obturado:</u> Procedeu à desinfeção do dispositivo de acesso intravascular com solução antisséptica previamente à administração de terapêutica				
<u>Caso Torneiras de 3 vias:</u> Procedeu à desinfeção do dispositivo de acesso intravascular com solução antisséptica previamente à administração de terapêutica				
Utilização de material esterilizado				
Sistema de soro identificado com data de colocação				
Se sim:				
Data de colocação ≤ 4 dias				

Data de colocação >5 dias				
Removeu as luvas no final do procedimento				
Procedeu à higienização das mãos após procedimento				
Procedeu ao registo de:				
- Validação da administração				
- Intercorrências durante o procedimento				

Observações: _____

1º Curso de Mestrado em Associação em Enfermagem – A Pessoa em Situação Crítica				
Grelha de Avaliação (Baseada em Manual de Enfermagem – ACSS, 2011; <i>Guidelines</i> de CDC, 2011)				
Data: __/__/20__			Observação Nº ____	
Manutenção de Acesso Venoso Periférico				
Critérios de Avaliação	Sim	Não	N/A	Nota
Procedeu à higienização das mãos antes da preparação da terapêutica				
Informou utente acerca do procedimento				
Utilizou Equipamento de Proteção Individual				
Se Sim:				
-Luvas Esterilizadas				
-Luvas não esterilizadas				
Comunicação com o utente durante o procedimento				
Avaliação do penso de suporte da punção venosa				
Substituído o penso de suporte da punção venosa				
Utilização de tampa <i>Luer</i> para proteção do obturador durante o banho				
Avaliação do local de punção venosa				
Se sim:				
Evidência de sinais de flebite				
Removeu luvas no final do procedimento				
Procedeu à higienização das mãos após procedimento				
Procedeu ao registo de:				
-Tipo de cateter				
- Localização anatómica da punção				

- Intercorrências durante o procedimento				

Observações: _____

APÊNDICE B: Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA ATOS/INTERVENÇÕES DE SAÚDE NOS TERMOS DA NORMA N.º 015/2013 DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE

Título do estudo: Segurança do doente crítico portador de cateter venoso periférico

Enquadramento: Este estudo será desenvolvido na Unidade de Cuidados Intensivos Coronários do Hospital Espírito Santo, E.P.E., no âmbito do Estágio Final do 1º Mestrado em Associação em Enfermagem

Explicação do estudo: Trata-se de um estudo em que o fenómeno em estudo é a prática diária de cuidados de enfermagem relativamente ao acesso venoso periférico. Será realizada uma observação direta da prática de enfermagem no manuseamento do cateter venoso periférico, especificamente, tendo como objetivo de analisar e melhorar a prestação de cuidados de enfermagem ao doente crítico com cateter venoso periférico na Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos, de forma a garantir a segurança do doente crítico.

Condições e financiamento: Trata-se de um estudo em cuja participação se fará de forma voluntária, sem prejuízos para o participante, caso se recuse a participar no mesmo, podendo o participante abandonar o mesmo quando assim o entender. Não existem riscos da não participação no referido estudo. Este estudo encontra-se a aguardar parecer da Comissão de Ética do Hospital do Espírito Santo e da Comissão de Ética da Universidade de Évora.

Confidencialidade e anonimato: Está garantida a confidencialidade dos dados dos participantes, sendo que serão usados exclusivamente para o presente estudo. Não serão registados dados de identificação, que permitam a identificação dos participantes, garantido assim o anonimato da participação.

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Agradeço desde já a disponibilidade em participar neste estudo.

Obrigado.

Luís Miguel Barrambana Santos

Telefone de contacto: 962886628

Email- luis.barrambana.santos@gmail.com

Confirmo que expliquei à pessoa abaixo indicada, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários ao ato referido neste documento. Respondi a todas as questões que me foram colocadas e assegurei-me de que houve um período de reflexão suficiente para a tomada da decisão. Também garanti que, em caso de recusa, será assegurado o respeito pelos seus direitos.

Nome legível do investigador – Luís Miguel Barrambana Santos

Assinatura _____ Data: __/__/____

Número de cédula profissional: I 51738

Declaro ter compreendido os objetivos de quanto me foi proposto e explicado pelo investigador que assina este documento, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar esta solicitação, e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta.

Autorizo/Não autorizo (riscar o que não interessa) o ato indicado, bem como os procedimentos diretamente relacionados que sejam necessários no meu próprio interesse.

Nome _____

Assinatura _____ Data: __/__/____

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 2 PÁGINAS E FEITO EM DUPLICADO: UMA VIA PARA O RESPONSÁVEL DO PROJETO, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE

APÊNDICE C: Cronograma

Fases do Projeto

Inicial	Planeamento	Execução	Avaliação
18/09/2017	2/10/2017	16/11/2017	22/01/2018
-	-	-	-
1/10/2017	15/11/2017	21/01/2018	27/01/2018

Atividades a Desenvolver

Escolha do tema após reunião com o enfermeiro gestor do serviço de Cardiologia e o enfermeiro responsável da UCIC				
Definição do orientador após reunião dos docentes				
Planificação da estrutura do projeto				
Pedido de parecer à Comissão de Ética do HESE				
Pedido de parecer à Comissão da Universidade de Évora				
Elaboração da proposta de projeto				
Elaboração dos instrumentos de colheita de dados				
Entrega do questionário sociodemográfico				
Observação da prática de enfermagem pré- formação				
Análise da prática de enfermagem pré-formativa				
Conceção do plano de formação				
Realização de sessões teórico-práticas				
Observação da prática de enfermagem pós- formação				
Avaliação dos resultados e elaboração de relatório				

APÊNDICE D: Pedido à Comissão de Ética da Universidade de Évora



Comissão de Ética - Área da Saúde e do Bem Estar - Requerimento - Avaliação de Projectos

Requerente

Nome: Luís Miguel Barrambana Santos
Email: m38727@alunos.uevora.pt **Número de aluno:** 38727
Curso: Enfermagem (Mestrado)

Requerimento

Título do Projeto:

Segurança do doente crítico portador de cateter venoso periférico

Nome dos investigadores:

Luís Miguel Barrambana Santos

Nível da Investigação:

Projeto e respetivo relatório no âmbito do Mestrado em Associação em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Responsáveis Académicos - Orientador/Investigador principal:

Professora Doutora Maria do Céu Mendes Pinto Marques

Responsáveis Académicos - Colaboradores:

Telmo Duarte Canelas Pequito

Resumo / Abstract:

A aquisição de infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) assume cada vez mais o papel de problema de saúde pública, com as correspondentes consequências pessoais, sociais e económicas que lhe advêm. A prevenção tem um papel predominante na minimização dos riscos para o doente, melhorando os resultados para o doente. O enfermeiro que desenvolve uma prestação de cuidados baseada num referencial teórico, será capaz de aprimorar as suas capacidades cognitivas e psicomotoras, por forma a melhorar a sua prática diária, de forma a garantir a segurança do doente. Esse melhoramento assenta na capacidade de análise da prestação de cuidados, com identificação dos problemas existentes, criando condições para adequar a prática ao determinado pelas normas e guidelines em vigor.

Fundamentação e pertinência do estudo:

Atualmente as IACS como uma grave ameaça à saúde pública (Cassini et al., 2016; OMS, 2016) que afeta não apenas só doentes e profissionais de saúde, mas todo o sistema de saúde (Fitzpatrick et al., 2011), levando não só organizações de saúde, mas também governos e agentes económicos a atuar perante este problema (Fernandes et al., 2016), tendo como foco a prevenção das IACS.

Os cuidados de enfermagem prestados à pessoa em situação crítica requerem proficiência por parte dos enfermeiros, pois trata-se de uma situação de fragilidade orgânica e psicológica. É no enfermeiro que recai um papel importante pois, ao ser um prestador de cuidados de saúde diretos, assume a responsabilidade de assegurar a segurança do doente, devido à possibilidade de ocorrerem alterações bruscas no estado de saúde do doente. Por existir a hipótese de agravamento da situação clínica existe a necessidade da utilização de acessos venosos periféricos, os quais



Comissão de Ética - Área da Saúde e do Bem Estar - Requerimento - Avaliação de Projectos

Requerente

Nome: Luís Miguel Barrambana Santos
Email: m38727@alunos.uevora.pt **Número de aluno:** 38727
Curso: Enfermagem (Mestrado)

Requerimento

requerem cuidados específicos, quer na colocação dos cateteres, quer na manutenção e manuseamento dos mesmos. Tratando-se de um procedimento que recai quase exclusivamente no âmbito dos cuidados de enfermagem, é o enfermeiro o principal responsável pelo manuseamento, pelo que deve cumprir todas normas e guidelines em vigor, reduzindo assim o risco de IACS, melhorando o outcome para o doente crítico.

Objetivos:

Melhorar a prestação de cuidados de enfermagem ao doente crítico com cateter venoso periférico na Unidade de Cuidados Intensivos Coronários (UCIC).

Seleção da amostra:

A amostra será constituída pelos enfermeiros que assegurem a prestação de cuidados de saúde diretos na UCIC.

Procedimentos metodológicos:

Após a análise dos dados obtidos através da observação da prática de enfermagem diária na abordagem ao acesso venoso periférico, pretende-se estruturar e implementar um plano formativo na UCIC, que permita que, pelo menos, 50% dos enfermeiros que integrem a equipa possam realizar formação durante o período do estágio (amostra). Esta formação será teórico-prática, com especial incidência nos aspetos da prática identificados como problemáticos. Serão realizadas tantas sessões formativas, quantas as necessárias para abranger o maior número de elementos da equipa de enfermagem possível. Após as sessões formativas será nova observação da prática de enfermagem relativamente aos acessos venosos periféricos, no sentido de avaliar os conhecimentos retidos e de comparar com os resultados das observações pré-formação. Os enfermeiros deverão preencher um questionário para realizar a avaliação formativa.

Instrumentos de avaliação:

Questionário sociodemográfico; Grelha de Avaliação da Punção de Acesso Venoso Periférico; Grelha de Avaliação da Manutenção de Acesso Venoso Periférico; Grelha de Avaliação da Administração de Terapêutica por Acesso Venoso Periférico

Como serão recolhidos os dados:

Através do preenchimento das grelhas de avaliação de procedimentos utilizada pelos enfermeiros pelo formador/



Comissão de Ética - Área da Saúde e do Bem Estar - Requerimento - Avaliação de Projectos

Requerente

Nome: Luís Miguel Barrambana Santos
Email: m38727@alunos.uevora.pt **Número de aluno:** 38727
Curso: Enfermagem (Mestrado)

Requerimento

investigador, mediante observação

Como será mantida a confidencialidade nos registos:

Os questionários sociodemográficos não irão conter nenhuma informação que possa levar à identificação objetiva do enfermeiro que o preenche por parte de terceiros. Cada questionário será numerado com um número de dois algarismos diferente de questionário para questionário, os quais serão distribuídos aleatoriamente pelos enfermeiros do serviço. Será registado numa lista confidencial a relação entre o número do questionário e qual o enfermeiro que o preencheu. Esta lista não será nunca revelada em qualquer circunstância, sendo destruída no final do projeto. Em relação às grelhas de avaliação e aos dados recolhidos através da mesma, irá funcionar do mesmo modo. Cada grelha de avaliação será numerada com um número de dois algarismos diferente de observação para observação. No preenchimento das grelhas não será identificado qual o enfermeiro observado.

Estudos prévios em que se baseia esta investigação:

Cicolini, G., Simonetti, V., Comparcini, D., Labeau, S., Blot, S., Pelusi, G., & Di Giovanni, P. (2014). Nurses' knowledge of evidence-based guidelines on the prevention of peripheral venous catheter-related infections: A multicentre survey. *Journal of Clinical Nursing*, 23(17–18), 2578–2588. <https://doi.org/10.1111/jocn.12474>

Frimpong, A., Caguioa, J., & Octavo, G. (2015). Promoting safe IV management in practice using H.A.N.D.S. *British Journal of Nursing*, 24(3), 18–23.

Hadaway, L. (2012). Short Peripheral Intravenous Catheters and Infections. *Journal of Infusion Nurses*, 35(4), 230–240. <https://doi.org/10.1097/NAN.0b013e31825af099>

Rickard, C. M., Webster, J., Wallis, M. C., Marsh, N., McGrail, M. R., French, V., ... Whitby, M. (2012). Routine versus clinically indicated replacement of peripheral intravenous catheters: A randomised controlled equivalence trial. *The Lancet*, 380(9847), 1066–1074. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61082-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61082-4)

Declaração de consentimento informado utilizada no estudo:

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela



**Comissão de Ética - Área da Saúde e do Bem Estar - Requerimento -
Avaliação de Projectos**

Requerente

Nome: Luís Miguel Barrambana Santos
Email: m38727@alunos.uevora.pt **Número de aluno:** 38727
Curso: Enfermagem (Mestrado)

Requerimento

peessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo investigador.

APÊNDICE E: Proposta de Projeto de Estágio



Serviços Académicos

Cursos de 3.º Ciclo, 2.º Ciclo e Mestrado Integrado

**PROPOSTA DE PROJETO DE
TESE / DISSERTAÇÃO / ESTÁGIO / TRABALHO DE PROJETO**

**MODELO
T-005**

Ano Letivo:

2017 / 2018

[IMPRIMIR EM FRENTE E VERSO]

1. DELIBERAÇÃO DO CONSELHO CIENTÍFICO DA ESCOLA

Aprovado Não aprovado

Fundamentação (No caso de "Não aprovado", esta fundamentação será utilizada para notificação ao estudante):

Data: _____ Assinatura: _____

2. PARECER DO DIRETOR DE CURSO (A ser emitido antes da entrega do projeto nos SAC)

Data: _____ Assinatura: _____

3. IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDANTE

Nome Completo: Luís Miguel Barrambana Santos Número: 38727

Curso: Mestrado em Associação em Enfermagem

Especialidade: Área de Especialização em Enfermagem Médico -Cirúrgica — A Pessoa em Situação Crítica

Ciclo de Estudos: 3.º Ciclo 2.º Ciclo Mestrado Integrado

4. CONTACTOS DO ESTUDANTE

Telef.: 962886628 E-mail: mail-man@sapo.pt

5. PROPOSTA

Entrega de 1.º Projeto Entrega de Projeto Reformulado Entrega de 2.º Projeto por Reingresso

Proposta de Alteração de Projeto

Neste caso, assinale os quadros deste formulário em que propõe alterações (Só deve preencher os respetivos quadros)

6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13.

6. TÍTULO DO TRABALHO

Título em Português:

Segurança do Doente Crítico Portador de Cateter Venoso Periférico

Título em Inglês:

Security in Critical Patient Carrier of Peripheral Venous Catheter

7. TIPO DE TRABALHO <i>(de acordo com o previsto no Plano de Estudos do Curso)</i> APENAS NO CASO DE PROGRAMA DE DOUTORAMENTO: <input type="checkbox"/> Tese Formato da Tese: <input type="checkbox"/> Dissertação sobre o tema de investigação <input type="checkbox"/> Compilação de artigos publicados, obras ou realizações artísticas com explicitação escrita <input type="checkbox"/> Outros produtos da investigação realizada com memória justificativa e descritiva PARA MESTRADO OU MESTRADO INTEGRADO: <input type="checkbox"/> Dissertação <input type="checkbox"/> Estágio <input checked="" type="checkbox"/> Trabalho de Projeto	8. LÍNGUA DE REDAÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> Português <input type="checkbox"/> Inglês <input type="checkbox"/> Espanhol <input type="checkbox"/> Francês <input type="checkbox"/> Outra: _____
--	---

9. ORIENTAÇÃO <i>(Anexar declaração(ões) de aceitação)</i>	
Nome: <u>Maria do Céu Mendes Pinto Marques</u>	
Universidade/Instituição: <u>Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus</u>	
N.º Identificação Civil: <u>06977330</u>	Tipo de Identificação: <input type="checkbox"/> BI <input checked="" type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Passaporte <input type="checkbox"/> Outro: _____
Telef.: <u>965656710</u>	E-mail: <u>mcmarques@uevora.pt</u> ID ORCID: <u>: 0000-0003-2658-3550</u>
Nome: _____	
Universidade/Instituição: _____	
N.º Identificação Civil: _____	Tipo de Identificação: <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Passaporte <input type="checkbox"/> Outro: _____
Telef.: _____	E-mail: _____ ID ORCID: _____
Nome: _____	
Universidade/Instituição: _____	
N.º Identificação Civil: _____	Tipo de Identificação: <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Passaporte <input type="checkbox"/> Outro: _____
Telef.: _____	E-mail: _____ ID ORCID: _____

10. ÁREA DISCIPLINAR E PALAVRAS-CHAVE DO TRABALHO
Área Disciplinar (Área FOS) <i>(ver Anexo 1)</i> : <u>Ciências da Saúde</u>
Palavras-chave <i>(5 palavras)</i> : <u>Segurança; Enfermeiros; Doente Crítico; Cateter Venoso Periférico</u>

11. DOMÍNIO A INVESTIGAR/TEMA
<u>A segurança do doente crítico e a performance dos enfermeiros da UCIC no manuseamento do cateter venoso periférico</u>

12. RESUMO, PLANO E CRONOGRAMA
<u>Em anexo.</u>

13. JUSTIFICAÇÃO DA PROPOSTA DE ALTERAÇÃO <i>(A preencher apenas no caso de no quadro 5 ter escolhido esta opção)</i>

14. DOCUMENTOS ANEXOS
<input checked="" type="checkbox"/> Plano do Trabalho <input checked="" type="checkbox"/> Cronograma <input checked="" type="checkbox"/> Declaração de Orientador(es) <input type="checkbox"/> Declaração da Unidade Orgânica de acolhimento <i>(Deve incluir o(s) Orientador(es), o Projeto ou Equipa de Investigação em que diretamente se enquadra a preparação da Tese) - Apenas para alunos de 3.º Ciclo)</i> <input type="checkbox"/> Outros: _____

15. DECLARAÇÃO E ASSINATURA DO ESTUDANTE
Nos termos do Regulamento conducente ao Grau de Doutor ou Grau de Mestre em vigor (de acordo com o meu ciclo de estudos), entrego o projeto de Tese/ Dissertação/Estágio/Trabalho Projeto (conforme indicado no quadro 6 deste impresso) do qual, após aprovado pelo Conselho Científico, será efetuado o respetivo registo nos Serviços Académicos na Universidade de Évora. Declaro que caso efetue alguma alteração a este projeto a ser aprovado (título, orientador, língua, etc.) procederei nos termos do referido regulamento, à entrega do projeto de alteração no prazo máximo de 30 dias antes da entrega da T/D/E/TP.
Data _____ Assinatura _____

16. RESERVADO AOS SERVIÇOS		
Receção <i>(Data e Assinatura)</i>	Registo <i>(Data e Assinatura)</i>	Observações:

ANEXOS

Anexo 1: Certificado do Evento “Doente Crítico 2017”

DOENTE CRÍTICO '17

4º ENCONTRO DE ENFERMAGEM DE EMERGÊNCIA
10ª JORNADAS DE ENFERMAGEM DE CUIDADOS INTENSIVOS

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE ENFERMEIROS



A Associação Portuguesa de Enfermeiros certifica
que

Luís Miguel Barrambana Santos

participou no evento “Doente Crítico 2017”,
realizado a 20 e 21 de Outubro no auditório da
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

O Presidente da APE

(Enfº João Fernandes)

Anexo 2: Parecer da Comissão de Ética da Universidade de Évora



Documento	1	8	0	8	9
-----------	---	---	---	---	---

**Comissão de Ética para a Investigação Científica
nas Áreas de Saúde Humana e Bem-Estar
Universidade de Évora**

A Comissão de Ética para a Investigação Científica nas Áreas da Saúde Humana e do Bem-Estar vem deste modo informar que os seus membros, Prof. Doutor Luís Sebastião, Prof. Doutor Fernando Capela e Prof. Doutor Manuel Fernandes, deliberaram dar

Parecer Positivo

para a realização do Projeto "*Segurança do doente crítico portador de cateter venoso periférico*" do investigador **Luís Miguel Barrambana Santos** (meslrandor) e Prof.^a Doutora Maria do Céu Mendes Pinto Marques (responsável académico).

Universidade de Évora, 10 de Janeiro de 2018

O Presidente da Comissão de Ética

[Professor Doutor Jorge Quina Ribeiro de Araújo]

Anexo 3: Certificado do V Encontro de Enfermeiros Especialistas em Médico-Cirúrgico



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

Lúis Miguel Barrambana Santos,

membro nº 51738 desta Ordem, esteve presente no **V Encontro dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, nos dias 19 e 20 de Janeiro de 2018**, com a duração total de 7 horas, em Évora, no Auditório do Colégio do Espírito Santo da Universidade de Évora.

Évora, 20 de Janeiro de 2018.

A Bastonária

Ana Rita Pedroso Cavaco

Anexo 4: Certificado de Curso de Soporte Básico de Vida

Luís Miguel BARRAMBANA SANTOS

08/05/1983

Obteve a qualificação de ERC
Basic Life Support (BLS)
Operacional
No Évora, Portugal

Maria Do Céu Mendes Pinto MARQUES
diretor de curso

.....



Data do último curso: 21/04/2017

O titular deste certificado é responsável pela atualização periódica dos seus conhecimentos, competências e recertificação.
Para verificar a validade deste certificado, aceda <https://cosy.erc.edu/en/verify-certificate> e digite ERC-349-868568

Anexo 5: Certificado de Curso de Suporte Avançado de Vida



EUROPEAN
RESUSCITATION
COUNCIL
www.erc.edu

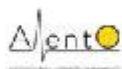
European Resuscitation Council vzw
Emile Vanderveldelaan 35
BE-2845 Niel - Belgium

Luís Miguel BARRAMBANA SANTOS

08/05/1983

Obteve a qualificação de ERC
Advanced Life Support (ALS)
Operacional
No Évora, Portugal

Adelaide BELO
diretor de curso



Data do último curso: 22/04/2017

O titular deste certificado é responsável pela atualização periódica dos seus conhecimentos, competências e recertificação.
Para verificar a validade deste certificado, aceda <https://cosy.erc.edu/en/verify-certificate> e digite ERC-074-325568